



## **V. CUIDADO INTEGRAL**

# ACESSO AO TRATAMENTO

---

## SITUAÇÃO ATUAL



No Brasil, os estabelecimentos públicos habilitados para realizar diagnóstico e tratamento de câncer são os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) (21). Os critérios e parâmetros de habilitação, organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação desses estabelecimentos são definidos pela Portaria nº 140/2014, do Ministério da Saúde (84).

Com relação ao tratamento no SUS, são os CACONs e UNACONs que decidem quais caminhos seguir, por meio de protocolos próprios (85). Isso acontece em função da grande variedade de situações tumorais e clínicas em que os pacientes podem ter um tratamento individualizado.

Por isso, o Ministério da Saúde opta por assegurar a autonomia clínica dos centros de saúde para selecionar a melhor terapia, e garante um reembolso com valores pré-determinados de acordo com a fase da doença e tratamento, previsto na chamada Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), conhecido também como Tabela SUS, já mencionada em capítulos anteriores (85, 86).

Para dar orientação aos gestores, o Ministério da Saúde, junto com a Comissão Nacional de Incorporações de Tecnologias no SUS (CONITEC), elabora Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas, que são recomendações de terapêuticas a serem consideradas pelos hospitais e médicos para o tratamento de determinado tipo de câncer (87, 88).

Em algumas exceções, no entanto, o Ministério da Saúde decidiu centralizar a compra de medicamentos oncológicos e incorporá-los no sistema (89). Em sua maioria, o MS opta por incorporar aqueles medicamentos que podem ser padronizados e com grande ganho de escala devido à prevalência (90).

Uma auditoria operacional do TCU identificou que há vários fatores que dificultam o acesso dos pacientes aos tratamentos. As principais barreiras, do ponto de vista dos gestores dos estabelecimentos de saúde, são os novos procedimentos não cobertos pelo SUS e a defasagem nos valores repassados pelos procedimentos realizados. Já pelo olhar dos médicos, o principal problema é a ausência de custeio pelo SUS de importantes procedimentos diagnósticos e condutas terapêuticas (20).

Além disso, há de se considerar o fato de que cada centro de referência possui capacidades de financiamento e investimento diferentes. Dada a diversidade da natureza jurídica dos centros de referência (entidades filantrópicas, organizações sociais em saúde, hospitais estaduais vinculados à administração pública direta) as capacidades técnicas e gerenciais de cada estabelecimento mudam, assim como as diretrizes de tomada de decisão.



Entidades filantrópicas, por exemplo, têm fontes de remuneração alternativas (doações), o que outros hospitais vinculados à administração direta não têm.

Do ponto de vista dos pacientes, a dificuldade de acesso ao tratamento se dá pela insuficiência na estrutura dos estabelecimentos habilitados, sendo os principais gargalos a falta de leitos, equipamentos, materiais, vagas em centros cirúrgicos e acesso à radioterapia (20). Além disso, há uma morosidade, principalmente por parte da atenção primária, de diagnóstico e encaminhamento aos centros de especialidade. Uma vez encaminhado a serviços de especialidade, também são encontrados problemas de descentralização e deslocamento, como longa distância entre o local de moradia e o centro de tratamento, falta de transporte, excesso de burocratização e mau gerenciamento por parte do Sistema de Regulação (44).

Todos esses fatores fazem com que o tempo entre diagnóstico e tratamento seja demorado, por vezes prejudicando a regressão da doença. A legislação atual procura dirimir isso, determinando que o primeiro tratamento seja providenciado dentro de 60 dias após a emissão do laudo (Lei 12.732/12). Contudo, esses desafios estruturais impossibilitam muitas vezes o cumprimento deste prazo (74).

Outro problema encontrado no acesso ao tratamento são as regras administrativas que restringem os médicos de prescreverem terapias não incluídas nos protocolos definidos pelos centros de tratamento. Em alguns casos, há ainda limitações para a terapia, com a fixação de dosagens inferiores às preconizadas nos respectivos protocolos clínicos. Por fim, tem sido constante no Brasil o não cumprimento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) dirigidas ao câncer (91).

Na saúde suplementar, o acesso ao tratamento está previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Todo tratamento quimioterápico intravenoso está incluso desde 2016, medicamentos antineoplásicos orais também podem ser incluídos na cobertura obrigatória nos ciclos de atualização do Rol de Procedimentos. Ainda assim, algumas burocracias impostas pelos planos de saúde impedem o acesso ágil desses tratamentos pelos pacientes (37). Há iniciativa legislativa na forma do Projeto de Lei 6.330/19, que procura garantir a cobertura automática desses antineoplásicos orais, assim como já ocorre no caso dos intravenosos. Mas, como mencionado anteriormente, a matéria foi vetada pela Presidência da República e aguarda avaliação dos parlamentares do Congresso Nacional.



## ONDE QUEREMOS CHEGAR

### **1. Viabilizar o acesso universal, em tempo oportuno, ao tratamento do câncer.**

## COMO FAREMOS

### **Proposta**

- Sistematizar e divulgar as barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento, sob a ótica dos pacientes, dos profissionais de saúde e dos gestores, no sistema público e privado.
- Disponibilizar, ao Ministério da Saúde e aos respectivos estabelecimentos de saúde, relatório sobre posicionamento e sugestões de encaminhamento a respeito das barreiras de acesso identificadas.
- Ampliar a participação da sociedade em reuniões abertas da Conitec e dar transparência aos processos de incorporação de tratamentos inovadores ao SUS.
- Aprimorar os fluxos de regulação para ágil acesso à rede de tratamento próxima e qualificada.
- Promover a fiscalização, junto aos órgãos de controle, de cumprimento da Lei n.º 12.732/2012, Lei dos 60 dias (74).
- Garantir o fortalecimento do papel e a atuação multiprofissional da Atenção Básica, para dispor de encaminhamentos qualificados aos centros de especialidade.

### **2. Promover a decisão compartilhada entre médico e paciente sobre o tratamento.**

### **Proposta**

- Promover ações de comunicação e discussões para divulgar os direitos das pessoas com câncer, de forma didática e acessível.
- Divulgar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia (DDT), de forma didática e acessível.
- Implantar a prática de Projeto Terapêutico Singular (PTS) na rede de Saúde do Brasil, na qual a equipe multidisciplinar articula com o paciente e sua família metas de tratamento e acompanhamento.
- Articular a aprovação do Estatuto da Pessoa com Câncer (PL 1.605/19), que prevê o direito de ter informações claras e garantia ao diagnóstico e tratamento adequados (76).
- Implementar o atendimento humanizado, mostrando as possibilidades terapêuticas e conduzindo à decisão compartilhada.



**3. Cumprir os protocolos clínicos dirigidos ao câncer (sejam eles federais, estaduais e do próprio estabelecimento de saúde).**

**Proposta**

- Promover discussões sobre como garantir a decisão clínica, levando em consideração os PCDT mediante organização de eventos e audiências públicas.
- Executar uma fiscalização e elaborar um relatório a ser entregue para o Ministério da Saúde, sobre quais são os subsídios estruturais para o cumprimento dos PCDT.
- Fiscalizar a aplicação dos PCDT.
- Elaborar cursos online e materiais de ensino para difundir a aplicação dos PCDT e DDT entre os profissionais da saúde.
- Elaborar fóruns de boas práticas e experiências entre Centros de Referência em Oncologia para compartilhamento de conhecimento sobre novos modelos de acesso ou parcerias para garantia do fornecimento.

**4. Revisar, de forma periódica, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e também Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT).**

**Proposta**

- Regulamentar o processo de criação das diretrizes de cuidados em saúde, de acordo com as instâncias qualificadas, como comunidades acadêmicas, sociedades médicas, hospitais e associações de pacientes.
- Criar, dentro da estrutura de revisão dos PCDT, um grupo de trabalho composto por especialistas em Oncologia para identificar as necessidades de inclusão e/ou de revisão das atuais diretrizes existentes.

**5. Avaliar, continuamente, os medicamentos oncológicos quanto a sua eficácia e segurança, seja na incorporação quanto na pós-incorporação.**

**Proposta**

- Realizar estudos de Bioequivalência ou de Biodisponibilidade comparativa entre o produto de referência e o disponibilizado para o tratamento, visando a fiscalização pós-registro.
- Promover discussões sobre a criação de critérios claros a serem utilizados pela CONITEC para análise de custo-efetividade de tratamentos. Para isso, a discussão e aprovação do PL 1613/2021, sobre critérios e parâmetros de avaliação de tecnologias em saúde, é necessária (92).



# RADIOTERAPIA

---

## SITUAÇÃO ATUAL



A radioterapia utiliza radiações ionizantes para destruir o tumor ou impedir seu crescimento, sendo empregada amplamente no tratamento de diversos tipos de câncer. Para sua realização, são utilizados equipamentos de alta tecnologia e que têm um alto custo de aquisição, implementação e manutenção, além de ser necessário pessoal especializado e em quantitativo elevado para operação (93).

Segundo estudo publicado em 2016, por analistas do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto Nacional do Câncer (INCA), cerca de 50% dos pacientes oncológicos necessitarão de radioterapia, seja isoladamente ou de forma complementar a outros tratamentos oncológicos (radioterapia adjuvante). Este alto índice de utilização tem ainda maior importância quando se projeta um aumento de 54% dos casos de câncer no Brasil, entre os anos de 2015 e 2030 (94).

O Ministério da Saúde preconiza 1(um) equipamento (acelerador linear) para cada 500.000 habitantes, enquanto países europeus preconizam 1(um) equipamento para cada 300.000 habitantes. Independentemente do número correto, fato é que, atualmente, a cobertura é insuficiente no país, principalmente na região Norte e nos Estados de Goiás, Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Piauí, Pernambuco, Sergipe e Espírito Santo (95). A Sociedade Brasileira de Radioterapia estima que 5 mil pessoas morram, anualmente, por não conseguir se submeter ao tratamento (96).

A partir do levantamento da capacidade instalada e operacional da rede oncológica, o Tribunal de Contas da União (TCU) identificou, em 2011, um déficit de 135 unidades de tratamento para a demanda existente, das quais 78 seriam apenas para atendimento no SUS. O déficit real de serviços de radioterapia, no entanto, aponta para uma situação ainda mais grave. Nas unidades de tratamento é comum os pacientes se depararem com grandes filas de espera, equipamentos radioterápicos quebrados e/ou profissionais da saúde despreparados (20).

Frente ao déficit na estrutura para a radioterapia, o Ministério da Saúde instituiu o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PERSUS), com o objetivo de articular projetos de ampliação e qualificação de hospitais habilitados em Oncologia, em consonância com os vazios assistenciais, demandas regionais de assistência oncológica e demandas tecnológicas do SUS (97).

Apesar deste avanço, um relatório da Controladoria Geral da União (CGU), publicado em 2018, constatou alguns gargalos durante a execução do PERSUS. O documento evidenciou, por exemplo, os atrasos na execução, com apenas 4 das 80 soluções de radioterapia entregues desde a implantação do plano até 2018. Além disso, o critério de seleção de estabelecimentos fez com que a maior parte dos hospitais selecionados fossem da rede privada, o que levanta a questão do financiamento dos serviços na rede (43).



A partir do relatório, 24 recomendações foram realizadas ao Ministério da Saúde que pautavam: monitoramento dos atendimentos, contratação e adequado financiamento desses serviços (98). O relatório também identificou problemas importantes relativos ao custeio dos serviços de radioterapia, principalmente os decorrentes da desatualização da Tabela SUS para esses procedimentos, que contribuem para a manutenção da insuficiência da oferta de vagas nacionalmente.

Essas falhas prejudicam a capacidade de atendimento do sistema. Em 2017, cerca de 116 mil pacientes receberam tratamento radioterápico pelo SUS, número que poderia chegar a 170 mil se todos os hospitais habilitados para radioterapia oferecessem os procedimentos mínimos (95, 98).

Por fim, em 2018, a oferta de procedimentos de radioterapia continua incompatível com a quantidade de pacientes atendidos no Brasil, como apontou o relatório da CGU. Mesmo que a capacidade instalada da rede de radioterapia tenha aumentado em 18% desde 2011, saltando de 240 para 283 aparelhos, persiste um déficit de 255 equipamentos.

## ONDE QUEREMOS CHEGAR

**1. Aumentar o acesso ao tratamento radioterápico com qualidade e em tempo oportuno.**

## COMO FAREMOS

### Proposta

- Revisar os fluxos de regulação para ágil acesso à rede de tratamento próxima e qualificada.
- Estimular a descentralização de profissionais de radioterapia para as regiões menos assistidas.
- Capacitar os profissionais envolvidos na execução do tratamento.
- Fiscalizar os serviços de radioterapia para garantir qualidade no atendimento.

**2. Estabelecer cobertura suficiente de serviços de radioterapia no Brasil.**

### Proposta

- Promover uma ampla fiscalização sobre a distribuição e acesso dos equipamentos de radioterapia, para o auxílio da tomada de decisão do Ministério da Saúde e também para garantir que os hospitais habilitados ofereçam os procedimentos mínimos.
- Garantir, por meio de avaliação periódica de órgãos de controle, distribuição e implantação de 1(um) equipamento de radioterapia a cada 500.000 habitantes.



### **3. Implementar, integralmente, o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS.**

#### **Proposta**

- Implantar, integralmente, as 80 soluções propostas no Plano de Expansão da Radioterapia no SUS.
  - Verificar, semestralmente, junto ao Ministério da Saúde, o andamento das medidas propostas no PERSUS.
  - Criar e disponibilizar um painel online com os serviços de radioterapia em funcionamento no SUS.
- 

### **4. Promover melhoria no tratamento de radioterapia disponível no SUS.**

#### **Proposta**

- Promover discussões sobre a viabilidade da incorporação eficiente das inovações tecnológicas para o tratamento radioterápico nos hospitais habilitados.
  - Analisar o impacto para o paciente e para o sistema de saúde da defasagem da rede atual e reivindicar, com autoridades, a modernização da estrutura de radioterapia do SUS.
  - Organizar, de forma racional, as demandas para implementação e controle da operação dos serviços de radioterapia.
- 

### **5. Realizar reavaliação urgente do adequado custeio da radioterapia no SUS.**

#### **Proposta**

- Estudar o real custo da radioterapia na realidade brasileira.
  - Exigir reavaliação do sistema de custeio dos tratamentos pelo sistema público.
  - Realizar análise sobre o real custo dos procedimentos de radioterapia no país e adequação de custeio e repasse aos serviços, visando sustentabilidade de longo prazo.
- 





# CIRURGIA ONCOLÓGICA

---

## SITUAÇÃO ATUAL



A cirurgia é o mais antigo tratamento para pacientes com câncer. Diversos procedimentos cirúrgicos foram realizados esporadicamente desde a antiguidade, mas somente a partir da segunda metade do século XIX, passaram a ter destaque. Os procedimentos além de serem altamente invasivos, eram mais radicais e mutiladores. Mas, naquela época, esta era a única possibilidade terapêutica para a maior parte dos pacientes oncológicos e salvou milhares de vidas (99).

Durante o século XX e a partir do século XXI, houve um notável avanço em todas as modalidades terapêuticas, com novos equipamentos de radioterapia e esquemas de quimioterapia. Com eles, a cirurgia também passou a ser moldada às necessidades de quem estava em tratamento. A mudança mais significativa foi a mentalidade do cirurgião, que hoje não trata sozinho o paciente (99).

Nos últimos anos, o papel da cirurgia foi sendo ampliado, passando a contribuir também para a prevenção do câncer. Procedimentos cirúrgicos fazem parte do tratamento inicial de cerca de 75% dos pacientes com câncer. No geral, cerca de 80% dos pacientes, em algum momento, necessitarão de alguma cirurgia para o diagnóstico, tratamento ou suporte a outras terapias (100).

De acordo com estimativas feitas pelo próprio Ministério da Saúde, para cada 1.000 casos novos de câncer, espera-se que 500 a 600 necessitem de cirurgia oncológica. Mesmo que seja tão essencial quanto outros tipos de tratamento, a cirurgia oncológica é uma das alternativas terapêuticas que mais sofrem subfinanciamento. De acordo com estimativas feitas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2011, apenas 9% do total de recursos destinados à Oncologia é designado para procedimentos cirúrgicos (20).

A falta de recursos afeta diretamente a estrutura do sistema disponível para fazer atendimentos cirúrgicos oncológicos. Apesar de UNACONs e CACONs terem como requisito mínimo apresentar serviços de cirurgia oncológica, o TCU, em 2011, no seu relatório de auditoria, constatou que há um déficit de pelo menos 39 unidades de atendimento para suprir a demanda reprimida. Isso traz impactos consideráveis para as filas de espera e tratamento ágil do paciente, que são as principais queixas dos gestores e profissionais de saúde pública responsáveis por gerir e performar esse tipo de procedimento (20).

De acordo com dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o TCU estimou que a estrutura disponível do SUS só conseguiu atender efetivamente 46,8% de todos os pacientes que, de fato, necessitam de cirurgia oncológica, por exemplo (20). Vale ressaltar que essas dificuldades são crônicas: desde 2005, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), aponta que “um dos grandes problemas de assistência oncológica é a melhoria do acesso à cirurgia” (101).



O subfinanciamento também se reflete na ausência de inovação e procedimentos mais seguros para os pacientes e, possivelmente, menos custosos, no longo prazo, para o sistema de saúde. Enquanto em outros países houve um avanço na incorporação de novas tecnologias, como a laparoscopia e a robótica, essa ainda não é uma realidade para muitos pacientes do sistema público de saúde (99). Esses procedimentos, que são feitos com incisões mínimas, possibilitam menor tempo de cirurgia e de internação, com menos sequelas estéticas (como em tumores de cabeça e pescoço, por exemplo) e sangramento.

Além disso, dos recursos destinados à pesquisa no mundo, apenas 9% são destinados à cirurgia, e uma ínfima parte desta porcentagem é destinada aos estudos clínicos, que são efetivamente capazes de impulsionar os melhores resultados para os pacientes. Em razão disso, os desfechos obtidos com a cirurgia oncológica poderiam ser mais positivos, se os cirurgiões tivessem acesso a técnicas inovadoras e validadas cientificamente (102).

Por isso, como um primeiro passo para melhorar o contexto da cirurgia oncológica no cenário brasileiro, é necessário que as discussões sobre a infraestrutura em saúde disponível sejam retomadas. Apenas por meio da troca de experiências práticas será possível entender a importância de viabilizar novos equipamentos para o sistema e somente com a cooperação da sociedade será possível promover este cenário.

## ONDE QUEREMOS CHEGAR

**1. Qualificar devidamente a rede e garantir atendimento à demanda de cirurgias oncológicas com qualidade, eficiência, agilidade e financiamento adequado.**

## COMO FAREMOS

### Proposta

- Mapear e divulgar aos pacientes as especialidades de cirurgias oncológicas em cada hospital habilitado, para melhor encaminhamento.
- Disponibilizar educação permanente para todos os profissionais médicos cirurgiões oncológicos, especialmente aos que realizam procedimentos cirúrgicos em hospitais gerais habilitados.
- Habilitar os centros qualificados para a realização de cirurgias oncológicas.
- Promover discussões junto ao INCA, Ministério da Saúde e Legislativo, buscando maior governabilidade para as comissões de cirurgia oncológica da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, com a finalidade de atuarem no aprimoramento do cenário no Brasil.



**2. Incorporar a cirurgia robótica e cirurgia oncológica pela via laparoscópica nos centros de referência do SUS, com financiamento adequado.**

**Proposta**

- Regular e viabilizar, no âmbito do SUS, por meio da CONITEC, procedimento de cirurgia pela via laparoscópica, em casos oncológicos em que existam benefícios comprovados e profissionais qualificados.
- Promover discussões de como viabilizar a compra dos equipamentos para a realização desses procedimentos. Recomenda-se a consideração de remuneração apropriada por meio de APAC, ou programas similares ao PERSUS, voltados para a cirurgia robótica, por exemplo.

---

**3. Executar mais estudos clínicos sobre o desenvolvimento de técnicas inovadoras à cirurgia oncológica, alcançando assim melhores desfechos para os pacientes.**

**Proposta**

- Promover discussões sobre a priorização, por parte do governo federal e fundações de apoio, à pesquisa na área de cirurgia oncológica, por meio de programas como PRONON, PROADI-SUS.
- Criar mecanismos efetivos de incentivos nos setores público e privado nas pesquisas multicêntricas para a cirurgia oncológica no Brasil.
- Articular, junto à sociedade médica, o fortalecimento dos programas de residência em cirurgia oncológica.

---

**4. Registrar informações referentes aos resultados das cirurgias oncológicas realizadas no país, para aprimoramento contínuo dos dados por instituição.**

**Proposta**

- Fomentar, junto ao Ministério da Saúde e Sociedades Médicas, a criação de um ambiente virtual para inserção e compartilhamento das informações referentes aos desfechos das cirurgias oncológicas.
- Criar o Atlas da Cirurgia Oncológica no Brasil.



# ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME

---

## SITUAÇÃO ATUAL



As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) são insumos utilizados na saúde e relacionados a uma intervenção médica ou odontológica, podendo ser com finalidade diagnóstica ou terapêutica. Em geral, não há uma definição objetiva e padronizada para as classificações das OPMEs, sendo este termo muitas vezes utilizado para classificar dispositivos médicos de valor mais elevado (103). Segundo a RN.nº428/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), **prótese** é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e **órtese** é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido (37).

Em Oncologia, próteses e órteses são comuns em osteosarcomas, neoplasias gastrointestinais e câncer de mama, por exemplo. Muitas vezes compreendem produtos como prótese mamária, bolsas de colostomia, próteses ortopédicas e de auxílio de locomoção (104).

Nos últimos anos, a regulação desses produtos tem sido questionada, tanto por sua qualidade quanto pelo seu preço, principalmente por casos de superfaturamento de próteses e órteses em procedimentos e implantes defeituosos.

Atualmente, a qualidade desses produtos é determinada pelo fabricante e apenas registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), não havendo estrutura e nem técnicos capacitados para analisar a fundo o produto. Somente após notificações recorrentes no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), é que a vigilância atua verificando problemas de uso ou defeitos de fábrica (104).

Esse gargalo tem sido discutido ativamente pela ANVISA. Em documento oficial do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a agência informou que em parceria com Universidades e o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO), está elaborando normas técnicas e estruturando uma Rede de Laboratórios para certificação de implantes em um futuro próximo (104). Até o momento, a principal parceria formada foi com relação à troca de conhecimento entre servidores do INMETRO e da ANVISA.

Já com relação a preços, as OPMEs têm cada vez mais comprometido os custos da assistência à saúde, estando por vezes entre os materiais mais caros, sobretudo quando se confrontam preços de fornecedores nacionais e internacionais (101). A falta de regulamentação de preços e transparência sobre os que são praticados no mercado fazem com que haja dificuldade de



negociação dos compradores, inclusive na administração pública. Isso resulta em menor padronização e capacidade de compra e reembolso. E esta situação é prejudicial para a compra e fornecimento de novos produtos, tendo em vista que o avanço tecnológico tem sido expressivo, especialmente em algumas especialidades como cirurgias de coluna, ortopédicas e endovasculares (105).

Um fator agravante é que o Brasil não conta com diretrizes de indicação para o uso de tipos específicos de órtese ou prótese. Isso significa que não há indicações de como a escolha deve ser feita pelo gestor, apesar de que a preocupação central deve ser focada na indicação para a situação do paciente, e não na origem, marca ou características próprias do dispositivo implantável (como o material que o constitui, por exemplo) (104, 106).

Na teoria, o preço deve ser observado, mas não pode ser determinante para a escolha do produto, pois o valor não corresponde à qualidade de uma órtese ou prótese. O sucesso do tratamento depende de outros fatores, como é o caso da interação dessa órtese ou prótese com o organismo do indivíduo (104, 106). Contudo, na prática, o subfinanciamento do setor impossibilita que haja a escolha de dispositivos de acordo com a sua qualidade, uma vez que o preço ainda é um grande fator de escolha para a compra.

O fornecimento de próteses e órteses acontece no Brasil, porém alguns materiais importados, indispensáveis devido à sua durabilidade, podem elevar consideravelmente os custos em relação aos similares nacionais e, por isso, não estão disponíveis. Por fim, faltam produtos adequados ao cuidado dos pacientes, uma vez que o seu fornecimento é prejudicado pela demora de importação de alguns produtos e também pela falta de controle de qualidade dos disponíveis no mercado.

## ONDE QUEREMOS CHEGAR

### **1. Padronizar a qualidade e preços de órteses, próteses e materiais especiais em Oncologia.**

## COMO FAREMOS

### **Proposta**

- Implementar o Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) do Ministério da Saúde nos estabelecimentos de saúde.
- Solicitar à ANVISA e INMETRO um estudo de adequação para procedimentos de registro, testagem, controle de qualidade e risco de utilização das órteses e próteses.
- Recomendar ao Ministério da Saúde e ANVISA providências para instituir a notificação compulsória das reações adversas oriundas de órteses e próteses, com registro identificando a causa.
- Recomendar o avanço da discussão da transparência e regulação de preços de próteses e órteses, para que se viabilize de forma sustentável, pelo setor público e privado, produtos de qualidade e custos adequados



aos pacientes. Nesse sentido, incentivar o fortalecimento do monitoramento e divulgação de preços pela ANVISA, por meio de painel eletrônico em desenvolvimento pela agência.

---

## **2. Garantir acesso integral a órteses e próteses com segurança e qualidade para pacientes oncológicos.**

### **Proposta**

- Recomendar ao Ministério da Saúde que realize uma pesquisa nacional, para subsidiar o adequado planejamento da alocação e aplicação dos recursos públicos, com o intuito de identificar quais são as reais condições de saúde e necessidades das pessoas que precisam de órteses e próteses.
  - Propor ao Ministério da Saúde a constituição de um Grupo de Trabalho, composto por médicos das diversas especialidades oncológicas, para a realização de estudo aprofundado e futura implantação da padronização de próteses e órteses necessárias na prática clínica e cirúrgica oncológica.
  - Recomendar ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde que promovam pactuações relacionadas à dispensação das órteses e próteses.
  - Elaborar Portarias e Protocolos que tratam das órteses, próteses e materiais especiais, principalmente no que diz respeito à dispensação.
- 

## **3. Estabelecer a cobertura integral, por parte dos planos de saúde, da disponibilização de órteses e próteses para pacientes oncológicos.**

### **Proposta**

- Trabalhar, de forma contínua, para que a ANS avalie e inclua no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde a dispensação de órteses, próteses e materiais especiais que sejam essenciais para a qualidade de vida e sobrevida de pacientes oncológicos.
- 



# ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

## SITUAÇÃO ATUAL



Estima-se que 3% dos casos de câncer ocorrem em crianças e adolescentes (de 0 a 19 anos de idade). No mundo, cerca de 400.000 crianças e adolescentes são diagnosticados anualmente. Em países desenvolvidos, onde serviços de saúde são acessíveis, mais de 80% das crianças com câncer são curadas, enquanto em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, as chances caem para 15-45% (107). Os poucos dados de Registros de Câncer de Base Populacional nestes países dificultam o entendimento sobre a epidemiologia do câncer nesta faixa etária.

Os problemas da Oncologia pediátrica, como diagnóstico tardio, altas taxas de abandono do tratamento, alta prevalência de desnutrição, outras comorbidades, acesso limitado aos cuidados paliativos e insuficiência de terapias de suporte e curativas são secundários ao não desenvolvimento dos países de baixa e média renda (108).

O câncer em idade pediátrica acomete, anualmente, cerca de 12.500 brasileiros e, atualmente, é a segunda causa de morte neste público, ficando atrás apenas das causas externas, como acidentes e homicídios (4, 5). Considerando os países da América do Sul, entre 1970 e 2007, o Brasil teve a menor redução na taxa da mortalidade em pediatria decorrente do câncer, com queda de -0,3%, enquanto na Argentina esta queda foi de -1,8% e no Chile foi -2,4%. Já quando comparamos com os Estados Unidos, a queda foi de -2,5% (109).

No Brasil, o câncer na infância e adolescência não tem sido plenamente entendido como uma demanda específica e com particularidades. Embora tenhamos avançado com apoio do INCA, Ministério da Saúde e CONSINCA, as políticas públicas ainda não atendem plenamente as especificidades relacionadas a esse tipo de câncer. Isso acontece porque políticas que podem ser eficazes para determinadas neoplasias não atendem as especificidades de pacientes menores de 19 anos (110, 111). Por exemplo, a Lei nº 12.732/2012, conhecida como lei dos 60 dias, não deve se aplicar aos menores de 19 anos, uma vez que a maioria das doenças nessa faixa etária progridem rapidamente, muitas vezes em dias – fazendo diferença entre a cura e o óbito (74).

Outro problema grave e crônico é o desabastecimento de medicamentos essenciais para tratamentos dos pacientes, que acomete brasileiros de qualquer condição social e idade há quase 10 anos. Esse cenário ocorre por dois motivos principais. O primeiro é a falta de interesse de produção comercial desses fármacos (112). Medicamentos oncológicos específicos, como actinomicina, bleomicina e até mais básicos, como penicilina (antibiótico) e amiodarona (medicamento para arritmia) têm faltado no mercado nacional, muito porque o valor de produção é maior do que o preço praticado no mercado ou porque o número de fabricantes dos insumos desses medicamentos tem diminuído drasticamente (112, 113). Esse tema não é só restrito ao cenário brasileiro, uma vez que diversos países têm tratado o tema do desabastecimento como emergência nacional. Uma alternativa a ser considerada nesse



cenário seria o incentivo da produção desses medicamentos por meio de laboratórios estaduais e federais, que têm responsabilidade de dar apoio à assistência farmacêutica nacional (114, 115, 116).

Já o segundo fator que dificulta a regularidade de distribuição de tratamento é relacionado à própria capacidade de coordenar a compra de medicamentos centralizadas pelo Ministério da Saúde. Em 2017, devido a um desabastecimento internacional de L-asparaginase, indicada para leucemia linfóide aguda em crianças, o MS adquiriu de forma emergencial o medicamento, porém com procedência e qualidades duvidosas (117, 118). Já em 2019, com a nova administração do Ministério da Saúde, outro desabastecimento ocorreu, envolvendo cerca de 130 medicamentos (119, 120).

Agravando este cenário, vale ressaltar que poucos foram os novos medicamentos que surgiram para o tratamento do câncer infanto-juvenil nas últimas décadas, comparando a dezenas de lançamentos de produtos para tratar neoplasias em adultos (121). Isso ocorre, possivelmente, por desinteresse ou dificuldade das indústrias em produzir estudos clínicos com número suficiente de crianças nessa faixa etária, por se tratar de um grupo de doenças com menor incidência (112). Felizmente, algumas opções têm recentemente entrado no mercado e, apesar do alto custo, podem trazer grandes benefícios ao público infanto-juvenil, mudando o desfecho do tratamento. Todavia, o acesso a esses medicamentos acontece apenas por via judicial.

Há também uma falta de priorização desse grupo de pacientes nas políticas públicas, dificultando, assim, o acesso ao tratamento. A jornada do paciente possui barreiras desde o início: há dificuldade para os profissionais de saúde identificarem e encaminharem de forma ágil os pacientes, muito pela demora nos exames. Esse prolongamento impossibilita o início do tratamento em tempo oportuno, assim como cuidados paliativos. Há também uma falta de monitoramento e acompanhamento sistemático de pacientes, impedindo estudos de vida real, que poderiam embasar decisões e novas políticas públicas (122).

Embora as soluções sejam complexas, melhorias podem ser alcançadas se a atenção ao câncer infanto-juvenil estiver pautada nas ações e programas para o câncer, assim como integradas desde o seu planejamento estratégico.

## ONDE QUEREMOS CHEGAR

**1. Câncer infanto-juvenil reconhecido como uma prioridade no âmbito da saúde pública.**

## COMO FAREMOS

### Proposta

- Mobilização, junto ao Ministério da Saúde, com a finalidade de alterar a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS, objetivando colocar a pauta pela atenção ao câncer infanto-juvenil nas ações e programas para o câncer, assim como integrá-la no seu planejamento estratégico.
- Discutir, junto ao governo federal, a adesão do Brasil à campanha da OMS “Iniciativa Voltada para o Câncer





Infantil”, que tem como meta alcançar até 2030 a taxa de 60% de sobrevivência para as crianças com câncer, que vivem nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Com essa iniciativa, estima-se que cerca de um milhão de vidas sejam salvas até 2030 (119).

- Mapeamento dos gargalos principais que impossibilitam o encaminhamento em tempo oportuno dos pacientes oncopediátricos.
- Estabelecer junto às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde e INCA, um fluxo-modelo que garanta o encaminhamento ágil para um centro de referência do tratamento de câncer pediátrico.
- Pautar e discutir com governos estaduais a formação de centros regionais para diagnóstico precoce de câncer no SUS, garantindo os exames de patologia clínica, anatomia patológica, imuno-histoquímica, biologia molecular, pesquisa de marcadores e exames de imagem.
- Criar e disponibilizar um painel online com o tempo médio de espera por tipo de câncer infantojuvenil, por estabelecimento de saúde e por Estado.
- Estimular, por meio de campanhas de comunicação, a educação de médicos e da população sobre os sinais e sintomas do câncer pediátrico, visando garantir o diagnóstico precoce na criança e adolescente.
- Discutir, junto ao Ministério da Saúde, formas de incentivos para minimizar as diferenças regionais da linha de cuidado, além de estimular encaminhamentos para que o tratamento seja feito em locais com especialistas e número mínimo de casos.
- Fornecer capacitações e acordar com as Secretarias de Saúde sobre os protocolos de tratamento validados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE) e direcionar todos os pacientes com menos de 19 anos aos centros especializados.
- Apoiar, estimular e desenvolver ações de advocacy junto ao Congresso Nacional, para a aprovação do Projeto de Lei (PL) 3.921/2020, que tramita no Congresso Nacional desde 2015, e tem como objetivo instituir a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica.



**2. Implementação de encaminhamento ágil de crianças e adolescentes com suspeitas de câncer para realização de exames - em até 7 dias no caso de tumores sólidos, e encaminhamento imediato, no caso de leucemias - e para o tratamento em tempo oportuno nos casos confirmados.**

**Proposta**

- Garantir, por meio de legislação e da ANVISA, que o Ministério da Saúde tenha processos para fiscalização da qualidade dos medicamentos fornecidos no tratamento do câncer em pediatria, prioritariamente quando realizada a importação emergencial.
- Garantir a informação de qualidade aos profissionais de saúde, pacientes e juizes, visando evitar a judicialização de tratamentos desnecessários por meio da interação contínua do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus). Uma vez que o acesso a esses medicamentos nem sempre acontece com a melhor indicação e/ou no melhor momento do tratamento.
- Discutir proposta de compra centralizada de medicamentos para Onco-Pediatria de tipos mais prevalentes. Recomenda-se que seja feita uma priorização sobre quais seriam os mais essenciais para fornecimento pelo Ministério da Saúde.
- Criação de uma rede de notificação de desabastecimento de medicamentos entre secretarias de saúde, centros especializados e associações de paciente infante-juvenil.
- Discutir, junto ao Ministério da Saúde, as perspectivas de fomento à produção, por parte dos laboratórios públicos, de medicamentos que estão em desabastecimento por desinteresse comercial, com rigoroso controle de qualidade.
- A curto prazo, adequar periodicamente a remuneração dos centros de tratamento por meio da atualização dos valores APAC, uma vez que o câncer infantojuvenil requer longos e complexos tratamentos.
- Fiscalização, pelos órgãos de controle, às compras de excepcionalidade para garantir a transparência nos processos.
- Incorporação e oferta de recursos terapêuticos já aprovados para o tratamento do câncer em adultos, para a população pediátrica. Recomenda-se que essa avaliação seja feita a partir de evidências científicas, comprovando a eficácia e segurança para o câncer infante-juvenil, a exemplo dos inibidores de tirosina-quinase de segunda e terceira geração.



**3. Facilitação dos meios de avaliação, pelas instâncias responsáveis, para a incorporação de medicamentos oncopediátricos no âmbito do SUS.**

**Proposta**

- Fortalecer discussões e ações, junto aos gestores federais e estaduais, relacionadas à Resolução CIT n.º 41/2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados e integrados, no âmbito SUS (124).
- Promover discussões junto ao INCA, Ministério da Saúde e Legislativo sobre como impulsionar uma linha de cuidados paliativos em pediatria, desde o diagnóstico, buscando a melhoria da qualidade de vida da criança, com alívio da dor e outros sintomas físicos. Bem como apoio às necessidades e expectativas espirituais e psicossociais da criança e da família.

---

**4. Uso de parâmetros específicos de estadiamento para menores de 19 anos, permitindo a comparação de dados entre os diferentes centros (nacionais e internacionais).**

**Proposta**

- Realização de estudos governamentais periódicos elaborados por meio de órgãos setoriais, como INCA, e de controle, como o TCU e CGU, para avaliar, de modo contínuo, a epidemiologia e a sobrevivência dos pacientes de câncer infanto-juvenil no Brasil.
- Promover o uso do Consenso de Toronto, aos profissionais de saúde e gestores, para o estadiamento do câncer pediátrico em registros de câncer de base populacional, permitindo a comparação de dados entre os diferentes centros (nacionais e internacionais).
- Promover a coleta de dados relacionados ao tratamento e desfecho e das crianças e adolescentes.
- Fomentar e apoiar estudos clínicos sistematizados e randomizados para o câncer infantojuvenil, a exemplo dos trabalhos desenvolvidos pelo GBTLI (Grupo Brasileiro para Tratamento da Leucemia Linfóide Aguda).



# TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

---

## SITUAÇÃO ATUAL



O Brasil possui um dos maiores bancos públicos de doadores de medula óssea do mundo, gerido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e que subdivide em dois eixos: o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) e o Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea (REREME). Atualmente, nessas plataformas, estão cadastrados 4,8 milhões de potenciais doadores e 850 pacientes estão em busca de um doador não aparentado (de outro indivíduo que não seja da família) (125).

O número de doadores para um paciente que está em busca de um transplante não aparentado é essencial, uma vez que a chance de encontrar um doador 100% compatível é de 1:100.000 pessoas (126). Para garantir o aumento de doadores com diferentes perfis genéticos, em 2014, o Ministério da Saúde regulamentou os critérios de cotas para o cadastro de novos doadores no REDOME (127). A atualização dos dados cadastrais de doadores de medula óssea se apresenta como um dos maiores desafios desta área.

A avaliação do perfil genético de doadores e pacientes cadastrados no REDOME é constante, para que se possam direcionar campanhas que fomentem as doações de perfis pouco representados no banco de doadores. Com a regulamentação, criou-se um teto anual para registro de doadores no país, sendo que nos casos específicos de etnias, o Ministério da Saúde tem legitimidade para otimizar campanhas de doação (128).

Com a potencialização das campanhas e o maior número no banco de doadores, houve um aumento significativo na realização do procedimento no Brasil. Atualmente, por ano, estima-se que sejam realizados mais de 3 mil transplantes de medula óssea (TMO), entre autólogos (1.827) e alogênicos (1.235) – conforme dados apresentados pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) em 2018 (129).

Apesar do aumento desses procedimentos no território brasileiro, assim como outras estruturas em Oncologia, a maior parte dos TMO é realizada no Estado de São Paulo, de acordo com a Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO) e o Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Houve, nos últimos anos, um aumento de transplantes fora das regiões Sul e Sudeste, devido à descentralização de leitos especializados, mas ainda é preciso continuar investindo na melhoria do acesso, visando beneficiar as regiões não cobertas por hospitais habilitados para realizar o TMO (130).

Além disso, dos 87 centros que podem realizar o procedimento, a maioria destes estabelecimentos está localizada na região Sudeste e não há hospitais habilitados na região Norte (131).



Diante dessa concentração geográfica, as casas de apoio são essenciais para pacientes, doadores e familiares advindos de regiões distantes do local de tratamento e que não têm recursos suficientes para se acomodar com o conforto necessário. Uma ajuda de custo com transporte, alimentação e acomodação também é um direito do paciente e de seus familiares. Esse benefício é conhecido como Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Contudo, atualmente pacientes e doadores têm relatado dificuldade na obtenção deste suporte (132).

Outro ponto relevante se refere aos sistemas de informações do SUS, responsáveis pelo referenciamento e agendamento de procedimentos. Hoje, os sistemas são frágeis, tanto no levantamento quanto na apresentação de dados e estatísticas, como informações sobre transplantes agendados e realizados, por exemplo. Isso impossibilita a verificação de forma ágil e atual (133). Faltam dados de desfecho nos transplantes realizados, que deveriam ser exigidos para manutenção do credenciamento.

Vale destacar que medicamentos antivirais, antifúngicos e imunossupressores não são integralmente fornecidos para os pacientes pós-transplantados de medula óssea. Tendo em vista que essas pessoas ficam com o sistema imunológico vulnerável, a falta do medicamento prolonga as internações, o que limita a disponibilidade de leitos hospitalares para o TMO.

## ONDE QUEREMOS CHEGAR

**1. Descentralizar o cuidado e expandir o escopo e alcance geográfico dos cuidados prestados pelos hospitais habilitados.**

## COMO FAREMOS

### Proposta

- Garantir ações de capacitação das equipes de saúde para a realização do TMO por meio do Ministério da Saúde, INCA e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.
- Desenvolver relatório para o Ministério da Saúde, evidenciando as regiões com vazios assistenciais e necessidade de ampliação de leitos para transplante.
- Engajar e incentivar os gestores públicos locais na busca por habilitação para TMO nos hospitais sob sua jurisdição, e gestores federais na criação de incentivos e priorização da habilitação de centros em vazios assistenciais.



## **2. Garantir a integralidade e continuidade do tratamento para o paciente pós-transplante.**

### **Proposta**

- Promover a discussão sobre a inclusão, no SUS, de medicamentos necessários ao pós-transplante, junto aos órgãos competentes do Ministério da Saúde e deliberações da Frente Parlamentar em Prol da Luta Contra o Câncer, da Câmara de Deputados.
  - Ampliar leitos hospitalares em locais onde estiverem equipes qualificadas e melhores resultados.
- 

## **3. Melhorar a assistência aos pacientes, familiares e doadores que precisam de tratamento fora de seu território.**

### **Proposta**

- Exigir amparo financeiro dos governos estaduais às casas de apoio para acolhimento de pacientes e familiares em tratamento fora de seu território.
  - Garantir auxílio financeiro do governo federal para que pacientes, familiares e doadores possam realizar o TMO fora de seu território.
  - Monitorar os TFD solicitados e autorizados, assim como os dados de deslocamento dos pacientes que se submetem ao transplante pelo SUS, por meio do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e do Sistema de Informações Hospitalar (SIH).
  - Garantir a atualização dos valores da Tabela SUS para o TFD.
  - Promover auditorias e fiscalização sobre a qualidade do atendimento às famílias para embasar a tomada de decisão sobre potenciais melhorias de amparo pelas gestões estaduais.
- 



**4. Disponibilizar, anualmente, os dados quanto aos TMO realizados no país, detalhando os desfechos por centro de tratamento.**

**Proposta**

- Estimular o Registro Brasileiro de Transplantes de Medula Óssea, baseado no Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR), com apoio do SNT, para encontrar formas de estimular os centros a reportarem seus dados e a terem gerenciadores de informações.
  - Criar e disponibilizar um painel online com o quantitativo de transplantes realizados por tipo de câncer, por estabelecimento de saúde e por Estado.
  - Realizar estudo prospectivo com pacientes transplantados para acompanhar o prognóstico, por centro de tratamento. Utilizar os dados da SBTMO e do SNT para a elaboração de estudos e relatórios epidemiológicos acerca da sobrevivência de pacientes transplantados.
- 



# HUMANIZAÇÃO

---

## SITUAÇÃO ATUAL



A participação ativa e valorização do paciente nos serviços de saúde é um dos principais pilares que possibilitam um tratamento de qualidade. Contudo, até o século XIX, as práticas relacionadas ao cuidado com o paciente eram pouco difundidas e somente começaram a ganhar força em 1846, a partir da atuação de duas importantes enfermeiras: Florence Nightingale, na Europa, e Ana Neri, no Brasil (134, 135, 136).

No Brasil, este processo de reconhecimento do papel participativo do paciente nos serviços de saúde começou a ser formalizado na segunda metade do século XX em três principais marcos. O primeiro foi o fortalecimento do direito do paciente na conduta dos profissionais de saúde com a criação, em 1965, do Código de Ética Médica, amparado pelo Conselho Federal de Medicina (137). Já o segundo se refere principalmente ao campo de políticas públicas, com a aprovação da Constituição Federal em 1988, que assegurou o direito social à saúde a todos os cidadãos (16). Por fim, o terceiro foi a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, quando houve a oficialização da garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde para toda a população brasileira (17).

Foi a partir da criação do SUS que o processo participativo do paciente e sua família, no desenvolvimento dos serviços de saúde, foi fortalecido com o aumento da importância do diálogo ativo entre paciente, profissional de saúde e gestor. Neste contexto, em 1995 foi criada a Cartilha dos Direitos dos Pacientes, colocando em pauta a humanização dos serviços de saúde, o que culminou, mais tarde, no desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2001, e posteriormente na Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003 (138, 139).

A PNH estabelece diretrizes para que os órgãos públicos e as instituições de saúde possam se orientar para implantar uma política na qual a atenção ao paciente seja centralizada e, que mais importante, o usuário do SUS tenha ciência dos seus direitos e seja ouvido pelos profissionais de saúde e gestores (139).

No cenário atual, entretanto, esta humanização tem sido desafiada frente aos gargalos estruturais do sistema que impedem um atendimento qualificado. Filas de espera, desabastecimento e superlotação de estabelecimentos de saúde têm desafiado gestores e até mesmo pacientes a retomar o desenvolvimento conjunto de serviços de qualidade. O reflexo disso, na prática, é uma desigualdade. Onde há instituições que têm mais recursos disponíveis consegue-se efetivar serviços mais humanizados. Para os que enfrentam dificuldades financeiras, a realidade é bem diferente (140, 141).





Com isso, têm crescido as discussões e as ações em busca de estimular o protagonismo do paciente em todas as etapas do tratamento, de promover uma escuta qualificada, capaz de compreender este indivíduo em sua integralidade, e de incentivar a corresponsabilidade e a autonomia de todos os atores envolvidos no processo (profissionais da saúde, pacientes, acompanhantes e gestores) (142, 143).

Para isso, a efetiva implantação da Política Nacional de Humanização é, portanto, fundamental para nortear as ações nas instituições de saúde e poder assegurar que o paciente com câncer seja atendido em sua totalidade. Criar condições para desenvolver empatia, fortalecer vínculos, estabelecer diálogo e uma comunicação efetiva contribui para a promoção da saúde (139, 143). Além disso, olhar para os aspectos emocionais do paciente, enxergar o indivíduo em toda a sua potencialidade, melhorar o ambiente e as relações nas instituições de saúde é essencial para oferecer um atendimento, de fato, humanizado. Nesse sentido, é importante que tanto a tecnologia quanto os cuidados técnicos sejam aliados às práticas humanizadas, atendendo as singularidades de cada indivíduo (139, 143).

Cumprir a PNH é, para além de garantir direitos ao paciente, avançar em direção a um sistema de saúde equitativo e igualitário (139). Sendo assim, acredita-se que a humanização não só está na base da cultura organizacional, como também permeia todo o processo de assistência e de cuidado, desde o momento do diagnóstico até o término do tratamento.

## ONDE QUEREMOS CHEGAR

**1. Implementar, na cultura organizacional das instituições de saúde, as diretrizes e os dispositivos da Política Nacional de Humanização: Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários.**

## COMO FAREMOS

### Proposta

- Inserir e incentivar a adoção da Política Nacional de Humanização (PNH) no planejamento estratégico das instituições de saúde.
- Desenvolver ferramentas e campanhas educativas que colaborem com a disseminação dos conceitos da humanização nas instituições de saúde.
- Contribuir para que os profissionais das instituições de saúde realizem capacitação permanente em relação às diretrizes de humanização.
- Atualizar as grades curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. Deve-se recomendar ao Ministério da Educação a inclusão de disciplinas que apresentem noções teóricas e práticas de cuidado humanizado.
- Fomentar o uso de estratégias de comunicação empática que priorizem a relação médico, paciente e familiares.



**2. Incorporar as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC).**

**Proposta**

- Influenciar o governo, a partir da articulação e esforços dos setores da sociedade civil, para propor à Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES/MS), INCA e CONASS, assim como demais órgãos do governo, a inclusão das diretrizes e dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC).

---

**3. Estimular o paciente para que participe de forma ativa dos processos de decisão em relação ao seu tratamento.**

**Proposta**

- Organizar e desenvolver mecanismos que facilitem informações sobre os direitos e deveres do paciente e o acesso à rede pública e privada de saúde, por meio de aplicativos e redes sociais, por exemplo.
- Estimular que as instituições de saúde promovam ações para que os pacientes com câncer conheçam a sua doença e os seus direitos, de forma didática e acessível.
- Produzir e disseminar conteúdos para a capacitação e empoderamento de todos os envolvidos no cuidado ao paciente com câncer.



# CUIDADOS PALIATIVOS

---

## SITUAÇÃO ATUAL



Os cuidados paliativos (CP) desenvolvem competências relacionadas ao cuidado do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual de pacientes que enfrentam doenças que ameacem suas vidas, bem como as suas consequências que afetam os familiares. Essa assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (144).

Recomenda-se que a abordagem da equipe de CP seja iniciada desde o momento do diagnóstico de uma doença que ameace a vida, seja ela aguda ou crônica. As ações do cuidado devem ser adaptadas às necessidades dos pacientes e familiares em cada fase da doença (na progressão e na terminalidade) (145).

Desta forma, os CP podem e devem ocorrer concomitante ao tratamento modificador da doença e independentemente do prognóstico. Por isso, precisam ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, sendo eles: atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência (146). Para esse atendimento e suporte, uma equipe especializada e multiprofissional é necessária, incluindo médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, capelão, entre outros (147).

Com base em princípios éticos, fundamentais para melhorar a qualidade de vida, o bem-estar, o conforto e, principalmente, o respeito ao direito de viver e morrer com dignidade, deve-se considerar o processo de morte como normal e inerente à vida, não acelerando ou adiando o processo de morrer, e oferecendo suporte continuado à familiares e cuidadores, incluindo na fase do luto (148).

Tomando como base os Direitos Humanos que reconhecem a autonomia do indivíduo sobre sua própria vida, torna-se fundamental o envolvimento do paciente no seu cuidado, assim como a obtenção de informações claras e objetivas sobre seu diagnóstico e prognóstico (149).

Segundo o último Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos (2020), o Brasil conta com 198 equipes de CP, das quais, 14 são de cuidados paliativos pediátricos. No país, a prática de CP teve início na década de 80 e nos últimos anos vêm ganhando espaço de atuação e reconhecimento. No entanto, estima-se que apenas 7,3% das pessoas que necessitam de CP têm acesso a esta abordagem (150).

Em seu Atlas Global de Cuidados Paliativos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o Brasil como 3B. Isso significa que há desenvolvimento de cuidados paliativos em várias localidades, com crescimento do apoio local e algumas iniciativas de treinamento e educação por parte das organizações (148).



Para o futuro, espera-se que o país atinja o nível 4B, ou seja, que os serviços de CP estejam integrados aos principais serviços de saúde, com capilaridade em todo o território nacional. Desta forma, também alcançaremos ampla valorização dos CP por parte dos profissionais de saúde, comunidades locais e sociedade em geral (151).

Os documentos atestam que os serviços dessa prática tão importante, ainda são insuficientes no Brasil (150, 151). Um estudo apresentado pelo The Economist Intelligence Unit, em 2015, aponta que a capacidade atual da nação em oferecer CP é de 0,3%. Em relação à qualidade dos CP oferecidos à população, entre 80 países, o Brasil ficou em 42º lugar, estando abaixo de outros países da América Latina (152).

A Comissão Intergestores Tripartite (CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde) sancionou, em 31 de outubro de 2018, a Resolução nº 41, que dispõe sobre as diretrizes públicas para a organização dos CP, de maneira contínua e integrada no âmbito do SUS (124). Por ser uma prática relativamente nova no Brasil, a principal meta é a sua efetiva implementação e regulamentação, em todos os níveis da assistência pública ou privada (153, 154).

Existe uma escassez de dados nacionais que amparem o desenvolvimento da especialidade no Brasil. Não existem parâmetros oficiais para calcular a demanda de CP e, embora possamos dispor de referências internacionais, é recomendado pela OMS que este tipo de assistência seja adaptada à realidade de cada país (146).

Outro gargalo é que o ensino superior dos profissionais de saúde não engloba a temática dos CP de forma estruturada. Em decorrência disso, verifica-se que alguns profissionais que atuam nesta área, não possuem uma formação adequada. Uma das consequências da inexperiência é a falha na avaliação da dor, podendo levar ao subtratamento desses pacientes e ineficácia no alívio do sintoma (155).

Além disso, quando o profissional de saúde não compreende o conceito integral de dor, que vai além dos componentes físicos, pode agravar a situação do paciente. Tal definição inclui os seguintes sintomas: fadiga crônica, insônia, medo da dor, medo da morte, preocupação com a família, angústia, culpa, perda de posição social, trabalho ou família, associado com a diminuição de efetividade do opioide, principalmente pelo avanço da doença (156).

Sendo assim, embora diversos estudos tenham demonstrado os benefícios dos CP na melhora da qualidade de vida, satisfação do cuidado e redução nos níveis de depressão, esta assistência ainda é incipiente e realizada tardiamente, caracterizando-se como um dos principais desafios desta modalidade de atendimento (157).



## ONDE QUEREMOS CHEGAR

**1. Implementar a Política Nacional de CP em todos os pontos da rede de atenção à saúde.**

**2. Garantir que toda pessoa com câncer tenha acesso aos CP e sua assistência inclua os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais.**

**3. Capacitar profissionais da saúde para atuar na área de CP.**

## COMO FAREMOS

### Proposta

- Implantar as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, implantados no sistema de saúde do Brasil.
- Defender e discutir, junto aos representantes do poder Executivo e Legislativo, a garantia de um sistema de suporte que permita ao paciente viver ativamente, com mais autonomia, até o momento de sua morte.

### Proposta

- Incluir os cuidados paliativos o mais precocemente possível no tratamento do paciente, juntamente com o tratamento modificador da doença.
- Garantir o desenvolvimento de protocolos e diretrizes clínicas que assegurem a disponibilidade de tratamentos e medidas eficazes para o controle impecável da dor e demais aspectos relacionados à doença e ao tratamento.

### Proposta

- Atualizar as grades curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. Deve-se recomendar ao Ministério da Educação a inclusão de disciplinas que apresentem noções teóricas e práticas de CP.
- Ofertar ações de educação permanente em CP para os trabalhadores da saúde no SUS.
- Disponibilizar capacitações de CP gratuitas, por meio de ensino à distância (EAD), da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), do Onco Ensino e outras plataformas educativas acessíveis.



**4. Conscientizar a população brasileira acerca dos objetivos dos CP e informar que este é um direito dos pacientes com câncer.**

**Proposta**

- Promover rodas de discussão e eventos no cotidiano dos pacientes e sua família, para a afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural.
  - Reforçar alianças com entidades e todas as instâncias relacionadas aos CP.
  - Promover atividades, discussões e notícias que auxiliem no processo de divulgação dos CP, por meio de informações para população, incentivando a participação ativa da sociedade no processo de implementação das diretrizes.
- 



# SAÚDE DA MULHER

## SITUAÇÃO ATUAL



A partir da necessidade de diretrizes que orientassem as políticas para este público, em 2004 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Este programa foi republicado em 2011 e inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação, para o câncer de mama e de colo do útero (158).

Segundo a estimativa do INCA para o triênio 2020–2022, os tipos de câncer mais incidentes para o sexo feminino, com exceção do câncer de pele não melanoma, são os de mama (66 mil novos casos/ano), de cólon e reto (20 mil novos casos/ano), do colo do útero (16 mil novos casos/ano) e traqueia, brônquio e pulmão (12 mil novos casos/ano). Além disso, no Brasil, entre as principais causas de morte da população feminina está o câncer de mama, de pulmão e o do colo do útero (158).

Sabe-se que pelo menos um terço dos novos casos poderiam ser prevenidos, por meio de mudanças de estilo de vida e do diagnóstico precoce de lesões pré-malignas (4). Pensando nisso, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2011–2022), que inclui como prioridade o controle e rastreio do câncer de mama e do colo do útero. O documento estabelece metas com foco: (i) o aumento para 70% do acesso à mamografia de mulheres entre 50 e 69 anos; (ii) aumento para 85% da execução do exame preventivo de câncer do colo do útero (papanicolau) em mulheres de 25 a 64 anos (21). Para o novo Plano em desenvolvimento, de 2021 a 2030, procurou-se estabelecer a redução em 20% para câncer de mama e em 10% para câncer de útero – evidenciando a importância de manter o tema sob o radar do governo (49).

Essa atenção nas metas é o resultado de uma realidade brasileira: as taxas de mortalidade do câncer feminino permanecem elevadas, pois cerca de 46% das mulheres recebem o diagnóstico tardio e em estágios avançados (159). Quando o diagnóstico ocorre em estágios iniciais, a sobrevivência em 5 anos varia entre 93 e 100%, e em estágios mais avançados caem para 70 e 72%. Os Indicadores de Câncer de Mama do Observatório de Oncologia confirmam que, apesar do incentivo ao rastreamento e diagnóstico precoce para este tipo de doença, o Brasil ainda se encontra com altas taxas de diagnóstico em estágios avançados (160).

Os indicadores também mostram que, ao comparar os pacientes em tratamento ambulatorial e os óbitos por câncer de mama, a linha de evolução percentual ano a ano é inversamente proporcional. Ou seja, nos anos em que houve maiores taxas de tratamento, também houve menor proporção de óbitos.



Segundo o Panorama da Atenção ao Câncer de Mama no SUS, entre 2015 e 2019, foram aprovadas cerca de 21,7 milhões de mamografias em todo território nacional, o que correspondeu a um custo de R\$ 943 milhões. Embora o investimento pareça alto, a cobertura mamográfica de mulheres entre 50 e 69 anos no Brasil foi de apenas 23%. O cenário nas cidades brasileiras é preocupante, uma vez que 98% dos municípios apresentam cobertura de mamografias abaixo da meta recomendada pela OMS, correspondente a 70% para a população alvo. A região Norte encontra-se no pior cenário, uma vez que 94% de seus municípios apresentaram cobertura mamográfica abaixo de 13% (159).

O Panorama também mostra que 20% das mulheres em tratamento no SUS tinham entre 40 a 49 anos. Os dados indicam alta taxa de diagnósticos tardios nas faixas etárias mais jovens. Este dado confirma a necessidade de ampliar a cobertura mamográfica para mulheres entre 40 e 69 anos, conforme recomenda a Sociedade Brasileira de Mastologia.

Além da gravidade do cenário, o Brasil apresentou uma piora dos indicadores de atenção: a cobertura de mamografias reduziu, ao mesmo tempo em que houve o aumento da proporção de diagnósticos tardios e redução de diagnósticos precoces. Mesmo que o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento tenha apresentado reduções substanciais, a proporção de mulheres que iniciam o tratamento tardiamente continua elevada.

Em relação ao câncer do colo do útero, os dados comprovam as grandes desigualdades regionais. Com exceção do câncer de pele não melanoma, é a segunda neoplasia mais incidente em mulheres nas regiões Norte (21,20/100 mil), Nordeste (17,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,92/100 mil). Apesar da maior incidência nessas regiões, elas concentram o menor número de centros especializados para o tratamento.

Os dados apontam que o câncer do colo do útero foi o quarto mais frequente em todo o mundo, com uma estimativa de 570 mil casos novos, representando 3,2% de todos os cânceres (161). Segundo os Indicadores de Câncer do Colo do Útero (162), do Observatório de Oncologia, desde 2012, a incidência do câncer de colo do útero não apresentou quedas significativas. Apesar do número de centros de tratamento ter aumentado de 298 em 2012, para 318 centros em 2019, os óbitos vêm crescendo de forma preocupante.

A taxa de mortalidade aumentou, possivelmente, devido ao atraso e baixa cobertura do exame de Papanicolau. Ressalta-se que não há pesquisas oficiais atualizadas sobre a cobertura nacional deste exame. Dados de comparação entre 2019 e 2020, demonstram queda de 52% na realização de exames citopatológicos com finalidade de rastreamento, assim como queda de 51% nos exames com finalidade diagnóstica. Além do Papanicolau, outros fatores importantes a serem considerados no rastreamento são: qualidade dos exames de citologia, colposcopia e acesso a biópsias.

Ainda assim, espera-se que os indicadores melhorem, principalmente com relação ao exame citopatológico – isso porque o novo financiamento de atenção primária, conhecido como Previne Brasil, do governo federal para os municípios também se baseará nos indicadores de cobertura de exame citopatológico, induzindo uma busca e rastreio ativos de pacientes (73).





O câncer do colo do útero tem como principal causa a infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV) de alto risco, e o principal mecanismo de prevenção é a vacinação. Desde 2014, a vacinação contra o HPV faz parte do Plano Nacional de Imunização (PNI-SUS). Em 2017, o Ministério da Saúde ampliou a vacinação para as meninas de 9 a 14 anos e a introduziu para os meninos de 11 a 14 anos de idade (163, 164). Também foram contemplados nos grupos prioritários: pacientes oncológicos, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea, e pessoas de 9 a 26 anos com HIV/Aids (165).

O câncer de ovário é o segundo tumor ginecológico mais comum em mulheres, atrás apenas do câncer do colo do útero. A estimativa do INCA para o triênio 2020-2022 aponta o surgimento de 6.650 novos casos, por ano. Este é tumor ginecológico mais silencioso e ainda não existe um exame preventivo para o diagnóstico precoce da doença.

A maioria dos casos de neoplasia de ovário ocorrem em mulheres sem uma causa evidente. Os sintomas são discretos e demoram a se manifestar, por este motivo, a falta de informação sobre a doença é um dos principais problemas para a suspeita diagnóstica. As Políticas Públicas para Saúde da Mulher precisam incluir o enfrentamento do câncer de ovário.

Para melhorar as condições de vida e saúde das mulheres com câncer é fundamental aprimorar o acesso ao tratamento. Pacientes relatam morosidade nos serviços oncológicos: agendamento da consulta com o especialista, liberação da quimioterapia, além de longo intervalo para realização da cirurgia (166).

É necessário, ainda, garantir o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação das neoplasias. Portanto, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina por câncer, inclui ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Brasil.

## ONDE QUEREMOS CHEGAR

### **1. Reduzir a incidência, morbidade e mortalidade por câncer em mulheres.**

## COMO FAREMOS

### **Proposta**

- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Brasil.
- Alcançar as metas para o diagnóstico precoce no Brasil, por meio de exames de rastreamento, com atenção especial às regiões com alta incidência e mortalidade.
- Habilitar, em cada capital brasileira, ao menos um centro de tratamento para o câncer, garantindo atenção às mulheres em todos os estados.
- Elaborar relatórios e eventos que discutam a garantia de acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e reabilitação do câncer feminino em todo o território brasileiro.
- Promover discussões, principalmente no Congresso Nacional, sobre como melhorar as condições de saúde das mulheres no Brasil.



## **2. Atualizar e implementar totalmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em âmbito nacional.**

### **Proposta**

- Embasar a atualização da PNAISM em análises de dados abertos. Incluir no seu desenvolvimento pesquisas realizadas pelo governo e sociedade civil organizada.
- Incentivar a implementação da PNAISM, de forma intersetorial entre Ministério da Saúde e os demais órgãos relacionados, monitorando as metas e desenvolvendo relatórios sobre a situação atual.
- Ampliar a faixa etária preconizada para a realização de exames de rastreamento mamográfico para 40 a 69 anos, conforme a Lei 11.664/2008, necessidade comprovada pelo Panorama do Câncer de Mama no SUS (163).
- Possibilitar a participação de organizações de defesa da saúde da mulher em instâncias consultivas e/ou de controle social.
- Fortalecer os direitos das mulheres no campo da saúde, por meio da promoção de eventos, campanhas e audiências públicas no legislativo.
- Incluir na agenda pública o controle, diagnóstico e acesso ao tratamento ao câncer de ovário.

---

## **3. Melhorar a qualidade dos exames realizados e da manutenção dos equipamentos.**

### **Proposta**

- Verificar a necessidade e dar preferência de distribuição dos aparelhos existentes nas regiões com menor cobertura, em relação à quantidade preconizada pelo Ministério da Saúde.
- Elaborar relatórios e promover a fiscalização sobre vazios assistenciais em Oncologia, que subsidiem a tomada de decisão do governo.
- Realizar parcerias com entidades responsáveis pelo controle de qualidade mamográfico – Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) –, para avaliação periódica dos serviços, orientação e treinamento de profissionais de saúde, médicos e técnicos.



#### **4. Controlar e reduzir o câncer do colo uterino, uma neoplasia altamente prevenível.**

##### **Proposta**

- Realizar campanhas educativas e eventos para disseminar a informação sobre o teste de HPV, utilizado para rastreamento de lesões pré-cancerosas.
- Promover campanhas de conscientização para ampliar a cobertura vacinal contra HPV para 90% de meninas e meninos, na faixa etária de 9 a 13 anos, conforme recomendação da OMS.
- Conscientizar as mulheres para a necessidade e importância da realização do Papanicolau.
- Aumentar a cobertura dos exames de Papanicolau, entre 25 e 64 anos, tendo em vista que a faixa etária de 30 a 64 anos ultrapassou a marca de 4 mil pacientes com câncer de colo uterino em tratamento no SUS em 2019, segundo os Indicadores do Câncer do Colo do Útero.
- Fortalecer a Rede de Instituições Nacionais de Câncer da América Latina e Caribe (RINC-ALC).
- Participar da Iniciativa Mundial de Eliminação do Câncer do Colo do Útero da Organização Mundial da Saúde (OMS), e atingir até 2030 as seguintes metas: (i) 90% das meninas até 15 anos vacinadas contra HPV; (ii) 70% de cobertura da triagem com um teste de alto desempenho (aos 35 anos e novamente aos 45); (iii) 90% das mulheres com o tumor receberem tratamento (90% das mulheres com pré-câncer tratadas; 90% das mulheres com câncer invasivo tratadas).

---

#### **5. Promover o encaminhamento ágil e adequado de mulheres com exames alterados, tanto mamografias quanto Papanicolau.**

##### **Proposta**

- Aprimorar os fluxos de regulação para ágil acesso à rede de tratamento referenciada e qualificada.
- Promover discussões entre gestores e profissionais de saúde para entender quais são os gargalos no encaminhamento de pacientes.
- Promover a criação de plataformas digitais (aplicativos de celular, por exemplo) para informar o paciente sobre todas as etapas da sua jornada de tratamento.



# SAÚDE DO HOMEM

---

## SITUAÇÃO ATUAL



A cultura do cuidado com a saúde no Brasil difere muito entre homens e mulheres. Pesquisas e estudos da saúde do homem vêm ganhando destaque nas discussões de políticas públicas nos últimos anos, e isso acontece devido às elevadas taxas de mortalidade e morbidade que afetam esse grupo, assim como a sua baixa procura pelos serviços de saúde (5, 168). A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Além disso, quando comparado com as mulheres, o tempo de vida deles é 7,5 anos menor (5, 169).

Dados do Ministério da Saúde indicam que as principais causas de mortalidade masculina entre 20 e 59 anos são evitáveis ou preveníveis se tratadas e acompanhadas de forma precoce. As causas externas, como agressões e acidentes, correspondem a 36% das mortes, seguido de doenças do aparelho circulatório (18%) e neoplasias (12%) (5, 170).

Com relação ao cenário oncológico, um dos principais focos é o câncer de próstata, colorretal e pulmão. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) indicam que esses tumores estão entre os mais incidentes na população masculina (4, 5). Estas neoplasias podem ser detectadas precocemente, mas a ausência de acompanhamento periódico do público masculino dificulta a detecção e o tratamento oportuno.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde publicou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). O objetivo da PNAISH é facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. A principal diretriz é qualificar a saúde da população masculina na faixa etária entre 20 e 59 anos, oferecendo diagnóstico precoce e prevenção de doenças cardiovasculares, cânceres e outras doenças crônicas, beneficiando 56% dos homens do país (171, 172).

Além disso, a fim de garantir ainda maior efetividade no controle e combate ao câncer de próstata, foi criada a Lei nº 13.045/2014, que garante a detecção precoce da doença pelo SUS. Por meio da lei, as unidades de saúde da rede pública são obrigadas a fazer exames de detecção precoce do câncer de próstata sempre que, a critério médico, o procedimento for considerado necessário (173).

Ambas as iniciativas possibilitaram a adesão e implementação de ações e mutirões em Estados e Municípios relacionados, principalmente, ao câncer de próstata, por meio de exames de rotina, por exemplo. De acordo com dados do Observatório de Oncologia, a busca por tratamento para o câncer de próstata nos últimos anos vem aumentando, o que aponta a necessidade de planejamento para acolher esta demanda (174).



O principal problema da saúde masculina está relacionado ao diagnóstico tardio do câncer. Este cenário é preocupante devido à baixa procura pelos serviços de saúde, causada pela resistência e desinformação, sobretudo aqueles com mais de 40 anos de idade, que devem se submeter a exames de check-up rotineiramente (175).

O câncer de pulmão ocupa o 1º lugar em incidência e mortalidade no mundo. No Brasil é o 3º câncer mais incidente em homens, sendo o tabaco a sua principal causa. Um agravante deste cenário é que 86% dos casos são diagnosticados em estágio avançado (III e IV) (176).

Mais de 90% dos casos de câncer colorretal são diagnosticados em pessoas com mais de 50 anos de idade e, na maioria das formas, é de crescimento lento e até 95% dos casos são curáveis se detectados precocemente. O câncer colorretal é o segundo tipo mais incidente em homens e de 50 a 75% dos casos podem ser prevenidos apenas adquirindo um estilo de vida saudável (176).

Em relação ao câncer de próstata, o mais incidente em homens, se rastreado precocemente as chances de cura chegam a 97% (177). O INCA estimou cerca de 66 mil novos casos, por ano, desta neoplasia (178). No Brasil, cerca de 30% dos casos de câncer de próstata têm diagnóstico tardio (179).

Os maiores gargalos relacionados à saúde masculina foram confirmados por uma pesquisa realizada pelo DataFolha, que entrevistou 1.062 homens acima de 40 anos. Segundo o estudo: 48% não faz exames por machismo e 21% disse não fazer os exames, por não ser “coisa de homem”. Mesmo sabendo da importância do exame para o diagnóstico precoce da doença, os indivíduos mostram uma grande resistência em realizá-lo (180).

Para mudar o cenário é preciso promover durante todo o ano campanhas de conscientização, para que a prevenção e exames, tornem-se rotineiros aos hábitos de autocuidado dos homens (181).

## ONDE QUEREMOS CHEGAR

### **1. Reduzir a incidência, morbidade e mortalidade por câncer em homens.**

## COMO FAREMOS

### **Proposta**

- Investir em métodos e programas de rastreamento seletivo (para um subgrupo já identificado, com maior risco de ter a doença) ou de oportunidade (oferecido de modo oportuno, ao indivíduo que, por outras razões, procurar os serviços de saúde) para as neoplasias mais incidentes em homens.
- Capacitar médicos e profissionais de saúde para atuação adequada na detecção precoce e tratamento dos homens com câncer.
- Aprimorar os fluxos do sistema de saúde, visando acesso ao tratamento em tempo oportuno.
- Desenvolver programas de incentivo para o autocuidado e busca ativa pelos serviços de saúde da atenção primária.



**2. Implementar, em sua totalidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em âmbito nacional.**

**Proposta**

- Verificar trimestralmente, junto ao Ministério da Saúde, o andamento do plano operativo da PNAISH e sua retomada caso seja verificada sua paralisação.
- Promover discussões relacionadas ao estabelecimento de metas de rastreamento e detecção precoce de neoplasias mais incidentes no público masculino.
- Realizar pesquisa para verificar, junto aos municípios, o nível de conhecimento dos gestores sobre a PNAISH.
- Incentivar pesquisas epidemiológicas, junto ao Ministério da Saúde, para priorização de ações específicas em outras neoplasias para além da próstata, no caso do público masculino.
- Discutir, junto ao Ministério da Saúde, os principais gargalos nas ações de detecção precoce dos cânceres mais incidentes entre o público masculino.
- Estabelecimento de metas e indicadores de rastreio e de realização de exames para este tipo de paciente.

---

**3. Conscientizar a população sobre os fatores de risco relacionados às neoplasias com maior incidência em homens.**

**Proposta**

- Compilar os dados referentes às neoplasias masculinas por meio do INCA e disponibilizar um painel online com as incidências e as taxas de mortalidade por Estado.
- Engajar organizações privadas e públicas na produção e disseminação de informações acerca dos riscos das neoplasias masculinas.
- Realizar campanhas de conscientização sobre as neoplasias masculinas em mídia de massa.
- Incentivar as empresas privadas e públicas a adotar políticas que estimulem os trabalhadores a cuidarem de sua saúde, por meio de exames e consultas médicas.



# NUTRIÇÃO

---

## SITUAÇÃO ATUAL



Ao longo do tratamento da doença oncológica, vários pacientes não só apresentam perda de peso, como também anorexia e carências específicas de nutrientes que agravam a sua condição clínica e nutricional. Esses pacientes evoluem de forma aguda para um quadro de desnutrição proteica calórica grave, principalmente em razão de inflamação sistêmica (182).

A perda de peso, quando associada ao declínio da performance física de pacientes oncológicos, está associada ao aumento de toxicidade do tratamento, complicações no pós-operatório (183), interrupções de ciclos programados, aumento de tempo de internação e a consequente redução da qualidade de vida do paciente (184). Por isso, a desnutrição em pacientes hospitalizados é uma condição crítica e que implica em aumento do risco de complicações e mortalidade, principalmente em pacientes oncológicos (183, 185). Estima-se, por exemplo, que aproximadamente 20% das mortes de pacientes com câncer são secundárias à desnutrição (186).

Neste cenário, o uso de suplementação alimentar é fortemente recomendado como uma forma de manter a saúde e evitar as interrupções de tratamento (184). No Brasil, no entanto, o quadro de desnutrição de pacientes tem sido crônico e esse cuidado ainda não possui a devida atenção nos serviços de saúde. Estima-se que no país o uso de terapia nutricional ocorre somente em 7% dos casos (186), por exemplo.

O estudo IBRANUTRI (2001) investigou 4.000 pacientes brasileiros internados acima de 18 anos, mostrando que a prevalência de desnutrição chega a 48%. Já em pacientes oncológicos esse índice chegou a 66% (186). Em uma pesquisa realizada 12 anos depois, pelo INCA (2013), esse quadro não se reverteu. Foram analisados 4.822 pacientes oncológicos internados em 45 instituições brasileiras, por meio da avaliação subjetiva global produzida pelo próprio paciente (ASG-PPP) e verificou-se que a desnutrição ou o risco nutricional estiveram presentes em 45% a 80% dos pesquisados. Mais da metade dos indivíduos referiu perda de peso não intencional superior a 3kg em um período de apenas 3 meses (187).

Durante a internação hospitalar, os custos relacionados à terapia nutricional ficam a cargo da instituição, entretanto, após a alta o paciente é responsável por este custeio (188, 189). Mas nos casos em que o paciente apresenta condições socioeconômicas desfavoráveis é necessário que o nutricionista realize encaminhamento para retirada da dieta via Secretaria Estadual da Saúde. A dispensação da dieta especializada pode levar até 40 dias para o paciente iniciar a terapia nutricional prescrita, comprometendo ainda mais seu estado nutricional.



Se por um lado o fornecimento deste cuidado tende a sofrer resistências por causa da falta de recursos por parte do Poder Público, por outro, a própria falta de atenção com esse cuidado nutricional se reflete em custos maiores para o sistema de saúde e maior permanência hospitalar (190).

Pacientes hospitalizados moderadamente desnutridos apresentam custos entre 31% e 34% mais elevados. Os gravemente desnutridos permanecem 53% mais tempo internados e elevam o custo em 55%, quando comparados a indivíduos bem nutridos. (185, 191).

Diante das considerações, otimizar a terapia nutricional no paciente oncológico é um pilar essencial que não pode ser negligenciado ao pensar nas políticas públicas voltadas à Oncologia, não só para a qualidade de vida do paciente, como também para a sustentabilidade do sistema no longo prazo.

## ONDE QUEREMOS CHEGAR

**1. Incluir, de forma específica, a garantia de nutrição especializada na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), para um o acesso integral de tratamento nutricional em tempo oportuno.**

## COMO FAREMOS

### Proposta

- Discutir a inclusão de parâmetros e diretrizes sobre nutrição especializada oncológica na PNPCC.
- Recomenda-se a criação de fluxos de encaminhamento pelo Ministério da Saúde para dispensação de dieta enteral, parenteral e suplemento via oral para pacientes oncológicos, adaptado às etapas de tratamento e idade.
- Promover, junto ao Ministério da Saúde, a criação de um protocolo clínico que possa orientar o uso de terapia nutricional oral e enteral adequada que contenha:
  - Realização de triagem nutricional, com objetivo de identificar pacientes em risco nutricional ou desnutridos, por meio de ferramenta validada na instituição ou ambulatório: NRS-2002, MUST ou ASG-PPP.
  - Acompanhamento nutricional durante todas as etapas do tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgias e transplante de células tronco hematopoiéticas) conforme determinado pelo Serviço de Nutrição.
  - O uso de terapia nutricional deve ser indicado no caso de pacientes com perda de peso  $\leq 5\%$ , associado à anorexia e mudanças metabólicas.
  - A suplementação oral deve ser indicada sempre que a ingestão oral for inferior a 70% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias.
  - Deve-se indicar a terapia nutricional enteral quando a alimentação via oral for contraindicada ou for inferior a 60% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias.





- Deve-se indicar a terapia nutricional enteral quando a alimentação via oral for contraindicada ou for inferior a 60% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias.
- A terapia nutricional parenteral se faz indicada quando há impossibilidade total ou parcial do uso do trato gastrointestinal, como complemento da terapia enteral, nos casos em que essa for incapaz de fornecer as necessidades nutricionais dentro dos 3 primeiros dias.
- Promover discussões sobre os principais gargalos que impossibilitam reduzir o tempo de espera para liberação da dieta ao paciente que não se encontra mais no hospital.
- Contribuir com a capacitação de nutricionistas atuantes na Oncologia dos hospitais públicos e privados do Brasil.

---

## **2. Aumentar o acesso ao tratamento nutricional de qualidade na saúde suplementar com as melhores opções terapêuticas possíveis.**

### **Proposta**

- Discutir, com a ANS, incentivos para que planos de saúde adotem e forneçam suplementos não somente em ambiente hospitalar durante o tratamento oncológico, mas também viabilizem tratamentos no momento fora do hospital.
- Criar, por meio da ANS, diretrizes e protocolos mínimos relacionados à utilização de nutrição oncológica como forma de padronizar e garantir a qualidade do tratamento ao paciente.

---

## **3. Estimular a decisão baseada em evidências e compartilhada entre médicos, nutricionistas e pacientes.**

### **Proposta**

- Sistematizar e divulgar os mais recentes consensos e recomendações oncológicas para uniformização das informações e diretrizes sobre o atendimento e acompanhamento nutricional.
- Estimular a discussão e realizar pesquisa entre os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente para levantamento das dificuldades enfrentadas e provimento de produtos nutricionais.

