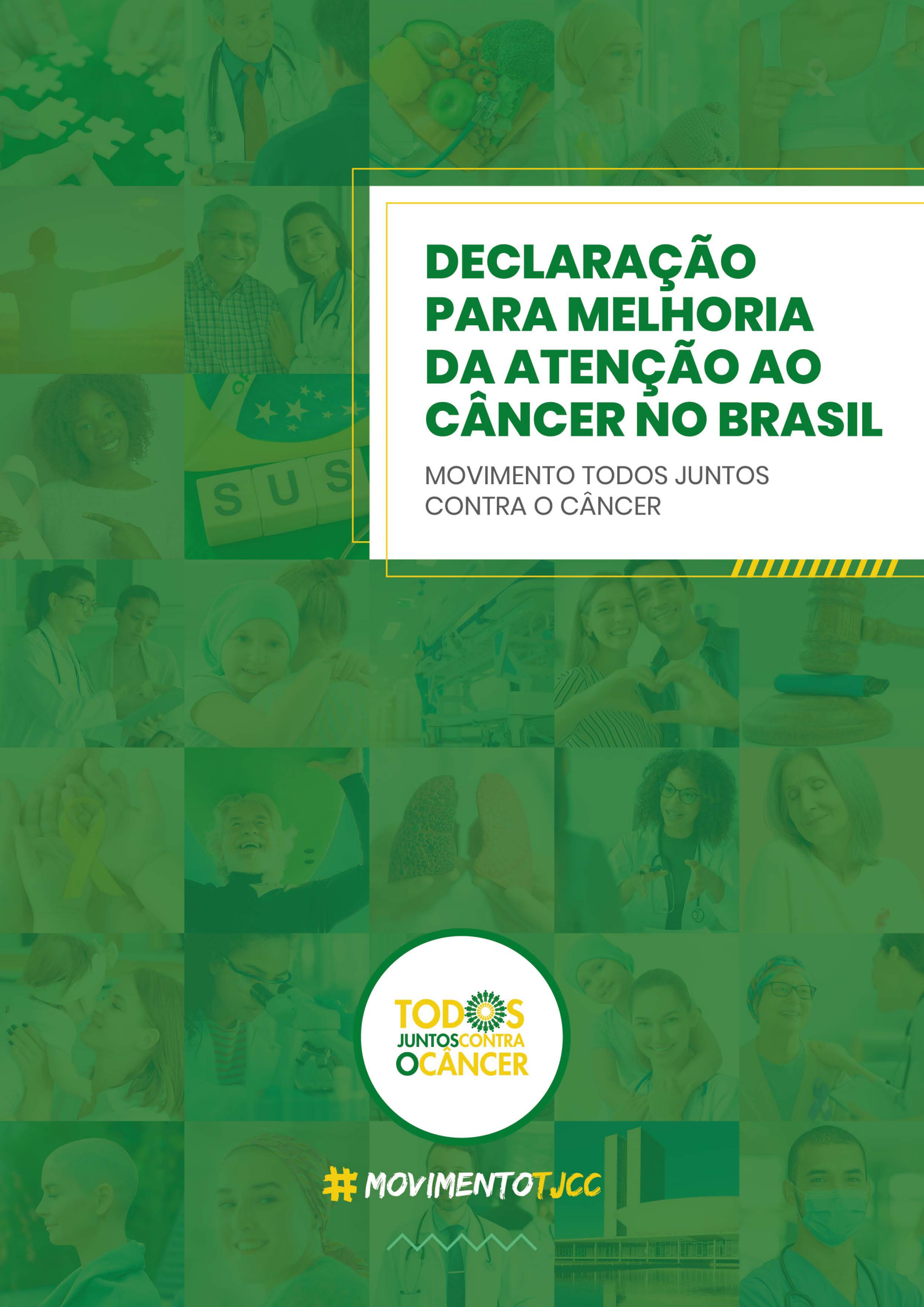


DECLARAÇÃO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO AO CÂNCER NO BRASIL

MOVIMENTO TODOS JUNTOS CONTRA O CÂNCER

TODOS JUNTOS CONTRA O CÂNCER

#MOVIMENTOTJCC

EXPEDIENTE
Conteúdo elaborado pelo Movimento Todos Juntos Contra o Câncer, em 2014, e atualizado periodicamente

COORDENAÇÃO DA EDIÇÃO
Luana Ferreira Lima e Thais Mendes Souza

REVISÃO TÉCNICA
Catherine Moura da Fonseca Pinto, Marina Laura Mirazon Jancso, Wanessa Gonçalves, Luana Ferreira Lima, Tábata Dellagostin de Oliveira, Aline Oliveira Costa, Thais Mendes Souza e Tatiane Mota

REVISÃO E DIAGRAMAÇÃO
Prospectiva Consultoria – Inteligência Governamental
Abrale – Associação Brasileira de Câncer do Sangue

5ª Edição
Maio / 2026

ATORES QUE PARTICIPARAM DA CONSULTA PÚBLICA DE REVISÃO DA 6ª DECLARAÇÃO DO TJCC DE 2024

- ABHH – Associação Brasileira De Hematologia, Hemoterapia E Terapia Celular
- ACBG Brasil – Associação Brasileira De Câncer De Cabeça E Pescoço
- ACT Promoção Da Saúde
- Câncer Com Ciência
- Coletivo Jardim Santa Helena/Iputinga Recife – Pe
- FEMAMA – Federação Brasileira De Instituições Filantrópicas De Apoio À Saúde Da Mama
- IASO Editora
- Instituto Cabem Mais Vidas
- Instituto Cura
- Instituto Nosso Papo Rosa
- Instituto Oncoguia
- IVOC – Instituto Vencer O Câncer
- Oncoyart – Instituto De Oncologia Integrativa Em Curitiba Paraná
- SBMF – Associação Brasileira De Medicina Farmacêutica
- SBRT – Sociedade Brasileira De Radioterapia
- SBTMO – Sociedade Brasileira De Transplante De Medula Óssea
- Adriana Santana Fragnan
- Alessandro Rubim Barbosa
- Alex Sandro Nascimento Da Silva
- Aniara Nascimento Corrêa Santos
- Anne Carrari
- Antônia Maria Ferreira Rocha
- Carla Gzelia Moura Nogueira
- Conselho Regional De Nutricionistas Da 9ª Região
- Débora Silva
- Fernando Korkes
- Janaina Mathias Guilherme Soares
- Jessie Capobiango Soares De Moura
- Leonardo Melgarejo
- Marcelo Boeger
- Marcelo Henrique Zanato
- Martha Eugênia Fontoura Almeida
- Milena Ribeiro Iha
- Pedro Luiz Ribeiro
- Regina Nazare
- Silvia Ferrite Guimaraes
- Simone Cristina De Oliveira
- Suzana Tyrrasch De Almeida
- Suzeti A V Da Rocha
- Thainá Alves Malhão
- Zeila Roberti

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **6**
CENÁRIO GERAL DA ONCOLOGIA **7**
DIREITO À SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL: A ORIGEM DO MOVIMENTO TJCC **10**
I – PRINCÍPIOS GERAIS E GESTÃO EM SAÚDE **13**
- FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA **14**
- SAÚDE SUPLEMENTAR **19**
- ATUAÇÃO DE ÓRGÃOS DE CONTROLE **23**

II. PROMOÇÃO DA SAÚDE **27**
III. PREVENÇÃO **30**
- AGROTÓXICOS **31**
- DETECÇÃO PRECOCE E DIAGNÓSTICO **37**

IV. VIGILÂNCIA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO **42**
- ANÁLISE E SEGUIMENTO DOS DADOS PÚBLICOS E PRIVADOS **43**

V. CUIDADO INTEGRAL **48**
- ACESSO AO TRATAMENTO **49**
- RADIOTERAPIA **54**
- CIRURGIA ONCOLÓGICA **58**
- PRÉ-HABILITAÇÃO, HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO ONCOLÓGICA **62**
- ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME **65**
- ONCOLOGIA PEDIÁTRICA **69**
- TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA **73**
- HUMANIZAÇÃO **77**
- CUIDADOS PALIATIVOS **80**
- SAÚDE DA MULHER **84**
- SAÚDE DO HOMEM **92**
- NUTRIÇÃO **95**

VI. CIÊNCIA E TECNOLOGIA **98**
- PESQUISA CLÍNICA **99**
- EDUCAÇÃO PERMANENTE **102**
- COMUNICAÇÃO EM SAÚDE **105**

PAUTAS EM ATENÇÃO **109**
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS **111**
REFERÊNCIAS **116**

APRESENTAÇÃO

A **Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil** tem como objetivo fortalecer o planejamento de ações para a redução da incidência, da mortalidade e dos impactos sociais causados pelas neoplasias malignas. Este material tem por objetivo colaborar com o Poder Público e a sociedade em geral na formulação de políticas de saúde para o enfrentamento das doenças oncológicas.

Elaborado pela sociedade civil organizada, sua construção contou com a dedicação e o trabalho intensivo de associações de pacientes, hospitais, sociedades médicas, instituições de ensino e pesquisa, profissionais de saúde, entre outras organizações da Oncologia.

O documento traça uma breve contextualização da Oncologia no cenário nacional e mundial, e apresenta os antecedentes que culminaram na sua elaboração. Alinhado com as diretrizes da lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)[1], no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, descreve a situação atual enfrentada pelos usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, assim como os principais pontos críticos observados nas ações e serviços dentro de cada diretriz. São elas:

I – Princípios gerais e gestão em saúde.
II – Promoção da saúde.
III – Prevenção do câncer.
IV – Monitoramento e avaliação.
V – Cuidado integral.
VI – Ciência e tecnologia.
VII – Educação.
VIII – Comunicação em saúde.

A partir deste diagnóstico, a Declaração indica propostas de ações prioritárias para colaborar com o governo e sociedade na formulação de políticas de saúde. A finalidade é suprir as lacunas identificadas e apresentar proposições factíveis para curto, médio e longo prazo.

A contextualização e as proposições foram construídas pelos membros do Movimento TJCC, profissionais da área da saúde, referências da área da saúde pública e da Oncologia, pesquisadores, organizações de apoio ao paciente e sociedades médicas, que também participaram da construção histórica do documento, lançado em 2014, e das revisões periódicas. Na ocasião da última revisão, foi aberta consulta pública para a colaboração ampla da sociedade civil[2].

[1]A primeira Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no país foi instituída há mais de dez anos, por meio da Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013, do Ministério da Saúde. A Lei 14.758, de 2022, estabeleceu um marco, trazendo um novo texto de grande impacto para a atenção oncológica e com força de lei. A presente Declaração pela Melhoria da Atenção ao Câncer observa e tem como diretrizes a Lei 14.758/22 e de suas portarias regulamentadoras.

CENÁRIO GERAL DA ONCOLOGIA

O câncer cresce de maneira alarmante no mundo, com 19,3 milhões de novos casos e 10 milhões de óbitos ocorridos em 2020, segundo dados publicados pela Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC), subordinado à Organização Mundial da Saúde (OMS) (1). De acordo com análises epidemiológicas, o número de novos casos deverá aumentar em cerca de 66% até 2040. Se nada for feito, estima-se que haja 30,2 milhões de novos diagnósticos e 16,3 milhões de mortes no mundo decorrentes do câncer (1).

O Brasil vem sofrendo mudanças relevantes em seu perfil demográfico e epidemiológico, consequência, entre outros fatores, do processo de urbanização, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia. A essas novas características da sociedade brasileira, unem-se: mudança nos hábitos, estilo de vida e exposição a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo (2). O último levantamento do Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou para o triênio 2023-2025, a ocorrência de 704 mil novos casos anuais de câncer (3).

O envelhecimento da população, associado à transformação nas relações entre as pessoas e o ambiente em que vivem, acarretaram alterações importantes no perfil de morbidade e mortalidade (4). Por conta da pandemia da COVID-19, houve um excesso de mortalidade no mundo entre os anos de 2020 e 2021 com estimativa de 14,9 milhões de pessoas acometidas por uma doença infectocontagiosa.

Contudo, a crescente trajetória do câncer e as estimativas após esse período também ganharam notoriedade (5). Além disso, o câncer é, atualmente, a segunda principal causa de morte no Brasil, atrás apenas das doenças cardiovasculares (7). Segundo estimativas do Observatório de Oncologia, a doença deve se tornar a principal causa de morte no país em 2029 (8). Inclusive, já é a principal causa de mortalidade em 11% dos municípios brasileiros. Outro dado relevante evidencia que houve um aumento de 122% nas mortes por câncer no Brasil, entre 2020 e 1996, e 43% no aumento de mortes por doenças cardiovasculares (9).

Conforme ilustrado na Tabela 1, em 2014 foram registrados 201.968 óbitos por câncer no país, enquanto em 2019, este número aumentou para 235.301, correspondendo a um aumento de 16,5% (7).

[2]Para o lançamento da 6ª edição da Declaração em 2024, o TJCC abriu uma consulta pública no período de setembro a novembro de 2023, para que toda a sociedade pudesse opinar sobre a atualização da versão de 2021, foram recebidas 68 contribuições.

Tabela 1. Óbitos ocorridos no Brasil, segundo ano do óbito e capítulo da CID-10. Brasil, 2016.

Causa do Óbito por Capítulo CID-10	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IX. Doenças do aparelho circulatório	333.295	339.672	340.284	349.642	362.091	358.882
II. Neoplasias (tumores)	191.577	196.954	201.968	209.780	215.217	221.821
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	152.013	151.683	156.942	152.136	155.861	158.657
X. Doenças do aparelho respiratório	127.204	137.832	139.045	149.541	158.041	155.620
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	72.495	74.726	73.972	76.235	78.075	79.662
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	74.935	71.804	71.191	71.713	75.869	71.822
XI. Doenças do aparelho digestivo	60.509	61.934	62.763	64.202	66.044	66.052
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	49.608	52.058	52.174	55.022	57.188	54.874
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	27.975	29.709	32.510	36.549	39.367	40.470
VI. Doenças do sistema nervoso	28.712	30.300	32.381	34.721	36.870	38.786
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	23.069	22.745	22.482	22.162	21.049	21.458
V. Transtornos mentais e comportamentais	12.641	13.052	12.480	12.558	12.674	12.858
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10.622	10.752	11.050	10.989	10.882	10.995
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6.358	6.388	6.108	6.506	6.878	6.622
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3.722	3.919	4.300	4.970	5.874	6.100
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4.607	5.001	5.325	5.385	5.787	5.912
XV. Gravidez parto e puerpério	1.647	1.787	1.889	1.896	1.814	1.874
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	139	143	157	147	173	179
VII. Doenças do olho e anexos	38	15	18	21	20	19
Total	1.181.166	1.210.474	1.227.039	1.264.175	1.309.774	1.312.663

Fonte da tabela: Ministério da Saúde, Sistema de Informações de Mortalidade - SIM, organizado pelo Observatório de Oncologia.

Do ponto de vista financeiro, o custo do câncer em decorrência de gastos com saúde e perda de produtividade foi estimado em US$ 1,16 trilhão em todo o mundo (10). No Brasil, os gastos em Oncologia tiveram uma progressão nos últimos anos.

Para conter o avanço das mortes por câncer, a prevenção e o combate à doença devem ser pauta permanente das agendas políticas dos países comprometidos com a saúde de suas populações, para a melhoria das ações de monitoramento, promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, cuidado integral e gestão efetiva em Oncologia (11).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar dos grandes avanços na garantia do direito à saúde, fundamentado na Constituição Federal Brasileira de 1988 e na Lei 8.080, de 1990, a prevenção e o controle do câncer, e melhoria da atenção oncológica nacional, ainda são grandes desafios para os governos e sociedade. A Lei 14.758, de 19 de dezembro de 2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS, atualizou o texto da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que estabeleceu, há dez anos, a primeira Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no país. A Política trouxe compromissos indefectíveis, como o Programa Nacional de Navegação, cuidados paliativos dos pacientes com câncer em todos os níveis de atenção à saúde, o financiamento federal da assistência oncológica com prioridade em amenizar as disparidades regionais de acesso, e o novo texto ganhou força de lei e o status de uma política de Estado (12).

DIREITO À SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL: A ORIGEM DO MOVIMENTO TODOS JUNTOS CONTRA O CÂNCER

No Brasil, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, amparados no Artigo 196 da Constituição Federal e na Lei 8.080/1990, que instituiu um Sistema Único de Saúde (SUS), construído a partir de princípios que devem direcionar a atuação dos agentes públicos: universalidade, integralidade e equidade. Importante salientar que todos são pautados na descentralização do poder, regionalização/hierarquização e participação popular (13, 14).

Por esses princípios ficou estabelecido que o acesso à saúde pública é garantido a qualquer pessoa, incluindo todos os meios preventivos e curativos, em igualdade de condições e oportunidades, respeitando as características regionais, com a participação de todos os níveis de governo e da sociedade (13, 14).

Para o aperfeiçoamento do sistema de saúde, no sentido de ampliar o acesso, a cobertura e a efetividade da atenção oncológica, é necessária, além da atuação do governo, a participação de diversos atores, tais como: usuários, médicos, advogados, profissionais de saúde, gestores, pesquisadores, órgãos de controle, mídia, sociedade civil organizada, entre outros (15).
Neste sentido, o Brasil ainda tem um longo trajeto a percorrer no engajamento da sociedade em defesa dos direitos sociais. É de extrema importância que o Estado brasileiro e especificamente o Ministério da Saúde valorizem tanto o caráter tripartite do SUS quanto a contribuição da sociedade civil e suas organizações comprometidas com a saúde pública, garantindo sua efetiva participação e controle social (13, 14).

Inspirada na organização Todos Pela Educação (16) e observando o esforço fragmentado e a existência de inúmeras entidades e instituições estruturadas para dar apoio, oferecer assistência e defender os direitos das pessoas com câncer, além das diversas demandas apontadas pelos pacientes, familiares, médicos e profissionais de saúde, a Associação Brasileira de Câncer do Sangue (Abrale), vislumbrou e desenvolveu uma iniciativa inovadora com o objetivo de aproximar os interessados do segmento.

A proposta inicial para uma colaboração mais ampla foi a co-organização do 1o Congresso “Todos Juntos Contra o Câncer”, realizado em 2014, para a construção de um documento norteador - a Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil. Ao longo dos anos, o engajamento dos diferentes atores e o trabalho em rede culminaram no Movimento Todos Juntos Contra o Câncer, hoje a maior coalizão em Oncologia do país, com mais de 300 organizações parceiras, de diferentes setores voltados ao cuidado do paciente com câncer, como: gestores de saúde, entidades médicas, hospitais, profissionais de saúde, pesquisadores, profissionais de imprensa, associações de pacientes e outros, comprometidos com a garantia do direito do paciente ao acesso universal e igualitário à saúde.

Essas organizações pactuaram a necessidade dessa iniciativa de atuar junto ao Poder Público e à sociedade civil, ao propor e fomentar ações prioritárias para prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no país, e para ampliar a efetividade das políticas de saúde no âmbito público e privado, afirmando o compromisso de acompanhar seus reais desdobramentos.

Para alcançar os objetivos da Declaração, o Movimento TJCC formalizou os processos, com a reestruturação de sua organização e a formação de dois principais organismos: o Comitê Construtivo, constituído por Grupos de Trabalhos (GTs) com atuação em áreas prioritárias na Oncologia, e pelo Conselho Estratégico, que direciona e valida as ações dos GTs.

Os GTs foram idealizados a partir dos pilares estratégicos da PNPCC, que define as necessidades prioritárias da atenção oncológica. São eles:

1. GT Dados Públicos e Privados

2. GT Gestão de Hospitais Oncológicos

3. GT Promoção da Saúde

4. GT Rastreamento e Diagnóstico Precoce

5. GT Acesso e Tratamento

6. GT Cuidados Paliativos

7. GT Pesquisa Clínica

8. GT Saúde da Mulher

9. GT Saúde do Homem

10. GT Oncologia Pediátrica

11. GT Onco-Hematologia

12. GT Outros Tumores

13. GT Humanização

14. GT Educação e Formação

15. GT Financiamento e Sustentabilidade

16. GT Políticas Públicas

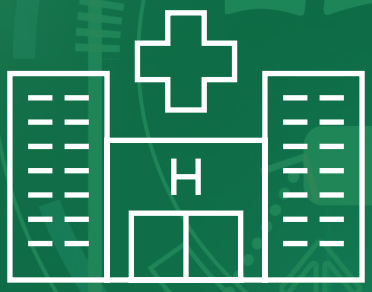
17. GT Captação Alternativa

18. GT Comunicação em Saúde

O Movimento TJCC tem entre os seus projetos o Observatório de Oncologia, uma plataforma online e dinâmica de monitoramento de dados abertos e compartilhamento de informações relevantes da área de Oncologia do Brasil, a fim de contribuir com o acompanhamento da avaliação e monitoramento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

Para melhorar a atenção aos pacientes oncológicos, o TJCC criou os Indicadores de Oncologia. Estes levantamentos objetivam dar suporte aos líderes da Saúde na construção de planejamento estratégico e políticas públicas baseadas em evidências, assim como aos Grupos de Trabalho no avanço das propostas da Declaração.

Baseado nos princípios do SUS, no relatório auditor do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica (17) e na PNPCC, o Congresso Todos Juntos Contra o Câncer continua sendo realizado anualmente. O evento reúne líderes da área da saúde, como gestores de hospitais, representantes governamentais, sociedades médicas, profissionais de saúde, pesquisadores, pacientes engajados, juristas e jornalistas.



I – PRINCÍPIOS GERAIS E GESTÃO EM SAÚDE

Para pensarmos em um sistema de saúde que seja efetivo em oferecer serviços de qualidade, em especial na Oncologia, devemos levar em consideração três eixos: a) fonte de recursos; b) suplementação do sistema público; c) produção de um kit de advocacy com modelos de ofícios, pautas para reuniões com gestores e argumentos-chave baseados em evidências e d) mapeamento de desfechos clínicos.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

SITUAÇÃO ATUAL

A aprovação da Lei nº 14.758/2023, que institui a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, representa um marco importante ao reconhecer o câncer como problema de saúde pública e ao estabelecer diretrizes claras para sua prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Contudo, para que a política se traduza em ações efetivas, é indispensável garantir fontes sustentáveis de financiamento, com alocação de recursos compatível com as necessidades reais dos pacientes e com a complexidade da linha de cuidado oncológico.

A Constituição Federal, em seu Art. 198, determina que as três esferas do governo financiem o SUS, gerando receita para custear as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Porém, um grande desafio no Brasil é planejar e financiar políticas necessárias para garantir universalidade, integralidade e equidade do cuidado (18).

Por meio do controle social e mobilizações da sociedade civil organizada, a Lei Complementar nº 141/2012 determinou que os Estados aplicarão em Saúde, anualmente, no mínimo 12% da receita de arrecadação dos impostos, e os Municípios, no mínimo 15% (19).

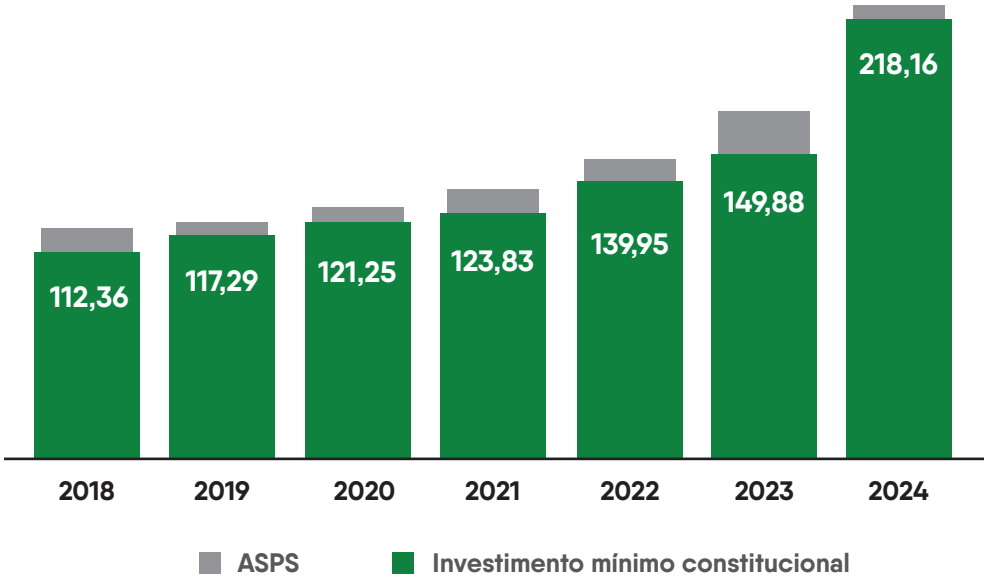
Em uma perspectiva dos últimos anos, os recursos para ações e serviços públicos em saúde tiveram um crescimento de 1% em relação ao orçamento planejado de 2018 e 2019 (20, 21). Entre 2019 e 2020 esse percentual chegou a 4%. Em 2021, 5%, em relação ao ano anterior. Esses índices de crescimento não refletem o aumento da população dependente do sistema de saúde, assim como o aumento de gastos em tecnologias e procedimentos anualmente (21, 22 e 23).

Vale dizer, ainda, que entre 2020 e 2021 houve uma autorização maior de recursos dada a disponibilidade de créditos extraordinários relacionados à pandemia. Esses gastos foram extrateto orçamentário, evidenciando a restrição e limitação de recursos causadas pela regra em vigor (22, 23).

Em 2023 e 2024, foram sancionados aumentos significativos. O orçamento destinado ao Ministério da Saúde aprovado para 2024 foi de R$ 232,05 bilhões, um aumento de 26,26% em relação ao orçamento de 2023. Desse total, R$ 218,60 bilhões são destinados para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), representando um aumento de 27,72% em relação ao ano anterior (24, 25).

Considerando a inflação acumulada de 4,62% em 2023, os valores representam um crescimento real de 21,64% para o Ministério da Saúde e 23,1% para ASPS, os maiores da série analisada. Esse crescimento foi possível em decorrência do novo arcabouço fiscal, que passou a calcular a aplicação mínima em 15% da receita corrente líquida estimada para 2024 (26).

INVESTIMENTO EM AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE (ASPS) X MÍNIMO CONSTITUCIONAL (R$ bilhões)



Fonte: Prospectiva, com base no orçamento. Dados de 2024 coletados via LOA.

Já o cenário da Oncologia tem despertado grandes preocupações, apesar da dificuldade de identificar no orçamento as ações específicas relacionadas à atenção oncológica. Um estudo realizado pelo Observatório de Oncologia mostra que, no ano de 2022, cerca de 3% dos recursos destinados à saúde pública foram gastos com o tratamento de câncer no SUS, totalizando R$ 3,9 bilhões do orçamento público, sendo 14% a mais, se comparado aos gastos em 2020 (27).

Os custos com o tratamento dos cânceres de mama, próstata, pulmão e cólon e reto foram os mais elevados, representando o consumo de 57% de todos os recursos destinados a tratamentos oncológicos. O diagnóstico tardio tem relação direta com o aumento do valor dos procedimentos ambulatoriais (27).

A ocorrência de repetidas internações, bem como a necessidade de procedimentos e medicamentos de alta complexidade, tornam elevados os custos dos tratamentos e implicam na necessidade de atualização constante dos valores da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, também conhecida como Tabela SUS (27).

Esse gasto se dá, sobretudo, em função do diagnóstico tardio, que além de causar danos irreversíveis aos pacientes, onera o sistema de saúde. Como o câncer é uma doença de progressão rápida, seus pacientes precisam de atendimento urgente e resolutivo. Quando diagnosticados tardiamente e em estágio avançado da doença, os pacientes enfrentam ainda mais dificuldades para conseguir leitos e tratamento em tempo oportuno. Este cenário causa o aumento na taxa de mortalidade (7).

As despesas excessivas podem ser evitadas por meio da prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce. Como modelo, podemos citar os programas de triagem e diagnóstico precoce de câncer de mama, que já demonstraram redução de custos ao sistema de saúde com melhor prognóstico aos usuários (28). Nesse sentido, a limitação de verbas para a atenção ao câncer, principalmente em eixos de diagnóstico e tratamento precoce, poderá resultar em aumento dos gastos com a doença em médio e longo prazo. Por isso, é imprescindível que decisões orçamentárias sejam fundamentadas em dados abertos e análises de curto, médio e longo prazos, em prol da economia e do direito à saúde (29,30).

Também é preciso destacar que o modelo atual tradicional de financiamento, baseado em procedimentos e tabelas defasadas, não dá conta das inovações terapêuticas, das novas tecnologias diagnósticas e da integralidade do cuidado. A fragmentação dos recursos e a dificuldade de custear tratamentos de alto valor agravam as desigualdades no acesso.

Nesse cenário, a judicialização da saúde emerge como um sintoma da incapacidade estrutural de resposta adequada aos pacientes. Avançar em modelos alternativos e inovadores de financiamento, como, por exemplo, pagamentos por desempenho, compartilhamento de risco, precificação baseada em valor e fundos específicos para medicamentos de alto custo, podem ser alternativas estratégicas. Esses modelos devem estar alinhados com indicadores de desfechos clínicos, qualidade do cuidado e sustentabilidade do sistema. Além disso, a promoção de parcerias público-privadas, a revisão de protocolos de acesso e a modernização dos processos de incorporação de tecnologias são medidas que precisam caminhar juntas.

O futuro da Oncologia brasileira depende da nossa capacidade coletiva de inovar na gestão e no financiamento. Sem isso, mesmo políticas bem elaboradas, como a Lei 14.758/2023, correm o risco de não saírem do papel. Investir em modelos de financiamento sustentáveis, justos e orientados para resultados é garantir que nenhum paciente oncológico seja deixado para trás.

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Otimizar e aumentar os recursos para Saúde nos três níveis de gestão, garantindo o financiamento para o cuidado integral ao paciente com câncer, conforme previsto na Lei nº 14.758/23.	**Proposta** • Monitorar a jornada do paciente, desde o diagnóstico até a fase do tratamento, para evitar o desperdício de recursos e melhorar a rede de saúde. • Acompanhar e colaborar com discussões promovidas pelas frentes parlamentares relacionadas à Saúde e à Oncologia, no Congresso Nacional, especialmente no que se refere à destinação de recursos. • Desenvolver estudos de Economia em Saúde para colaborar na discussão do financiamento do Sistema e, assim, amenizar as disparidades regionais de acesso. • Apoiar, estimular e desenvolver ações de advocacy para que a Lei Complementar nº 210 de novembro de 2024, que dispõe sobre a proposição e a execução de emendas parlamentares na lei orçamentária anual, tenha os recursos destinados de acordo com as prioridades estabelecidas, como a Saúde, e que atenda as políticas públicas relacionadas à prevenção e promoção da atenção oncológica (31).
2. Garantir que as ações de prevenção e detecção precoce do câncer sejam executadas de forma eficaz e conforme o orçamento público.	**Proposta** • Expandir os recursos para os programas de rastreamento e detecção de câncer bem-sucedidos na saúde pública do Brasil. • Aumentar o financiamento de iniciativas como o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), que incentivem a execução de projetos de diagnóstico precoce, pesquisas e educação de profissionais de saúde e médicos relacionados à Oncologia. • Criar e implementar normas que determinem a destinação de verbas para projetos de prevenção e detecção precoce do câncer.

3. Criar novas captações de recursos para a assistência oncológica.

Proposta

- Acompanhar a viabilidade da aplicação dos recursos provenientes dos Royalties do Petróleo e Gás Natural na área da Saúde.

---

4. Atualizar os valores da Tabela SUS para Oncologia, com periodicidade e regras pré-definidas (curto-prazo).

Proposta

- Fomentar a atualização anual da Tabela SUS, considerando a variação da inflação médica, e estimular o Ministério da Saúde a criar um processo transparente e periódico de revisão dos valores de procedimentos para Oncologia da Tabela SUS, condizentes com a escalada de custos médicos e de tratamento.
- Propor um grupo de trabalho no âmbito do Ministério da Saúde para promover conversas periódicas, incluindo o desenvolvimento de estudos econômicos sobre a defasagem da Tabela SUS, entre o Ministério e os centros de referência em Oncologia, CACONs e UNACONs e os GTs.

---

5. Propor a aplicação de novos modelos de remuneração em Oncologia, que estimulem o prestador de serviço a alcançar o melhor desfecho clínico possível.

Proposta

- Criar e implementar modelos de gestão em saúde eficientes que otimizem ao máximo a aplicação dos recursos, como o estímulo à implantação do prontuário eletrônico no Brasil, visando obter informações relacionadas aos tratamentos oferecidos e aos desfechos percebidos.
- Promover debates acerca de novos modelos de remuneração, que estejam sendo aplicados em outros países e que priorizem a performance e celeridade do atendimento.
- Promover incentivo para inclusão de indicadores de rastreamento de câncer no novo modelo de financiamento de atenção primária.
-

SAÚDE SUPLEMENTAR

SITUAÇÃO ATUAL

A Saúde Suplementar compreende serviços de saúde prestados por empresas privadas, acessados por meio de planos, seguros e serviços de saúde privados, sendo regulada pelo poder público por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em 2024, o número de beneficiários de planos privados de assistência médica foi de 52,2 milhões no Brasil. Isso quer dizer que 24,5% da população possui cobertura de planos de saúde (32). A lógica da saúde suplementar é privada, baseada em contratos e financiada por meio de mensalidades. No entanto, deve obedecer às coberturas mínimas e às regras definidas pela Agência, alinhadas às diretrizes do SUS. A ANS tem o papel crucial de garantir o direito do acesso aos serviços mínimos em saúde (33).

Sob a ótica da economia da saúde, torna-se fundamental analisar como os recursos, sempre limitados, estão sendo alocados e utilizados dentro do sistema suplementar. A eficiência, a equidade e a efetividade dos serviços precisam ser constantemente avaliadas para que se obtenha o melhor resultado em saúde. Isso envolve não apenas a incorporação racional de novas tecnologias, mas também o fortalecimento de modelos de atenção, prevenção e coordenação do cuidado.

A integração e a cooperação entre a saúde suplementar e o SUS também se mostram estratégicas inevitáveis. Apesar de distintos em sua natureza, o SUS como sistema universal e a saúde suplementar como modelo privado e contratual, ambos compartilham responsabilidades na atenção à população brasileira (33). Situações como emergências sanitárias, crises de financiamento e demandas por terapias de alto custo evidenciam a interdependência entre os dois setores, como bem demonstrado na pandemia da Covid-19.

Contudo, o cenário da saúde suplementar enfrenta desafios de ordem estrutural, tais como: judicialização da saúde, problemas operacionais por exacerbação de custos; custos por terapias inovadoras; inflação médica recorrente; fraudes crescentes; rede de atendimento insuficiente; negativas injustificadas para cobertura de atendimentos, exames, cirurgias, quimioterapia e radioterapia; pressão das operadoras de saúde sobre os serviços para reduzir o tempo de internações e a prescrição de medicamentos de alto custo; necessidade de troca de serviço de saúde durante o tratamento em razão do descredenciamento de cobertura dos planos.

Um dos principais desafios enfrentados pela saúde suplementar é a fragmentação dos serviços. Em muitos casos, o cuidado é prestado de forma desarticulada, com pouca comunicação entre diferentes níveis de atenção e entre profissionais e instituições. Essa fragmentação compromete a continuidade do cuidado, aumenta os riscos de duplicidade de exames, internações desnecessárias e falhas no acompanhamento clínico, além de gerar custos adicionais para o sistema sem necessariamente melhorar os desfechos em saúde.

Essa lógica fragmentada também dificulta a implementação de estratégias de atenção integral, centrada na pessoa e em suas necessidades ao longo do tempo. O modelo tradicional, baseado em procedimentos e eventos agudos, ainda predomina sobre abordagens que priorizam a prevenção, a gestão de doenças crônicas e a coordenação do cuidado. Do ponto de vista econômico, isso representa um uso ineficiente dos recursos, além de limitar o potencial do setor.

Há ainda uma grande necessidade de se reiterar os princípios do SUS e do controle social no âmbito da saúde suplementar, para que tenhamos um sistema mais equânime e justo. A saúde suplementar deve estar alinhada com os objetivos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Quanto a isso, é importante salientar o quanto as interfaces governamentais entre Ministério da Saúde e ANS ainda precisam ser aprimoradas. Há vazios relevantes de governança quando lidamos com a regulação do setor privado.

Os tratamentos oncológicos, por exemplo, passam por etapas que dependem de atenção conjunta dentro do SUS por falta de cobertura integral pela saúde suplementar. Nesse sentido, a integração da saúde suplementar com o SUS, embasada na Lei 9.656/1998, é essencial para contribuir com a gestão e planejamento do setor, assim como o acompanhamento dos resultados de pacientes (33). Essa integração, no entanto, passa por sérios desafios, como a ausência ou dificuldade de compartilhamento de dados e o ressarcimento inadequado ao SUS pelas operadoras de saúde, quando seus beneficiários são tratados no sistema público (34).

Em cumprimento às recomendações da auditoria realizada pelo TCU, a Agência implementou medidas para aprimorar os trâmites na transferência de recursos ao SUS. Dentre outras medidas, foi englobado ao texto: o processamento das APACs (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo); a inscrição das operadoras inadimplentes no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN); os valores devidos na dívida ativa; e o cronograma de processamento dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs) (35).

A saúde suplementar precisa respeitar as normas do Código de Defesa do Consumidor e demais regulamentações, como a Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022, que dispõe sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar e a Lei 14.454, de 21 de setembro de 2022, que alterou a Lei nº 9.656/98, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol da ANS (36,37). É crucial enfrentar os desafios da sua efetiva regulamentação para o cumprimento dos novos parâmetros definidos no processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde dos planos de saúde e de coberturas. Ademais, os processos de análise acerca das novas tecnologias a serem incorporadas devem considerar, sobretudo, o paciente, como ser central e norteador dos debates.

Para avançar, é necessário construir pontes institucionais, regulatórias e operacionais entre os sistemas. A articulação de políticas públicas que promovam interoperabilidade de dados, compartilhamento de boas práticas, definição de responsabilidades e planejamento conjunto são necessários. O objetivo deve ser garantir acesso, qualidade e sustentabilidade em todo o sistema de saúde, público e privado.

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Alcançar a efetiva participação social na Saúde Suplementar.	**Proposta** • Capacitar as organizações da sociedade civil para melhor incidência na formulação da Agenda Regulatória da ANS, por meio da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE) e nas discussões temáticas entre a Diretoria Colegiada da ANS, a fim de conferir maior tecnicidade às participações. • Aumentar as vagas de representantes de beneficiários dos planos de saúde na Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), para alcançar a paridade, conforme a Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão da saúde do Brasil (38). • Fomentar a participação da sociedade civil em consultas e audiências públicas da ANS.
2. Ampliar a transparência nos processos regulatórios e de dados da ANS, respeitando a LGPD.	**Proposta** • Fomentar que a ANS respeite as normas de proteção do consumidor e dos processos regulatórios e evitar conflitos de interesse na elaboração de medidas regulatórias. • Utilizar as informações e dados da economia da saúde para subsídio técnico na análise do cenário e impactos da saúde suplementar. • Estimular que a ANS promova a criação de um sistema de controle de dados sobre a situação assistencial dos planos de saúde vinculados à ANS, a fim de fomentar o compartilhamento de dados entre o setor de saúde público e privado. • Propor a obrigatoriedade legal de elaboração e divulgação de ranking dos planos de saúde que descumprem as coberturas assistenciais mínimas obrigatórias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. • Pautar e sugerir a discussão da periodicidade de disponibilização dos dados na atualização do Plano de Dados Abertos da ANS. • Criação de um relatório para a sociedade sobre as consultas públicas em aberto, em linguagem acessível à população geral, nos mesmos moldes dos relatórios para a sociedade publicados pela Conitec.

- Publicização de página no site atualizado da ANS, em que é possível consultar todas as tecnologias já avaliadas pela agência, os relatórios de recomendação e os resultados das consultas públicas.
- Fomentar aos órgãos de controle a investigação de práticas que comprometam a concorrência, como exclusão de usuários com maior risco, reestruturações societárias abusivas ou concentração excessiva de mercado.

---

4. Efetivar o pleno ressarcimento de procedimentos ao SUS, pelas operadoras de saúde.

Proposta

- Exigir que as operadoras de saúde cumpram a Lei nº 9.656/1998, no que tange ao ressarcimento para o SUS, implicando em sanções caso haja o descumprimento (33).
- Monitorar o ressarcimento ao SUS pelos planos privados de assistência à saúde, por meio do sistema de informações ANS Tabnet.
- Fomentar aos órgãos de controle a análise de sobreposições e duplicidades de financiamento entre SUS e saúde suplementar, promovendo maior eficiência no uso dos recursos públicos.
- Recomendar pactuações federativas que definam responsabilidades claras em ações compartilhadas, como vacinas, emergências e vigilância sanitária.

---

5. Acesso efetivo aos procedimentos incorporados no Rol aos usuários.

Proposta

- Implementação de mecanismos de monitoramento para garantir que as operadoras de saúde cumpram a oferta dos procedimentos estabelecidos no Rol, como fiscalização, para identificar e corrigir discrepâncias entre o que é oferecido e o que é garantido pelo Rol.
- Estimular a construção e publicação de um regimento interno para Cosaúde que define ritos e dê previsibilidade ao processo de inclusão do Rol, em conformidade com a Lei nº 14.307/22 (36).

ATUAÇÃO DE ÓRGÃOS DE CONTROLE

SITUAÇÃO ATUAL

O aumento da incidência do câncer no Brasil e, consequentemente, dos gastos com os tratamentos oncológicos e as deficiências na estrutura da rede, demandam maior transparência e eficiência dos gestores na implementação das políticas. Nesse contexto, os órgãos de controle têm dupla função: garantir o cumprimento eficaz das normas legais e das políticas públicas estabelecidas, e fiscalizar a atuação dos gestores.

No Brasil, os principais órgãos que exercem o controle e fiscalização sobre as ações governamentais são: o Tribunal de Contas da União (TCU), a Controladoria-Geral da União (CGU), o Ministério Público (MP) e a Advocacia-Geral da União (AGU).

Estes órgãos são fundamentais na avaliação e implementação das políticas oncológicas no país. Por exemplo, em 2010, o TCU realizou a auditoria operacional do Ministério da Saúde (MS) na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e no INCA, com o objetivo de avaliar a Política Nacional de Atenção Oncológica. A auditoria do TCU identificou que as principais falhas estavam relacionadas à cobertura dos tratamentos de radioterapia - naquele mesmo ano, apenas 66% da demanda por radioterapia foi atendida no país (17).

Em 2013, o TCU deu início à publicação anual do Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde (FISC-SAÚDE), desenvolvido com base na prestação de contas das ações do MS. Essa ferramenta é uma importante fonte de informações e monitoramento das políticas relacionadas à atenção oncológica (39).

Além disso, o Ministério Público tem atuado como importante fiscal, propondo ações judiciais diante do descumprimento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Já a CGU e a AGU atuam como auxiliares técnicas do Poder Executivo, para que as ações governamentais estejam de acordo com a legalidade. Estes são atores importantes que, ao lado do controle social, aprimoram e garantem a aplicação da política.

Nesse sentido, o Relatório da CGU, publicado em 2018, decorrente de auditorias realizadas entre 2017 e 2018 sobre a PNPCC, revelou que a lógica de financiamento da assistência oncológica precisa ser revista, a fim de garantir a sustentabilidade da respectiva política em médio e longo prazo. O relatório mostra que os recursos públicos destinados ora são insuficientes, ora não são aplicados de acordo com os objetivos e demandas da PNPCC. A título de exemplo, os projetos do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) não chegam nas áreas com maior carência no setor (40).

Em 2019, o TCU publicou os resultados de outra auditoria operacional para avaliar a implementação da PNPCC, em que apresentou uma piora no cenário oncológico. O documento demonstrou as fragilidades na disponibilidade de exames para diagnóstico pelo SUS, assim como, a insuficiência de médicos especialistas nesta área. Ressaltou, também, as desigualdades regionais do câncer, onde o pior cenário do Brasil está nos estados do Norte e Nordeste, que apresentaram menor quantidade de aparelhos para diagnóstico por habitante (41).

As análises realizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) evidenciaram que o diagnóstico tardio do câncer acarreta sérias consequências para o país, especialmente o aumento expressivo dos custos associados ao tratamento. Isso se deve à necessidade de cuidados mais onerosos, complexos e prolongados, que poderiam ser evitados caso o diagnóstico fosse realizado precocemente e o tratamento iniciado nas fases iniciais da doença.

Apesar dos avanços reconhecidos pelo TCU, a implementação das ações previstas no plano de ação apresentado pelo próprio Ministério da Saúde, em resposta à deliberação do relatório de auditoria de 2019, foi considerada pouco expressiva. Essa constatação foi reforçada na auditoria operacional divulgada pelo Tribunal em 2025, já à luz do novo marco legal estabelecido pela Lei nº 14.758/2023.

O TCU destaca que as medidas constantes no plano de ação encontram-se em processo de implementação. No entanto, recomenda que o Ministério da Saúde estabeleça prazos definidos para o desenvolvimento e a implantação de uma ferramenta de navegação na rede de atenção à saúde ao SUS. Tal medida visa garantir maior eficiência no percurso dos pacientes oncológicos, com a finalidade de reduzir o tempo de diagnóstico e tratamento (42).

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Realizar auditorias periódicas para o monitoramento da PNPCC, visando identificar possíveis irregularidades.	**Proposta** • Recomendar que os órgãos de controle orientem sua auditoria pelas reclamações oriundas das ouvidorias do SUS. • Estimular a criação de mecanismos independentes, como grupos de trabalho ou assessorias técnicas, para que entidades da sociedade civil ligadas ao câncer possam participar, oficialmente, da fiscalização e auditoria da Lei nº 14.758/23 (PNPCC).
2. Fortalecer o diálogo entre o Movimento TJCC e os órgãos responsáveis pela transparência.	**Proposta** • Convidar os integrantes dos órgãos de controle para participar ativamente das ações e projetos realizados pelo Movimento TJCC. • Desenvolver ações de advocacy junto aos órgãos de controle, para que o monitoramento da PNPCC esteja de acordo com as prioridades dos pacientes e da sociedade civil.
3. Estimular que a sociedade civil organizada utilize relatórios e documentos elaborados por órgãos de controle, para a melhoria da atenção oncológica.	**Proposta** • Pleitear, junto aos órgãos de controle, apresentações públicas e treinamentos para utilização dos instrumentos de fiscalização existentes. • Estimular a apresentação, principalmente pelo Tribunal de Contas da União, e o diálogo contínuo com as comissões da Câmara dos Deputados e Senado Federal, sobre os relatórios e monitoramento da PNPCC, para consubstanciar decisões e matérias legislativas relacionadas à política oncológica. • Garantir o acesso aos relatórios anuais sobre dados-chave da atenção à saúde no câncer (tempo de atendimento, taxa de sucesso de tratamento, acesso de serviços por segmentação regional e social), para que se identifiquem as fragilidades na alocação de recursos e os entraves que ainda precisam ser solucionados na política.

II. PROMOÇÃO DA SAÚDE

SITUAÇÃO ATUAL

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer, são responsáveis por 68% das mortes no mundo e 75% das mortes no Brasil (7, 43). Para reduzir o número de novos casos e de óbitos é fundamental lidar com seus principais fatores de risco: tabagismo, consumo abusivo de álcool, alimentação não saudável e sedentarismo (44).

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) revelam um cenário ambíguo: embora tenha aumentado o número de pessoas fisicamente ativas, outros fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) continuam alarmantes. Em 2024 observou-se, pela primeira vez, desde 2007, um crescimento dessa prevalência, que subiu para 11,6% (45).

Ao comparar os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 com os do VIGITEL de 2023, nota-se que o consumo de refrigerantes e alimentos ultraprocessados segue sem redução significativa, enquanto o consumo abusivo de álcool aumentou (46).

Esse histórico de persistência dos fatores de risco compromete a efetividade das políticas públicas voltadas à redução da mortalidade e incidência das DCNTs, como as metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs até 2030, do Ministério da Saúde, e da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. A Lei nº 14.758/2023, por sua vez, estabelece, em seu artigo 5º, treze princípios e diretrizes relacionados à prevenção e promoção da saúde. Tais instrumentos, contudo, enfrentam desafios crescentes diante da tensão entre os interesses da saúde pública e os interesses comerciais (47,12).

Com o avanço tecnológico e o fortalecimento de estratégias de mercado para promover hábitos nocivos, os cigarros eletrônicos, por exemplo, tornaram-se uma nova ameaça à saúde pública. O uso desses dispositivos está associado ao diagnóstico precoce de câncer e já atinge majoritariamente jovens: 70% dos usuários de cigarro eletrônico no Brasil têm entre 15 e 24 anos (48).

Apesar das tentativas de regulamentar os Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEFs) de forma semelhante aos cigarros convencionais, é fundamental que a manutenção da proibição seja efetivada no Brasil, por meio da Resolução da Anvisa. A experiência internacional serve de alerta: um relatório técnico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destacou que, após a liberação dos DEFs no Canadá, empresas iniciaram campanhas agressivas voltadas aos jovens. Em apenas um ano, o consumo nessa faixa etária aumentou 74% (49).

Diante desse cenário, o Movimento TJCC atua para fortalecer políticas de enfrentamento às DCNTs, com foco na redução do câncer e de seus fatores de risco, além de apoiar ações de promoção da saúde. Alinhado à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o movimento tem pautado temas como alimentação saudável, prática de atividade física e prevenção do consumo de tabaco e álcool na agenda pública (50).

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Redução da incidência e mortalidade das DCNTS, incluindo o câncer.	**Proposta** • Propor a implementação de ações estratégicas de promoção da saúde para a administração pública, especialmente em estados e municípios, com base em diretrizes nacionais e internacionais. Por exemplo: a promoção da alimentação saudável baseada no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (51); o controle do tabagismo conforme a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto nº 5.658/2006) (52); reduzir o uso nocivo do álcool de acordo com a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde (Resolução WHA63.13) (53); promover a realização de atividades físicas segundo as Recomendações Globais da OMS (54). • Incentivo ao aleitamento materno, a fim de contribuir com a diminuição das chances de mulheres desenvolverem câncer de mama, ovários e colo do útero no futuro.
2. Promoção de ações individuais e coletivas de combate dos fatores de risco.	**Proposta** • Apoiar a inclusão de imposto sobre produtos prejudiciais à saúde, assim como o eficaz monitoramento e fiscalização dos recursos arrecadados a serem destinados à saúde pública. • Promover discussões e articulação com o Poder Legislativo para a criação de medidas de regulamentação de publicidade, marketing e propaganda sobre produtos não saudáveis e cancerígenos, a exemplo do Projeto de Lei 239/22 da Câmara dos Deputados (55). • Integrar as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde com as do câncer, a fim de incidir sobre os determinantes socioeconômicos, raciais e entre outros que impactam na promoção da saúde e acesso aos serviços públicos pela população (56). • Apoiar a conscientização de empresas para adotarem padrões de consumo e de produção responsáveis, conforme o ODS 12 e 3, a fim de reduzirem fatores de risco às DCNT presentes em seus produtos (57). • Estimular a ANS a incentivar cada vez mais planos privados a oferecerem programas de promoção da saúde e prevenção relacionados a doenças crônicas e mudanças de estilo de vida.

3. Monitoramento dos fatores de risco para o câncer.

Proposta

- Promover discussões para o aperfeiçoamento e periodicidade da produção de dados nacionais que baseiam VIGITEL, como por exemplo: dados sobre a prevalência de obesidade em crianças, que carece de produção periódica (47).
- Verificar, trimestralmente, junto ao Ministério da Saúde, o andamento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, promovendo informações, dados e estudos, conforme previsto no Art. 5°, inciso XI, da PNPCC (12, 58).

III. PREVENÇÃO

AGROTÓXICOS

SITUAÇÃO ATUAL

De acordo com dados da FAO (Agência da ONU para alimentação e agricultura), a partir de uma estatística divulgada em 2021, o Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos no mundo. O consumo estimado pela agência, no ano de 2021, foi de 719, 5 mil toneladas de agrotóxicos, superando Estados Unidos (457k toneladas) e China (245k toneladas) (59). Além disso, o país possuí sérios problemas em decorrência da venda ilegal e aplicação de produtos já banidos em outros países. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) afirma que a exposição a agrotóxicos por longo prazo pode causar doenças crônicas como o câncer. Além disso, pesquisas desenvolvidas pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) confirmam que diversas doenças estão relacionadas com o consumo de agrotóxicos (60, 61).

Este problema possui um histórico longo e progressivo em relação à quantidade de produtos nocivos liberados no Brasil. De 2000 até 2023, o uso de agrotóxicos no país aumentou 365%, uma média de 6,9% ao ano, segundo a Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida. Apesar de ter ocorrido uma redução de 15% na quantidade de produtos liberados no ano de 2023 em relação ao ano anterior, a vigilância deve ser constante, considerando que a classificação de risco dos produtos liberados ainda é alta (62).

O cenário não é favorável com a aprovação da Lei nº 14.785/23, que acelera o processo de registro de agrotóxicos no Brasil, porém não altera a exigência de revisões periódicas obrigatórias dos produtos já registrados no país. Dessa forma, muitos produtos em uso no são compostos por moléculas antigas, com mais de duas décadas de aplicação e sem atualização (63). Em resposta à aprovação da lei, original do projeto de lei conhecido como “Pacote do Veneno”, houve mobilização intensa por meio de ações judiciais, como a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN 7701), posicionamentos técnicos de órgãos públicos e denúncias internacionais. O desfecho no STF e a futura regulamentação devem ser decisivos para conter ou reverter os retrocessos apontados (64, 65, 66).

A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) publicou a Monografia Volume 112, que avaliou a carcinogenicidade de 6 ingredientes ativos de agrotóxicos (Tabela 2). O documento classificou o herbicida glifosato e os inseticidas malationa e diazinona como prováveis agentes carcinogênicos para humanos, ou seja, com capacidade de estimular o desenvolvimento do câncer (Grupo 2A) (67). O cenário é preocupante, uma vez que estas substâncias são autorizadas e amplamente usadas no Brasil, principalmente como inseticidas em campanhas de saúde pública e na agricultura (68).

Tabela 2. Lista de ingredientes ativos de grande consumo no Brasil com autorização da ANVISA e Restrição do Uso de Agrotóxicos no Mundo

NOME CAS Nº	GRUPO	CLASSIFICAÇÃO TOXICOLÓGICA (ANVISA)	CLASSIFICAÇÃO DA CARCINOGENICIDADE		RELAÇÃO COM CÂNCER	USO NO BRASIL	USO NA UNIÃO EUROPEIA
			IARC	USEPA			
2,4-D 94-75-7	Herbicida	Classe I Extremamente tóxico	Grupo 2B: Possivelmente carcinogênico para Humanos	-	Pele, Cavidade nasal, sinonasal, nasofaringe, orofaringe, laringe	Liberado	Liberado
ACEFATO 30560-19-1	Inseticida	Classe III Medianamente Tóxico	ND	Possível carcinogênico para humanos	Leucemias, Linfomas não Hodgkin, pâncreas	Liberado	Proibido desde 2002
ACETOCLORO 34256-82-1	Herbicida	Classe III Medianamente Tóxico	-	-	-	Liberado	Proibido desde 2011
ATRAZINA 1912-24-9	Herbicida	Classe III Medianamente tóxico	Grupo 3: Não é classificável para carcinogenicidade em humanos	-	Linfomas não Hodgkin	Liberado	Proibido desde 2003
CLORPIRIFÓS 2921-88-2	Inseticida	Classe II Altamente Tóxico	ND	Ausência de carcinogenicidade para seres humanos.	Leucemias, Linfomas não Hodgkin, pâncreas	Liberado	Proibido desde janeiro de 2020
DIAZINONA 333-41-5	Inseticida	Classe II Altamente Tóxico	Grupo 2A: Provavelmente carcinogênico para Humanos	-	Leucemias, Linfomas não Hodgkin, câncer de pulmão	Liberado	Proibido desde 2006
DIURON 330-54-1	Herbicida	Classe III Medianamente Tóxico	ND	Provavelmente carcinogênico para Humanos	Neoplasia (sem localização definida)	Liberado	Liberado
GLIFOSATO 1071-83-6	Herbicida	Classe IV Pouco tóxico	Grupo 2A: Provavelmente carcinogênico para Humanos	-	Linfomas não Hodgkin	Liberado	Liberado até dezembro 2022
MALATIONA 121-75-5	Inseticida	Classe III Medianamente Tóxico	Grupo 2A: Provavelmente carcinogênico para Humanos	Linfomas não Hodgkin, câncer de próstata.	-	Liberado	Proibido desde 2006
MANCOZEBE 8018-01-7	Fungicida	Classe III	Grupo 3: Não é classificável para carcinogenicidade em humanos	-	Linfomas não Hodgkin	Liberado	Proibido desde 2021
METOMIL 16752-77-5	Inseticida	Classe I Extremamente Tóxico	ND	Ausência de carcinogenicidade para seres humanos	-	Liberado	Liberado

Fonte: Instituto Nacional do Câncer e Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Europeia, adaptado pelo Movimento TJCC, Brasil, 2025. *US EPA: United States Environmental Protection Agency (Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos) / IARC - International Agency for Research on Cancer (Agência Internacional para Pesquisa em Câncer / Agrotóxicos no Brasil: cenários de políticas sinistras (Revista ANPAGE) (63,67, 69,70).

Em relação ao consumo de agrotóxicos no país, o principal é o glifosato (71). Entretanto, o acefato e a atrazina encontram-se entre os mais vendidos, mesmo que ambos já tenham sido proibidos na União Europeia (UE) (72). Como identificado pela Tabela 2, diversos agrotóxicos utilizados no Brasil, com níveis de toxicidade distintos, possuem potencial carcinogênico. Segundo o INCA, a exposição a estes agentes tóxicos possui relação com o surgimento de câncer de pele, cabeça e pescoço e neoplasias hematológicas (69).

A intoxicação pelo uso de agrotóxicos no território brasileiro tem dados consistentes e o problema é mais grave no Rio Grande do Sul, onde o câncer se tornou a primeira causa de óbitos em 168 municípios, segundo o Observatório de Oncologia (9). Na região Noroeste do estado, a estimativa é de aproximadamente dez novos casos diários de câncer entre agricultores, segundo levantamento divulgado em 2018 (73,74). De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), esta situação pode estar associada ao recebimento e aplicação de 100 mil toneladas de agroquímicos nas lavouras da região, entre 2012 e 2014 (75,76).

No geral, os principais afetados são os agricultores e trabalhadores das indústrias de agrotóxicos, que sofrem diretamente os efeitos tóxicos durante a manipulação e aplicação dos produtos. Além disso, toda a população está suscetível à exposição a agrotóxicos, seja por meio do “fumacê” ou pelo consumo de alimentos e água contaminados (69).

Preocupada com este problema, a ABRASCO apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 6670/2016, que institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos (PNARA). O objetivo central da PNARA é implementar ações que contribuam para a redução progressiva do uso de agrotóxicos de alto perigo, além da diminuição do risco para a saúde e o meio ambiente. Com a aprovação da PNARA, espera-se que a redução dos agrotóxicos no Brasil ofereça melhores condições de saúde para a população, e um ambiente mais sadio para se produzir alimentos com qualidade (77). Apesar de promissora desde então, está em tramitação na Câmara dos Deputados, sendo aprovada por decreto presidencial em junho de 2025 (Decreto nº 12.538/2025) (78).

Dados apresentados no Atlas "Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Europeia", demonstram que o país caminha na direção contrária à Segurança Alimentar e Nutricional, tendo em vista a substituição dos cultivos tradicionais e essenciais de alimentos por insumos destinados à exportação, além do uso indiscriminado e intensivo de agrotóxicos (70).

O INCA aponta a Agroecologia como uma alternativa a este impasse. Para melhorar o cenário é necessário não só o conhecimento científico, mas também o resgate das técnicas e saberes populares dos povos tradicionais, que incorporam princípios ecológicos e tradições culturais às práticas agrícolas, gerando sustentabilidade e promovendo a saúde (69).

A associação entre a exposição aos agrotóxicos e o desenvolvimento de câncer ainda gera polêmicas, principalmente porque os indivíduos estão expostos a diversas substâncias, sem contar outros fatores genéticos. Porém, é importante salientar que estudos vêm mostrando que a chance de desenvolver câncer está relacionada a diversos agrotóxicos, justificando a regulamentação e cautela para com o uso e contato (69).

Destaca-se a preocupação com ações no âmbito do legislativo, como projetos de lei que ampliam o uso de agrotóxicos no Brasil e que flexibilizam regras para a comercialização e produção. É importante que a sociedade esteja atenta às iniciativas do legislativo que vão contra a saúde da população, devendo exigir medidas regulatórias e políticas públicas que reduzam o uso de agrotóxicos.

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Apoiar, estimular e desenvolver ações de advocacy junto ao Congresso Nacional, visando a diminuição do uso e a regulamentação mais criteriosa de agrotóxicos no Brasil.	**Proposta** • Aprovar o Projeto de Lei nº 6670/2016, que implementa a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos (PNARA) (77). • Fortalecer e criar políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional, que visem proteger a saúde humana e a biodiversidade.
2. Conscientizar a sociedade civil, setor privado e órgãos governamentais sobre a associação entre os agrotóxicos e o câncer.	**Proposta** • Realizar campanhas de divulgação e prevenção da população em relação aos riscos do uso de agrotóxicos. • Desenvolver estudos, utilizando dados abertos, para investigar a associação entre os agrotóxicos e a incidência de câncer. • Somar esforços e multiplicar campanhas de organizações e movimentos sociais que trabalham a favor de uma regulamentação adequada.
3. Reduzir, restringir e readequar o uso de agrotóxicos em áreas rurais e urbanas, para prevenir a exposição aos agentes químicos.	**Proposta** • Fomentar as políticas de vigilância em saúde para o rastreamento e notificação dos casos de intoxicação por agrotóxicos. • Implementar capacitações acerca dos sinais e sintomas da intoxicação por agrotóxicos, assim como a importância do uso de equipamentos de proteção e a notificação correta no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (79). • Reduzir os incentivos fiscais e subsídios excessivos concedidos à cadeia produtiva dos agroquímicos. • Fomentar a aplicação do princípio de precaução diante do controle e uso de agrotóxicos. • Capacitar equipes de vigilância para realizar, de forma adequada, a coleta e o estudo da água e dos alimentos possivelmente contaminados.

4. Incentivar práticas de Agroecologia para alcançar a soberania alimentar.	**Proposta** • Incentivar a população a participar da transição agroecológica. • Reforçar as políticas públicas que fomentem a produção da agricultura familiar e camponesa. • Produzir incentivos fiscais à produção da agricultura familiar e camponesa, por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) (80,81).

DETECÇÃO PRECOCE E DIAGNÓSTICO

SITUAÇÃO ATUAL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 30% e 50% dos cânceres podem ser prevenidos, assim como a detecção precoce e o tratamento adequado garantem maior chance de cura. Diagnosticar precocemente significa identificar o câncer no seu estágio pré-sintomático, ou seja, antes que a pessoa manifeste algum sintoma relacionado à doença ou apresente alguma alteração no exame físico (11).

Para essa identificação, a precisão do procedimento diagnóstico traz melhores resultados, assegurando assertividade no tratamento. Para exemplificar a importância, estima-se que, no caso do câncer de mama, quando detectado precocemente, as chances de cura chegam a 95%. Já no câncer de próstata, esse número corresponde a 90% dos casos diagnosticados precocemente (82, 83).

Ademais, cerca de 5% a 10% dos cânceres são hereditários, podendo ocorrer precocemente e de modo recorrente nas famílias com predisposição genética, sendo necessárias a realização de teste de DNA e a existência de programas especiais para rastreamento e diagnóstico precoce (84).

O diagnóstico tardio é uma das principais barreiras enfrentadas pelos pacientes no acesso ao tratamento. Isso se dá pela falta de acesso ou ausência a centros especializados; pelas longas esperas para consultas com médicos especialistas; pela demora na realização de exames; e, muitas vezes, por conta da própria dificuldade de provimento e financiamento de testes diagnósticos (17).

O Tribunal de Contas da União (TCU) publicou, em 2019, um relatório da Auditoria Operacional da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (41). Os principais problemas encontrados foram relacionados ao acesso a serviços de diagnóstico, demonstrando que o diagnóstico do câncer não está sendo realizado de forma a permitir sua detecção precoce. Tal atraso impacta na atuação dos serviços de saúde e reduz a chance de melhores resultados no tratamento de pacientes oncológicos.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer determina, como umas das diretrizes para a prevenção, a garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos. Segundo o relatório do TCU, o diagnóstico confirmatório de câncer no Brasil vem sendo realizado em estágios avançados da doença. Dos pacientes, o percentual de diagnósticos pelo SUS em estadiamento III e IV passou de 53% em 2013 para 56% no ano de 2017. Nos casos de câncer de pulmão, a situação é ainda mais grave, somando 83% de diagnósticos tardios, seguido de tireoide (80%), estômago (79%) e cavidade oral (79%) (41).

Em 2010, o TCU já havia realizado outra auditoria operacional para analisar a implementação da Política

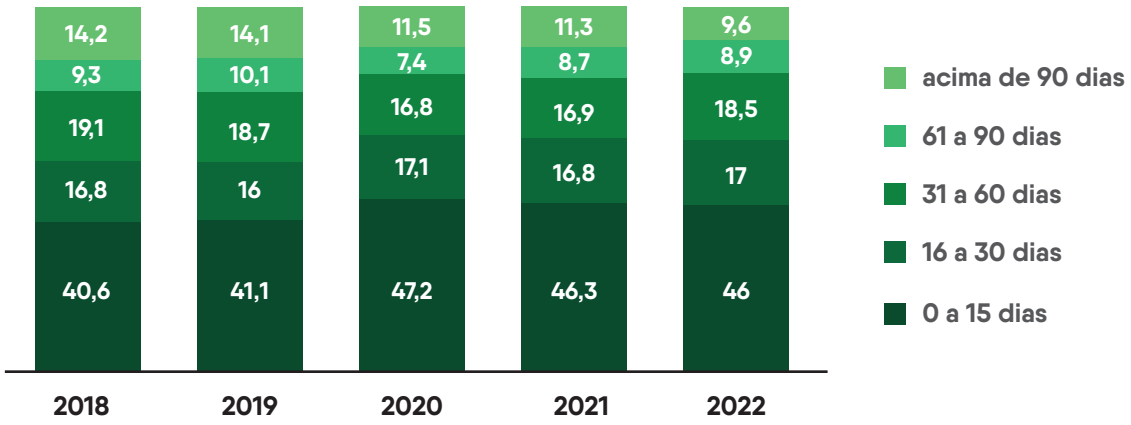
Nacional de Atenção Oncológica, focada no tratamento do câncer. Na ocasião, foram detectadas como possíveis causas das dificuldades de acesso à assistência oncológica: incipiência do sistema de regulação de acesso aos pacientes; carência de profissionais, em especial a de médicos patologistas e médicos oncologistas; estrutura deficiente de rede de saúde de média complexidade para a realização de procedimentos de diagnóstico oncológico; deficiências na prevenção do câncer; e despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada (17). De acordo com a auditoria publicada em 2019, fica claro que muitas deficiências permanecem. Ademais, monitoramentos recentes do TCU sobre as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde após as recomendações do Tribunal revelam que os avanços foram poucos expressivos (41, 42).

Assim como em outros países do mundo, o Brasil apresenta uma tendência de queda do número de médicos patologistas, somado a poucos alunos de Medicina que optam por essa especialidade. Este cenário acarreta o risco de o país sofrer um "apagão dos patologistas", com número de profissionais aquém do necessário para o adequado atendimento da demanda e de pacientes (85). Além disso, há uma preocupação sobre a maior necessidade de profissionais geneticistas. Considerando que o câncer tende a ser a principal causa de morte nas próximas décadas, é necessário que a doença seja enfrentada de maneira ágil e eficiente, reduzindo os custos e garantindo a eficácia no tratamento – o que passa pela necessidade de melhorias nos processos e investimentos não só relativos ao tratamento, como também na rede de serviços responsáveis pelo primeiro diagnóstico (8).

Historicamente, a remuneração dos procedimentos diagnósticos pelo SUS é baixa. Após um longo período sem a atualização nos valores desses exames, em dezembro de 2020 a Tabela SUS foi readequada, atualizando os repasses para Anatomia Patológica e Citopatologia. Após atuação da Sociedade Brasileira de Patologia, entre outras instituições, o valor da remuneração das biópsias passou de R$25,00 para R$61,77, enquanto o das citologias mudou de R$7,00 para R$13,72 (86). Neste cenário, a implementação de políticas públicas baseadas em evidências deve incluir no seu desenvolvimento estratégias de detecção e rastreamento de câncer na população (9). Ações para a prevenção e educação da população devem ser cada vez mais abrangentes.

A fim de diminuir o tempo entre o diagnóstico e o tratamento, foi sancionada a Lei 12.732/12, conhecida como a Lei dos 60 dias, que assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento em no máximo sessenta dias após o diagnóstico (87). Ainda assim, esta lei nem sempre é cumprida de forma efetiva. O mesmo acontece com a Lei nº 13.896/2019, que estabelece o prazo máximo de 30 dias para a realização do exame de diagnóstico após a suspeita de neoplasia maligna, conforme ilustrado na Tabela X abaixo.

TEMPO DA CONSULTA ATÉ O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO (em %)



Fonte: Registros Hospitalares do Câncer (RHC). INCA Instituto Nacional de Câncer. Agosto, 2023. Elaboração Prospectiva (88)

Outra política pública voltada à superação das barreiras que dificultam o diagnóstico precoce é a nova Lei nº 14.758/23, que propõe a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (12). A legislação estabelece que a articulação dos componentes da atenção básica, da atenção domiciliar, da atenção especializada e dos sistemas de apoio, de regulação, logísticos e de governança são fundamentos da efetiva navegação da pessoa com câncer, bem como o estabelecimento de treinamentos do profissional de saúde para a operacionalização do programa em suas regiões.

Ainda que essas legislações sejam importantes para assegurar o direito de diagnóstico e tratamento ágil, é de suma importância envolver e fiscalizar a gestão pública para garantir que os prazos e programas instituídos sejam cumpridos, por meio de medidas indispensáveis à implementação e aperfeiçoamento das normas e regulamentos.

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Informar a população sobre os sinais e sintomas do câncer, e conscientizar a respeito da importância da prevenção e do diagnóstico precoce.	**Proposta** • Promover campanhas de identificação de sinais e sintomas do câncer para a sociedade. • Reforçar discussões sobre a detecção do câncer na Estratégia Saúde da Família (89). • Incentivar que o Ministério da Saúde, com o apoio da comunidade médica, inclua as métricas de rastreio e detecção precoce em Oncologia, utilizando indicadores que compõem o Previne Brasil, novo modelo de financiamento por performance nos serviços de atenção primária (90).
2. Identificar o câncer precocemente, com ágil confirmação diagnóstica; criar novos mecanismos e base de dados que ajudem na detecção precoce do câncer; e monitorar o cumprimento dos prazos para diagnóstico de câncer previstos em lei.	**Proposta** • Fiscalizar o cumprimento da Lei n.° 13.896/2019, que garante a realização de exame diagnóstico em 30 dias após a primeira suspeita de neoplasia maligna, junto ao poder público (91). • Ampliar a formação de centros regionais de referência para diagnóstico precoce de câncer no SUS, a partir de hospitais modelo de excelência, garantindo os exames de patologia clínica, anatomia patológica, imuno-histoquímica, biologia molecular, pesquisa de marcadores e exames de imagem e medicina nuclear. • Promover uma ação fiscalizadora por parte do INCA na divulgação e o monitoramento de dados sobre o tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico no SUS, por tipo de câncer, por meio do Sistema de Informação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (88). • Apontar ao Ministério da Saúde e aos respectivos órgãos responsáveis, tendo o INCA como instituição líder, aqueles estabelecimentos de saúde que descumprirem o prazo de 60 dias entre diagnóstico e tratamento previsto pela Lei n° 12.732/2012. O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores, direta e indiretamente responsáveis, às penalidades administrativas (87).

3. Identificar a população de alto risco de câncer, inclusive o genético, com base na história familiar oncológica.

Proposta

- Informar a população que cânceres hereditários são causados, em parte, pelas alterações genéticas transmitidas de pais para filhos.
- Com base na história familiar oncológica, identificar a população de alto risco genético por meio de programas especiais de rastreamento.
- Fiscalizar o cumprimento da Lei nº 14.335/2022, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal, no SUS (92).
- Apoiar, estimular e desenvolver ações de advocacy, junto ao Congresso Nacional, para a aprovação do PL 6759/2010, que inclui a pesquisa de biomarcadores entre as ações destinadas à detecção precoce das neoplasias malignas de mama e do trato genital feminino, e à pesquisa de predisposição genética para essas doenças (93).

---

4. Tornar simples o fluxo de referenciamento e encaminhamento no SUS.

Proposta

- Mobilizar os gestores envolvidos para construir um fluxo simples de referenciamento e encaminhamento no SUS, baseado na experiência do paciente.
- Capacitar os profissionais de saúde para o fluxo de referenciamento e encaminhamento no SUS, para que orientem adequadamente os pacientes oncológicos.
- Estimular o desenvolvimento de plataformas e meios para que a população saiba qual é a instituição mais próxima à sua localização, na qual ela poderá receber atendimento oportuno e qualificado para detecção e diagnóstico do câncer.
- Incentivar a informatização das unidades de saúde e, por meio do prontuário eletrônico, agilizar o encaminhamento dos pacientes.

---

5. Estimular, apoiar e valorizar a formação de médicos patologistas e geneticistas no Brasil.

Proposta

- Informar a sociedade, em especial os alunos de Medicina, sobre a importância das especialidades Patologia e Genética no diagnóstico e tratamento de diversas doenças.
- Atuar junto às instituições de ensino, faculdades de Medicina e Ministério da Educação para conscientização sobre a importância da Patologia e da Genética no diagnóstico e tratamento do câncer.

IV. VIGILÂNCIA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

ANÁLISE E SEGUIMENTO DOS DADOS PÚBLICOS E PRIVADOS

SITUAÇÃO ATUAL

Para ampliar o acesso aos tratamentos e melhorar os desfechos clínicos, é imprescindível monitorar a qualidade e quantidade dos serviços de saúde (94). A vigilância, o monitoramento e a avaliação são princípios da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Estas ações acontecem por meio da implementação, produção e divulgação de informações, com o objetivo de subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle da doença.

Ao promover a produção e análise dos dados sobre Oncologia é possível mensurar o desempenho da PNPCC, assim como apoiar o direcionamento estratégico dos gestores na melhoria do atendimento à sociedade (12, 95).

Diante do tamanho do sistema público de saúde, diversas informações e dados são difíceis de serem compilados e consolidados em um só local. Isso se agravou em 2012, quando o Ministério da Saúde suspendeu a publicação dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB), um conteúdo técnico essencial para o planejamento e gestão do setor no país (96).

Em 2018, foi aprovada a Lei nº 13.685, que estabelece a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias. Esta Lei, conhecida como "Lei da Notificação Compulsória do Câncer", uma vez regulamentada, irá auxiliar no registro de dados clínicos do paciente, desde o seu diagnóstico até o acesso ao tratamento (97).

Embora o cotidiano da PNPCC seja avaliado quantitativamente, se faz necessária a análise qualitativa para captar os gargalos na assistência à população (12). Por isso, para garantir o acompanhamento e a avaliação integral das ações relacionadas à PNPCC, são princípios prioritários do Movimento Todos Juntos Contra o Câncer (TJCC):

I - Monitorar os fatores de risco para o câncer, a fim de planejar ações capazes de prevenir, reduzir danos e proteger a vida.

II - Utilizar, de forma integrada, os dados e as informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis para o planejamento, monitorando, avaliando as ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer, produzidos:

a) pelos sistemas de informação do SUS, dentre os quais os de mortalidade, de morbidade, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares;
b) pelos registros do câncer de base populacional e hospitalar;
c) pelos inquéritos e pesquisas populacionais;
d) pelas fontes oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
e) pelas estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas brasileiras.

III - Implementar e aperfeiçoar a produção e divulgação de informações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer geral e por sítio.

Para o cumprimento desses princípios, e para subsidiar melhores práticas de gestão em Saúde, o Movimento TJCC definiu 16 indicadores para a Oncologia no Brasil, visando contribuir com todos os interessados no tema. A construção e o aperfeiçoamento dos indicadores são viabilizados pela análise e coleta dos dados governamentais abertos (Ministério da Saúde, DataSUS, Registros de Câncer e Informações da ANS). Este trabalho conta com o apoio de representantes do governo, sociedade civil organizada, universidades e o setor privado.

Ainda assim, a aprovação final dos Indicadores de Oncologia ocorre com amplo processo de discussão e consultas aos Grupos de Trabalho, conferindo legitimidade ao produto. Para fortalecer o monitoramento e a avaliação da efetividade da PNPCC, também é necessário ampliar as discussões sobre a disponibilidade e o uso de dados, tanto na saúde pública quanto privada.

Outra importante iniciativa de dados tramita nas casas legislativas do Brasil. O Projeto de Lei nº 3814/2020 poderá criar uma plataforma digital para unificar os prontuários dos pacientes nas redes públicas e privadas, tornando-se um marco histórico em termos de tecnologia em saúde (98).

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Facilitar o acesso aos dados abertos de saúde, de forma organizada e concentrada.	**Proposta** • Pautar e recomendar a implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), capaz de registrar, armazenar e disponibilizar, em tempo real, informações sobre o paciente e seu tratamento (99). • Concentrar e organizar os sites de informação sobre o câncer no Brasil e no mundo. • Apoiar o desenvolvimento de plataformas com inteligência artificial para que a população possa acessar qualquer informação contida nos bancos de dados abertos. • Produzir e publicar estudos baseados em dados abertos, tal como faz o Observatório de Oncologia, e estudos de mundo real, seguindo as diretrizes das agências reguladoras, como a ANVISA. • Estimular a transparência e o conhecimento dos dados relacionados aos desfechos do tratamento.
2. Fomentar a utilização dos Indicadores de Oncologia para melhores práticas de gestão em saúde.	**Proposta** • Organizar eventos e reuniões que capacitem os gestores para análise de dados dos Indicadores de Oncologia, visando melhores decisões de políticas públicas. • Desenvolver, periodicamente, relatórios e fichas técnicas para gestores sobre os principais indicadores em Oncologia.
3. Avaliar o impacto das ações no aprimoramento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.	**Proposta** • Monitorar os indicadores de Oncologia e identificar os gargalos prioritários na área, periodicamente. • Conhecer o potencial das associações de pacientes oncológicos no Brasil e integrar seus programas na rede de saúde dos Estados e Municípios. • Desenvolver pesquisa sobre os principais desafios e êxitos da gestão da rede de CACON (Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e de UNACON (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia).

4. Apoiar estratégias para implementação da interoperabilidade dos dados de saúde entre o setor público e privado, no Brasil.

Proposta

- Estimular a criação de uma regulação, pelas autoridades competentes, para o compartilhamento de dados entre o setor de saúde público e privado.
- Apoiar, estimular e desenvolver ações de advocacy, junto ao Congresso Nacional, para a aprovação do Projeto de Lei nº 3814/2020 (98).

5. Fiscalizar, junto aos órgãos competentes, o cumprimento e regulamentação da Lei nº 13.685/2018, de registros compulsórios do câncer.

Proposta

- Obter e disponibilizar, de forma integrada, as informações dos novos casos de câncer do setor público e privado de saúde.
- Apoiar a aprovação da regulamentação da profissão de Registrador de Câncer, conforme o PL 1.411/2019, que atualmente tramita no Congresso Nacional (100).
- Capacitar os profissionais responsáveis pela notificação compulsória do câncer.
- Fiscalizar os órgãos responsáveis pelo registro do câncer.

6. Difundir o uso dos Indicadores de Oncologia disponibilizados online.

Proposta

- Publicar os resultados dos seguintes indicadores de Oncologia, sendo eles:

Gerais:

I. Mortalidade padronizada (por tipos e comparação do câncer com as demais causas).

II. Incidência consolidada.

III. Gastos oncológicos (DataSUS, compras centralizadas e compras via Diário Oficial).

Assistência:

IV. Número de CACON e UNACON com as informações:

- Número de leitos para Oncologia
- Número de aparelhos de radioterapia
- Tipo de gestão
- Existência de equipe multidisciplinar e multiprofissional

conforme portaria
– Número de médicos oncologistas nos serviços de saúde e presença de Registro Hospitalar de Câncer

Promoção e Prevenção:
V. Número de ações de promoção e prevenção à saúde.

Diagnóstico:
VI. Cobertura de exames diagnóstico para as populações recomendadas.
VII. Casos de câncer diagnosticados por estadiamento.

Tratamento:
VIII. Aprovações de novas tecnologias por linhas de tratamento, comparando ANVISA, Food and Drug Administration (FDA) e European Medicines Agency (EMA).

IX. Incorporações de novas tecnologias no
SUS e suas linhas de tratamento, por ano.

X. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) dos hospitais do SUS.

XI. Tratamento de menores de 19 anos em hospitais para adultos.

XII. Intervalo de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico.

XIII. Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento.

XIV. Porcentagem de óbitos ao final do primeiro tratamento.

XV. Principais razões para não iniciar o tratamento.

XVI. Porcentagem de incompletude de dados nos Registros Hospitalares de Câncer e Sistema de Informação em Mortalidade e das APACs (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo).

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) (12). 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 (101).

Com relação ao tratamento no SUS, são os CACONs e UNACONs que decidem quais caminhos seguir, por meio de protocolos próprios (102). 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 (102, 103).

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 (104, 105).

Em algumas exceções, no entanto, o Ministério da Saúde (MS) decidiu centralizar a compra de medicamentos oncológicos e incorporá-los ao sistema (106). Em sua maioria, o MS opta por incorporar aqueles medicamentos que podem ser padronizados e com grande ganho de escala devido à prevalência (107).

Uma auditoria operacional do Tribunal de Contas da União (TCU) identificou 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 (17).

Um dos problemas existentes é que não há um processo de coleta e avaliação dos resultados clínicos da assistência prestada, tanto no sistema público quanto no sistema privado, seja por um processo amplo ou mesmo por amostragem. Já foi demonstrada a viabilidade em implantar sistemas de vigilância em saúde no Brasil, tendo como exemplo o sistema de Farmacovigilância sob a responsabilidade

da ANVISA, que tem um processo bem estruturado para recebimento de informações de todas as origens, por meio da internet e uma rede de hospitais-sentinela que realiza essa atividade de forma sistematizada.

Embora a coleta de informações sobre desfechos em saúde seja mais complexa, é fato que há mais de uma década dispomos de um sistema informatizado e bem estruturado de coleta de dados sobre atendimentos na rede do SUS em nível nacional, que é o DATASUS. No entanto, o DATASUS está voltado para finalidades administrativas e apresenta pouca funcionalidade para avaliar dados relativos à efetividade da assistência ao câncer, juntando dados sobre tempo de atendimento, tipo e duração dos tratamentos e resolutividade alcançada.

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.

Acima de tudo, o sistema de remuneração em vigor enfatiza muito mais o volume do que a qualidade dos atendimentos, inclusive oferecendo bônus a quem atende mais pacientes, sem maiores considerações em relação à efetividade clínica e aos resultados médicos alcançados.

Além disso, é fato que o problema estrutural da falta de atualização do valor das APAC's impacta diretamente o acesso dos pacientes aos tratamentos. Uma vez que, se não houver atualização do valor da APAC, mesmo que um medicamento ou tecnologia sejam incorporados pela CONITEC, não serão disponibilizados ao paciente.

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 (17). 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 centralização e deslocamento, como longa distância entre o local de moradia e o centro de tratamento, falta de transporte, entraves burocráticos e problemas gerenciais diversos que atrasam o atendimento e geram estresse, perdas financeiras e prejuízo aos resultados assistenciais.

Todos esses fatores fazem com que o intervalo de 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 (87).

Outro problema encontrado no acesso ao tratamento são as regras administrativas que restringem os médicos de prescrever terapias que não são cobertas pelo sistema de saúde. Em alguns casos, essas restrições provêm do baixo valor reembolsado para as respectivas linhas de tratamento. Em outras (muitas vezes derivadas da limitação anterior), são impostos protocolos e diretrizes que restringem a liberdade prescritiva a produtos ou regimes de tratamento que não correspondem às melhores práticas disponíveis, situação que afeta tanto o sistema público quanto o sistema privado de saúde.

No sistema privado, os tratamentos quimioterápicos de aplicação por via intravenosa não necessitam de aprovação prévia, em tese. Porém, há de se observar que frequentemente há restrições à liberdade dos médicos para prescrever, que podem ser relacionadas tanto à imposição de protocolos pré-definidos (principalmente em organizações de estrutura verticalizada) quanto financeiras (quando o reembolso por serviços prestados é fixado com um valor limitado, que pode ser insuficiente para cobrir os tratamentos mais modernos e eficazes). Ainda sobre esse aspecto existe o fato de que muitas organizações desenvolvem os seus próprios protocolos e diretrizes de tratamento, os quais não são submetidos a qualquer revisão para validação.

No que tange aos antineoplásicos de uso por via oral, o Projeto de Lei 6.330 de 2019 propunha às operadoras de planos de saúde a obrigação de oferecê-los aos pacientes. Importante reforçar que estes precisam ser previamente avaliados e aprovados pela CONITEC ou pela ANS para que possam estar cobertos por essa Lei. Contudo, apesar de ter sido aprovado no legislativo, o Projeto de Lei foi vetado integralmente pelo Executivo, em 2021 (108).

Há de se considerar que a maioria dos pacientes desconhece as questões técnicas e administrativas que envolvem o fornecimento desses medicamentos, o que faz com que tenham, por vezes, que se deslocar de suas moradias até os pontos de atendimento para só então descobrir que falta atender a algum requisito protocolar. Isso implica em perda de tempo, custo do traslado, necessidade de reagendamento com o médico assistente, atraso no tratamento, ansiedade e frustração.

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 (109).

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Viabilizar o acesso universal, em tempo oportuno, ao tratamento do câncer.	**Proposta** • Sistematizar e divulgar as barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento, sob a ótica de todos os partícipes do sistema de saúde público e privado (pacientes, profissionais de saúde, gestores, fornecedores e reguladores). • Questionar o Ministério da Saúde seu posicionamento a respeito das barreiras de acesso aos medicamentos antineoplásicos aprovados pela ANVISA e não incorporados pela CONITEC. • Aprimorar o arcabouço legal para reduzir as barreiras físicas e administrativas que hoje dificultam o acesso oportuno e eficiente dos pacientes aos tratamentos que sejam prescritos, incluindo aproveitar as inovações de conectividade que podem ligar os prescritores aos centros de atendimento, no sentido de evitar atrasos e retrabalho e promover a integração dos diversos sistemas, priorizando a implementação do programa de Telesaúde e Navegação do Paciente Oncológico, por meio da Coordenação de Atenção Oncológica, a partir de 2024 (12). • Continuar, fortalecer e promover a fiscalização, junto aos órgãos de controle, de cumprimento da Lei n.° 12.732/2012, Lei dos 60 dias (87) e a Lei dos 30 dias (Lei N° 13.896/2019) (91). • Garantir o fortalecimento do papel e a atuação multiprofissional da Atenção Básica, para dispor de encaminhamentos ágeis e qualificados aos centros de especialidade. • Ampliar as discussões com relação à atualização das APACs de forma mais ágil e em menor periodicidade, a fim de promover o real acesso dos pacientes a medicamentos de alto custo.
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, além do tratamento humanizado, e o acesso a alternativas terapêuticas, pautado em decisões compartilhadas.

- Divulgar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e as Diretrizes Únicas de Tratamento (DUT), de forma didática e acessível.
- Acompanhar a implementação das ações propostas para promoção do acesso ao tratamento, prevista na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (14.758/23) (12).

---

3. Cumprir os protocolos clínicos dirigidos ao tratamento do câncer tanto no SUS quanto na saúde suplementar e revisá-los periodicamente.

Proposta

- Monitorar o acesso ao tratamento, por meio de trabalho de avaliação do nível de cumprimento dos PCDTs e DUTs, atualmente em vigor em todo o país, para poder identificar eventuais dificuldades estruturais e financeiras que estejam impedindo as suas execuções a contento.
- Divulgar as atualizações dos PCDTs, DUTs e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para difundir a aplicação das normas 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. Monitorar e questionar as decisões da Conitec com relação à incorporação ou não de medicamentos oncológicos, assim como quanto à sua eficácia, segurança e custo efetividade.

Proposta

- Implementar um sistema de farmacovigilância capacitado a identificar eventos adversos de todas as naturezas, incluindo falhas terapêuticas, e que possa realizar análises não apenas transversais, mas também longitudinais, que possibilitem avaliar a eficácia de tratamentos em curto, médio e longo prazos.
- Promover discussões permanentes para reavaliar os critérios a serem utilizados pela CONITEC para análise de eficácia, segurança e custo efetividade de tratamentos.

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 (110).

Segundo relatório RT2030, produzido pela Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBRT), 52% dos pacientes oncológicos necessitam de radioterapia, e outros 20% recebem ao menos um segundo curso de radioterapia no decorrer de seu tratamento. 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 (111, 112).

Em 2018, a Sociedade Brasileira de Radioterapia estimou que cerca de 5 mil pessoas morreram por falta de acesso à radioterapia nos cinco principais tipos de câncer: próstata, colo de útero, pulmão, mama e reto (103). Esse cenário crítico se soma ao relatório RT2030 da SBRT, que aponta que, a cada ano, em média, 73 mil pacientes com câncer deixam de receber radioterapia no SUS. O documento registrou, em 2020, a existência de 409 equipamentos em funcionamento, distribuídos em 263 serviços, concentrados em 130 cidades — com média de 2 serviços e 3,1 aceleradores por município. Dos 363 aceleradores lineares disponíveis no SUS, 37,7% já estavam obsoletos em 2018, e a projeção indica que até 2030 será necessária a reposição de 147 equipamentos para atender à crescente demanda. Além disso, mais da metade desses aparelhos, acima dos 10 anos de uso, estão instalados em hospitais públicos, embora apenas 20% dos pacientes sejam tratados em serviços exclusivamente públicos, já que boa parte da assistência em radioterapia no país ocorre em serviços mistos que atendem simultaneamente o SUS e a saúde suplementar (111).

Espera-se um aumento na incidência de câncer para 2030 de mais de 40% e na necessidade de pelo menos 530 equipamentos operacionais. Se usarmos indicativos de demanda internacional, esse número poderia estar próximo de 1000 equipamentos. O principal problema atualmente é a sustentabilidade dos serviços. O reembolso médio por paciente não cobre metade do custo operacional (103).

Com relação 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 (114).

O Plano de Expansão da Radioterapia no SUS do Ministério da Saúde relata, em dezembro de 2023, que das 92 soluções previstas, apenas 59 foram concluídas, enquanto 33 estão pendentes, sendo 29 soluções em execução, 1 aguardando ordem de serviço e 3 com pendências com equipamentos. Em termos de investimento, cabe ressaltar que o Ministério da Saúde se propôs a atualizar o parque de aceleradores lineares, investindo um total de R$ 575 milhões para a segunda etapa do Novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Deste montante, R$ 205 milhões são para a conclusão de obras da primeira fase e R$ 400 milhões para a viabilização de 40 novas soluções de radioterapia (114).

Por fim, em 2023, a oferta de procedimentos de radioterapia ainda era incompatível com a quantidade de pacientes atendidos no Brasil. Mesmo que a capacidade instalada da rede de radioterapia venha aumentando nos últimos anos, é inegável a necessidade de investimento para a expansão da radioterapia e tratamento dos pacientes oncológicos, considerando a incidência acumulada de novos casos e projeções da doença para os próximos 5 anos (111).

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Aumentar o acesso ao tratamento radioterápico com qualidade e em tempo oportuno.	**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 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.
3. Implementar, integralmente, o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS.	**Proposta** • Monitorar a finalização da implantação integral das 33 propostas no Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, previstas para o ano de 2024. • Incentivar a criação de 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

- Exigir reavaliação do sistema de custeio dos tratamentos pelo sistema público, tendo como ponto de partida as recomendações da SBRT.

CIRURGIA ONCOLÓGICA

SITUAÇÃO ATUAL

A cirurgia é o mais antigo tratamento para pacientes com câncer. 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 significativa foi o desenvolvimento da multidisciplinaridade (115).

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 70% 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 (116).

Em 2022, de R$ 4 bilhões gastos com tratamentos oncológicos no SUS, em torno de R$ 520 milhões eram com cirurgias, segundo o estudo do Observatório de Oncologia (27). O levantamento indicou que o custo por procedimentos cirúrgicos aumenta à medida que o estadiamento do câncer se torna mais avançado, o que é preocupante, tendo em vista a disponibilidade dos recursos financeiros e os vazios no acesso às cirurgias (117).

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 (17).

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 (17).

O subfinanciamento também se reflete na ausência de inovação e procedimentos mais seguros para os pacientes e, possivelmente, menos custosos a longo prazo ao 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 (115). 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 (118).

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	COMO FAREMOS
1. Qualificar devidamente a rede e garantir atendimento à demanda de cirurgias oncológicas com qualidade, eficiência, agilidade e financiamento adequado.	**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 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** • Regulamentar 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. • Fomentar a viabilização da 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.

PRÉ-HABILITAÇÃO, HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO ONCOLÓGICA

SITUAÇÃO ATUAL

O paciente com câncer pode apresentar necessidades físicas e mentais, como dificuldades para se comunicar, se alimentar, se movimentar e para exercer atividades de autocuidado, provocando perda do condicionamento físico, disfunções sexuais e alterações psicológicas, dentre outros. Diante de tal contexto, observa-se que muitos pacientes ainda não têm acesso aos cuidados de pré-habilitação, habilitação e reabilitação, isso porque suas necessidades não são detectadas em meio aos acontecimentos que cercam o diagnóstico e o tratamento.

Há ainda muita desinformação com relação a cada uma das etapas de cuidado integral e multiprofissional na jornada do paciente oncológico, desde o seu diagnóstico, o que dificulta o acesso aos tipos de cuidados necessários e corretos. Sendo assim, identificamos abaixo cada uma das fases de cuidado integral necessárias em todos os níveis de Atenção à Saúde.

CUIDADO INTEGRAL E MULTIPROFISSIONAL EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO A SAÚDE

Fonte: apresentação Anke Bergmann, durante o 10° Congresso Todos Juntos Contra o Câncer (2023) (119).

A projeção esperada para 2040 é de um aumento em torno de 60% dos casos de câncer no Brasil entre pessoas de mais de 70 anos, e aumento de 20% para pessoas com até 69 anos (120). A projeção da mortalidade também é crescente: para câncer colorretal, por exemplo, são estimados o aumento de 35% da mortalidade entre os homens e, entre as mulheres, de 37,63% (121).

Após o diagnóstico de câncer, é necessário iniciar os cuidados multidisciplinares, com o objetivo de tratar precocemente e diminuir os efeitos colaterais relacionados às intervenções oncológicas ou a evolução do câncer. Cada tipo de neoplasia pode desencadear um grupo de complicações e incapacidades específicas, decorrentes da doença e da própria condição clínica do paciente.

O aumento do acesso ao diagnóstico precoce e tratamentos adequados proporcionaria uma maior sobrevida dos pacientes oncológicos e potencial redução da mortalidade, mas ainda sujeitas às sequelas do tratamento (físicas, sociais, psicológicas). Sendo assim, pilares da pré-habilitação como, por exemplo, fazer a suplementação nutricional no paciente desnutrido antes de iniciar o tratamento e a prática de atividades físicas são essenciais na jornada oncológica.

Nesse sentido, a equipe multidisciplinar responsável pela habilitação e reabilitação física, social e psicológica, deve priorizar as estratégias de prevenção das principais complicações relacionadas ao câncer, sendo elas a prevenção primária (diminuição dos fatores de risco modificáveis), secundária (estratégias de detecção precoce) e terciária (tratamento precoce e resolutivo).

A Política Nacional para a Prevenção do Câncer (PNPCC) fundamenta-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando proporcionar um atendimento multiprofissional integral aos pacientes com câncer. No contexto do cuidado ao paciente oncológico, a PNPCC estabelece diretrizes específicas para garantir a qualidade e a efetividade do cuidado:

- **Enfatiza** a importância de assegurar o acesso oportuno e contínuo aos serviços de saúde, adaptando o cuidado conforme a progressão da doença e as necessidades individuais dos pacientes. Isso inclui a oferta de reabilitação e cuidados paliativos quando indicados, para garantir uma abordagem holística e abrangente.

- **Preconiza** a organização estruturada das ações e serviços de saúde voltados ao câncer, baseada em critérios de necessidade e diretrizes embasadas em evidências científicas. Isso implica na implementação de protocolos de atendimento padronizados e na integração eficiente entre os diferentes níveis de atenção, garantindo uma abordagem coordenada e eficaz.

- **Reconhece** a importância de medidas que visem melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, não se limitando apenas ao tratamento da doença, mas também contemplando aspectos como suporte psicossocial, controle de sintomas e promoção do bem-estar geral.

Por fim, é importante ressaltar que o cuidado integral deve se estender aos cuidados paliativos, a fim de que o paciente oncológico tenha um ciclo de cuidado completo, de forma transversal, em todas as fases.

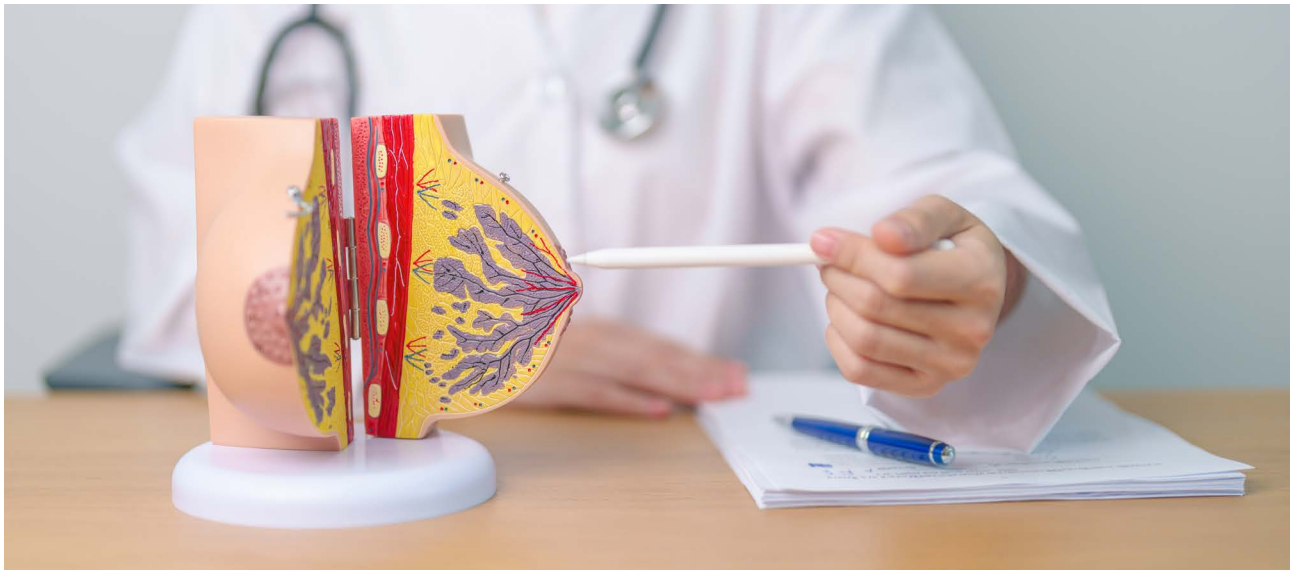
ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Ofertar todos os tipos de cuidado à saúde integral do paciente oncológico, no que tange a pré-habilitação, habilitação e reabilitação do câncer.	**Proposta** • Mapear profissionais em suas localidades para compreender o fluxo de reabilitação ao paciente oncológico e composição de equipe multidisciplinar nos CACONs e UNACONs. • Ações de advocacy para pressionar o MS a rever os critérios obrigatórios de especialistas que devem compor a equipe multidisciplinar nos CACONs e UNACONs para cumprir a Lei N° 14.758/2023.
2. Capacitar os profissionais de saúde especializados em cuidado integral do paciente oncológico.	**Proposta** • Identificar as regiões com o menor número de profissionais qualificados e priorizá-las, promovendo ações para desenvolver estratégias de inclusão da atenção da assistência multidisciplinar no cuidado integral em todos os níveis de complexidade de atenção à saúde (atenção primária, média e de alta complexidade).
3. Estimular boas práticas na linha de cuidado que envolvem a melhor evidência científica, experiência do profissional e as expectativas do paciente no SUS e saúde suplementar.	**Proposta** • Fomentar a produção de pesquisas científicas e a realização de protocolos de estudos baseados em evidências, buscando avaliar a eficácia, efetividade e eficiência de novas tecnologias em saúde.
4. Incluir a incorporação de tecnologias para o melhor cuidado do paciente.	**Proposta** • Revisar os valores da tabela SIGTAP para a inclusão de novos procedimentos como, por exemplo, o de robótica no cuidado do paciente oncológico (122).
5. Integrar a PNPCC com a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência	**Proposta** • Fomentar a inclusão do atendimento ao paciente oncológico dentro do âmbito dos CERs - pontos de referência para a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (123).

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 (124). Segundo a RN.n°428/2017, 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 (109).

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) (125, 126). A falta de especificação pode também refletir na segurança questionável do produto, sendo frequentes os processos judiciais que envolvem fabricantes de próteses com deficiência nos dados de segurança clínica (127).



Outro problema enfrentado é com relação ao preço que 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 (125, 128). 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 tem produção nacional, porém alguns materiais importados, indispensáveis devido à sua durabilidade, podem elevar consideravelmente os custos em relação aos similares nacionais e, por isso, possuem acesso limitado. 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 pela falta de controle de qualidade dos disponíveis no mercado.

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 (125).

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 (125). 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 (129). 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 (126).

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Padronizar a qualidade e preços de órteses, próteses e materiais especiais em Oncologia, além de incentivar e defender uma melhor regulamentação do processo de registro.	**Proposta** • 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. • Solicitar à ANVISA e Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (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** • Implementar, nos estabelecimentos de saúde, o Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) do Ministério da Saúde. • 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. • 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.
- Estabelecer a cobertura integral, por parte dos planos de saúde, da disponibilização de órteses e próteses para pacientes oncológicos.

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 na população entre 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% (130). 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 (131).

O câncer em idade pediátrica acomete, anualmente, cerca de 8.000 brasileiros e, atualmente, é a segunda causa de morte neste público, ficando atrás apenas das causas externas, como acidentes e homicídios (3, 7). 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% (132).

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 Instituto Nacional de Câncer (NCA), Ministério da Saúde e do Conselho Consultivo do INCA (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 (133, 134). 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 (87).

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 (135). 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 (135, 136).

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 (137, 138, 139).

Já o segundo fator que dificulta a regularidade de distribuição de tratamento está relacionado à própria capacidade de coordenar a compra de medicamentos centralizada 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 (140, 141). Já em 2019, com a nova administração do Ministério da Saúde, outro desabastecimento ocorreu, envolvendo cerca de 130 medicamentos (142, 143).

Agravando este cenário, vale ressaltar que poucos foram os novos medicamentos que surgiram para o tratamento do câncer infantojuvenil nas últimas décadas, comparado a dezenas de lançamentos de produtos para tratar neoplasias em adultos (144). 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 (135). Felizmente, algumas opções têm recentemente entrado no mercado e, apesar do alto custo, podem trazer grandes benefícios a este público, 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 encaminhar 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 (145).

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Câncer infantojuvenil reconhecido como uma prioridade no âmbito da saúde pública.	**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 infantojuvenil nas ações e programas para o câncer, assim como integrá-la ao 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 sobrevida 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 (142). • Mapeamento dos gargalos principais que impossibilitam o encaminhamento em tempo oportuno aos 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, acordar com as Secretarias de Saúde 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.

2. 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.° 41/2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados e integrados, no âmbito SUS (146).
- 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.

3. 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 sobrevida dos pacientes de câncer infantojuvenil 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 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) (147).

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 se 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 5.667.115 milhões de potenciais doadores e 650 pacientes estão em busca de um doador não aparentado (de outro indivíduo que não seja da família) (148).

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 (149). 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 (150). 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 (151).

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 em média 3.991 transplantes de medula óssea (TMO), entre autólogos (2.529) e alogênicos (1.462) – conforme dados apresentados pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) em 2022 (152). Atualmente, as principais dificuldades no acesso ao TMO são a disponibilidade de leitos e muitas vezes a impossibilidade de fazer o transplante autólogo em hospitais adequados.

Apesar do aumento desses procedimentos no território brasileiro, assim como outras estruturas em Oncologia, a maior parte dos TMO ainda 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 (153).

Além disso, dos 124 centros que podem realizar o procedimento, a maioria está localizada na região Sudeste. Na região Norte, em Belém do Pará, há apenas dois centros habilitados para a realização do TMO autólogo, sendo um público e outro privado.

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 (155).

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 (156). Faltam dados de desfecho nos transplantes realizados, que deveriam ser exigidos para manutenção do credenciamento. Um trabalho em conjunto entre SBTMO/SNT está se consolidando para a criação do Registro Brasileiro de Transplante de Medula Óssea, que possibilitará a obtenção de dados e análises estatísticas mais robustas.

Importante também acrescentar que não há um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT vigente para imunossupressão após transplante de medula óssea, apesar do esforço que vem sendo retomado para que os pacientes possam ter acesso aos medicamentos. Além de drogas antivirais e antifúngicos, há dificuldades no acesso a quimioterápicos novos e a alguns já em uso no país, mas que podem deixar de ser fabricados de forma intempestiva e sem substituição por pouco interesse da indústria.

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	COMO FAREMOS
1. Descentralizar o cuidado e expandir o escopo e alcance geográfico dos cuidados prestados pelos hospitais habilitados.	**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 no pré-transplante e no pós-transplante.	**Proposta** • Promover a discussão sobre a inclusão, no SUS, de medicamentos necessários ao pré-transplante e 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 (157). • Ampliar leitos hospitalares em locais onde estiverem equipes qualificadas e melhores resultados. • Engajar e incentivar a implementação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, para imunossupressão após o transplante de medula óssea, de forma a garantir o acesso ao tratamento e diminuir as dificuldades para aquisição de novos medicamentos.
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)da criança e da família.

- 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 (158).
- 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 sobrevida 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 (159, 160, 161).

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 (162). 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 (13). 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 (14).

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 (163, 164).

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 (165).

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 na retomada do desenvolvimento conjunto de serviços de qualidade. O reflexo disso, na prática, é a desigualdade. Onde há instituições que têm mais recursos disponíveis consegue-se efetivar serviços mais humanizados, já para os que enfrentam dificuldades financeiras, a realidade é bem diferente (165, 166).

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) (167, 168).

A exemplo do tratamento com crianças, os benefícios da não sedação durante o procedimento radioterápico possibilita que a sessão seja três vezes mais rápida, além de não necessitar a prescrição de jejum, especialmente a pacientes que residem a longas distâncias do centro de tratamento. Contudo, o cuidado humanizado deve ser sempre aprimorado, seguindo as boas práticas para todos os pacientes, pediátricos e adultos (169).

Para isso, a efetiva implantação da nova lei nº 14758/23 é fundamental, pois prevê o direito ao cuidado humanizado. A legislação estabelece a humanização dos ambientes e dos processos de trabalho dos cuidadores e das equipes de saúde que atuam no cuidado integral das pessoas com suspeita ou confirmação de câncer. Além disso, garante o atendimento e o apoio psicológico e psiquiátrico, tanto ao paciente como aos seus familiares (12).

Nesse sentido, é importante que tanto a tecnologia quanto os cuidados técnicos sejam aliados às práticas humanizadas, atendendo as singularidades de cada indivíduo (164, 168).

Cumprir tanto a PNH quanto a nova lei nº 14758/23 é, para além de garantir direitos ao paciente, avançar em direção a um sistema de saúde equitativo e igualitário (164). 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	COMO FAREMOS
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.	**Proposta** • Inserir e incentivar a adoção da Política Nacional de Humanização (PNH) no planejamento estratégico das instituições de saúde, incluindo CACONS e UNACONS. • 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 entre médicos, 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 desde o diagnóstico, se estendendo aos diferentes aspectos do tratamento, inclusive oferecendo cuidados no processo de luto durante o adoecimento, e aos familiares após o óbito (170).

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, entendendo que o foco é o cuidado com o sofrimento gerado pelo adoecimento. Sendo assim, as ações de cuidado devem ser adaptadas às necessidades dos pacientes e familiares em cada fase da doença (na progressão e na terminalidade) (171).

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 (172). Para esse atendimento e suporte, uma equipe especializada e multiprofissional é necessária, incluindo médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, capelão, entre outros (173).

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 a familiares e cuidadores, incluindo na fase do luto (174).

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 (175). Ademais, essa busca pela compreensão e o envolvimento do paciente no processo de adoecimento, história de vida e reflexão sobre valores pessoais, é essencial para o estabelecimento de um plano de cuidado centrado na pessoa.

No Brasil, a prática de CP teve início na década de 80, e nos últimos anos vêm ganhando espaço de atuação e reconhecimento. Segundo o último Atlas de Cuidados Paliativos (2022), o Brasil conta com 234 equipes de CP, das quais 96 fazem atendimento de cuidados paliativos pediátricos. Um crescimento de 22,5% em relação ao ano de 2019 (176,177).

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 (178).

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 (178).

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 (146). 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 (179, 180).

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 (172).

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 (181).

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, estes associados com a diminuição de efetividade do opioide, principalmente pelo avanço da doença (182).

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 (183).

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Implementar a Política Nacional de CP em todos os pontos da rede de atenção à saúde.	**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.
2. Garantir que toda pessoa com câncer tenha acesso aos CP e que sua assistência inclua os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais.	**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. • Proporcionar programas e diretrizes em Cuidados Paliativos aos pacientes onco-hematológicos, respeitando-se as particularidades destes pacientes, que diferem enormemente daqueles com neoplasias sólidas, tanto no que tange ao curso das doenças, quanto do prognóstico e as possibilidades terapêuticas.
3. Capacitar profissionais da saúde para atuar na área de CP.	**Proposta** • Atualizar as grades curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, incluindo noções teóricas e práticas de CP. • Ofertar ações de educação permanente em CP para os trabalhadores da saúde no SUS, como exemplo a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (184).

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 suas famílias, para afirmação de 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 (185).

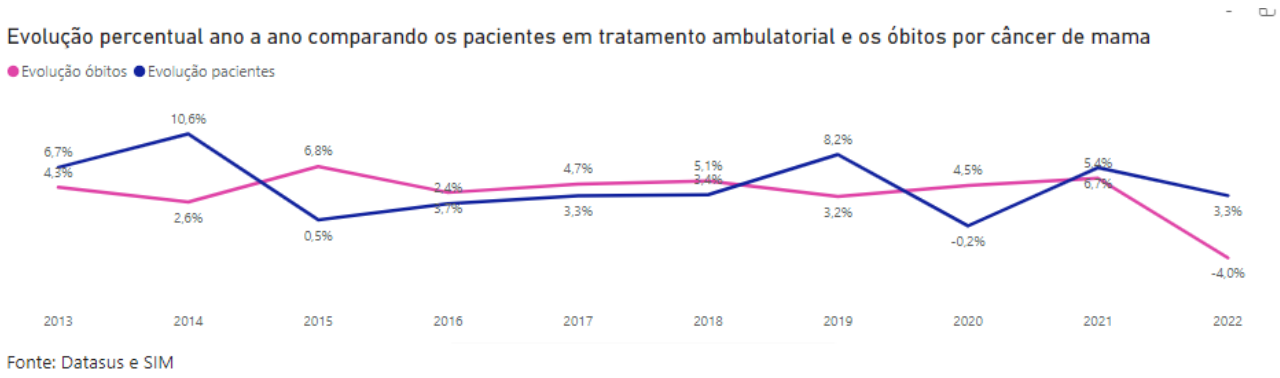
Segundo a estimativa do INCA para o triênio 2023-2025, os tipos de câncer mais incidentes para o sexo feminino, com exceção do câncer de pele não melanoma, são os de mama (73 mil novos casos/ ano), de cólon e reto (23 mil novos casos/ano), do colo do útero (17 mil novos casos novos/ano) e traqueia, brônquio e pulmão (14 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 (3).

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 (3). Pensando nisso, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que foi atualizado em 2021, prevendo indicadores e metas até 2023. O documento estabelece a redução em 10% da mortalidade prematura para câncer de mama e em 20% para câncer de útero – evidenciando a importância de manter o tema sob o radar do governo (47).

Essa atenção nas metas é o resultado de uma realidade brasileira: as taxas de mortalidade do câncer feminino permanecem elevadas, pois cerca de 38% das mulheres recebem o diagnóstico tardio e em estágios avançados (186).

Câncer de Mama

Os Indicadores de Câncer de Mama do Observatório de Oncologia confirmam que, apesar do incentivo ao rastreamento e diagnóstico precoce para este tipo da doença, o Brasil ainda se encontra com altas taxas de diagnóstico em estágios avançados (187). 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.



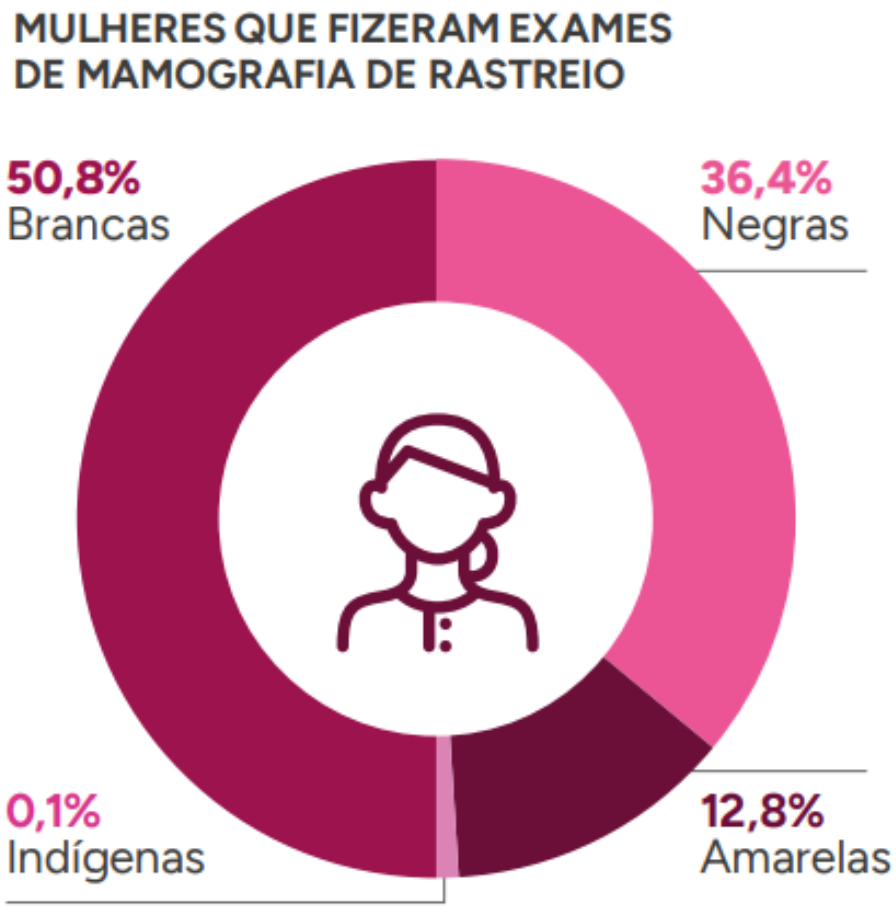
Fonte: Indicadores de Câncer de Mama, Movimento TJC. (187)

Segundo o Panorama da Atenção ao Câncer de Mama no SUS, entre 2015 e 2024, foram aprovadas cerca de **20 milhões de mamografias** em todo território nacional, o que correspondeu a um custo de **R$ 1 bilhão.** Embora o investimento pareça alto, a produção mamográfica de mulheres entre 50 e 69 anos no Brasil obteve queda de 1,5% comparado ao ano de 2023 (188). O cenário nas cidades brasileiras é preocupante, uma vez que a cobertura mamográfica está 46% abaixo da meta recomendada pela OMS, correspondente a 70% para a população alvo (189). A região Sudeste somou 50,2% do total de mamografias de rastreio, representando a metade da produção desse procedimento no país. Enquanto os estados com menor produção de mamografias foram Amapá (que mesmo com o aumento na sua produção, ainda teve baixo número de mamografias), Roraima e Acre, cada um com 0,1% do total de exames (188).

O Panorama também indica alta taxa de diagnósticos tardios nas faixas etárias mais jovens: mulheres com idades entre 20 e 29 anos recebem diagnósticos em estágio 3 ou 4 em 56,9% dos casos. Este dado confirma a necessidade de ampliar a cobertura mamográfica para mulheres entre 40 e 69 anos, anualmente, conforme recomenda a Sociedade Brasileira de Mastologia (190). É importante destacar que o número de câncer em jovens cresceu 79% em 30 anos, segundo estudo recente (191). De acordo com os dados, em 2019 foram registrados 3,26 milhões de novos casos em pessoas com menos de 50 anos no mundo. Já em 1990, essa taxa estava próxima de 1,8 milhões de casos. Esse aumento foi atribuído a uma combinação dos seguintes fatores: obesidade, consumo de álcool, tabagismo, má alimentação, entre outros.

A gravidade dos indicadores de atenção se evidencia também no descumprimento do prazo estabelecido pela Lei nº 12.732/2012, que garante o acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer em tempo oportuno. Em 2024, o intervalo médio entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica chegou a **72 dias** – ou seja, **42 dias além do limite legal.** Já para o início do tratamento, a espera foi ainda mais crítica: **224 dias**, representando um **atraso de 164 dias em relação ao que determina a lei** (188).

As desigualdades raciais no acesso à saúde estão em evidência e carecem de políticas públicas estruturantes no SUS. A proporção de mulheres negras que iniciam o tratamento após 60 dias (72,6%) é maior do que a de mulheres brancas (66,3%). Além disso, mulheres negras têm menos acesso ao exame de mamografia e recebem o diagnóstico mais tardiamente do que mulheres brancas.

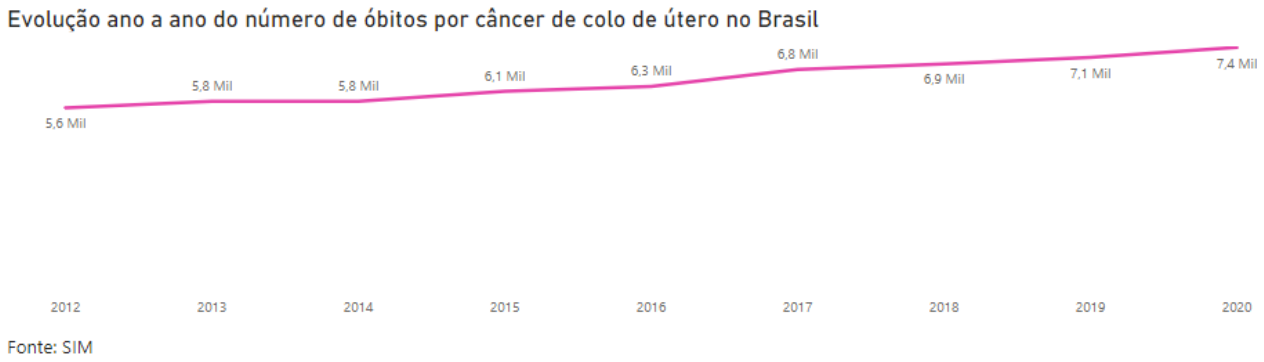


Fonte: Panorama do Câncer de Mama no SUS (188)

Câncer do Colo do Útero

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 (20,48/100 mil), Nordeste (17,59/100 mil) e Centro-Oeste (17,08/100 mil). Apesar da maior incidência nessas regiões, elas concentram o menor número de centros especializados para o tratamento, em comparação com a região Sudeste (192).

Segundo os Indicadores de Câncer do Colo do Útero (187), do Observatório de Oncologia, desde 2012 a incidência não apresentou quedas significativas, mas sim, um aumento significativo (46%) na quantidade de pacientes que realizaram procedimentos no ambiente ambulatorial com financiamento do SUS. Apesar do número de centros de tratamento ter aumentado de 192 em 2012, para 238 centros em 2022, os óbitos vêm crescendo de forma preocupante.



Fonte: Indicadores de Câncer do Colo do Útero, Movimento TJCC

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 (187).

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 busca e rastreio ativos de pacientes (193).

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 vacina. 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 (194, 195). 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 (196).

Câncer de Ovário e Endométrio

O câncer de ovário tem um diagnóstico difícil, pois seus sintomas costumam aparecer em estágios mais avançados e sem uma causa evidente. Além disso, inexiste um exame de rastreamento eficaz – dentre os cânceres ginecológicos é o mais letal. O câncer de endométrio, por sua vez, apresenta sintomas e quando diagnosticado no início, as chances de cura chegam até 90% (197). Contudo, ambos precisam ser melhor informados para toda a população, a fim de facilitar a suspeita diagnóstica e os direitos da paciente.

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 (198).

É necessário, ainda, garantir o acesso aos serviços de promoção da saúde, 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	COMO FAREMOS
1. Reduzir a incidência, morbidade e mortalidade por câncer em mulheres.	**Proposta** • Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Brasil. • Habilitar, em cada capital brasileira, ao menos um centro de tratamento para o câncer feminino, garantindo atenção às mulheres em todos os estados.
2. Atualizar e implementar totalmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em âmbito nacional.	**Proposta** • 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. • 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. • 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 e endométrio
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 14 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).
- Atingir até 2030 as metas da Iniciativa Mundial de Eliminação do Câncer do Colo do Útero da Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da ampliação do Programa Útero é Vida, do Ministério da Saúde. Metas a serem alcançadas: (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 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.

---

6. Promover melhores cuidados à paciente com câncer de ovário e oportunizar o diagnóstico precoce da doença.

Proposta

- Ampliar o acesso a testes genéticos para diagnóstico de mulheres com maior predisposição a desenvolver esse tipo de câncer e o acesso a tratamentos inovadores.
- Promover campanhas de conscientização sobre o histórico familiar, sinais e sintomas, fatores de risco e relação médico-paciente.
- Dar suporte multiprofissional para as mulheres que enfrentam a menopausa cirúrgica em função do câncer de ovário, garantindo dignidade e respeito em todos os aspectos da sua qualidade de vida, seja mental, emocional, físico, sexual, cognitiva ou neurológica.
- Garantir acesso aos cuidados paliativos desde o momento do diagnóstico do câncer de ovário metastático, para que a quantidade de vida dessa mulher seja prioridade, e que suas dores físicas e emocionais sejam acolhidas e tratadas adequadamente, assim como as dos seus familiares.

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 (7, 199). A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Além disso, quando comparado com as mulheres, o tempo de vida deles é cerca de 7 anos menor (7, 200).

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%) (7, 201).

Com relação ao cenário oncológico, alguns dos principais focos é o câncer de próstata, colorretal, traqueia, brônquio e pulmão. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) indicam que esses tumores estão entre os mais incidentes na população masculina (6, 7). Estas neoplasias podem ser detectadas precocemente, mas a ausência de acompanhamento periódico do público masculino dificulta a detecção e o tratamento oportuno.

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde, em dezembro de 2021, atualizou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A atualização tem o objetivo de ampliar o acesso dos homens aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com levantamento de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), observou-se que entre 2015 e 2020, 25,3% dos atendimentos individuais realizados no âmbito da atenção primária à saúde, na faixa etária entre 20 e 59 anos, foram de usuários do sexo masculino, sendo que esse percentual varia entre 23,1% e 27,7% ao longo dos anos estudados, constatando-se que a maior parte da população adulta (20 a 59 anos) assistida pelas UBS é composta pelo sexo feminino (74,73%) (202, 203).

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 (204).

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 (205).

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 (206).

O câncer de pulmão ocupa o 1° lugar em incidência e mortalidade no mundo. No Brasil, é o 3° 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 (207).

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. 50 a 75% dos casos podem ser prevenidos apenas adquirindo um estilo de vida saudável (207).

Em relação ao câncer de próstata, o mais incidente em homens, se rastreado precocemente as chances de cura chegam a 97% (208). Para o triênio 2023-2025 o INCA estimou cerca de 71.730 novos casos de câncer de próstata (6). No Brasil, cerca de 30% têm diagnóstico tardio. Cerca de 25% dos pacientes ainda morrem devido à doença. Atualmente, cerca de 20% ainda são diagnosticados em estágios avançados, embora um declínio importante tenha ocorrido nas últimas décadas em decorrência, principalmente, de políticas para o diagnóstico precoce da doença e maior conscientização da população masculina (209, 210).

Os maiores gargalos 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 (206).

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	COMO FAREMOS
1. Conscientizar a população sobre os fatores de risco relacionados às neoplasias com maior incidência em homens.	**Proposta** • 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. • Incentivar o Ministério da Saúde a criar campanhas educacionais sobre a saúde do homem para adolescentes e adultos jovens do sexo biológico masculino.
2. Reduzir a incidência, morbidade e mortalidade por câncer em homens.	**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.

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 (211).

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 (212), interrupções de ciclos programados, aumento de tempo de internação e a consequente redução da qualidade de vida do paciente (213). 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 (212-214). Estima-se que aproximadamente 20% das mortes de pacientes com câncer são secundárias à desnutrição (215).

Em uma pesquisa realizada pelo INCA (2013), 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 (216).

Outro estudo realizado no Brasil em 2019, com 4.783 pacientes oncológicos, observou que o cenário pouco mudou. Ainda conforme a ASG-PPP, a pesquisa mostrou que 45% deles foram classificados com desnutrição moderada e cerca de 12% com desnutrição grave. Os tumores de pulmão, do sistema digestório e de cabeça e pescoço estavam fortemente associados com a desnutrição (217).

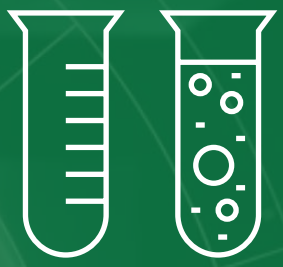
Durante a internação hospitalar, os custos relacionados à terapia nutricional ficam a cargo da instituição, entretanto, após a alta o paciente é responsável por este custeio (218, 219). Mas nos casos em que o paciente apresenta condições socioeconômicas desfavoráveis é necessário que o nutricionista realize encaminhamento para retirada da dieta via Secretaria Estadual da Saúde. A depender do prazo estipulado para realizar a dispensação da dieta, o paciente pode levar muito tempo para 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 (220).

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 (214-221).

Diante das considerações, otimizar a terapia nutricional no paciente oncológico é um pilar essencial 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. Ademais, o nutricionista é o profissional habilitado para prestar a assistência nutricional e o acesso a esse serviço precisa ser assegurado.

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Promover a nutrição especializada aos pacientes oncológicos, para o acesso integral de tratamento nutricional e em tempo oportuno.	**Proposta** • Discutir a inclusão de parâmetros e diretrizes sobre nutrição especializada oncológica na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). • Recomendar 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. • 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. • 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.



VI. CIÊNCIA E TECNOLOGIA

PESQUISA CLÍNICA

SITUAÇÃO ATUAL

Tendo em vista as poucas alternativas terapêuticas disponíveis, é imprescindível intensificar o desenvolvimento, a incorporação e a oferta de tratamentos inovadores no país. Hoje, o Brasil conta com mais de 400 centros de pesquisa para desenvolvimento de novos medicamentos, habilitados a desenvolverem ou participarem de estudos clínicos para novas drogas. Além de trazerem investimentos para o país e ajudarem no desenvolvimento da comunidade científica, a pesquisa clínica investiga o paciente brasileiro, aumentando a capacidade de entender como um novo medicamento se comporta em uma população tão heterogênea quanto a nossa (211).

No entanto, o país tem perdido inúmeras pesquisas clínicas, tendo registrado queda no número de estudos nos últimos anos (212). Apesar do tempo médio de aprovação de um novo estudo ter evoluído para em média 10 meses, o Brasil está entre os países que mais levam tempo para aprovar os protocolos de pesquisa. Em países como os Estados Unidos e Canadá, são necessários no mínimo trinta dias para o início do ensaio clínico (213). Nos últimos anos, órgãos reguladores (CONEP e ANVISA) aplicaram esforços para a redução dos prazos, contudo a lentidão ainda tem grande impacto na inclusão do Brasil nos estudos clínicos em que vários países participam, principalmente em estudos de fase 1 e 2, onde menos pacientes são incluídos e são, portanto, mais rapidamente encerrados. Além do prazo em si, a falta de previsibilidade é outro ponto que afasta os patrocinadores.

Em 2024, o Brasil deu um passo significativo ao sancionar a Lei nº 14.874/2024, que pela primeira vez estabelece um marco legal para a pesquisa clínica com seres humanos. Essa lei não apenas regulamenta as pesquisas, mas também institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, trazendo um novo patamar de segurança e transparência para estudos clínicos no país (214). Anteriormente, o Brasil contava apenas com um conjunto de normas infralegais, como resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e regulamentações da ANVISA, que embora importantes, não ofereciam a robustez de um arcabouço legal completo.

Os benefícios da nova lei implicam na expectativa de maior celeridade e na organização das pesquisas clínicas no país. Com a criação de um sistema nacional, espera-se que os processos de aprovação e acompanhamento de estudos sejam mais rápidos e eficientes, reduzindo a burocracia e possibilitando que o Brasil se torne um ambiente mais atrativo para investimentos em ciência e inovação. Além disso, a lei reforça a proteção aos participantes das pesquisas, garantindo que os estudos sigam padrões éticos rigorosos, alinhados às melhores práticas internacionais. Esse avanço pode fomentar a competitividade do Brasil no cenário global de pesquisa, abrindo portas para novas colaborações e desenvolvimento tecnológico.

No entanto, é fundamental acompanhar de perto a implementação dessa legislação. O sucesso da lei dependerá de como será aplicada na prática, incluindo a capacitação dos comitês de ética, a adequação das estruturas existentes e o comprometimento de todas as partes envolvidas. Somente com a efetiva operacionalização e o monitoramento contínuo dos impactos dessa nova legislação será possível avaliar se as expectativas serão realmente atendidas e se o Brasil conseguirá superar os desafios históricos relacionados à pesquisa clínica.

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Ampliar o acesso dos pacientes aos estudos clínicos.	**Proposta** • Divulgar os protocolos de Pesquisa Clínica para a Oncologia em andamento no país, os centros colaboradores, profissionais responsáveis e critérios de inclusão. • Esclarecer os pacientes sobre vantagens e desvantagens da participação em pesquisas clínicas, envolvendo-os em encontros regionais e nacionais, para que a troca de experiências possa ser um estímulo à participação de indivíduos elegíveis. • Compartilhar a gestão do recrutamento com toda a equipe multidisciplinar, para difundir a informação dos estudos clínicos para os pacientes elegíveis. • Garantir o apoio logístico para que pacientes elegíveis que não moram nos grandes centros regionais possam participar de pesquisas clínicas.
2. Capacitar profissionais e instituições em Pesquisa Clínica.	**Proposta** • Criar programas de capacitação aos membros dos CEPs e pesquisadores quanto ao processo de submissão dos protocolos de Pesquisa Clínica, bem como os erros mais frequentes, para dar celeridade aos processos e evitar pendências de repetição. • Capacitar os representantes de usuários dentro dos CEPs para a participação mais ativa no controle social sobre a Pesquisa Clínica, disponibilizando informações sobre as fases da pesquisa e seus respectivos objetivos.
3. Ter uma plataforma brasileira de divulgação dos estudos clínicos, com fácil acesso aos pacientes e equipe multidisciplinar.	**Proposta** • Desenvolver plataforma semelhante ao *Clinical Trials*, do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, em que informações a respeito dos estudos clínicos em andamento e já encerrados sejam disponibilizadas ao público, com discriminação de condição clínica, status, intervenção e centro responsável (215).

EDUCAÇÃO PERMANENTE

SITUAÇÃO ATUAL

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é aprendizagem, quando aprender e ensinar incorporam-se às organizações e processos de trabalho (216). Embora o câncer seja a segunda causa de morte e o conhecimento médico esteja avançando rapidamente, o ensino em Oncologia nos cursos de saúde apresenta variações consideráveis em todo o mundo (217). São poucas as políticas públicas relativas à formação e atualização dos profissionais da saúde que atuam no SUS, como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros (218).

Muitos estudos mostram que o ensino da cancerologia não é apropriado na maioria das escolas médicas em todo o mundo, principalmente em relação à prevenção, manejo do paciente e cuidados paliativos (217). Com isto, são prejudicados: os alunos, que vivenciam sua graduação incompleta; os pacientes, que muitas vezes deixam de ter o atendimento ideal; e o governo, que encontra dificuldades na implementação das políticas de controle do câncer

Buscando superar parte deste problema, foi instituída no Brasil, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), representando um marco para a formação e trabalho em saúde no país. Este é um resultado da dedicação de pessoas engajadas com o tema da educação dos profissionais de saúde, como forma de promover a transformação das práticas do trabalho nesta área (219). Embora seja um importante marco social, ainda é necessário que a PNEPS se ocupe em discutir os temas relacionados ao câncer em suas ações de capacitação.

Um estudo publicado na Revista Brasileira de Oncologia Clínica, em 2012, destacou que entre as 110 faculdades de Medicina cadastradas no site Escolas Médicas do Brasil, 77 (70%) não apresentaram a disciplina de Oncologia na grade curricular. Apenas 33 faculdades (30%) ensinam a disciplina de Oncologia (220).

Diante deste cenário, o objetivo do Movimento TJCC para a educação em Oncologia é ampliar a formação de profissionais da área de saúde em todo o Brasil, com informações sobre diagnóstico e tratamento, possibilitando um espaço de aprendizado contínuo.

No país, nem todas as regiões dispõem de tratamentos adequados aos pacientes, que muitas vezes, mesmo debilitados física e emocionalmente, se deslocam para centros urbanos distantes, quando o ideal seria o atendimento em sua própria região. Em função dessa dificuldade, nem sempre o paciente consegue ter acesso ao diagnóstico precoce, pois em muitos casos há falta de profissionais capacitados, de instalações apropriadas e atendimento adequado.

Soma-se a esse cenário o fato da Oncologia não ser disciplina obrigatória nas graduações de saúde, aprofundando o problema latente que é a educação no campo (221). Tendo em vista que o câncer é a principal causa de morte em 11% das cidades brasileiras, o conhecimento sobre a doença deve ser inserido nas grades curriculares e cursos de atualização em saúde (9).

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Incluir a educação em Oncologia em todos os níveis de formação de profissionais que atuam na saúde, considerando conteúdos de ensino, cenários de aprendizagem, intervenções de campo na extensão e práticas de pesquisa-intervenção.	**Proposta** • Atualizar as grades curriculares dos cursos de graduação na área da saúde. Deve-se recomendar ao Ministério da Educação a inclusão de disciplinas que apresentem noções de Oncologia. A universidade deve fornecer, na formação inicial do profissional de saúde, os conhecimentos necessários para rastreamento e prevenção de câncer.
2. Capacitar, de forma permanente, os profissionais de saúde nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em Oncologia e Oncologia Pediátrica.	**Proposta** • Capacitar médicos e profissionais de saúde para atuação adequada na detecção precoce e tratamento dos cânceres mais incidentes. • 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.
3. Manter e aumentar os recursos do PRONON.	**Proposta** • Estimular a expansão e capilaridade do financiamento de programas, como Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), que incentivem ações de educação em saúde para o diagnóstico precoce e pesquisas relacionadas à Oncologia.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

SITUAÇÃO ATUAL

Comunicação em saúde é mais do que comunicar sobre doenças. É o ato de transformar a informação em vida. Comunicação em saúde tem a difícil meta de mudar comportamentos. Sendo digital ou face a face, tem o poder de facilitar a conexão das pessoas ao seu próprio direito de ter e cuidar da sua saúde; compreender o seu tratamento, ter acesso a informações de qualidade; participar e questionar as decisões em saúde do país.

Na Oncologia, a informação clara e precisa é de extrema relevância para apoiar o paciente com câncer em toda a sua jornada de enfrentamento da doença com resultados emocionais e melhores prognósticos. A comunicação nas etapas anteriores ao diagnóstico e informações sobre fatores de risco para a população em geral têm papel fundamental na prevenção.

No cenário pós-pandemia, com o atraso nos diagnósticos e o aumento dos casos de cânceres avançados, o empoderamento dos pacientes por meio da informação de qualidade sobre os diferentes tipos de câncer, sinais e sintomas da doença podem contribuir para a busca por celeridade em seu tratamento oncológico.

O combate às fake news também é um grande desafio a ser enfrentado por todos os profissionais da saúde envolvidos na cadeia de diagnóstico-tratamento do câncer. A mobilização de temas factuais com linguagem fácil e acessível, validada por especialistas, com base em evidências científicas, é parte importante da missão de manter a população, pacientes e familiares sempre bem-informados.

Nesse sentido o Movimento Todos Juntos Contra o Câncer tem tido a oportunidade de apoiar iniciativas para mobilizar a população sobre as ações realizadas pelo INCA, ONG's, Institutos, Sociedades Médicas parceiras, dando foco a ações relevantes, bem como o potencial de liderar campanhas sobre fatores de risco, diagnóstico precoce e novidades em tratamentos.

A disseminação de informação de qualidade sobre os fatores de risco do câncer também tende a colaborar diretamente para reduzir sua incidência, já que parte importante das causas estão relacionadas a fatores de risco modificáveis, tais como o tabagismo, exposição ao sol, a obesidade, agrotóxicos, dentre outros.

O câncer não escolhe e a informação empodera. Hoje a diversidade nos meios de comunicação permite que a informação seja levada de forma equânime, atingindo todos os públicos do Brasil de diferentes grupos etários, raça, gênero, níveis sociais etc.

Os novos desafios do GT de Comunicação em Saúde é mobilizar e concretizar parcerias com formadores de opinião, líderes de classe, artistas, influenciadores atuantes fora dos grandes centros urbanos, como estratégia importante para ampliar o alcance das ações realizadas pelos membros que compõem o Movimento TJCC e, de fato, atingir todas as regiões do Brasil.

ONDE QUEREMOS CHEGAR	COMO FAREMOS
1. Conscientizar a população brasileira constantemente sobre o câncer, com foco em seus fatores de risco e os modificáveis.	**Proposta** • Difundir informações sobre os fatores de risco para população brasileira (11): alimentação inadequada; sedentarismo; consumo de álcool; exposição à radiação; exposição aos fatores no trabalho e no ambiente; exposição solar excessiva; excesso de peso corporal; e tabagismo. • Agir junto ao departamento de comunicação do Ministério da Saúde para impulsionar a divulgação de estratégias de prevenção, bem como dos principais sinais e sintomas, nas especialidades oncológicas mais incidentes entre homens e mulheres. • Criar o Minuto da Saúde do Brasil: um minuto em horário nobre para veiculação frequente de vídeos informativos em mídias de massa, tendo o foco na disseminação de informações sobre hábitos saudáveis para promoção da saúde e prevenção do câncer. • Multiplicar ações de comunicação empreendidas pelas esferas governamentais, visando mobilizar e impulsionar mudanças de comportamento, prioritariamente nos fatores de risco. • Capacitar profissionais de saúde da rede primária para informar a população sobre a detecção precoce do câncer e os principais sinais e sintomas da doença.
2. Informar pacientes oncológicos sobre suas doenças.	**Proposta** • Intensificar a difusão de informações e ações de educação ao paciente, para que ele esteja empoderado sobre as especificidades de sua doença, bem como tratamentos disponíveis e direitos, visando a melhor adesão e desfechos em seu tratamento. • Ampliar e disseminar os direitos dos pacientes durante sua jornada de tratamento. Por exemplo, a obrigatoriedade de início do tratamento em até 60 dias, bem como os benefícios sociais, como saque do FGTS, gratuidade no transporte público, entre outros.

3. Fortalecer o INCA como precursor da comunicação sobre Oncologia no país, tornando-o estratégico para disseminação e troca de informações entre as instituições, comunidades e indivíduos.

Proposta

- Ampliar a comunicação sobre Oncologia para além dos temas e datas estabelecidas no calendário citado.
- Definir estratégias de comunicação eficazes, com abordagens específicas e linguagem adequada a cada situação, para sensibilizar diferentes atores sociais, como empresários, representantes de classes, líderes comunitários e formadores de opinião, envolvendo toda a sociedade nesse processo de comunicação.
- Viabilizar campanhas impactantes e mobilizadoras no Brasil. Novas teorias de comunicação já demonstraram que a informação para mudança de comportamento precisa gerar impacto na pessoa, na família e na sua comunidade. Por exemplo, as campanhas contra o fumo se tornaram mais efetivas quando passaram a apresentar imagens de danos reais causados pelo hábito.
- Veicular informações utilizando as novas tecnologias e mídias sociais via INCA.
- Propor ao Ministério da Saúde que defina e transfira verba ao INCA para veiculação de informações sobre Oncologia.
- Articular mais parcerias com a sociedade, para ações de advocacy e maior abrangência geográfica na divulgação de campanhas realizadas pelo INCA. As organizações devem exercer um papel ativo na construção conjunta das mensagens e informações a serem divulgadas.

PAUTAS EM ATENÇÃO

A Declaração para a Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil é revisada periodicamente e, além das temáticas já contempladas, serão incluídas posteriormente as seguintes pautas:

• Medicina Personalizada

A medicina personalizada abrange o uso de biomarcadores, em sua maioria marcadores moleculares, para detectar traços genéticos específicos e orientar diferentes abordagens na prevenção e no tratamento de várias doenças. A identificação de diversos genes relacionados às doenças hereditárias, oncológicas e infecciosas estão ligados a distintas evoluções clínicas da doença e variações nas respostas ao tratamento. Esta abordagem possibilita uma avaliação integrada de todos os aspectos que envolvem cada doença e indivíduo

• Oncogenética

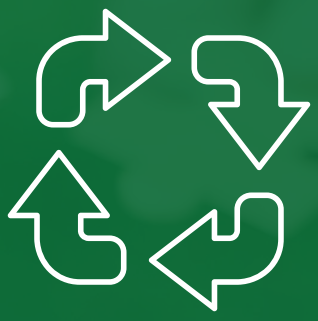
A Oncogenética é a área da Medicina que atua na identificação e análise de mutações gênicas, seja em pacientes sadios ou já diagnosticados. O DNA guarda uma infinidade de códigos e coordena o desenvolvimento do corpo. Mas ele pode sofrer alterações em sua sequência ou estrutura que levam ao surgimento de tumores para muito além dos componentes hereditários. Entender como se dá a ativação dos oncogenes pode não só fazer a diferença no diagnóstico precoce, como ser determinante na escolha do melhor tratamento.

• Odontologia em Oncologia

Para atender e ajudar integralmente os pacientes em tratamento para o câncer, o profissional da área odontológica deve estar habilitado para diagnosticar, prevenir, controlar e tratar as complicações orais que surgem durante as diversas fases do tratamento. Atitudes clínicas simples como higiene bucal, controle do biofilme oral, uso de enxaguantes bucais, podem impedir ou melhorar as manifestações secundárias na boca provocadas pelo tratamento do câncer. Um protocolo específico de cuidados paliativos deve ser instituído para cada caso

• Equidade em Oncologia

A universalidade, princípio basilar do SUS, garante que todas as pessoas tenham direito ao cuidado em saúde. Contudo, quando olhamos para a realidade da Oncologia, percebemos que o acesso ainda não é equitativo: populações em situação de vulnerabilidade social ou geográfica enfrentam barreiras que dificultam desde o diagnóstico precoce até a continuidade do tratamento. Incorporar a equidade como eixo estratégico nas políticas oncológicas é fundamental para corrigir desigualdades históricas e assegurar que o câncer seja enfrentado de forma justa, considerando as necessidades específicas de cada grupo populacional.



INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS NAS ÚLTIMAS VERSÕES DA DECLARAÇÃO (2014-2021)

- +ID – Instituto Mais Identidade
- 4Press News
- AACC – Associação de Apoio à Criança com Câncer
- ABADOC – Associação Beneficente de Amparo a Doentes de Câncer
- ABBCT – Associação Brasileira de Bancos de Células –Tronco
- ABCC – Associação Bragantina de Combate ao Câncer
- ABHH – Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular
- ABMM – Associação Brasileira de Mulheres Médicas
- ABRACRO – Associação Brasileira de Organizações Representativas de Pesquisa Clínica
- ABRALE – Associação Brasileira de Câncer do Sangue
- ABRAPEC – Associação Brasileira de Assistência às Pessoas com Câncer
- ABRAPRECI – Associação Brasileira de Prevenção do Câncer do Intestino
- ABRASTA – Associação Brasileira de Talassemia
- ACBG Brasil – Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço
- A.C. Camargo Cancer Center
- Acolhevida
- ACT Promoção da Saúde
- AEMK – Associação Estevam e Maria Kovacsik
- AFAG – Associação dos Familiares, Amigos e Portadores de Doenças Graves
- AHPAS – Associação Helena Piccardi de Andrade e Silva
- Além do Cabelo
- Aliança Pesquisa Clínica Brasil
- AMAVI – Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí
- AMB – Associação Médica Brasileira
- Américas Amigas
- AMIGOH – Oncologia e Hematologia – Instituto Israelita de Responsabilidade Social
- AMUCC – Associação Brasileira dos Portadores de Câncer
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- APFCC – Associação Paulista Feminina de Combate ao Câncer
- ASCOMCER – Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora
- Associação Arte Despertar
- Associação Presente
- Associação Viva e Deixe Viver
- ATMO – Associação Amigos do Transplante de Medula Óssea

• Be Pink
• Bem Valente
Beneficência Portuguesa de São Paulo
• BRASPEN- Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
• CAJEC – Casa José Eduardo Cavichio
• Câncer 360°
• Casa da Mulher
• Casa Hope
• Casa Safira
• Centro de Voluntariado de São Paulo
• Clínica Fares
• CRF-SP- Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo
• Doutores da Alegria
• Educathus
• Eu Paciente
• Execution Health
• Federação Brasileira de Hemofilia
• FEMAMA - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama
• Funcional Health Tech
• Fundação do Câncer
• Fundação Getulio Vargas - EAESP
• Fundação Laço Rosa
• Fundação Maria Carvalho Santos
• GACC - Grupo de Assistência à Criança com Câncer
• Go All
• GRAACC - Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer
• Grupo Oncoclínicas
• Hospital Amaral Carvalho
• Hospital de Amor
• Hospital Pequeno Príncipe
• Hospital São Camilo
• Hospital Sírio-Libanês
• HSR-Health
• Iaso Editora
• IBCC Oncologia
• IBM
• IMF - International Myeloma Foundation

• IMS Health do Brasil
• Inovatie
Instituto Alana
• Instituto Angelita e Joaquim Gama
• Instituto Avon
• Instituto Contemplo
• Instituto Desiderata
• Instituto Espaço de Vida
• Instituto Filantropia
• Instituto Lado a Lado pela Vida
• Instituto Nosso Papo Rosa
• Instituto Oncoguia
• Instituto Quimioterapia e Beleza
• Instituto Roda da Vida
• Instituto Vidas Raras
• Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
• IQVIA
• ITACI - Instituto de Tratamento do Câncer Infantil
• IVOC - Instituto Vencer o Câncer
• LACOG - Latin American Cooperative Oncology Group
• map Design e Digital
• Maple Tree Cancer Alliance Brasil
• Medico.com.vc
• Ministério da Saúde
• Moka Info
• OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
• Observatório de Oncologia
• Onco Ensino
• Onco News
• OncoFisio
• Pacientes Unidos
• Pense Pink
• Pró-Medula
• Prospectiva Consultoria
• Raríssimas
• Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
• Rede OncoVida

• ReVida
• Revista Onco&
Santa Casa de Misericórdia de Passos
• Saúde da Próstata
• Sano-Efiko
• SBC – Sociedade Brasileira de Cancerologia
• SBCO – Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
• SBM – Sociedade Brasileira de Mastologia
• SBMF – Associação Brasileira de Medicina Farmacêutica
• SBOC – Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
• SBP – Sociedade Brasileira de Patologia
• SBPC – Sociedade Brasileira de Patologia Clínica
• SBRT – Sociedade Brasileira de Radioterapia
• SBTMO – Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea
• SINDUSFARMA – Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos
• SOBOPE – Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica
• SOBRAFO – Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia
• Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
• Sociedade Brasileira de Radioterapia

REFERÊNCIAS

(1) International Agency for Research on Cancer. Globocan 2020: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2020. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/home. Acesso em: 19 ago. 2021.

(2) American Cancer Society. Cancer A–Z. Disponível em: https://www.cancer.org/cancer.html. Acesso em: 22 jul. 2021.

(3) BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). INCA lança a Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/inca-lanca-a-estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil/. Acesso em: 21 ago. 2025.

(4) Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2016; 19(3): 507-519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 jun. 2019.

(5) Organização Panamericana de Saúde. Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021. PAHO. 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021. Acesso em: 4 set. 2024.

(6) Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 4 set. 2024.

(7) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS - DataSUS. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/dados-abertos/sim/. Acesso em: 4 set. 2024.

(8) Matarazzo H, Lobo TC, Melo NVM de, Loggetto SR, Fedozzi FA, Steagall MEA. 2029: Ano em que o câncer será a primeira causa de morte no Brasil. In: Anais da I Semana Brasileira de Oncologia - XX Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica; 2017 out. 24-29, Rio de Janeiro, Brasil. Braz J Oncol. 2017; 13(Supl): 1-402. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/brazilianjournalofoncology.com.br/pdf/v13s1a02.pdf.

(9) Almeida, Ana. Câncer como a primeira causa de morte nos municípios brasileiros. Observatório de Oncologia, 2022. Disponível em: https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/outros-estudos/mortalidade/2022/cancer-como-a-primeira-causa-de-morte-nos-municipios-brasileiros/. Acesso em: 9 set. 2024.

(10) OMS. Diagnóstico precoce do câncer e médicos mais bem treinados podem salvar vidas e dinheiro. Sustainable Development Goals, 2017. Disponível em: https://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2017/02/who-early-cancer-diagnosis-better-trained-medics-can-save-lives-money/.

(11) Organização Panamericana de Saúde. OPAS Brasil. Folha informativa – Câncer. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/cancer. Acesso em: 13 jul. 2021.

(12) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm. Acesso em: 10 fev. 2024.

(13) Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 8 mar. 2017.

(14) Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set. 1990; 1:1. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 jun. 2019.

(15) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil). 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

(16) Todos pela Educação. Todos pela Educação homepage. 2015. Disponível em: https://todospelaeducacao.org.br/. Acesso em: 8 mar. 2017.

(17) Brasil. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Relatório de auditoria operacional - Política Nacional de Atenção Oncológica (TC n.° 031.944/2010-8). Brasília; 2011. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/031.944%252F2010-8/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/10.

(18) Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 8 mar. 2017.

(19) Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3.° do Artigo 198 da Constituição Federal, revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm. Acesso em: 8 mar. 2017.

(20) Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. Orçamento Anual 2018. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/orcamentos-anuais/2018-1.

(21) Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. Orçamento Anual 2019. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento/orcamento/orcamentos-anuais/2019/loa-2019.

(22) Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. Orçamento Anual 2020. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/orcamentos-anuais/2020.

(23) Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. Orçamento Anual 2021. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/orcamentos-anuais/2021.

(24) Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. Orçamento Anual 2023. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/orcamentos-anuais/2023/loa.

(25) Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. Orçamento Anual 2024. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/orcamentos-anuais/2024.

(26) BRASIL. Ministério da Fazenda. Confira o perguntas e respostas sobre o novo Arcabouço Fiscal. Publicado em 3 abr. 2023; atualizado em 28 abr. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/fazenda/pt-br/assuntos/noticias/2023/abril/confira-o-perguntas-e-respostas-sobre-o-novo-arcabouco-fiscal. Acesso em: 16 jul. 2024.

(27) Observatório de Oncologia. Custo do câncer no SUS. 2024. Disponível em: https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/tratamento-em-oncologia/2024/custo-do-cancer-no-sus/. Acesso em: 16 jul. 2024.

(28) Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer de mama: aborda as estratégias para a detecção precoce do câncer de mama: diagnóstico precoce e rastreamento. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/deteccao-precoce. Acesso em: 16 jul. 2024.

(29) Medici AC. Custos do Tratamento do Câncer no Brasil: Como Melhorar o Foco. Monitor de Saúde. 2018. Disponível em: http://monitordesaude.blogspot.com/2018/03/custos-do-tratamento-docancer-no.html. Acesso em: 13 jun. 2019.

(30) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. Como fica a Saúde no Brasil depois da PEC do Teto?. CONASEMS; 2016. Disponível em: https://www.conasems.org.br/como-ficaa-saude-no-brasil-depois-da-pec-do-teto/. Acesso em: 22 jul. 2021.

(31) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 210, de 29 de setembro de 2023. Dispõe sobre a transferência da gestão e da execução das ações e serviços de saúde custeados com recursos da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp210.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

(32) AGÊNCIA BRASIL. Planos de saúde fecham 2024 com 52,2 milhões de beneficiários. Rio de Janeiro, 5 fev. 2025. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2025-02/planos-de-saude-fecham-2024-com-522-milhoes-de-beneficiarios. Acesso em: 12 jun. 2025.

(33) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 8 mar. 2017.

(34) BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Espaço da Operadora. Ressarcimento ao SUS. Disponível em: http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espacodaoperadora/18-planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/263-ressarcimento-ao-sus. Acesso em: 13 jun. 2019.

(35) BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Notícias ANS. Integração com o SUS. Ressarcimento ao SUS: ANS cumpre recomendações do TCU. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/3687-ressarcimento-ao-sus-ans-cumpre-recomendacoes-do-tcu. Acesso em: 13 jun. 2019.

(36) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar. Brasília, DF, 3 mar. 2022. Publicada no Diário Oficial da União em 4 mar. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14307.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

(37) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde não incluídos no rol da saúde suplementar. Brasília, DF, 21 set. 2022. Publicada no Diário Oficial da União em 22 set. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

(38) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Publicada no Diário Oficial da União em 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

(39) BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde - FISCSAÚDE (TC n.º 032.624/2013-1). 2013. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/fisc-saude-relatorio-sistemico-de-fiscalizacao-de-saude-exercicio-2013.htm. Acesso em: 8 mar. 2017.

(40) BRASIL. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. Relatório de Auditoria Anual de Contas: Secretaria de Atenção à Saúde, Exercício 2017. 2018. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1ozETOddJZoJMgKU_BvYhJVXMgok7KhCg/view?usp=sharing. Acesso em: 14 jul. 2021.

(41) BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório de Fiscalizações em Políticas e Programas de Governo. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. 2019. Disponível em: https://sites.tcu.gov.br/relatorio-de-politicas/2019/area_17.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

(42) BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Comunicação Social. Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer precisa ser mais eficaz no diagnóstico precoce da doença. Brasília, 7 mar. 2025. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/politica-nacional-de-prevencao-e-combate-ao-cancer-precisa-ser-mais-eficaz-no-diagnostico-precoce-da-doenca. Acesso em: 12 jun. 2025.

(43) OMS – Organização Mundial da Saúde. Noncommunicable diseases. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases. Acesso em: 6 ago. 2025.

(44) Organização Mundial da Saúde [Internet]. Relatório global sobre doenças não comunicáveis de 2014. [acesso em 06 ago. 2025]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdfm

(45) Folha de S. Paulo. Brasil tem aumento de fumantes pela 1ª vez desde 2007, diz Ministério da Saúde. 28 maio 2025. Folha de S. Paulo. Disponível em: https://www.folha.uol.com.br/equilibrio-saude/2025/05/brasil-tem-aumento-de-fumantes-pela-1a-vez-desde-2007-diz-ministerio-da-saude.shtml. Acesso em: 6 ago. 2025.

(46) Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 - – Brasília [recurso eletrônico] /: Ministério da Saúde, 2023. Acesso em 06 ago. 2025]. Disponível em: file:///C:/Users/luana.lima/Downloads/vigitel_brasil_2023.pdf

(47) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Publicado em 26 jan. 2022; atualizado em 09 out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 6 ago. 2025.

(48) BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)–2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pense. Acesso em:

(49) CHIDHARLA, Anusha; AGARWAL, Kriti; ABDELWAHED, Salwa; BHANDARI, Renu; SINGH, Abhishek; et al. Cancer prevalence in e-cigarette users: a retrospective cross-sectional NHANES study. World Journal of Oncology, [S.l.], 2022. Disponível em: https://www.wjon.org/index.php/wjon/article/view/1438/1105. Acesso em: 6 ago. 2025.

(50) BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf. Acesso em: 8 mar. 2017.

(51) Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). III Plano Nacional de Segurança Alimentar. Aprovado pelo peno ministerial da Câmara Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) em 19.02.2025. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/iii-plano-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-e-aprovado/III_Plansan.pdf. Acesso em 08 ago. 2025.

(52) BRASIL. Decreto n. 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 3 jan. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_

ato2004-2006/2006/decreto/d5658.htm. Acesso em: 6 ago. 2025.

(53) World Health Assembly. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World Health Organization. Resolução WHA63.13. Genebra: World Health Organization, 2010. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/3087. Acesso em: 6 ago. 2025.

(54) Edina Maria de Camargo, Ciro Romelio Rodriguez Añez. Organização Mundial da Saúde (OMS). Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance] Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável pelo conteúdo ou precisão desta tradução. A edição original em inglês [WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; [2020]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf?sequence=102&isAllowed=y#:~:text=Para%20sa%C3%BAde%20e%20bem%2Destar,dia%20para%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes.

(55) BRASIL. Projeto de Lei nº 239, de 14 de fevereiro de 2022. Dispõe sobre a propaganda e venda de alimentos com altos teores de açúcar e ultraprocessados. Apresentado pelo Dep. Coronel Armando (PSL-SC) à Câmara dos Deputados. Situação: aguardando parecer do relator na Comissão de Comunicação. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2314498&fichaAmigavel=nao. Acesso em: 6 ago. 2025.

(56) BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária à Saúde – SAPS. Equidade em Saúde Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude. Acesso em: 6 ago. 2025.
(57) NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Diretrizes da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário. 2025. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Consultado em 06 ago. 2025.

(58) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (Plano de DANT 2021-2030). Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 6 ago. 2025.

(59) Food and Agriculture Organization of the United Nation. Pesticides Use. FAOSTAT Data Base. Disponível em: https://www.fao.org/faostat/en/#data/RP. Acesso em 15 jul. 2024.

(60) BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Exposição no trabalho e no ambiente: agrotóxicos. [S.l.]: INCA, [20--]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/agrotoxicos. Acesso em: 11 ago. 2020.

(61) CARNEIRO, F. F.; AUGUSTO, L. G. S.; RIGOTTO, R. M.; FRIEDRICH, K.; BÚRIGO, A. C. (org.). Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde [internet]. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015. Disponível em: https://abrasco.org.br/download/dossie-abrasco-um-alerta-sobre-os-impactos-dos-agrotoxicos-na-saude/. Acesso em: 15 jul. 2021.

(62) CAMPANHA PERMANENTE CONTRA OS AGROTÓXICOS E PELA VIDA. Nota da Campanha sobre o lançamento do Pronara. 2025. Disponível em: https://contraosagrotoxicos.org/nota-sobre-o-lancamento-do-pronara/. Acesso em: 6 ago. 2025.

(63) HESS, Sonia Corina; BOMBARDI, Larissa Mies; NODARI, Rubens Onofre; SOARES, Mariana Rosa; MEIRELLES, Luiz Cláudio; MUA, Cíntia Teresinha Burhalde; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Agrotóxicos no Brasil: cenários de políticas sinistras. Revista da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia – ANPEGE, Dourados, v. 19, n. 35, p. 172-209, 2023. Disponível em: https://ojs.ufgd.edu.br/anpege/article/view/18069/10348. Acesso em: 11 ago. 2025.

(64) Salati, Paula. Liberação de agrotóxicos cai no Brasil em 2023, após sete anos seguidos de alta. G1, 2024. Acesso:

10 de Julho de 2024. Disponível em: https://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2024/01/10/liberacao-de-agrotoxicos-cai-no-brasil-em-2023-apos-sete-anos-seguidos-de-alta.ghtml

(65) BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 1.459, de 2022. Dispõe sobre a pesquisa, produção, comercialização e fiscalização de pesticidas e afins. Brasília, 2022. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/153396. Acesso em: 6 ago. 2025.

(66) BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 7701. Relator: Ministro André Mendonça. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=7003086. Acesso em: 06 ago. 2025.

(67) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Agência Internacional de Pesquisa em Câncer. IARC Monographs. Volume 112: evaluation of five organophosphate insecticides and herbicides [internet]. Lyon: IARC, 2015. Disponível em: https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/07/MonographVolume112-1.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

(68) Dias AP, Gurgel AM, Rosa ACS, Búrigo AC, Oliveira AC, Niemeyer CB, et al. Agrotóxicos e Saúde [internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; [2018]. (Saúde, Ambiente e Sustentabilidade). Acesso em 13 jul. 2021]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/32385/2/02agrotoxicos.pdf

(69) INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Agrotóxico. In: Exposição no trabalho e no ambiente. Rio de Janeiro: INCA, publicado em 20 maio 2022; atualizado em 20 dez. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/agrotoxico. Acesso em: 11 ago. 2025

(70) Bombardi LM. Geografia do uso de Agrotóxicos no Brasil e conexões com a União Europeia [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. Disponível em: https://ecotoxbrasil.org.br/2023/09/18/atlas-geografico-do-uso-de-agrotoxicos-no-brasil-e-conexoes-com-a-uniao-europeia/. Acesso em: 11 ago. 2020.

(71) POLITIZE! Brasil, campeão mundial em consumo de agrotóxicos [internet]. 2018. Disponível em: https://www.politize.com.br/brasil-campeao-mundial-em-consumo-de-agrotoxicos/. Acesso em: 15 jul. 2021.

(72) GROSS, A. S. O problema do envenenamento por pesticidas no Brasil representa um dilema global, dizem os críticos. Mongabay [internet], 2018. (Agronegócio na Amazônia, Cerrado). Disponível em: https://brasil.mongabay.com/2018/08/o-problema-do-envenenamento-por-pesticidas-no-brasil-representa-um-dilema-global-dizem-os-criticos/. Acesso em: 15 jul. 2021.

(73) Frederico Rocha Ferreira. Agrotóxicos deixam um rastro de doenças e mortes pelo Brasil. Le Monde Diplomatique Brasil [internet]. 2019. [acesso em 06 ago. 2025]. Disponível em: https://diplomatique.org.br/agrotoxicos-deixam-um-rastro-de-doencas-e-mortes-pelo-brasil/#:~:text=O%20fato%20abriu%20precedente%20para,do%20consumo%20de%20alimentos%20contaminados.

(74) BELMONTE, T. Pesquisas associam câncer ao uso intensivo de agrotóxicos nas lavouras. Extra Classe [internet], 17 maio 2018. Disponível em: https://www.extraclasse.org.br/saude/2018/05/pesquisas-associam-cancer-ao-uso-intensivo-de-agrotoxicos-nas-lavouras/. Acesso em: 11 ago. 2020.

(75) Brasil. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para Discussão. Agrotóxicos no Brasil: padrões de uso, política de regulação e prevenção da captura regulatória [internet]. Brasília: Ipea; 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9371/1/td_2506.pdf. Acesso em 13 jul. 2021.

(76) Belmonte T. Pesquisas associam câncer ao uso intensivo de agrotóxicos nas lavouras. Extra Classe [internet]. 2018. Disponível em: https://www.extraclasse.org.br/saude/2018/05/pesquisas-associam-cancer-ao-uso-intensivo-de-agrotoxicos-nas-lavouras/. Acesso em: 13 jul. 2021

(77) Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei da Câmara n° 6.670, de 2016. Institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos - PNARA, e dá outras providências [internet]. . Disponível em: https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2120775. Acesso em: 6 jul. 2021.

(78) BRASIL. Decreto n° 12.538, de 30 de junho de 2025. Institui o Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos. Diário Oficial da União: Seção 1, n° 515, p. 1, 1 jul. 2025. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/07/2025&jornal=515&pagina=1&totalArquivos=276. Acesso em: 11 ago. 2025.

(79) BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/. Acesso em: 11 ago. 2025.

(80) BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Disponível em: https://www.gov.br/fnde/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programas/pnae. Acesso em: 11 ago. 2025.

(81) BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. Programa de Aquisição de Alimentos – PAA. In: Ações e Programas. ComunicaçãoBR. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/acesso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/programa-de-aquisicao-de-alimentos-paa. Acesso em: 11 ago. 2025.

(82) CORREIO BRAZILIENSE. Descoberta precoce aumenta chance de cura em casos de câncer. 2018. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/correiodebate/oncologia/2018/10/02/noticias-oncologia,709711/descoberta-precoce-aumenta-chance-de-cura-em-casos-de-cancer.shtml. Acesso em: 14 jun. 2019.

(83) ZAMPOLLI, Hamilton de Campos. Câncer de próstata, diagnóstico precoce é o caminho para a cura. Saúde Abril, 17 nov. 2017. Atualizado em 20 nov. 2018. Disponível em: https://saude.abril.com.br/coluna/com-a-palavra/cancer-de-prostata-diagnostico-precoce-e-o-caminho-para-a-cura/. Acesso em: 14 ago. 2025.

(84) LALONI, M. Você sabia que apenas 5 a 10% dos casos de câncer são hereditários? Hospital Nove de Julho, 2020. Disponível em: https://h9j.com.br/pt/sobre-nos/blog/voce-sabia-que-apenas-5-a-10-dos-casos-de-cancer-sao-hereditarios. Acesso em: 15 jul. 2021.

(85) BOTACINI, Gabriela. País corre risco de apagão de patologistas. Folha de S.Paulo, 31 ago. 2019. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2019/08/pais-corre-risco-de-apagao-de-patologistas.shtml. Acesso em: 14 ago. 2025.

(86) BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 3.426, de 14 de dezembro de 2020. Altera atributos de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC dos municípios, estados e Distrito Federal. Diário Oficial da União, 14 dez. 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.426-de-14-de-dezembro-de-2020-294331803. Acesso em: 14 ago. 2025.

(87) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n° 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 14 jun. 2019.

(88) INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Registros Hospitalares do Câncer (RHC). Integrador RHC, 2023. Disponível em: https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action. Acesso em: 25 jun. 2024.

(89) BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf. Acesso em: 14 ago. 2025.

(90) BRASIL. Ministério da Saúde. Previne Brasil: saiba como calcular os indicadores de pagamento por desempenho em 2022. 22 fev. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/previne-brasil-saiba-como-calcular-os-indicadores-de-pagamento-por-desempenho-em-2022. Acesso em: 14 ago. 2025.

(91) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 15 jul. 2021.

(92) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.335, de 10 de maio de 2022. Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para dispor sobre a atenção integral à mulher na prevenção dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 maio 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14335.htm#art2. Acesso em: 14 ago. 2025.

(93) BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 6.759, de 2010 (PLS nº 158/2009). Altera a Lei nº 11.664/2008 para incluir a pesquisa de biomarcadores na detecção precoce de neoplasias malignas de mama e trato genital feminino e predisposição genética. Câmara dos Deputados. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465839. Acesso em: 14 ago. 2025.

(94) BITTAR, O. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Revista de Administração em Saúde, 2001, 3(12): 21-28. Disponível em: http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(95) MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Texto para Discussão do IPEA, n. 787, 2001. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0787.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

(96) REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE – RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, 2008. Disponível em: https://www.ripsa.org.br/publicacoes/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-livro-verde/. Acesso em: 14 ago. 2025.

(97) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.685, de 25 de junho de 2018. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13685.htm. Acesso em: 17 jun. 2019.

(98) BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3814, de 2020. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), e a Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente, para obrigar o Sistema Único de Saúde a manter plataforma digital única com informações de saúde dos pacientes. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2015491&filename=PL+3814/2020. Acesso em: 1 jul. 2021.

(99) BRASIL. Ministério da Saúde. Prontuário eletrônico. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/informatiza-aps/prontuario-eletronico. Acesso em: 14 ago. 2025.

(100) BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1411, de 2019. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Registradores de Câncer. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2193757. Acesso em: 9 jun. 2020.

(101) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos

humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html. Acesso em: 14 ago. 2025.

(102) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Oncologia: manual de bases técnicas. 23. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/manual-oncologia-23a-edicao-2016.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021.

(103) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS - DataSUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp. Acesso em: 14 ago. 2025.

(104) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em oncologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/livro-pcdt-oncologia-2014.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(105) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolos e Diretrizes. Disponível em: http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes. Acesso em: 17 jun. 2019.

(106) BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(107) MASSI, V. Como funciona a compra de medicamentos pelo SUS. Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade – ICTQ. Disponível em: https://www.ictq.com.br/varejo-farmaceutico/826-como-funcionaacompra-de-medicamentos-pelo-sus. Acesso em: 17 jun. 2019.

(108) BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 6.330, de 2019. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para ampliar o acesso a tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral pelos usuários de planos de assistência à saúde. Senado Federal. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/140096. Acesso em: 14 ago. 2025.

(109) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Disponível em: http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==. Acesso em: 14 ago. 2025.

(110) BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cartilha – Radioterapia. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/radioterapia#:~:text=%C3%89%20um%20tratamento%20no%20qual,a%20quimioterapia%20ou%20outros%20tratamentos. Acesso em: 28 ago. 2024.

(111) SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOTERAPIA. RT 2030. Plano de desenvolvimento da radioterapia para a próxima década: por uma radioterapia de qualidade e acessível a todos os brasileiros. 2021. Disponível em: https://sbradioterapia.com.br/wp-content/uploads/2021/08/Relatorio_Projeto_RT2030.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

(112) ARAÚJO, L. P.; SÁ, N. M.; ATTY, A. T. M. Necessidades atuais de radioterapia no SUS e estimativas para o ano de 2030. Revista Brasileira de Cancerologia, 2016, 62(1): 35-42. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/177. Acesso em: 17 jun. 2019.

(113) [DUPLICADA com a 112 – pode ser eliminada ou fundida se desejar.]

(114) ATRASO: SUS só instalou 59% dos centros de rádio para câncer previstos. Metrópoles, 2024. Disponível em: https://www.metropoles.com/saude/entrega-centros-de-radioterapia-cancer-sus. Acesso em: 11 jul. 2024.

(115) KOWALSKI, L. P. A evolução da cirurgia oncológica ao longo dos anos. Veja Saúde – Blog Letra de Médico, 2017. Disponível em: https://veja.abril.com.br/blog/letra-de-medico/a-evolucao-da-cirurgiaoncologica-ao-longo-dos-anos/. Acesso em: 19 jul. 2021.

(116) SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. Você sabia que 80% dos pacientes com câncer irão necessitar de algum procedimento cirúrgico, nas diversas fases de suas doenças?! Disponível em: https://sbco.org.br/. Acesso em: 19 jul. 2021.

(117) SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. Brasil deve ter 79 mil casos a mais de câncer em 2023. São Paulo, 2023. Disponível em: https://sbco.org.br/atualizacoes-cientificas/brasil-deve-ter-79-mil-casos-a-mais-de-cancer-em-2023. Acesso em: 18 dez. 2023.

(118) SILVA, L. A. S. R. Cirurgia oncológica: um grande desafio. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 43, n. 3, p. 139-140, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n3/pt_0100-6991-rcbc-43-03-00139.pdf. Acesso em: 2 jul. 2019.

(119) BERGMANN, A. Reabilitação oncológica: situação atual e onde queremos chegar. Apresentação no 10° Congresso Todos Juntos Contra o Câncer – TJCC, São Paulo, 2024. Publicado por Movimento Todos Juntos Contra o Câncer. YouTube, 2023. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Y1C47jCRj34. Acesso em: 21 ago. 2025.

(120) MARTINS, G. A. F. et al. Ocupação e câncer no Brasil: um desafio perene. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 48, ed. c-inq-10, 2023. DOI: 10.1590/2317-6369/35422pt2023v48edcinq10. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbso/a/zCKq4RHRc4rY7JbKc5XG3zS/. Acesso em: 21 ago. 2025.

(121) CARVALHO, A. K. de; AGÊNCIA BRASIL. Estudo projeta aumento de 36% em mortes por câncer colorretal até 2040. Rio de Janeiro, 5 ago. 2025. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2025-08/estudo-projeta-aumento-de-36-em-mortes-por-cancer-colorretal-ate-2040. Acesso em: 21 ago. 2025.

(122) BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabela Unificada – SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: http://tabela-unificada.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp. Acesso em: 21 ago. 2025.

(123) BRASIL. Ministério da Saúde. O que é um CER e como funciona? Perguntas frequentes – Saúde da pessoa com deficiência. Portal Gov.br, [s.l.], [s.d.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/faq/o-que-e-um-cer. Acesso em: 21 ago. 2025.

(124) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf. Acesso em: 2 jul. 2019.

(125) BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Grupo de Trabalho sobre Órteses e Próteses. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/GT_orteseprotese.pdf. Acesso em: 2 jul. 2019.

(126) PEREIRA, M. Utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME em operadoras de planos de saúde suplementar. 2011. Monografia (Pós-Graduação em Gestão de Planos de Saúde) – Universidade Anhanguera – Uniderp, São Paulo, 2011. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relatório Final – Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTI-OPME). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível

em: https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/relatorio_final_gti_opme.pdf. Acesso em: 2 jul. 2019.

(127) SCHULZE, C. J. Lista prévia de verificação na judicialização das OPMEs. Empório do Direito, 22 jun. 2020. Disponível em: https://emporiododireito.com.br/leitura/lista-previa-de-verificacao-na-judicializacao-das-opmes. Acesso em: 21 ago. 2025.

(128) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Confecção e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção: confecção e manutenção de próteses de membros inferiores, órteses suropodálicas e adequação postural em cadeira de rodas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 224 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/confecao_manutencao_orteses_proteses.pdf. Acesso em: 2 jul. 2019.

(129) CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Nota Técnica 26a/2005. Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília: CONASS, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

(148) INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER – IBCC. Brasil possui terceiro maior banco de doadores de medula óssea do mundo. Disponível em: https://ibcc.org.br/brasil-possui-terceiro-maiorbanco-de-doadores-de-medula-ossea-do-mundo/. Acesso em: 21 jul. 2021.

(149) ASSOCIAÇÃO DA MEDULA ÓSSEA – AMEO. Como me tornar um doador de medula óssea. Disponível em: https://ameo.org.br/como-me-tornar-um-doador-de-medula-ossea/. Acesso em: 17 jun. 2019.

(150) BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 342, de 10 de março de 2014. Regulamenta os critérios de distribuição e controle das cotas para cadastro de novos doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0342_10_03_2014.html. Acesso em: 8 mar. 2017.

(151) CALDAS, J. A. Menos é mais (e melhor). Revista ABRALE, v. 27, n. 1, p. 24-26, 2013. Disponível em: https://revista.abrale.org.br/downloads/27.pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.

(152) SOCIEDADE BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – SBTMO. Indicadores. Confira os indicadores do TMO nacional. Disponível em: https://sbtmo.org.br/indicadores. Acesso em: 10 jun. 2021.

(153) BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Saúde. Brasil aumenta doação de órgãos e bate recorde em transplantes. 2018. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/noticias/agenciasaude/44442-brasil-aumenta-doacao-de-orgaos-e-bate-recorde-em-transplantes. Acesso em: 21 jul. 2021.

(154) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS – DataSUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=2403&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=&VContador=42&VTitulo=H. Acesso em: 17 jun. 2019.

(155) SAMPAIO, C. Pacientes enfrentam dificuldade para custear tratamentos fora dos estados. Brasil de Fato, 2018. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2018/09/13/pacientes-enfrentam-dificuldade-para-custear-tratamentos-fora-dos-estados. Acesso em: 20 jul. 2021.

(156) BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Nota Técnica 04/2015. Regulamentação Assistencial e os Sistemas de Informação. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2015/07/NT-04-2015-REGULAC%CC%A7A%CC%83O-ASSISTENCIAL-E-SISfinal.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(157) BRASIL. Câmara dos Deputados. Frentes parlamentares relacionadas ao câncer na 57ª Legislatura. Disponível em: https://www.camara.leg.br/deputados/frentes-parlamentares?legislatura=57&buscaGeral=c%C3%A2ncer. Acesso em: 21 ago. 2025.

(158) MEDICAL COLLEGE OF WISCONSIN. Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR). Disponível em: https://www.mcw.edu/departments/center-for-international-blood-and-marrow-transplant-research-cibmtr. Acesso em: 21 ago. 2025.

(159) BRASIL. Universidade Federal do Amapá. História da Enfermagem. Disponível em: https://www2.unifap.br/enfermagem/sobre-o-curso/historia-da-enfermagem/. Acesso em: 3 jul. 2019.

(160) CARDOSO, M. V. N. et al. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da enfermagem brasileira. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 52, n. 3, p. 339-348, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n3/v52n3a03.pdf. Acesso em: 3 jul. 2019.

(161) PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. Revista Brasileira de Enfermagem, 2005, v. 58, n. 6, p. 723-726. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf. Acesso em: 3 jul. 2019.

(162) BRASIL. Conselho Federal de Medicina – CFM. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 set. 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 3 jul. 2019.

(163) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf. Acesso em: 4 jul. 2019.

(164) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 4 jul. 2019.

(165) PEBMED. O curioso problema da superlotação nos serviços de emergência do Brasil. 2018. Disponível em: https://pebmed.com.br/o-curioso-problema-da-superlotacaonos-servicos-de-emergencia-do-brasil/. Acesso em: 4 jul. 2019.

(166) BOM DIA BRASIL – G1 Globo. Mais de 60% dos hospitais públicos estão sempre superlotados. 2014. Disponível em: http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2014/03/mais-de-60-dos-hospitaispublicos-estao-sempre-superlotados.html. Acesso em: 4 jul. 2019.

(167) GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2010.v15n1/255-268/. Acesso em: 4 jul. 2019.

(168) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede HumanizaSUS: Cadernos de textos – Cartilhas da Política Nacional de Humanização. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 4 jul. 2019.

(169) FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER – FSFX. Humanização e técnicas pedagógicas são essenciais no tratamento de crianças com câncer. 22 fev. 2022. Disponível em: https://www.fsfx.com.br/noticias/humanizacao-e-tecnicas-pedagogicas-sao-essenciais-no-tratamento-de-criancas-com-cancer/. Acesso em: 21 ago. 2025.

(170) D'ALESSANDRO, M. P. S.; PIRES, C. T.; FORTE, D. N.; COORDENADORES; MESSIAS, A. A.; MAIELLO, A. P. M. V.; COELHO, F. P.; et al. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf. Acesso em: 30 jun. 2021.

(171) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conhecimento sobre controle do câncer em ação: Guia da OMS para programas eficazes: Módulo 5: Cuidados paliativos. Geneva, 2007. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716263.

Acesso em: 30 jun. 2021.

(172) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Aliança Mundial de Cuidados Paliativos. Atlas Global de Cuidados Paliativos no Fim da Vida. Londres, 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 3 nov. 2018.

(173) HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012. Acesso em: 17 jun. 2019.

(174) PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JR, J. J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Revista Bioética, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019. Acesso em: 17 jun. 2019.

(175) OPEN SOCIETY FOUNDATIONS. Guia de Recursos de Saúde e Direitos Humanos. FXB Center for Health and Human Rights, 2013. Disponível em: https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/25/2014/03/HHRRG-master.pdf. Acesso em: 10 fev. 2018.

(176) ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP. Atlas de Cuidados Paliativos no Brasil. 2024. Disponível em: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf. Acesso em: 21 ago. 2025.

(177) PASTRANA, T.; DE LIMA, L.; SÁNCHEZ-CÁRDENAS, M. A.; VAN STEIJN, D.; GARRALDA, E.; PONS, J. J.; CORTÉS, C. C. Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos 2020. Houston: IAHPC Press, 2021. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1vig_hkEwmY2M79qP4RC9mmBBis26sJy9/view. Acesso em: 30 jun. 2021.

(178) CONNOR, S. Global Atlas of Palliative Care. 2. ed. Worldwide Palliative Care Alliance; World Health Organization, 2020. Disponível em: http://www.thewhpca.org/resources/item/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020. Acesso em: 21 jul. 2021.

(179) ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. ANCP e cuidados paliativos no Brasil. Disponível em: https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/. Acesso em: 10 dez. 2018.

(180) MACIEL, M. G. S. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. p. 31-41. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018.

(181) CARDOSO, M. G. M. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. p. 113-122. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018.

(182) MINSON, F. P.; GARCIA, J. B. S.; OLIVEIRA JR, J. O.; SIQUEIRA, J. T. T.; et al. Opióides – Farmacologia básica. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. p. 123-142. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018.

(183) ZIMMERMANN, C.; SWAMI, N.; KRYZANOWSKA, M.; LEIGHL, N.; et al. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. CMAJ, v. 188, n. 10, e217–e227, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27091801. Acesso em: 22 jan. 2019.

(184) BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/. Acesso em: 21 ago. 2025.

(185) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(186) Almeida, Ana. Panorama da atenção ao câncer de mama no SUS. 2023. Disponível em: https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/outros/cancer-de-mama/2023/panorama-da-atencao-ao-cancer-de-mama-no-sus-2/. Acesso em: 21 ago. 2025.

(187) Observatório de Oncologia. Indicadores de Colo do Útero. Disponível em: https://observatoriodeoncologia.com.br/indicadores-de-colo-do-utero/. Acesso em: 20 jul. 2021.

(188) Instituto Natura. Plataforma Panorama do Câncer de Mama. 2025. Disponível em: https://panoramacancerdemama.com.br/home. Acesso em: 21 ago. 2025.

(189) Brasil. G1. Brasil tem menos de 24% de cobertura mamográfica — bem abaixo dos 70% recomendados pela OMS, 7 jul. 2025. Disponível em: https://g1.globo.com/saude/noticia/2025/07/07/brasil-tem-menos-de-24percent-de-cobertura-mamografica-bem-abaixo-dos-70percent-recomendados-pela-oms-aponta-estudo.ghtml. Acesso em: 21 ago. 2025.

(190) Sociedade Brasileira de Mastologia – SBM. Entidades médicas reforçam importância da mamografia a partir dos 40 anos e encaminham parecer técnico à ANS. 28 fev. 2025. Disponível em: https://sbmastologia.com.br/para-a-populacao/entidades-medicas-reforcam-importancia-da-mamografia-a-partir-dos-40-anos-e-encaminham-parecer-tecnico-a-ans/. Acesso em: 21 ago. 2025.

(191) Peixoto, Roberto. Número de casos de câncer entre jovens cresce 79% em 30 anos. G1, 2023. Disponível em: https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/09/08/numero-de-casos-de-cancer-entre-jovens-cresce-79percent-em-30-anos.ghtml. Acesso em: 17 jul. 2024.

(192) Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Dados e números sobre câncer do colo do útero. Relatório anual, 2023. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22marco2023.pdf. Acesso em: 21 ago. 2025.

(193) Brasil. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Previne Brasil: Manual instrutivo do Financiamento da Atenção Primária à Saúde (Preliminar). Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/06/MANUAL_PREVINE_BRASIL_MS_VERSAO_PRELIMINAR.pdf. Acesso em: 8 ago. 2021.

(194) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS - DataSUS. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/index.asp. Acesso em: 17 jun. 2019.

(195) Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Vacinação. Calendário Nacional de Vacinação. Disponível em: http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao. Acesso em: 17 jun. 2019.

(196) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6,11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf. Acesso em: 30 jun. 2021.

(197) Agência Pará. Em fase inicial, câncer do endométrio tem cerca de 90% de chances de cura, alerta Ophir Loyola. Belém, 2023. Disponível em: https://agenciapara.com.br/noticia/28332/em-fase-inicial-cancer-do-endometrio-tem-cerca-de-90-de-chances-de-cura-alerta-ophir-loyola. Acesso em: 21 ago. 2025.

(198) Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM de, Guimarães AMDN, Gois CFL. Barreiras na atenção em saúde ao câncer

de mama: percepção de mulheres. Rev. esc. enferm. USP. 2014. 48(3): 394-400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000300394&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 17 jun. 2019.

(199) Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(200) Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf. Acesso em: 21 ago. 2025.

(201) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(202) Observatório de Oncologia. Câncer de próstata. 2025. Disponível em: https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/outros/cancer-de-prostata/2025/. Acesso em: 21 ago. 2025.

(203) Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tipos de câncer: próstata. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/prostata. Acesso em: 17 jun. 2019.

(204) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 444 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(205) Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(206) World Cancer Research Fund International; American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. Disponível em: https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/. Acesso em: 21 ago. 2025.

(207) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(208) Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). A prevenção do câncer. Disponível em: https://www.inca.gov.br/prevencao-do-cancer. Acesso em: 17 jun. 2019.

(209) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 68 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_educacao_alimentar.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

(210) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos de uso do Guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 60 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/alimentacao-e-nutricao/documentos/2021/protocolos-de-uso-do-guia-alimentar-para-a-populacao-brasileira-na-orientacao-alimentar/view. Acesso em: 21 ago. 2025.

(211) Associação Brasileira das Organizações Representativas de Pesquisa Clínica (ABRACRO) [Internet]. Pesquisa clínica no

Brasil. Disponível em: https://abracro.org.br/pesquisaclinicanobrasil/. Acesso em: 04 jul. 2019.

(212) U. S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health (NIH). U.S National Library of Medicine. Clinical Trials. [acesso em 04 jul. 2019]. Disponível em: https://clinicaltrials.gov/

(213) Análise comparativa de políticas de regulamentação de ensaios clínicos. National library of medicine, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6943883/. Acesso: 9 de jan. 2024.

(214) BRASIL. Lei n.° 14.874, de 8 de maio de 2024. Altera dispositivos das Leis n° 9.504, de 30 de setembro de 1997, n° 13.487, de 15 de outubro de 2017, e n° 13.982, de 2 de abril de 2020, para reprimir fraudes em processos eleitorais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 maio 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14874.htm. Acesso em: 24 set. 2025.

(215) CLINICALTRIALS.GOV. ClinicalTrials.gov: banco de registros públicos de ensaios clínicos. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; [s. d.]. Disponível em: https://clinicaltrials.gov/. Acesso em: 24 set. 2025.

(216) Almeida JRS, et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. Revista da ABENO. 2016. 16(2): 7-15. Disponível em: https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/ article/view/248/209. Acesso em: 04 jul. 2019.

(217) Pavlidis N, et al. Oncology for medical students: a new ESO educational avenue. Annals of oncology. Pubmed 2005. 16(5): 840-841.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15802282/. Acesso em: 04 jul. 2019.

(218) Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública. 2014. 48(1): 170-185. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000100170&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jul. 2019.

(219) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 04 jul. 2019.
(
220) Silvestrini, A.A; Scherrer, L.R; Moreira, W.B. O ensino de oncologia na graduação: panorama brasileiro. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. Vol. 8, no 29. 2019. Disponível em:https://www.sboc.org.br/app/webroot/Site_RBOC_OFICIAL/pdf_edicao_29/artigo3.pdf. Acesso em: 13 de dez. 2023.

(221) Silvestrini AA, et al. O ensino de oncologia na graduação: panorama brasileiro. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. 2012. 8(29): 125-129. Disponível em: https://www.sboc.org.br/app/webroot/Site_RBOC_ OFICIAL/pdf_edicao_29/artigo3.pdf. Acesso em: 04 jul. 2019.

SUS

SUS

ACESSE A VERSÃO ON-LINE

www.tjcc.com.br

TODOS JUNTOS CONTRA O CÂNCER

(+55) 11 3149-5190 | movimento@tjcc.com.br