



Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil

TODOS
JUNTOS CONTRA
OCÂNCER



Expediente

Conteúdo elaborado pelo Movimento Todos Juntos Contra o Câncer, em 2014.

Atualização

A nova edição da Declaração contou com a colaboração de mais de 120 organizações que compõem o Movimento TJCC e que participaram da Consulta Pública, de 6 de fevereiro a 14 de março de 2019, no site

www.todosjuntoscontraocancer.com.br.

Instituições envolvidas listadas a partir da página 79.

Revisão e Diagramação

Prospectiva Consultoria - Inteligência Governamental
Abrale - Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia

4ª Edição
Agosto/2019

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
CENÁRIO GERAL DA ONCOLOGIA	5
DIREITO À SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL	7
I – PRINCÍPIOS GERAIS E GESTÃO EM SAÚDE	9
• FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA	10
• SAÚDE SUPLEMENTAR	14
• ATUAÇÃO DE ÓRGÃOS DE CONTROLE	17
II. PROMOÇÃO DA SAÚDE	19
III. PREVENÇÃO	22
• DETECÇÃO PRECOCE E DIAGNÓSTICO	23
IV. VIGILÂNCIA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	26
• ANÁLISE E SEGUIMENTO DOS DADOS PÚBLICOS E PRIVADOS	27
V. CUIDADO INTEGRAL	31
• ACESSO AO TRATAMENTO	32
• RADIOTERAPIA	35
• CIRURGIA ONCOLÓGICA	37
• ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME	40
• ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	43
• TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	47
• HUMANIZAÇÃO	50
• CUIDADOS PALIATIVOS	53
• SAÚDE DA MULHER	56
• SAÚDE DO HOMEM	60
• NUTRIÇÃO	63
VI. CIÊNCIA E TECNOLOGIA	66
• PESQUISA CLÍNICA	67
VII. EDUCAÇÃO PERMANENTE	70
VIII. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	73
PRÓXIMAS PAUTAS	77
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	79
REFERÊNCIAS	83

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 visa 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 Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), descreve a situação atual enfrentada pelos usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, assim como lista as principais falhas observadas 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 ações prioritárias para colaborar com o governo e sociedade na formulação de políticas de saúde. A finalidade é suprir as lacunas identificadas e propor mudanças substanciais e de alto impacto para curto, médio e longo prazo.



CENÁRIO GERAL DA ONCOLOGIA

O câncer cresce de maneira alarmante no mundo, com 18,1 milhões de novos casos e 9,6 milhões de óbitos esperados para 2018, segundo dados publicados pelo Centro Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC), subordinado à Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com análises epidemiológicas, o número de novos casos deverá aumentar em 50% nas próximas duas décadas. Se nada for feito, estima-se que em 2030 haja 21 milhões de novos diagnósticos e 14 milhões de mortes no mundo decorrentes do câncer (1).

O país 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 envelhecimento da população, associado à transformação nas relações entre as pessoas e o ambiente em que vivem, acarretaram alterações importantes no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas no centro de atenção (3).

Quanto à incidência, o último levantamento do Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou para o biênio 2018-2019 a ocorrência de 600 mil novos casos anuais de câncer (4).

Atualmente, o câncer é a segunda principal causa de morte no Brasil, atrás apenas das doenças cardiovasculares (5). Segundo estimativas do Observatório de Oncologia, a doença deve se tornar a principal causa de morte no país em 2029. Inclusive, já é a principal causa de mortalidade em 10% dos municípios brasileiros (6).

Conforme ilustrado na Tabela 1, em 2012 foram registrados 191.577 óbitos por câncer no país, enquanto em 2016 este número aumentou para 215.217, correspondendo a um aumento de 12%. Atualmente, a mortalidade causada por câncer no Brasil apresenta a tendência de crescimento de 0,17 casos/10.000 habitantes por ano, 210% a mais que no México (4).



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 mortes prematuras e invalidez, sem considerar os custos médicos, foi estimado em US\$ 1 trilhão em todo o mundo. No Brasil, entre os anos 2008 e 2016, os investimentos do Ministério da Saúde (MS) no tratamento da doença aumentaram 96%, passando de R\$ 1,9 bilhões em 2008 para R\$ 3,8 bilhões em 2016 (7).

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, visando, assim, melhorar as ações para monitoramento, promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, cuidado integral e gestão efetiva em Oncologia (8).



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 na saúde: universalidade, integralidade e equidade. Importante salientar que todos são pautados na descentralização do poder, regionalização/hierarquização e participação popular (9, 10).

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 (9, 10).

Para o aperfeiçoamento do sistema de saúde, no sentido de ampliar o acesso, cobertura e 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 (11).

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 Ministério da Saúde valorize tanto o caráter tripartite do SUS quanto dê voz e valorize as entidades e os movimentos sociais, garantindo a efetiva participação e controle social (9, 10).

Inspirado na organização Todos Pela Educação (12), o Movimento Todos Juntos Contra o Câncer (Movimento TJCC) é uma iniciativa da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE) em parceria com aproximadamente 130 instituições ligadas à Oncologia no Brasil. Essas organizações pactuaram a necessidade dessa iniciativa para atuar junto ao Poder Público e a sociedade civil, assim como a criação de um documento que compilasse as principais demandas dos pacientes oncológicos.

Baseado nos princípios do SUS, no relatório auditor do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica (13) e na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (14), é realizado anualmente o Congresso Todos Juntos Contra o Câncer. 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.



Com o trabalho colaborativo e diversas contribuições, surge a Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil, documento que aponta as ações prioritárias para prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no país. Além disso, pretende ser um instrumento de monitoramento dos avanços na área da Oncologia, ao propor ações 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 atuam a partir dos pilares estratégicos da PNPC, que define as necessidades prioritárias da atenção oncológica. São eles:

1. GT Dados Públicos e Privados
2. GT Gestão de Hospitais Oncológicos
3. GT Prevenção Primária
4. GT Rastreamento e Diagnóstico Precoce
5. GT Acesso e Tratamento
6. GT Cuidados Paliativos
7. GT Pesquisa Clínica
8. GT Saúde Feminina
9. GT Saúde Masculina
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

Para mapear as ações de prevenção e controle do câncer no Brasil, os Grupos de Trabalho criaram o Radar da Política. As ações podem ser cadastradas por associações de pacientes, hospitais, entidades médicas e sociedade em geral. Os filtros ajudam na busca por ações na sua cidade ou região, com a possibilidade de selecionar por doenças, diretrizes da PNPC ou setores da sociedade. Os dados coletados dão uma visão precisa da luta contra o câncer e permitem o planejamento de ações complementares.



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)** complementariedade do sistema público e privado; **c)** fiscalização da execução das políticas públicas de saúde.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

SITUAÇÃO ATUAL



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 (9).

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

No caso da União, o movimento “Saúde+10” defendeu a alocação anual mínima de 10% da receita corrente bruta. Ele obteve 2,2 milhões de assinaturas, mas foi derrotado pela Emenda Constitucional nº 86/2015, também denominada “Orçamento Impositivo” (16). A Emenda referida alterou a metodologia de financiamento do SUS pela União, que antes era de acordo com o crescimento do Produto Interno Bruto e que passaria a ser uma porcentagem da sua arrecadação. Sendo assim, a nova metodologia reduziria os recursos do Ministério da Saúde nos quatro primeiros anos após sua promulgação, dada a queda da arrecadação da União em pleno período de crise (17).

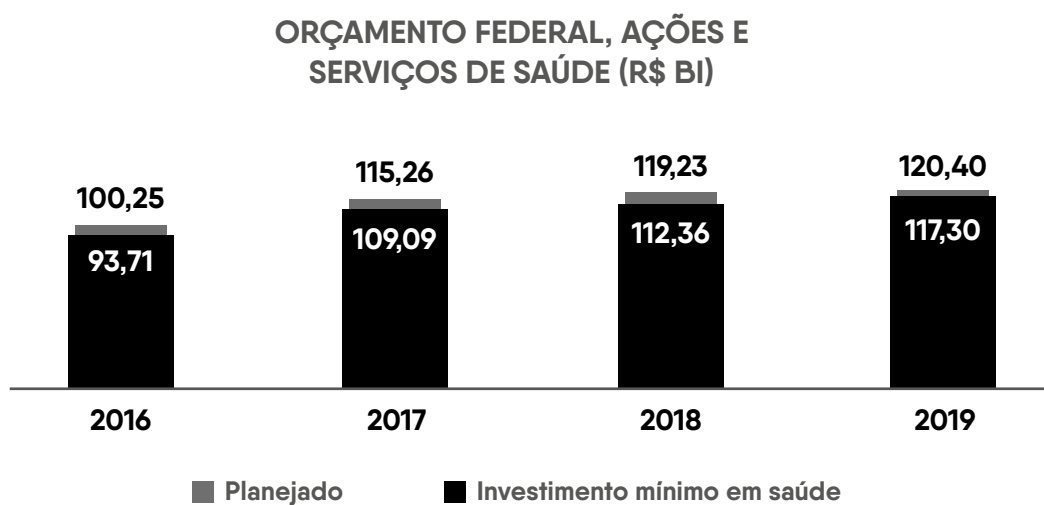
Em menos de um ano, no entanto, a regra foi revista e trouxe consigo outros efeitos. Em dezembro de 2016, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional 95/2016, que determina um teto aos gastos públicos pelos próximos 20 anos, tornando ainda mais desafiador aumentar os recursos para a área da Saúde (18). Pelo texto, o investimento mínimo obrigatório para os setores de Educação e Saúde seriam reajustados de acordo com a inflação a partir de 2018 (19).

Nos primeiros anos de vigência da regra, isso pode significar uma estagnação em investimentos em saúde. Por exemplo, em comparação entre o orçamento de 2018 e 2019, os recursos para ações e serviços públicos em saúde tiveram um crescimento de 1% – sendo que, nesses anos, o Governo alocou 1% acima do mínimo constitucional.



Gráfico 1.

Orçamento Federal, Ações e Serviços de Saúde (R\$ BI), São Paulo, 2019.



Fonte: Prospectiva com dados do Tesouro Nacional, SIAFI. 2019

Nesse cenário, a área da Oncologia tem despertado grandes preocupações devido ao seu crescente impacto econômico. A ocorrência de repetidas internações, bem como a necessidade de procedimentos e medicamentos de alta complexidade, torna elevados os custos dos tratamentos e implicam na necessidade de atualização constante dos valores da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) (20).

Esse gasto se dá, sobretudo, em função do diagnóstico tardio, que pode causar danos irreversíveis aos pacientes, onerando o SUS com despesas evitáveis por meio da prevenção e/ou 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 (21).

Com um diagnóstico tardio e o estágio avançado da doença, muitos pacientes que precisam de atendimento rápido e resolutivo enfrentam dificuldades para conseguir leitos e tratamento em tempo oportuno. Diante deste cenário, o câncer, doença de progressão rápida, passa a apresentar aumento na taxa de mortalidade (5).

Nesse sentido, a limitação de verbas para a atenção às neoplasias, 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 análises de curto, médio e longo prazos, não apenas em prol da economia, mas também do direito à saúde (22,23).



ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Aumento dos recursos para Saúde nos três níveis de gestão, garantindo universalidade, integralidade e equidade do cuidado ao paciente com câncer;
2. Ter, no curto-prazo, a atualização periódica dos valores das APACs, com periodicidade e regras pré-definidas;
3. Propor a aplicação de novos modelos de remuneração em Oncologia, que estimulem o prestador de serviço a alcançar o melhor desempenho possível;
4. Aumentar a dotação orçamentária destinada a ações de prevenção e detecção precoce do câncer;
5. Modelos sustentáveis de atenção.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Acompanhar a aplicação dos recursos provenientes dos Royalties do Petróleo e Gás Natural na área da Saúde, propondo uma vinculação desses recursos à finalidade social;
- Acompanhar e colaborar com discussões a serem promovidas pela Frente Parlamentar da Saúde e a Frente Parlamentar de Oncologia do Congresso Nacional, especialmente no que se refere à destinação de recursos para a Saúde e para a atenção oncológica;
- Desenvolver estudos de Economia em Saúde para colaborar na discussão do financiamento do Sistema.

2. Proposta

- Estimular o Ministério da Saúde a criar um processo transparente e periódico de revisão dos valores das APACs em Oncologia;
- Desenvolvimento de estudos econômicos sobre a defasagem das APACs e quais seriam os procedimentos que precisariam de um reajuste prioritário pelo Ministério da Saúde;
- Propor um grupo de trabalho no âmbito do Ministério da Saúde para promover conversas periódicas entre o Ministério da Saúde e os centros de referência em Oncologia, CACONs e UNACONs, sobre os valores APAC e possíveis reajustes;
- Definição de um reajuste anual mínimo dos valores APAC pela inflação – para que não haja uma defasagem tão grande dos procedimentos.

3. Proposta

- Promover debates acerca de possíveis novos modelos de remuneração que estejam sendo aplicados em outros países e que priorizem a performance e celeridade do atendimento;
- Estimular o desenvolvimento de estudos e projetos-piloto junto a Hospitais de Excelência sobre novos modelos de remuneração atuais (PROADI-SUS);



- Apoiar discussões junto à Frente Parlamentar de Oncologia, no Congresso Nacional e ao Ministério da Saúde, e formas de atualização da PNPC que possam englobar novos modelos de remuneração;
- Estimular a implantação do prontuário eletrônico no Brasil, visando obter informações relacionadas aos tratamentos oferecidos e aos desfechos percebidos.

4. Proposta

- Mapeamento de programas bem-sucedidos na saúde pública (em âmbito Federal, Estadual e Municipal) de rastreamento e detecção de câncer que possam ser expandidos;
- Estimular a expansão do financiamento de programas, como o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), que incentivem o desenvolvimento de projetos de diagnóstico precoce, de pesquisas e de educação de profissionais de saúde e médicos relacionados à Oncologia;
- Incentivar a criação de normas que determinem a destinação de verbas para projetos de prevenção e detecção precoce do câncer.

5. Proposta

- Fomentar projetos de educação para otimizar gastos e melhorar a gestão de recursos e diálogo com diversos atores;
- Aprofundar as possibilidades legais para diversificação das fontes de recursos, conforme prevê o Art. 28 da Portaria nº 874/2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;
- Difundir possíveis parcerias para diversificação de fontes de recursos, com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS;
- Promover discussões sobre melhorias da jornada do paciente para redução de custos e desenvolver estudos para entender quais são os pontos que causam desperdício de recurso: comunicação entre os centros de referência e avaliação da eficiência clínica de medicamentos, entre outros.



SAÚDE SUPLEMENTAR

SITUAÇÃO ATUAL



Hoje há 47 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica no Brasil. Isso quer dizer que 25% da população possui cobertura de planos de saúde (24). Diante da variedade de serviços, clínicas e operadoras em funcionamento no sistema privado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem um papel crucial de garantir o direito do acesso aos serviços mínimos em saúde (25). Para isso, desde 2000, a ANS revisa periodicamente o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – procedimentos cuja cobertura é obrigatória para todos os planos de saúde (26). Este processo de atualização do rol passou por mudanças recentes, dando maior oportunidade de participação social na submissão de propostas de inclusão de novos procedimentos e medicamentos (27).

Na área da Oncologia, a ANS garantiu ao longo dos anos a obrigatoriedade pelos planos de saúde no fornecimento de quimioterápicos infusionais e orais e medicamentos adjuvantes, cobertura de exames e procedimentos de alta complexidade, bem como na realização do transplante de medula óssea (TMO) autólogo e aparentado (28, 29).

Embora estas sejam conquistas importantes, o processo de revisão do Rol é realizado somente a cada dois anos (27). Tal período pode dificultar o acesso dos pacientes a cuidados inovadores, que têm o potencial de gerar benefícios significativos à saúde. Portanto, é necessário dispor de mecanismos mais ágeis de atualização e avaliação do Rol, garantindo o acesso mais rápido aos cuidados no câncer e em outras doenças.

Além disso, os usuários do sistema suplementar de saúde ainda enfrentam problemas estruturais, tais como: rede de atendimento insuficiente; locais inadequados para o recebimento da medicação; negativas injustificadas para cobertura de atendimentos, exames, cirurgias, quimioterapias e radioterapias; pressão das operadoras de saúde 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 em seus planos.

Vale ressaltar, ainda, que mesmo com 25% da população coberta por planos de saúde, de acordo com a pesquisa de opinião realizada em 2018 pelo Datafolha, 97% dos brasileiros buscaram acesso a algum serviço de saúde do SUS nos últimos dois anos (30). 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 (25). Essa integração, no entanto, passa por alguns desafios, como a ausência ou dificuldade de compartilhamento de dados do paciente entre o sistema público e privado, e também a garantia de ressarcimento das operadoras de saúde ao SUS, quando seus beneficiários são tratados no sistema público (31).



Em cumprimento às recomendações da auditoria realizada pelo TCU, a agência implementou medidas para aprimorar os trâmites na transferência de recursos ao SUS, o que foi aprovado pelo mesmo órgão em 2017. Dentre outras medidas, foi englobado ao texto: o processamento das APACs; 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) (32).

Para além destes avanços, entendemos que esforços da ANS em melhorar a regulamentação do setor devem perpassar pela escuta ativa de entidades de sociedade civil no seu planejamento estratégico. Por meio dessa interação a agência poderá ter mais visibilidade sobre os gargalos e falhas práticas enfrentadas pelo paciente e profissional de saúde no sistema.

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Saúde suplementar com efetiva participação social;
2. Transparência nos processos regulatórios e de dados da ANS;
3. Implementação da interoperacionalização dos dados de saúde entre o setor público e privado no Brasil;
4. Pleno ressarcimento de procedimentos pelas operadoras de saúde ao SUS;
5. Atualização anual do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com submissões constantes para alteração de diretriz de utilização e incorporação de novos procedimentos e medicamentos.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Garantir a participação da sociedade civil na formulação da Agenda Regulatória da ANS, por meio do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAUDE) e Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS);
- Criação de fóruns e encontros de discussões periódicos entre a diretoria colegiada da ANS e a sociedade civil para a discussão da realidade e gargalos relacionados aos serviços;
- Participar e fortalecer o Projeto OncoRede, iniciativa da ANS, para a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de saúde.



2. Proposta

- Estimular a criação de um sistema de controle de dados sobre a situação assistencial dos planos de saúde vinculados à ANS;
- Propor a 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.

3. Proposta

- Estimular a criação de uma regulação por autoridades competentes e de tutela em saúde para o compartilhamento de dados entre o setor de saúde público e privado;
- Propor a divulgação periódica e acessível dos dados de atendimento do setor público e privado para fins de controle e participação social no setor;
- Aprofundar a obtenção e oferta de dados oriundos do sistema de saúde suplementar para que passem a oferecer, bimestralmente, as mesmas informações que hoje estão disponíveis na base de dados DATASUS.

4. Proposta

- Monitorar o ressarcimento do SUS pelos planos privados de assistência à saúde, por meio do sistema de informações ANS Tabnet;
- 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.

5. Proposta

- Propor e defender regulações para a atualização anual do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com submissões constantes para alteração de diretriz de utilização, incorporação de novos procedimentos e medicamentos.



ATUAÇÃO DE ÓRGÃOS DE CONTROLE

SITUAÇÃO ATUAL



O aumento da incidência do câncer no Brasil e, conseqüentemente, dos gastos federais e estaduais 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 eficiente 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 a estrutura atual não tem possibilitado acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e tratamento do câncer. As principais falhas estão relacionadas à cobertura dos tratamentos de radioterapia – em 2010, apenas 65,9% da demanda por radioterapia foi atendida no país (13).

No ano de 2013, o TCU deu início à publicação anual do Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde (FICSAÚDE) desenvolvido com base na prestação de conta das ações do MS. Apesar de menos detalhado que o relatório de 2010, é uma importante fonte de informações e monitoramento das políticas relacionadas à atenção oncológica (33).

Além disso, o Ministério Público tem atuado como importante fiscal, propondo ações judiciais diante do descumprimento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. 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 exercido pela sociedade civil e pelos conselhos de saúde, 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 PNPC, revelou que a lógica de financiamento da assistência oncológica precisa ser revista, a fim de garantir 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 PNPC. Ao título de exemplo, as transferências voluntárias na área de Oncologia não privilegiam convênios mais vantajosos, assim como os projetos do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) não chegam nas áreas onde a



carência oncológica é maior (13).

Então, em um cenário em que 97% dos brasileiros buscaram acesso a algum serviço do SUS nos últimos dois anos (30), reitera-se a importância da avaliação periódica para a identificação de aprimoramentos prioritários a serem considerados pela administração pública.

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Realização de auditorias periódicas e ações de monitoramento da PNPCC, visando a melhor ação frente às possíveis irregularidades;
2. Amplo diálogo entre o Movimento TJCC e os órgãos responsáveis pela transparência;
3. Transparência dos dados e relatórios dos órgãos de controle para subsidiar a atuação da sociedade civil em prol dos direitos dos pacientes.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Mobilizar a sociedade para pleitear o monitoramento periódico da política frente aos órgãos de controle;
- 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 política.

2. Proposta

- Convidar os integrantes dos órgãos de controle para participar ativamente das ações e projetos realizados pelo Movimento TJCC;
- Representação de membro do Movimento TJCC frente aos órgãos responsáveis pela transparência diante de eventuais irregularidades no cumprimento da Política.

3. Proposta

- Ter 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 74% das mortes no Brasil (5, 34). Para reduzir o número de novos casos e de mortes é fundamental lidar com seus principais fatores de risco: tabagismo, consumo abusivo de álcool, alimentação não saudável e sedentarismo (35).

Entendendo a problemática, em 2011 foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022 (36). Embora o Plano ainda fosse uma política recente, em 2013 já vinha apresentando resultados promissores, como o aumento nos níveis de atividade física e também a redução no consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas (37).

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017 revelam que, por um lado, mais de 50% das metas estão sendo atingidas, como a redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT e o aumento de mamografia em mulheres de 50-69 anos de idade nos últimos dois anos. Mas por outro, a obesidade teve uma trajetória de crescimento, assim como o consumo excessivo de bebida alcoólica (38).

Como resposta ao desafio das DCNT, o Movimento TJCC trabalha para promover a implementação de políticas de enfrentamento dessas doenças, visando diminuir a magnitude e a tendência de crescimento do câncer e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde. Em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tem pautado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool na agenda governamental (39).

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Efetiva promoção da saúde, para garantir qualidade de vida à população brasileira;
2. Redução dos fatores de risco das DCNT, visando diminuir a incidência e a mortalidade por câncer;
3. Implementação integral do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT do Ministério da Saúde.





1. Proposta

- Realizar campanhas nacionais e regionais de conscientização, para escolhas individuais de hábitos de vida saudáveis;
- Divulgar e estimular a efetiva implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006.

2. Proposta

- Propor ações estratégicas para a administração pública com base em diretrizes nacionais e internacionais. Por exemplo: a promoção da alimentação saudável baseada no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; o controle do tabaco conforme a Convenção Quadro; reduzir o uso nocivo do álcool de acordo com a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde; promover a realização de atividades físicas segundo as Recomendações Globais da OMS;
- Continuar o monitoramento dos fatores de risco para as DCNT por meio do VIGITEL, para amparar as decisões de políticas públicas dos gestores;
- Conscientizar empresas, por meio de indicadores epidemiológicos e medicina baseada em evidências, para reduzirem os fatores de risco para DCNT presentes em seus produtos;
- Articular a aprovação do PLS nº 363/18, que altera a Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para incluir o tratamento do tabagismo, inclusive o medicamentoso, entre as coberturas obrigatórias dos planos de saúde;
- Estimular a ANS a incentivar cada vez mais planos privados a oferecerem programas relacionados a doenças crônicas e mudanças de estilo de vida.

3. Proposta

- Verificar trimestralmente, junto ao Ministério da Saúde, o andamento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022;
- Discutir os obstáculos e as possíveis soluções para a plena implementação das medidas previstas no Plano de Ações Estratégicas;
- Monitorar periodicamente a incidência e mortalidade do câncer.



III. PREVENÇÃO

DETECÇÃO PRECOCE E DIAGNÓSTICO

SITUAÇÃO ATUAL



Segundo a Organização Mundial da Saúde, 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 com a doença ou apresente alguma alteração no exame físico (8).

Para essa identificação, a precisão do procedimento diagnóstico traz melhores resultados, assegurando assertividade no tratamento. Para ilustrar 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% nos casos diagnosticados previamente (40, 41).

Entretanto, o diagnóstico tardio ainda é uma das principais barreiras enfrentadas pelos pacientes no acesso ao tratamento. Isso se dá pela falta de centros especializados, pelas longas esperas para consultas com médicos especialistas, pela demora na realização de exames e às vezes por conta da própria dificuldade de provimento e financiamento de testes diagnósticos (13). No Brasil, segundo levantamento feito pelo TCU em 2010, 60,5% dos pacientes com câncer foram diagnosticados já em estádios avançados (níveis 3 e 4) e nos casos de neoplasias de brônquios e pulmões, a situação é mais grave: 88% dos pacientes tiveram o diagnóstico em estágio avançado (13).

Considerando que o câncer tende a ser a principal causa de morte nas próximas décadas, é necessário que as neoplasias sejam enfrentadas 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 no tratamento, como também na rede de serviços responsáveis pelo primeiro diagnóstico. Para isso, a implementação de políticas públicas baseadas em evidências deve incluir no seu desenvolvimento estratégias de detecção e rastreamento de câncer na população (8).

Nesse sentido, algumas medidas têm sido tomadas, principalmente pelo legislativo, para diminuição do tempo entre o diagnóstico e o tratamento. Em 2012, foi sancionada a Lei 12.732, 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 (42).

Além disso, novos projetos de lei ainda estão sendo avaliados para redução do tempo do diagnóstico, como é o caso do Projeto de Lei (PL), que seguirá para aprovação do Senado (143/2018). Este PL visa regulamentar que, sendo a principal hipótese a neoplasia maligna, os exames diagnósticos necessários sejam realizados no prazo máximo de 30 dias (43).



Ainda que essas legislações sejam importantes para assegurar o direito de diagnóstico e tratamento ágil, é de suma importância também envolver e sensibilizar a gestão pública para garantir que esses prazos sejam cumpridos.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

1. Ter a população informada acerca dos sinais e sintomas do câncer;
2. Identificar o câncer precocemente, com ágil confirmação diagnóstica;
3. Garantir a rápida e eficaz execução de exames para o diagnóstico sem falhas;
4. Fluxo simples de referenciamento e encaminhamento no SUS.

COMO FAREMOS

1. Proposta

- Promover campanhas de identificação de sinais e sintomas do câncer para a sociedade;
- Reforçar discussões sobre detecção do câncer na Estratégia Saúde da Família;
- Apoiar e estimular a aprovação do PL 1.605/2019, que institui o Estatuto da Pessoa com Câncer. O estatuto visa fomentar a comunicação, a publicidade e a conscientização sobre a doença, sua prevenção e seus tratamentos.

2. Proposta

- Apoiar a aprovação do Projeto de Lei 143/2018, que garante a realização de exame diagnóstico em 30 dias após a primeira suspeita de neoplasia maligna, junto ao poder legislativo;
- Estimular a formação de centros regionais de referência 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;
- Garantir o registro, a 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);
- Criar e disponibilizar um painel online com o tempo médio de espera por tipo de câncer, por estabelecimento de saúde e por Estado;
- Apontar ao Ministério da Saúde e aos respectivos órgãos responsáveis aqueles estabelecimentos de saúde que descumprirem o prazo de 60 dias entre diagnóstico e tratamento, previsto pela Lei 12.732/2012. O descumprimento desta Lei sujeitará aos gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.



3. Proposta

- Promover discussões e iniciativas que facilitem o uso do histórico genético e dados clínicos dos pacientes para promover acesso a uma detecção eficaz;
- Garantir a qualidade dos testes diagnósticos, a partir da formação e incentivo de patologistas e outros profissionais relacionados no SUS;
- Estimular a disponibilização transparente de um fluxo qualificado e ágil para análise de amostras;
- Estimular discussões relacionadas aos valores praticados na Tabela SUS referentes aos exames patológicos de Oncologia.

4. Proposta

- Mobilizar os gestores envolvidos para construir um fluxo simples de encaminhamento e encaminhamento no SUS, baseado na experiência do paciente;
- 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.



IV. VIGILÂNCIA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

ANÁLISE E SEGUIMENTO DOS DADOS PÚBLICOS E PRIVADOS

SITUAÇÃO ATUAL



Monitorar a qualidade e quantidade dos serviços de saúde é imprescindível para o planejamento de atividades pelos gestores em saúde, buscando ampliar o acesso aos tratamentos e melhorar os desfechos clínicos (44). Por isso, constitui-se um princípio da vigilância do câncer, do monitoramento e da avaliação no âmbito da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), a organização por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle da doença e de seus fatores de risco e proteção. Ao promover a produção de dados sobre Oncologia é possível mensurar o seu desempenho pela PNPCC, assim como o direcionamento estratégico dos gestores na melhoria do atendimento à sociedade (14, 45).

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 (46).

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 (47).

Embora o cotidiano da PNPCC seja avaliado quantitativamente, se faz necessária a análise qualitativa para captar os gargalos na assistência à população (14). Por isso, para garantir o acompanhamento e a avaliação integral das ações relacionadas a PNPCC, são princípios prioritários do Movimento Todos Juntos Contra o Câncer:

- I** - Monitoramento dos fatores de risco para câncer, a fim de planejar ações capazes de prevenir, reduzir danos e proteger a vida;
- II** - Utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis para o planejamento, monitoramento e avaliação das 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 estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas brasileiras;
- III** - Implementação e aperfeiçoamento permanente da 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 revisão dos indicadores se desenvolvem por interação dos dados abertos (Ministério da Saúde, DataSUS, Registros de Câncer e Informações da ANS) com representantes do governo, sociedade civil organizada, universidades e o setor privado. A aprovação final dos Indicadores de Oncologia ocorre com amplo processo de discussão e consultas aos grupos de trabalho, conferindo legitimidade ao produto.

Para enrobustecer ainda mais o monitoramento e mensuração da efetividade da PNPCC, será necessário, portanto, ampliar as discussões sobre a disponibilidade e o uso de dados sobre serviços de saúde tanto na saúde pública quanto privada.

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Dados abertos de saúde didáticos, organizados e concentrados para fácil acesso;
2. Utilização dos Indicadores de Oncologia para melhores práticas de gestão em Saúde;
3. Avaliar o impacto das ações no aprimoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer;
4. Implementação da interoperacionalização dos dados de saúde entre o setor público e privado no Brasil;
5. Órgãos competentes nos registros de notificação de câncer para que cumpram a Lei nº 13.685/2018;
6. Indicadores de Oncologia disponibilizados na internet.

COMO FAREMOS



1. 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;
- Concentrar e organizar os sites de informação sobre o câncer no Brasil e no mundo;
- 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 o Observatório de Oncologia.

2. Proposta

- Organização de eventos e reuniões que capacitem os gestores para análise de dados dos Indicadores de Oncologia, visando melhores decisões de políticas públicas;
- Desenvolvimento periódico de relatórios e factsheets para gestores sobre os principais indicadores em Oncologia.



3. 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 nas ações da 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) no país.

4. Proposta

- Estimular a criação de uma regulação pelas autoridades competentes para o compartilhamento de dados entre o setor de saúde público e privado.

5. 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;
- Capacitar os profissionais responsáveis pela notificação compulsória do câncer;
- Fiscalizar os órgãos responsáveis pelo registro compulsório do câncer.

6. Proposta

- Publicar os resultados dos seguintes indicadores de Oncologia na internet, 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 oncológicos 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 de 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.

Acesso:

- 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.



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) (14). 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 (48).

Com relação ao tratamento no SUS, são os CACONs e UNACONs que decidem quais tratamentos seguir por meio de protocolos próprios (49). 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 garantir 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” (49, 50).

Para dar orientação aos gestores, o Ministério da Saúde, junto com a CONITEC, elabora Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas, que são recomendações de tratamentos a serem considerados pelos hospitais e médicos para o tratamento de determinado tipo de câncer (51, 52).

Em algumas exceções, no entanto, o Ministério da Saúde decidiu centralizar a compra de medicamentos oncológicos e incorporá-los no sistema (53). Em sua maioria, o Ministério opta por incorporar aqueles medicamentos que podem ser padronizados e com grande ganho de escala devido à prevalência (54).

Uma auditoria operacional do TCU identificou que há vários fatores que dificultam o acesso dos pacientes aos tratamentos. As principais barreiras, do ponto de vista dos gestores dos estabelecimentos de saúde, são os novos procedimentos não cobertos pelo SUS e a defasagem nos valores repassados pelos procedimentos realizados. Já pelo olhar dos médicos, o principal problema é a ausência de custeio pelo SUS de importantes procedimentos diagnósticos e condutas terapêuticas (13).

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 (13). Além disso, há uma morosidade, principalmente por parte da atenção primária, de diagnóstico e encaminhamento aos centros de especialidade. Uma vez encaminhado a serviços de especialidade, também são



encontrados problemas de descentralização e deslocamento, como longa distância entre o local de moradia e o centro de tratamento, falta de transporte sanitário, excesso de burocratização e mau gerenciamento por parte do Sistema de Regulação.

Todos esses fatores fazem com que o tempo entre diagnóstico e tratamento seja demorado, por vezes prejudicando a regressão da doença. A legislação atual procura dirimir isso, determinando que o primeiro tratamento seja providenciado dentro de 60 dias após a emissão do laudo (Lei 12.732/12) – contudo esses desafios estruturais impossibilitam muitas vezes o cumprimento deste prazo (42).

Outro desafio encontrado no acesso ao tratamento são as regras administrativas que restringem os médicos de prescreverem terapias não incluídas nos protocolos definidos pelos centros de tratamento. Em alguns casos, há ainda limitações para a terapia, com a fixação de dosagens inferiores às preconizadas nos respectivos protocolos clínicos. Por fim, tem sido constante no Brasil o não cumprimento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) dirigidas ao câncer (55).

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, e em conquista recente, medicamentos antineoplásicos orais também podem ser incluídos na cobertura obrigatória mediante avaliação bianual do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE). Ainda assim, algumas burocracias impostas pelos planos de saúde impedem o acesso ágil desses tratamentos pelos pacientes (29).

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Acesso universal em tempo oportuno ao tratamento do câncer;
2. Decisão compartilhada entre médico e paciente sobre o tratamento;
3. Cumprimento dos protocolos clínicos dirigidos ao câncer (sejam eles federais, estaduais e do próprio estabelecimento de saúde);
4. Revisão periódica dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e também Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT);
5. Medicamentos oncológicos avaliados continuamente quanto a sua eficácia e segurança, seja na incorporação quanto na pós-incorporação.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Sistematização e divulgação das barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento, sob a ótica dos pacientes, dos profissionais de saúde e dos gestores – no sistema público e privado;
- Disponibilizar ao Ministério da Saúde e aos respectivos estabelecimentos de saúde relatório sobre posicionamento e sugestões de encaminhamento a respeito das barreiras de acesso identificadas;



- Simplificar o processo de absorção das tecnologias na Saúde do Brasil;
- Ampliar a participação da sociedade e desburocratizar os processos de incorporação de tratamentos inovadores ao SUS;
- Aprimorar os fluxos de regulação para ágil acesso à rede de tratamento próxima e qualificada;
- Promover a fiscalização, junto aos órgãos de controle, de cumprimento da Lei n.º 12.732/2012 (Lei dos 60 dias);
- Garantir o fortalecimento do papel e a atuação multiprofissional da Atenção Básica para dispor de encaminhamentos qualificados aos centros de especialidade.

2. Proposta

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

3. Proposta

- Promover discussões sobre como garantir a decisão clínica, levando em consideração o PCDT mediante organização de eventos e audiências públicas;
- Executar uma fiscalização e também um relatório a ser entregue para o Ministério da Saúde, sobre quais são os subsídios estruturais para o cumprimento do PCDT;
- Fiscalização da aplicação do PCDT;
- Elaborar cursos online e materiais de ensino para difundir a aplicação do PCDT e DDT entre os profissionais da saúde.

4. Proposta

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

5. Proposta

- Realizar estudos de Bioequivalência ou de Biodisponibilidade comparativa entre o produto de referência e o disponibilizado para o tratamento, visando a fiscalização pós-registro;
- Propor projeto de lei que estabeleça um teto para o preço dos medicamentos;
- Promover discussões sobre a criação de critérios claros a serem utilizados pela CONITEC para análise de custo-efetividade de tratamentos. Para isso, a discussão e aprovação do PLS 415/17, sobre critérios e parâmetros de custo-efetividade, é necessária.



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, configurando-se uma modalidade terapêutica de alta tecnologia e alto custo (56).

Segundo estudo publicado por analistas do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2016 cerca de 50% dos casos de câncer necessitarão de radioterapia, seja isoladamente ou como alternativa adjuvante para o tratamento cirúrgico. Isso se torna mais expressivo ao passo que se projeta um aumento de 54% dos casos de câncer no Brasil entre os anos de 2015 e 2030 (57).

O Ministério da Saúde preconiza 1 equipamento (acelerador linear/aparelho de cobaltoterapia) para cada 500.000 habitantes. Atualmente, a cobertura é insuficiente no país, principalmente na região Norte e nos Estados do Goiás, Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Piauí, Pernambuco, Sergipe e Espírito Santo (58).

A partir do levantamento da capacidade instalada e operacional da rede oncológica, o TCU identificou em 2011 um déficit de 135 unidades de tratamento para a demanda existente, das quais 78 seriam apenas para atendimento no SUS. O déficit real de serviços de radioterapia, no entanto, aponta para uma situação ainda mais grave. Nas unidades de tratamento é comum os pacientes se depararem com grandes filas de espera, equipamentos radioterápicos quebrados e/ou profissionais da saúde despreparados (13).

Frente ao déficit na estrutura para a radioterapia, o Ministério da Saúde instituiu o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PERSUS) com o objetivo de articular projetos de ampliação e qualificação de hospitais habilitados em Oncologia, em consonância com os vazios assistenciais, demandas regionais de assistência oncológica e demandas tecnológicas do SUS (59).

Apesar deste avanço, um relatório da CGU, publicado em 2018, constatou alguns gargalos durante a execução do PERSUS. O documento evidenciou, por exemplo, os atrasos na execução, com apenas 5 das 80 soluções de radioterapia entregues desde a implantação do plano. Além disso, o critério de seleção de estabelecimentos fez com que a maior parte dos hospitais selecionados fossem da rede privada, o que levanta a questão do financiamento dos serviços na rede. Do relatório, vieram 24 recomendações ao Ministério da Saúde que pautavam: monitoramento dos atendimentos, contratação e financiamento desses serviços (60).

Essas falhas prejudicam a capacidade de atendimento do sistema. Em 2017, cerca de 116 mil pacientes receberam tratamento radioterápico pelo SUS, número que poderia chegar a 170 mil se todos os hospitais habilitados para radioterapia oferecessem os procedimentos mínimos (57, 60).



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

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Acesso ao tratamento radioterápico com qualidade e em tempo oportuno;
2. Cobertura suficiente de serviços de radioterapia no Brasil;
3. Implementação integral do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS;
4. Melhor tratamento de radioterapia disponível no SUS.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Revisar os fluxos de regulação para ágil acesso à rede de tratamento próxima e qualificada;
- Capacitar os profissionais envolvidos na execução do tratamento;
- Fiscalizar os serviços de radioterapia para garantir qualidade no atendimento.

2. Proposta

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

3. Proposta

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

4. 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.



CIRURGIA ONCOLÓGICA

SITUAÇÃO ATUAL



A cirurgia é o mais antigo tratamento para pacientes com câncer. Diversos procedimentos cirúrgicos foram realizados esporadicamente desde a antiguidade, mas somente a partir da segunda metade do século XIX, passaram a ter destaque (61). Os procedimentos além de serem altamente invasivos, eram mais radicais e mutiladores. Mas, naquela época, esta era a única possibilidade de tratamento para a maior parte dos pacientes com câncer e salvou milhares de vidas (61).

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 dos pacientes oncológicos. A mudança mais significativa foi a mentalidade do cirurgião que hoje não trata sozinho o paciente (61).

Nos últimos anos, o papel da cirurgia foi sendo ampliado, passando a contribuir também para a prevenção do câncer. Procedimentos cirúrgicos fazem parte do tratamento inicial de cerca de 75% dos pacientes com câncer. No geral, cerca de 90% dos pacientes, em algum momento, necessitarão de alguma cirurgia para o diagnóstico, tratamento ou suporte para outras terapias (61).

De acordo com estimativas feitas pelo próprio Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 741/2005, 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 TCU em 2011, apenas 9% do total de recursos destinados à Oncologia são designados para procedimentos cirúrgicos (13).

A falta de recursos afeta diretamente a estrutura do sistema disponível para fazer atendimentos cirúrgicos oncológicos. Apesar dos 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 (13).

De acordo com dados fornecidos pelo Inca, o TCU estimou que a estrutura disponível do SUS só conseguiu atender efetivamente 46,8% de todos os pacientes que efetivamente necessitam de cirurgia oncológica, por exemplo (13). Vale ressaltar que essas dificuldades são crônicas: desde 2005, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - Nota Técnica nº 26 sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica - constata que "atualmente um dos grandes problemas de assistência oncológica é a melhoria do acesso à cirurgia oncológica".



O subfinanciamento também se reflete na ausência de inovação e procedimentos mais seguros para os pacientes e possivelmente menos custosos, no longo prazo, para o sistema de saúde. Enquanto em outros países houve um avanço na incorporação de novas tecnologias, como a laparoscopia e a robótica, essa ainda não é uma realidade para muitos pacientes do sistema público de saúde (61). 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 (62).

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR



- 1.** Rede devidamente qualificada e suficiente para atender a demanda de cirurgias oncológicas com qualidade, agilidade e financiamento adequado;
- 2.** Incorporação da cirurgia robótica e cirurgia oncológica pela via laparoscópica nos centros de referência do SUS, com financiamento adequado;
- 3.** Execução de mais estudos clínicos sobre o desenvolvimento de técnicas inovadoras à cirurgia oncológica, alcançando assim melhores desfechos para os pacientes.
- 4.** Registro de informações referentes aos resultados das cirurgias oncológicas realizadas no país, para aprimoramento contínuo dos dados por instituição.





1. Proposta

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

2. Proposta

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

3. 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 no setor público e privado para pesquisas multicêntricas para a cirurgia oncológica no Brasil;
- Articulação junto à sociedade médica para o fortalecimento dos programas de residência em cirurgia oncológica.

4. 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;
- Criação do Atlas da Cirurgia Oncológica no Brasil.



ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME

SITUAÇÃO ATUAL



As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) são insumos utilizados na saúde e relacionados a uma intervenção médica ou odontológica, podendo ser com finalidade diagnóstica ou terapêutica. Em geral, não há uma definição objetiva e padronizada para as classificações das OPMEs, sendo este termo muitas vezes utilizado para classificar dispositivos médicos de valor mais elevado (63). Segundo a RN.º 428/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente em um membro, órgão ou tecido e órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie nas funções de um membro, órgão ou tecido (29).

Em Oncologia, próteses e órteses são comuns em osteosarcomas, neoplasias gastrointestinais, câncer de mama, por exemplo. Muitas vezes compreendem produtos como prótese mamária, bolsas de colostomia, próteses ortopédicas e de auxílio de locomoção (64).

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 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 (64).

Esse gargalo tem sido discutido ativamente pela ANVISA. Em documento oficial do Conselho Nacional de Saúde, 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 (64). Até o momento, a principal parceria formada foi com relação à troca de conhecimento entre servidores, o INMETRO e 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 (65). 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. Isso 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 (65).



Um fator agravante é que o Brasil não conta com diretrizes de indicação para o uso de tipos específicos de órtese ou prótese. Isso significa que não há indicações de como a escolha deva ser feita pelo gestor, apesar de que a preocupação central deva 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) (64, 66).

Na teoria, o preço deve ser observado, mas não pode ser determinante para a escolha do produto, pois o valor não corresponde à qualidade de uma órtese ou prótese. O sucesso do tratamento depende de outros fatores, como é o caso da interação dessa órtese ou prótese com o organismo do indivíduo (64, 66). Contudo, na prática, o subfinanciamento do setor impossibilita que haja a escolha de dispositivos de acordo com a sua qualidade, uma vez que preço ainda é o grande fator de escolha para a compra.

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Padronização da qualidade e preços de órteses, próteses e materiais especiais em Oncologia;
2. Pacientes oncológicos com acesso integral a órteses e próteses com segurança e qualidade;
3. Cobertura por parte dos planos de saúde da disponibilização de órteses e próteses para pacientes oncológicos.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Implementação do Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) do Ministério da Saúde nos estabelecimentos de saúde;
- Solicitar à ANVISA e INMETRO um estudo de adequação para procedimentos de registro, testagem, controle de qualidade e risco de utilização das órteses e próteses;
- Recomendar ao Ministério da Saúde e ANVISA providências para instituir a notificação compulsória das reações adversas oriundas de órteses e próteses, com registro identificando a causa;
- Recomendar a 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.



2. Proposta

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

3. Proposta

- Propor à ANS que inclua no rol de procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde a dispensação de órteses, próteses e materiais especiais que sejam essenciais para a qualidade de vida e sobrevivência de pacientes oncológicos.



ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

SITUAÇÃO ATUAL



Estima-se que 3% dos casos de câncer ocorrem em crianças e adolescentes (menores de 19 anos de idade). No mundo, cerca de 200.000 crianças e adolescentes são diagnosticados com câncer anualmente. Destas, 80% vivem em países de baixa e média renda, onde ocorre 90% das mortes por câncer em pediatria. Os poucos dados de Registros de Câncer de Base Populacional nestes países dificultam o entendimento sobre a epidemiologia do câncer em crianças (67).

Os problemas da Oncologia pediátrica, como diagnóstico tardio, alta taxa 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 (68).

O câncer em idade pediátrica acomete anualmente cerca de 12.500 brasileiros e, atualmente, é a segunda causa de morte nesta faixa etária, ficando atrás apenas das causas externas, como acidentes e homicídios (4, 5). Considerando 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% (69).

No Brasil, o câncer na infância e adolescência não tem sido plenamente entendido como uma demanda específica e com particularidades. Embora tenhamos avançado com apoio do INCA, Ministério da Saúde e CONSINCA, as políticas públicas ainda não atendem plenamente as especificidades relacionadas a esse tipo de câncer. Isso acontece porque políticas que podem ser eficazes para determinadas neoplasias não atendem as especificidades de pacientes menores de 19 anos (70, 71). 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 (42).

Outro problema grave e crônico é o desabastecimento de medicamentos essenciais, que há quase dez anos acomete brasileiros de qualquer estrato social e idade há quase 10 anos. Esse cenário ocorre por dois principais motivos. O primeiro é a falta de interesse de produção comercial desses fármacos (72). 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 (72, 73). 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 tem responsabilidade de dar apoio à assistência farmacêutica nacional (74, 75, 76).

Já o segundo fator que dificulta a regularidade de distribuição de tratamento é relacionado à própria capacidade de coordenar a compra de medicamentos centralizadas pelo Ministério da Saúde. Em 2017, devido a um desabastecimento internacional de L-asparaginase, indicada para leucemia linfóide aguda em crianças, o MS adquiriu de forma emergencial o medicamento, porém com procedência e qualidades duvidosas (77, 78). Já em 2019, com nova administração do Ministério da Saúde, outro desabastecimento ocorreu, envolvendo cerca de 130 medicamentos (79, 80).

Agravando este cenário, vale ressaltar que poucos foram os novos medicamentos que surgiram para o tratamento do câncer infanto-juvenil nas últimas décadas, se comparado a dezenas de lançamentos de produtos para tratar neoplasias em adultos (81). 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 (72). Felizmente, algumas opções têm recentemente entrado no mercado e, apesar do alto custo, podem trazer grandes benefícios ao público infanto-juvenil, mudando o desfecho do tratamento. Todavia, o acesso a esses medicamentos acontece apenas por via judicial.

Há também uma falta de priorização desse grupo de pacientes nas políticas públicas, dificultando, assim, o acesso ao tratamento. A jornada do paciente possui barreiras desde o início: há dificuldade para os profissionais de saúde identificarem e encaminharem de forma ágil os pacientes, muito pela demora nos exames. Esse prolongamento impossibilita o início do tratamento em tempo oportuno, assim como cuidados paliativos. Há também uma falta de monitoramento e acompanhamento sistemático de pacientes, impossibilitando estudos de vida real, que poderiam embasar decisões e novas políticas públicas (82).

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Câncer infanto-juvenil reconhecido como uma prioridade de saúde pública;
2. Implementação de encaminhamento ágil de crianças e adolescentes com suspeitas de câncer para realização de exames – em até 7 dias no caso de tumores sólidos, e encaminhamento imediato, no caso de leucemias – e para o tratamento em tempo oportuno nos casos confirmados;
3. Facilitação dos meios de avaliação, pelas instâncias responsáveis, para a incorporação no SUS de medicamentos oncopediátricos;
4. Uso de parâmetros específicos de estadiamento para menores de 19 anos, permitindo a comparação de dados entre os diferentes centros (nacionais e internacionais);
5. Comissões de Cuidados Paliativos pediátricos nos hospitais habilitados e acesso aos Cuidados Paliativos em todas as etapas do tratamento;



6. Monitoramento e documentação periódica da evolução do cuidado em Oncologia pediátrica para decisão de políticas públicas.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Mobilização junto ao Ministério da Saúde com a finalidade de alterar a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS, objetivando colocar a pauta pela atenção ao câncer infanto-juvenil nas ações e programas para o câncer, assim como integrá-la no seu planejamento estratégico;
- Discutir junto ao governo federal a adesão do Brasil à campanha da OMS “Nenhuma Criança Deve Morrer de Câncer”, que tem como meta alcançar até 2030 a taxa de 60% de sobrevivência para as crianças com câncer, vivendo nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Com essa iniciativa, estima-se que cerca de um milhão de vidas sejam salvas até 2030;
- Garantir, por meio de legislação e também por meio da ANVISA, que o Ministério da Saúde tenha processos para fiscalização da qualidade dos medicamentos fornecidos no tratamento do câncer em pediatria, prioritariamente quando realizada a importação emergencial;
- Garantir a informação de qualidade aos profissionais de saúde, pacientes e juizes, visando evitar a judicialização de tratamentos desnecessários por meio da interação contínua do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário. Uma vez que o acesso a esses medicamentos nem sempre acontece com a melhor indicação e/ou no melhor momento do tratamento;
- Discutir proposta de compra centralizada de medicamentos para Onco-Pediatria de tipos mais prevalentes. Recomenda-se que seja feita uma priorização sobre quais seriam os mais essenciais para fornecimento pelo Ministério da Saúde;
- Discutir junto ao Ministério da Saúde sobre as perspectivas de fomento à produção por parte dos laboratórios públicos de medicamentos que estão em desabastecimento por desinteresse comercial, com rigoroso controle de qualidade;
- A curto prazo, adequar periodicamente a remuneração dos centros de tratamento por meio da atualização dos valores APAC, uma vez que o câncer infantojuvenil requer longos e complexos tratamentos;
- Fiscalizar as compras de excepcionalidade para garantir a transparência nos processos.

2. Proposta

- Mapeamento dos gargalos principais que impossibilitam o encaminhamento em tempo oportuno dos pacientes oncopediátricos;
- Estabelecer junto às Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde e INCA, um fluxo-modelo que garanta o encaminhamento ágil para um centro de referência do tratamento de câncer pediátrico;
- Pautar e discutir com governos estaduais a formação de centros regionais para diagnóstico precoce de câncer no SUS, garantindo os exames de patologia clínica, anatomia patológica, imuno-histoquímica, biologia molecular, pesquisa de marcadores e exames de imagem;
- Criar e disponibilizar um painel online com o tempo médio de espera por tipo de câncer infantojuvenil, por estabelecimento de saúde e por Estado;
- Estimular, por meio de campanhas de comunicação, a educação de médicos e da população



sobre os sinais e sintomas do câncer pediátrico, visando garantir o diagnóstico precoce na criança e adolescente;

- Discutir junto ao Ministério da Saúde formas de incentivos para minimizar as diferenças regionais da linha de cuidado, além de estimular encaminhamentos para que o tratamento seja feito em locais com especialistas e número mínimo de casos;
- Fornecer capacitações e acordar com as secretarias de saúde sobre os protocolos de tratamento validados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE) e direcionar todos os pacientes com menos de 19 anos aos centros especializados;
- Criação de uma rede de notificação de desabastecimento de medicamentos entre secretarias de saúde, centros especializados e associações de paciente infanto-juvenil.

3. Proposta

- Incorporação e oferta de tratamentos já aprovados para adultos, à população pediátrica. Recomenda-se que essa avaliação seja feita a partir de estudos científicos publicados, comprovando a eficácia e segurança para o câncer infanto-juvenil, a exemplo dos inibidores de tirosina-quinase de segunda e terceira geração.

4. Proposta

- 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).

5. Proposta

- Fortalecer discussões e ações junto aos gestores federais e estaduais relacionadas à Resolução CIT n.º 41/2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados e integrados, no âmbito SUS;
- 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 de qualidade de vida da criança, com alívio da dor e outros sintomas físicos, bem como apoio às necessidades e expectativas espirituais e psicossociais.

6. 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 infanto-juvenil no Brasil;
- Promover a coleta de dados relacionados ao tratamento e desfecho e das crianças e adolescentes;
- Fomentar e apoiar estudos clínicos sistematizados e randomizadas para o câncer infanto-juvenil, a exemplo dos trabalhos desenvolvidos pelo GBTLI (Grupo Brasileiro para Tratamento da Leucemia Linfóide Aguda).



TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

SITUAÇÃO ATUAL



O Brasil possui um dos maiores bancos de doadores de medula óssea de financiamento público do mundo, gerido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e que subdivide em dois eixos: o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) e o Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea (REREME). Atualmente, nessas plataformas, estão cadastrados 4,8 milhões potenciais doadores e 850 pacientes estão em busca de um doador não aparentado (de outro indivíduo que não seja da família) (83).

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 (84). 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 (85). 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 (86).

Com potencialização das campanhas e um maior número de pessoas no banco de doadores, houve um aumento significativo ao longo dos anos do procedimento. Segundo o Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea (REREME), em 2008 foram realizados 136 transplantes de medula óssea não aparentados. Dez anos depois, em 2018, quase triplicou, chegando a 378 procedimentos realizados (87).

Apesar do aumento desses procedimentos no território brasileiro, assim como outras estruturas em Oncologia, a maior parte dos transplantes de medula óssea (TMO) é realizada no Estado de São Paulo, de acordo com a Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO) e do 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 (88).



Além disso, dos 204 centros disponíveis para TMO, apenas 42 realizam TMO não aparentado, com uma má distribuição desses estabelecimentos no território nacional. Destes 42 estabelecimentos, 32 (72%) estão localizados na região Sudeste - não há hospitais habilitados para o procedimento na região Norte (89).

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 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 (90).

Outro ponto relevante se refere aos sistemas de informações do SUS, responsáveis pelo referenciamento e agendamento de procedimentos. Atualmente, 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 a atual (91). Faltam dados de desfecho nos transplantes realizados, que deveriam ser exigidos para manutenção do credenciamento.

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Descentralização e expansão geográfica de hospitais habilitados;
2. Garantia de tratamento integral para o paciente pós-transplante;
3. Melhoria na assistência aos pacientes, familiares e doadores que precisam de tratamento fora de seu território;
4. Disponibilização anual de dados quanto aos TMO realizados no país, detalhando os desfechos por centro de tratamento.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- 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 na busca por habilitação para TMO nos hospitais sob sua jurisdição.



2. Proposta

- Promover a transdisciplinaridade entre os profissionais de saúde para impulsionar atenção e prioridade à saúde;
- Promover a discussão sobre a inclusão, no SUS, de medicamentos necessários ao pós-transplante, junto aos órgãos competentes do Ministério da Saúde e deliberações da Frente Parlamentar em Prol da Luta Contra o Câncer, da Câmara de Deputados;
- Ampliar leitos em locais onde estiverem equipes qualificadas e melhores resultados.

3. Proposta

- Exigir amparo financeiro do governo às casas de apoio para acolhimento de pacientes e familiares em tratamento fora de seu território;
- Garantia de auxílio financeiro 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 Ambulatoriais (SIA);
- Promoção de auditorias e fiscalização sobre a qualidade do atendimento às famílias para embasar a tomada de decisão sobre potenciais melhorias pelas gestões estaduais.

4. Proposta

- Monitorar os dados dos transplantes de medula óssea realizados no Brasil, incluindo região, Estado, Município de residência e Município de tratamento por tipo de câncer, por meio dos sistemas de informação em saúde;
- 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 nos sistemas de saúde. 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 (92, 93, 94).

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 (95). 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 (9). 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 (10).

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 – culminando 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 (96, 97).

A PNH estabelece diretrizes para que os órgãos públicos e as instituições de saúde pudessem se orientar para implantar uma política na qual a atenção ao paciente fosse centralizada e, que mais importante, o usuário do SUS tenha ciência dos seus direitos e fossem ouvidos pelos profissionais de saúde e gestores (97).

No cenário atual, entretanto, esta humanização tem sido desafiada frente aos gargalos estruturais do sistema que impedem um atendimento qualificado. Filas de espera, desabastecimento e superlotação de estabelecimentos de saúde têm desafiado gestores e até mesmo pacientes a retomar o desenvolvimento conjunto de serviços de qualidade. O reflexo disso, na prática, é uma desigualdade. Onde há instituições que têm mais recursos disponíveis consegue-se efetivar serviços mais humanizados, do que aqueles que enfrentam dificuldades financeiras (98, 99).



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 perceber 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) (100, 101).

Para isso, a efetiva implantação da Política Nacional de Humanização é, portanto, fundamental para nortear as ações nas instituições de saúde e poder assegurar que o paciente com câncer seja atendido em sua totalidade. Criar condições para desenvolver empatia, fortalecer vínculos, estabelecer diálogo e uma comunicação efetiva contribui para a promoção da saúde (97, 101). Além disso, olhar para os aspectos emocionais do paciente, enxergar o indivíduo em toda a sua potencialidade, melhorar o ambiente e as relações nas instituições de saúde é essencial para oferecer um atendimento, de fato, humanizado. Nesse sentido, é importante que tanto a tecnologia quanto os cuidados técnicos sejam aliados às práticas humanizadas, atendendo as singularidades de cada indivíduo (97, 101).

Cumprir a PNH é, para além de garantir direitos ao paciente, avançar em direção a um sistema de saúde equitativo e igualitário (97). Sendo assim, acredita-se que a humanização não só está na base da cultura organizacional, como também permeia todo o processo de assistência e de cuidado, desde o momento do diagnóstico até o término do tratamento.

ONDE QUEREMOS CHEGAR



- 1.** Implementar na cultura organizacional das instituições de saúde as diretrizes e os dispositivos da Política Nacional de Humanização: Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários;
- 2.** Incorporar as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC);
- 3.** Paciente empoderado para participar ativamente dos processos de decisão em relação ao seu tratamento.





1. Proposta

- Inserir a Política Nacional de Humanização (PNH) no planejamento estratégico das instituições de saúde;
- Desenvolver ferramentas que colaborem com a disseminação dos conceitos da humanização nas instituições de saúde;
- Contribuir para que os profissionais das instituições de saúde realizem capacitação constante em relação às diretrizes de humanização;
- Propor ao governo a ampliação das disciplinas relacionadas aos conceitos da humanização na formação dos profissionais e gestores de saúde e de políticas públicas;
- Fomentar o uso de estratégias de comunicação que priorizem a relação médico, paciente e familiares.

2. Proposta

- Influenciar o governo, a partir da articulação e esforços dos setores da sociedade civil, para propor à Secretaria de Atenção Especializada e 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. 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



Cuidados Paliativos consistem em uma assistência com o objetivo de promover melhorias na qualidade de vida de pacientes e familiares que se encontram diante de uma doença potencialmente fatal. Essa atividade é realizada por meio da identificação precoce dos indivíduos elegíveis e o desenvolvimento de uma avaliação clínica completa, contemplando prevenção, alívio do sofrimento e tratamento de sintomas, que incluem os físicos, sociais, psicológicos e espirituais (102, 103).

Recomenda-se que a abordagem da equipe de Cuidados Paliativos seja iniciada desde o momento do diagnóstico de uma doença que ameace a vida, seja ela aguda ou crônica. As ações do cuidado devem ser adaptadas às necessidades dos pacientes e familiares em cada fase da doença (na progressão e na terminalidade) (104).

Desta forma, os Cuidados Paliativos 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 (105). Para esse atendimento e suporte, uma equipe especializada e multiprofissional é necessária, incluindo médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, capelão, entre outros (106).

Esses cuidados não se baseiam em protocolos, mas sim 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. Desta forma, deve-se considerar o processo de morte como normal e inerente à vida, não acelerando ou adiando o processo de morrer, e oferecendo suporte continuado à familiares e cuidadores, incluindo a fase do luto (107).

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 (108).

Embora a taxa de pacientes inseridos em Cuidados Paliativos para cada 100 mil habitantes esteja concentrada em países de alta renda, 78% dos pacientes que necessitam dessa assistência vivem nos países de média/baixa renda (48). Calcula-se que 40 milhões de pessoas teriam indicação, porém apenas 8% recebem de fato esse cuidado (104, 105).



No Brasil, a prática de Cuidados Paliativos teve seu início na década de 90 e nos últimos anos vem ganhando espaço de atuação e reconhecimento. Temos atualmente um serviço de Cuidados Paliativos para quase dois milhões de brasileiros. Segundo informações preliminares do ATLAS da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), existem atualmente 177 equipes cadastradas com uma grande concentração na região sudeste (58%). Do total, 116 (66%) atendem pacientes do SUS, 128 (72%) atuam em ambiente hospitalar, 17 (10%) fazem atendimento domiciliar e 9 (5%) atendem em hospícios (unidades próprias para o cuidado paliativo) (109).

Isto significa que os serviços dessa prática tão importante ainda são insuficientes no Brasil (109). Um estudo apresentado pelo The Economist Intelligence Unit, em 2015, aponta que a capacidade atual do Brasil de oferecer Cuidados Paliativos é de 0,3%. Em relação à qualidade dos Cuidados Paliativos oferecidos à população, entre oitenta países, o Brasil ficou em 42º lugar, estando abaixo de outros países da América Latina (110).

Recentemente 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 Cuidados Paliativos de maneira continuada e integrada no âmbito do SUS (111). Por ser uma prática relativamente nova no Brasil, a principal meta será a sua efetiva implementação e regulamentação, em todos os níveis da assistência pública ou privada (109, 112). Da mesma forma, existe uma escassez de dados nacionais que amparem o desenvolvimento da especialidade no Brasil. Não existem parâmetros oficiais para calcular a demanda de Cuidados Paliativos e, embora possamos dispor de referências internacionais, é recomendação da Organização Mundial da Saúde que este tipo de assistência seja adaptada à realidade de cada país (105).

Outro gargalo é que o ensino superior dos profissionais de saúde não engloba a temática dos Cuidados Paliativos de forma estruturada. Em decorrência disso, verifica-se que os profissionais atuam nesta área, sem necessariamente obterem uma formação adequada. Um dos aspectos da inexperiência do profissional está relacionada à falha na avaliação da dor, podendo levar ao subtratamento desses pacientes e ser ineficaz no alívio do sintoma (113).

Além disso, quando o profissional de saúde não compreende o conceito de dor total, 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 família, angústia, culpa, perda de posição social, trabalho ou família, associado com a diminuição de efetividade do opioide, principalmente pelo avanço da doença (114).

Sendo assim, embora diversos estudos tenham demonstrado os benefícios dos Cuidados Paliativos na melhora da qualidade de vida, satisfação do cuidado e redução nos níveis de depressão, esta assistência ainda é incipiente e realizada tardiamente, o que agrava a imagem negativa de pacientes, familiares e cuidadores, caracterizando-se em um dos principais desafios desta assistência (115).



ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos em todos os pontos da rede de atenção à saúde;
2. Que toda pessoa com câncer tenha acesso aos Cuidados Paliativos e sua assistência inclua os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais;
3. Profissionais capacitados para atuar na área de Cuidados Paliativos;
4. População brasileira ciente dos objetivos dos Cuidados Paliativos e que este é um direito dos pacientes com câncer.

COMO FAREMOS



1. 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 o oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte, junto ao Executivo e Legislativo.

2. Proposta

- Incluir os Cuidados Paliativos o mais precocemente possível no tratamento do paciente, juntamente com o tratamento modificador da doença e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;
- Garantir o desenvolvimento de protocolos e diretrizes clínicas que garantam a disponibilidade de tratamentos e medidas eficazes para o controle impecável da dor e demais aspectos relacionados à doença e ao tratamento.

3. Proposta

- Fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de Cuidados Paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;
- Ofertar educação permanente em Cuidados Paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS.

4. Proposta

- Promoção de rodas de discussão e eventos no cotidiano dos pacientes e sua família para a afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;
- Reforçar alianças com entidades e todas as instâncias relacionadas aos Cuidados Paliativos;
- Promover atividades, discussões e notícias que auxiliem no processo de divulgação dos Cuidados Paliativos, bem como a divulgação de conteúdo específico dentro do Radar TJCC, por meio de informações esclarecedoras e informativas para população, incentivando a participação ativa da sociedade no processo de implementação das diretrizes.



SAÚDE DA MULHER

SITUAÇÃO ATUAL



A partir do diagnóstico epidemiológico da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com 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 incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher para o câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional (116).

Segundo as últimas estimativas do INCA, os tipos de câncer mais incidentes para o sexo feminino, com exceção do câncer de pele não melanoma, são os: de mama (60 mil novos casos/ano); de cólon e reto (19 mil novos casos/ano) e de colo do útero (16 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 de colo do útero (116).

Sabe-se que pelo menos um terço dos novos casos poderiam ser prevenidos, por meio de mudanças de estilo de vida e do diagnóstico precoce de lesões pré-malignas (4). Pensando nisso, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2011-2022), que inclui como prioridade o controle e rastreio do câncer de mama e de colo de útero. O documento estabelece metas com foco no: (i) aumento para 70% do acesso à mamografia de mulheres entre 50 e 69 anos; (ii) aumento para 85% da execução do exame preventivo de câncer de colo de útero (papanicolaou) em mulheres de 25 a 64 anos (14).

Felizmente, de acordo com dados do monitoramento do cumprimento de metas do Plano, houve aumento dos índices de exames preventivos realizados nas faixas etárias preconizadas pelo Ministério da Saúde. Em mulheres entre 50 e 69 anos, houve a ampliação da cobertura nacional de mamografia de 54% em 2010, para 60% em 2013; e em mulheres de 25 aos 64 anos, o aumento do exame preventivo de câncer de colo de útero (papanicolau) de 78% em 2010 para 79,4% de 2013 (117). Apesar desse avanço, alguns gargalos no provimento desses exames continuam.

No Brasil, as taxas de mortalidade da doença permanecem elevadas, pois cerca de 60% das mulheres recebem o diagnóstico tardio e em estágios avançados (5). A última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimou que 40% das mulheres brasileiras, entre 50 e 69 anos, não haviam realizado mamografia de rastreamento nos últimos dois anos anteriores ao inquérito. Ao passo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que pelo menos 70% das mulheres, nesta faixa etária, estejam cobertas pelo rastreio (118).



O desafio, no entanto, não está relacionado à indisponibilidade da infraestrutura física para exames, mas sim na sua distribuição geográfica. Pesquisa realizada em 2018 pelo Observatório de Oncologia mostrou que o Brasil dispõe de 5.688 mamógrafos, sendo que 2.601 (46%) servem ao Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde preconiza a disponibilidade de um aparelho para cada 240 mil habitantes, assim sendo, a necessidade de mamógrafos no Brasil é correspondente a 869 equipamentos. Ou seja, o número de equipamentos existentes é 6,5 vezes maior do que o necessário (119). Contudo, dos equipamentos disponíveis no SUS, 18% estão nas capitais do país, além disso, a região Sudeste conta com 39% dos aparelhos instalados (119).

A última PNS realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013 corrobora com dados do DataSUS, no qual apenas o Estado de São Paulo atende aos parâmetros de cobertura (74%) de mamografia, enquanto boa parte dos aparelhos disponíveis em outros Estados (Maranhão, Pará, Rondônia, Acre e Amapá) apresentam baixa produtividade, não atingindo nem 40% das mulheres na faixa etária recomendada (118, 119).

Já com relação ao câncer de colo de útero, a taxa de mortalidade aumentou possivelmente devido à baixa cobertura do exame de Papanicolau. Dentre as mulheres que não realizam o exame, quase 50% delas relatou não ver necessidade na realização do procedimento. Atualmente, as unidades federativas com maior proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que referem ter realizado Papanicolau nos últimos 3 anos são Roraima (85%), São Paulo (84%), Espírito Santo (82%) e Santa Catarina (82%), e com menor proporção são Alagoas (54%), Paraíba (64%), Mato Grosso (72%) e Ceará (72%) (46)

Além da cobertura do Papanicolau, outros fatores importantes a serem considerados para o rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas são: qualidade dos exames citológicos, acesso a biópsias e colonoscopias. Outro ponto importante para a prevenção desta condição é a vacinação, uma vez que o câncer de colo de útero tem como uma de suas principais causas a infecção persistente pelo HPV de alto risco. Convém lembrar que, desde 2014, a vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) faz parte do Plano Nacional de Imunização (PNI-SUS), cobrindo meninas de 9 a 13 anos e, a partir de 2017, meninos na mesma faixa etária (120, 121).

O acesso ao tratamento do câncer também deve ser colocado em consideração. Pacientes relatam uma lista de espera nos serviços para a consulta com o oncologista e a consequente liberação da quimioterapia e a realização da cirurgia. Além disso, um intervalo de tempo longo entre o fim da quimioterapia e a cirurgia, no caso do câncer de mama (122).

Nesse contexto fica claro que, apesar de avanços notáveis, ainda é necessário promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres com câncer, mediante a garantia de acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação do câncer em todo o território brasileiro. Por fim, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina por câncer passa por ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Brasil.



ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Redução da incidência, morbidade e mortalidade por câncer em mulheres;
2. Implementação total da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em âmbito nacional;
3. Melhoria da qualidade dos exames realizados e da manutenção dos equipamentos;
4. Controle e redução do câncer de colo uterino, uma neoplasia altamente prevenível;
5. Encaminhamento ágil e adequado de mulheres com exames alterados, tanto mamografias quanto Papanicolau.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Promover discussões, principalmente no Congresso Nacional, sobre como melhorar as condições de saúde das mulheres do Brasil;
- Elaboração de relatórios e eventos que discutam a garantia de acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação do câncer em todo o território brasileiro;
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Brasil.

2. Proposta

- Fortalecer os direitos das mulheres no campo da saúde, por meio da promoção de eventos, campanhas e audiências públicas no legislativo;
- Possibilitar a participação de organizações de defesa da saúde da mulher em instâncias consultivas e/ou de controle social;
- Acompanhar a implementação da PNAISM, junto ao Ministério da Saúde e à Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, estabelecendo metas e desenvolvendo relatórios sobre os gargalos atuais.

3. Proposta

- Verificar a necessidade e dar preferência de distribuição dos aparelhos existentes nas regiões com menor cobertura, em relação à quantidade suficiente preconizada pelo Ministério da Saúde;
- Elaborar relatórios e promoção de 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. Proposta

- Realização de campanhas e eventos para aumentar a informação sobre o teste de HPV utilizado para rastreamento de lesões pré-cancerosas;
- Promoção de campanhas de conscientização para ampliar a cobertura vacinal contra HPV para 90% de meninas e meninos, na faixa etária de 9 a 13 anos, conforme recomendação da OMS;
- Conscientizar as mulheres para a necessidade e importância da realização do Papanicolau;
- Aumentar a cobertura dos exames de Papanicolau, entre 25 e 64 anos;
- Fortalecer a Rede de Instituições Nacionais de Câncer da América Latina e Caribe (RINC-ALC) e da OMS, até 2030.

5. Proposta

- Aprimorar os fluxos de regulação para ágil acesso à rede de tratamento próxima 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 os próximos passos da sua jornada de tratamento.



SAÚDE DO HOMEM

SITUAÇÃO ATUAL



A cultura do cuidado com a saúde, no Brasil, difere muito entre homens e mulheres. Pesquisas e estudos da saúde do homem vêm ganhando destaque nas discussões de políticas públicas nos últimos anos devido às elevadas taxas de mortalidade e morbidade que afetam esse grupo, assim como a sua baixa procura pelos serviços de saúde (5, 123). A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Além disso, quando comparado com as mulheres, o tempo de vida deles é 7,5 anos menor (5, 124).

Dados divulgados em 2015 pelo 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 36,4% das mortes; seguido de doenças do aparelho circulatório (17,7%) e neoplasias (11,9%) (5, 125).

Com relação ao cenário oncológico, um dos principais focos é o câncer de próstata e pulmão – dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) indicam que esses são os mais incidentes entre a população masculina (4, 5). Ambos são preveníveis e detectados precocemente, mas a ausência de acompanhamento periódico do público masculino dificulta a detecção e tratamento precoce.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde publicou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A portaria considera a singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, e por isso aponta princípios para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis (126, 127).

O objetivo da PNAISH é facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. A principal diretriz é qualificar a saúde da população masculina na faixa etária entre 20 e 59 anos, oferecendo diagnóstico precoce e prevenção de doenças cardiovasculares, cânceres e outras doenças crônicas, beneficiando 27% da população total e 56% da população masculina (126, 127). Para isso, foram criadas as Portarias nº 3.209/2009 (128) e nº 1.008/2010 (129) que se propõem a viabilizar, em termos financeiros, as ações dos Estados e Municípios voltadas à saúde do homem.

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. A lei prevê ainda a sensibilização de profissionais de saúde por meio da capacitação e da reciclagem, em relação aos novos avanços nos campos da prevenção e da detecção precoce da doença (130).



Ambas 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, entre 2008 e 2016, os tratamentos relacionados a esse tipo de câncer aumentaram drasticamente, sinalizando por um lado a importância da conscientização da população. Procedimentos de hormonioterapia aumentaram em 80%, os procedimentos de radioterapias aumentaram em 65%, as cirurgias em 50% e as quimioterapias resistentes à hormonioterapia em 159% (131).

A evolução positiva e de conscientização do câncer de próstata evidencia a importância do estímulo constante das campanhas e o acesso à detecção precoce. Ainda assim esse tipo de comunicação e iniciativas devem ser consideradas para outros tipos de neoplasias incidentes neste grupo. Para isso, a prestação de contas da evolução de metas relacionadas à saúde do homem pelo Poder Público é essencial para fazer aprimoramentos às políticas existentes, assim como aprofundamento de campanhas e ações de outros tipos de câncer, como o de pulmão, por exemplo.

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem;
2. Conscientizar a população sobre os fatores de risco relacionados às neoplasias masculinas;
3. Diminuir a mortalidade por câncer na população masculina.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Verificar trimestralmente, junto ao Ministério da Saúde, o andamento do plano operativo da PNAISH e sua retomada caso seja verificada uma paralisação;
- Promover discussões relacionadas ao estabelecimento de metas de rastreamento e detecção precoce de neoplasias mais prevalentes no público masculino;
- Realizar pesquisa para verificar, junto aos Municípios, o nível de conhecimento das gestões sobre a PNAISH;
- Incentivar pesquisas epidemiológicas junto ao Ministério da Saúde para priorização de ações específicas em outras neoplasias para além da próstata, no caso do público masculino;
- Discutir junto ao Ministério da Saúde sobre os gargalos principais nas ações de detecção precoce dos cânceres mais prevalentes entre o público masculino.



2. Proposta

- Compilar os dados referentes às neoplasias masculinas por meio do INCA e disponibilizar um painel online com as incidências e as taxas de mortalidade por Estado;
- Engajar organizações e o governo na produção de informações acerca dos riscos para desenvolver as neoplasias masculinas;
- Campanhas de conscientização sobre as neoplasias masculinas em mídia de massa.

3. Proposta

- Investir em métodos e programas de rastreamento de neoplasias mais prevalentes 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.



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 (132).

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 (133), interrupções de ciclos programados, aumento de tempo de internação e a consequente redução da qualidade de vida do paciente (134). 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 (133, 135). Estima-se, por exemplo, que aproximadamente 20% das mortes de pacientes com câncer são secundárias à desnutrição (136).

Neste cenário, o uso de suplementação alimentar é fortemente recomendado como uma forma de manter a saúde do paciente e evitar as interrupções de tratamento (134). No Brasil, no entanto, o quadro de desnutrição de pacientes tem sido crônico e esse cuidado ainda não possui devida atenção nos serviços multidisciplinares do paciente oncológico. Estima-se que no Brasil o uso de terapia nutricional ocorre somente em 7% dos casos (136), por exemplo.

O estudo IBRANUTRI (2001), investigou 4.000 pacientes brasileiros internados acima de 18 anos, mostrando que a prevalência de desnutrição chega a 48%, - em pacientes oncológicos esse índice chegou a 66% (136). Em uma pesquisa realizada 12 anos depois pelo INCA (2013), esse quadro não se reverteu. Foram avaliados 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 pacientes das instituições pesquisadas. Mais da metade dos indivíduos referiu perda de peso não intencional superior a 3kg em um período de apenas 3 meses (137).

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 (138, 139). Entretanto, nos casos em que o paciente apresenta condições socioeconômicas desfavoráveis é necessário que o nutricionista realize encaminhamento para retirada da dieta via Secretaria Estadual da Saúde. A dispensação da dieta especializada pode levar até 40 dias para o paciente iniciar a terapia nutricional prescrita, comprometendo ainda mais seu estado nutricional.

Se por um lado o fornecimento deste cuidado tende a sofrer resistências por causa da falta de recursos por parte do Poder Público, por outro a própria falta de atenção com esse cuidado nutricional se reflete em custos maiores para o sistema de saúde e maior permanência hospitalar do paciente (140).



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. (135, 141).

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Inclusão de forma específica para a garantia de nutrição especializada na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), garantindo o acesso integral de tratamento nutricional em tempo oportuno;
2. Acesso ao tratamento nutricional de qualidade na saúde suplementar com as melhores opções terapêuticas possíveis;
3. Decisão baseada em evidências e compartilhada entre médicos, nutricionistas e pacientes.

COMO FAREMOS



1. Proposta

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



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

2. Proposta

- Discutir com a ANS sobre 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;
- Criação, por meio da ANS, de diretrizes e protocolos mínimos relacionados à utilização de nutrição oncológica como forma de padronizar e garantir a qualidade do tratamento ao paciente.

3. Proposta

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



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. O Brasil hoje concentra mais de 300 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 desenvolverem a comunidade científica, incluir pacientes com características representativas da população brasileira aumenta a capacidade de entender como um novo medicamento se comporta em população com perfil tão heterogêneo quanto a nossa (142).

No entanto, o país tem perdido inúmeras pesquisas clínicas, tendo registrado queda no número de estudos nos últimos anos (143).

O principal fator responsável é o fato de o Brasil encontrar-se entre os países mais morosos no processo de aprovação de protocolos de pesquisa, demorando, em média, 12 meses para a aprovação de um novo estudo, tempo de 2 a 3 vezes superior à média de aprovação mundial. A lentidão na aprovação tem grande impacto na inclusão do Brasil nos estudos clínicos patrocinados por empresas farmacêuticas, perdendo espaço para outros países.

O processo de aprovação de pesquisas clínicas envolve duas etapas no Brasil: a aprovação técnica, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e a aprovação ética, que, para estudos com patrocinadores internacionais, é feita em duas instâncias – por um dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Esse processo de aprovação em três instâncias, única no mundo, gera entraves que fazem com que o Brasil não exerça todo o seu potencial de pesquisa clínica, apesar de ter um sistema de regulação e pesquisadores com capacidade científica e tecnológica.

Atualmente, não há lei que regulamente a realização de pesquisas clínicas no país, apenas um conjunto de normas infralegais, como resoluções e normativas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e ANVISA. Isso reflete, em alguns aspectos, normas de submissão de pesquisas clínicas pouco claras, por exemplo, com relação aos custos cobertos por patrocinadores e os decorrentes do atendimento ao paciente.

A análise dos processos demora longo tempo, podendo causar a exclusão de pacientes em protocolos competitivos, por falta de conhecimento e agilidade do processo. Além disso, mesmo após todos os testes necessários, alguns medicamentos podem ter o fornecimento prejudicado por dificuldade de registro após aprovação dos estudos clínicos (144).



A CONEP tem passado por diversas reestruturações, ainda ocorrem erros repetitivos de submissão, falta de clareza quanto às etapas em que o processo se encontra e quais os pontos a serem melhorados para que os processos tramitem de forma ágil. A ANVISA, por sua vez, aprovou a RDC nº 9/2015, estabelecendo novas regras para autorização de pesquisas clínicas com medicamentos no país, instituindo para análise de medicamentos o prazo de 90 dias, e para os de maior risco, de 180 dias, não sendo possíveis prorrogações (145).

Com relação à incorporação de novos medicamentos e produtos para a saúde, mesmo com o avanço da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) pela regulamentação da Lei nº 12.401/2011, ainda falta agilidade neste processo (146). O número de análises e aprovações aumentaram consideravelmente desde 2012, mas a quantidade de processos indeferidos ainda é bastante elevada, tendo como alegação a falta de comprovação científica e eficácia. Um processo de incorporação transparente e de fácil acesso durante as suas etapas contribuiria para visibilidade e adequação documental do que é submetido para a CONITEC.

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Ampliação do acesso dos pacientes aos estudos clínicos;
2. Análise ágil das pesquisas clínicas, tanto no Sistema Ético (CEP/CONEP) quanto na análise técnica (ANVISA);
3. Registro ágil de medicamentos oncológicos;
4. Rede de Pesquisa Clínica contra o Câncer, criada junto ao Ministério da Ciência e Tecnologia;
5. Capacitação de profissionais e instituições em Pesquisa Clínica;
6. Plataforma brasileira de divulgação dos estudos clínicos, com fácil acesso aos pacientes e equipe multidisciplinar;
7. Sociedade conscientizada sobre a importância da Pesquisa Clínica como uma possibilidade para o acesso a tratamento do câncer.

COMO FAREMOS



1. 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 entre eles possa ser um estímulo à participação de pacientes elegíveis;
- Compartilhar a gestão do recrutamento com toda a equipe multidisciplinar para difundir a informação dos estudos clínicos para os pacientes elegíveis.



2. Proposta

- Ações de advocacy para aprovação do Projeto de Lei (PL) 7082/2017, tanto na Câmara quanto na nova votação no Senado. O PL é originário do Projeto de Lei do Senado (PLS) 200/2015 e atualmente em tramitação na Câmara dos Deputados;
- Melhorar a transparência da Plataforma Brasil quanto aos estudos realizados para o tratamento do câncer, dando ampla visibilidade aos estudos registrados;
- Apoiar o processo de aprovação ética em apenas uma instância, nos CEP locais credenciados, e manter a CONEP em grau recursal e de fiscalização;
- Solicitar a divulgação do andamento dos processos em análise por meio do sistema de informação nacional, tornando possível o acompanhamento online dos prazos e maior transparência.

3. Proposta

- Fiscalizar se a análise dos medicamentos submetidos se mantém dentro das leis vigentes, sendo o prazo de 90 dias, e para os de maior risco, de 180 dias, não sendo possíveis prorrogações;
- Implantar estratégias para a transparência nos processos decisórios das instâncias deliberativas da ANVISA.

4. Proposta

- Criar Rede de Pesquisa Clínica contra o Câncer, com o foco nos avanços diagnósticos e terapêuticos oncológicos, que integrasse instituições de pesquisa nacionais e internacionais, com compartilhamento das tecnologias e das expertises de diversas áreas.

5. Proposta

- Capacitar 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 participação mais ativa no controle social sobre a Pesquisa Clínica, disponibilizando informações sobre as fases da pesquisa e seus respectivos objetivos.

6. Proposta

- Desenvolver plataforma semelhante ao Clinical Trials – 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.

7. Proposta

- Campanhas de conscientização sobre a Pesquisa Clínica, sua existência, como participar e a possibilidade de acesso a tratamento do câncer em mídia de massa;
- Engajar organizações e o governo na produção de informações acerca dos benefícios e riscos de participar de Pesquisa Clínica em mídias de Saúde.



VII. EDUCAÇÃO PERMANENTE



São poucas as políticas públicas relativas ao cuidado, à formação e atualização dos profissionais da saúde que atuam no SUS, como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros (147). Falta atenção à saúde dos profissionais para enfrentar as situações do cotidiano, tais como o excesso de trabalho e acúmulo de responsabilidades que acarreta na elevação do nível de estresse físico e mental, implicando no absenteísmo e alta rotatividade de pessoas. Todo este cenário apresenta uma ameaça não só para o profissional, mas também aos pacientes, pois pode-se refletir no atendimento prestado, e, conseqüentemente, na recuperação e satisfação (148).

Muitos estudos mostraram 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 (149). 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 em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), representando um marco para a formação e trabalho em saúde no país (150). 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.

Se preocupando em transpor os obstáculos da educação em Oncologia, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.550/14, instituindo o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON). Este programa foi criado para dar suporte, via incentivo fiscal, às ações e os serviços desenvolvidos por entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos que atuam no campo da Oncologia. Um dos intuitos principais é apoiar a formação, o treinamento e o aperfeiçoamento de recursos humanos – em todos os níveis (151).

O PRONON destaca o desenvolvimento de projetos de educação permanente e formação de recursos humanos direcionados a profissionais que atuem na área de saúde, em todos os níveis de atenção, especialmente:

- a)** Formação técnica na área de radioterapia;
- b)** Formação de nível superior na área de radioterapia (físico médico e radioterapeuta);
- c)** Educação permanente na área de Cuidados Paliativos;
- d)** Educação permanente na área de Oncologia Pediátrica.

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 prevenção, diagnóstico e tratamento, possibilitando um espaço de cooperação e aprendizado contínuo.

No país, nem todas as regiões dispõem de tratamentos adequados aos pacientes. 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 de a Oncologia não ser disciplina obrigatória nas graduações de saúde, aprofundando o problema latente que é a educação no campo. (152). Tendo em vista que o câncer é a principal causa de morte em 10% das cidades brasileiras, o conhecimento sobre a doença deve ser inserido nas grades curriculares e cursos de atualização em saúde (153).

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. Capacitação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com atendimento humanizado nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em Oncologia e Oncologia Pediátrica.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Capacitar profissionais de saúde de Oncologia no atendimento humanizado aos pacientes e seus familiares, para facilitar a interação profissional-paciente e melhorar o entendimento e convívio com a doença;
- Disponibilizar capacitações gratuitas por meio de ensino à distância, da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), do Onco Ensino e outras plataformas educativas acessíveis;
- Estimular a expansão do financiamento de programas, como Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), que incentivem a colaboração e ações de educação em saúde para o diagnóstico precoce e pesquisas relacionadas à Oncologia;
- Focar na capacitação de profissionais da saúde na rede primária de atendimento para prevenção e diagnóstico precoce de câncer, como: agente de saúde, dentista, médico de família, otorrinolaringologista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista;
- Recomendar inclusão de disciplinas que tratem de noções de Oncologia nas graduações de saúde. A universidade deve fornecer, na formação inicial do profissional de saúde, os conhecimentos necessários para rastreamento e prevenção de câncer;
- Capacitação em habilidades socioemocionais, visando a humanização, integralidade, gestão de stress, inteligência emocional, automotivação, empatia, relacionamento interpessoais e outros.



VIII. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE



O câncer também se combate com informação. Apesar de a comunicação sobre prevenção do câncer no Brasil ter se iniciado na década de 20, o que se vê ao longo de quase um século é que as ações de comunicação em Oncologia no Brasil evoluíram num ritmo lento, mesmo com crescente mobilização social nos últimos anos, especialmente considerando que conhecimentos sobre fatores de risco, prevenção, diagnóstico, tratamento adequado, adesão ao tratamento e direitos dos pacientes são de grande relevância para o empoderamento da população no enfrentamento da doença (154).

Em resposta aos questionamentos do Movimento TJCC, a assessoria de comunicação do Ministério da Saúde relatou que o trabalho de informação sobre o câncer fica a cargo do INCA (Instituto Nacional do Câncer). A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) determina a elaboração e a execução de estratégias de comunicação para difundir o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco, métodos de prevenção e de controle.

Orientando-se pela PNPCC, o Serviço de Comunicação Social do INCA prioriza divulgar informações de interesse público; facilitar o acesso às informações técnicas e científicas sobre o câncer, buscando desmistificar a doença; mobilizar o cidadão e a opinião pública acerca de temas relacionados à prevenção e ao controle do câncer no Brasil; e fortalecer a imagem do INCA como Instituto de referência nestes temas no país.

A atuação do INCA concentra-se em promover e realizar campanhas de conscientização, exposições fotográficas, eventos de mobilização social, parcerias com o terceiro setor, divulgação de estudos inéditos e artigos para a imprensa, materiais científicos e revista especializada Rede Câncer. Há ainda seu canal no Youtube para distribuição de vídeos informativos, publicitários e de eventos gravados, e o Portal INCA, que é um de seus principais canais de comunicação com a sociedade, com mais de 1 milhão de acessos por mês.

O Serviço de Comunicação Social do INCA não possui contrato específico para veiculação publicitária de seus materiais e nem há verba fixa para mídia. A agenda de trabalhos do Instituto segue o calendário:

- 4 de fevereiro, Dia Mundial do Câncer (vinda da parceria internacional com a UICC);
- 31 de maio, Dia Mundial sem Tabaco (data criada pela OMS e coordenada pelo INCA);
- 29 de agosto, Dia Nacional de Combate ao Fumo (previsto na legislação brasileira);
- 27 de novembro, Dia Nacional de Combate ao Câncer (previsto na legislação brasileira);
- Outubro Rosa, mês de conscientização contra o câncer de mama, desenvolvido pela sociedade civil organizada;
- Além de outras eventuais datas relacionadas à prevenção do câncer.

No entanto, não há perfil em mídias sociais, pois o INCA avalia que há dificuldade em manter esse tipo de canal para a proporção da população brasileira. A diversificação das estratégias para fomentar o debate sobre o câncer, promover a participação popular e de diversos agentes sociais na elaboração de políticas de controle da doença são considerados desafios enfrentados atualmente pela instituição.



A atuação do Instituto em comunicação de saúde para o câncer é importante e qualificada, porém sua abrangência e impacto são limitados. Se tiver uma atitude de busca, o cidadão encontra informações de qualidade. Porém as campanhas de massa incluem poucas especialidades oncológicas e algumas ações, restritas às datas do calendário citado, realizadas em parceria com algumas entidades sociais e da comunidade (155). Por fim, tendo em vista a dimensão continental do Brasil, a atuação governamental no que se refere à comunicação em saúde para o câncer têm muito a avançar.

ONDE QUEREMOS CHEGAR



1. População brasileira constantemente informada sobre o câncer, com foco em seus fatores de risco e os modificáveis;
2. Pacientes oncológicos informados sobre suas doenças;
3. Fortalecer o INCA como precursor da comunicação sobre Oncologia no país e tornando-o estratégico para disseminação e troca de informações entre as instituições, comunidades e indivíduos.

COMO FAREMOS



1. Proposta

- Difundir informações sobre os fatores de risco para população brasileira: alimentação inadequada; sedentarismo; consumo excessivo de álcool; exposição à radiação; exposição aos fatores no trabalho e no ambiente; exposição solar excessiva; excesso de peso corporal; e tabagismo;
- Ações 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;
- Criação do Minuto da Saúde do Brasil: um minuto em horário nobre para veiculação frequente de vídeos e áudios informativos em mídias de massa, tendo o foco na disseminação de informações sobre hábitos saudáveis para promoção da saúde e prevenção do câncer;
- Ações de comunicação empreendidas pelas esferas governamentais, visando mobilizar e impulsionar mudanças de comportamento, prioritariamente nos fatores de risco;
- Capacitação de 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. 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, 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. Proposta

- 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;
- Campanhas impactantes e mobilizadoras no Brasil. Novas teorias de comunicação já demonstraram que a comunicação para mudança de comportamento precisa gerar impacto na pessoa, na família, 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;
- Utilização das novas tecnologias e mídias sociais pelo INCA;
- Articulação de 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.



PRÓXIMAS PAUTAS

A Declaração para a Melhoria da Atenção Oncológica é atualizada periodicamente e para o próximo período amadureceremos outras pautas da Oncologia, entre elas:

- **Oncogenética**

A oncogenética é a área da medicina que atua na identificação e análise de mutações gênicas, seja em pacientes saudáveis ou já diagnosticados. O nosso DNA guarda uma infinidade de códigos e coordena o desenvolvimento do nosso 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 colutórios específicos, podem impedir ou melhorar as manifestações secundárias na boca provocadas pelo tratamento do câncer. Um protocolo multimodal individualizado de cuidados paliativos deve ser instituído para cada caso.

- **Reabilitação Oncológica**

O paciente com câncer pode apresentar necessidades físicas e psicológicas, como dificuldades para caminhar, para exercer atividades de autocuidado, perda do condicionamento físico, disfunções sexuais e problemas psicológicos. Mesmo assim, normalmente deixam de utilizar a reabilitação porque suas necessidades não são detectadas em meio ao turbilhão de acontecimentos que cercam o período do diagnóstico. No paciente com câncer a reabilitação tem como objetivo obter o máximo ganho funcional possível (restauração da habilidade para exercer as atividades do dia a dia), dentro dos limites da doença e escolhas do paciente. Cada tipo de câncer traz um grupo de complicações e incapacidades específicas, decorrentes da doença e do próprio tratamento.

- **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 a doenças hereditárias, oncológicas e infecciosas leva à detecção de polimorfismos genéticos, que estão envolvidos em diferentes evoluções clínicas dessas doenças e em variações nas respostas ao tratamento. Esta abordagem possibilita uma avaliação integrada de todos os aspectos que envolvem cada doença em cada indivíduo.

- **Câncer de Cabeça e Pescoço**

O câncer da hipofaringe é o desafio do oncologista de cabeça e pescoço. É uma neoplasia que acomete pacientes de baixa renda (etilistas e tabagistas), recidivante e que não permite à luz dos protocolos atuais, conferir sobrevida livre de doença que justifique uma radicalidade cirúrgica que não traz benefícios de longo prazo. Torna-se urgente enfrentarmos esse desafio, incorporando métodos de auxílio diagnóstico e do estadiamento com as imagens (CT, RNM e PetCT) para melhor diagnosticar, estadiar e tratar estas neoplasias malignas.



INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- +ID – Instituto Mais Identidade
- 4Press News
- AACCC – 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 Linfoma e Leucemia
- 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 de Câncer de Boca e Garganta
- Acolheida
- 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
- 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
- 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
- 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 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
- 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
- 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
- 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 Benficiente Israelita Brasileira Albert Einstein
- Sociedade Brasileira de Radioterapia
- TechValue Consultoria em Saúde



REFERÊNCIAS

1. International Agency for Research on Cancer [Internet]. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. [acesso em 08 mar. 2017]. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx
2. American Cancer Society [Internet]. Cancer A–Z. [acesso em 27 mar. 2015]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer.html>
3. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol* [Internet]. 2016. [acesso em 13 jun. 2019]; 19(3): 507–519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=pt&nrm=iso&lng=pt
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017. [acesso em 15 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS – DataSUS. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) [Internet]. [acesso em 08 mar. 2017]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>
6. 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: <http://brazilianjournalofoncology.com.br/export-pdf/29/v13s1a02.pdf>
7. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. *Lancet Oncol*. Elsevier [internet]. 2012. [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22658655>
8. Organização Panamericana de Saúde [Internet]. OPAS Brasil. Folha informativa – Câncer. [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094
9. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [Internet]. [acesso em 08 mar. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
10. 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 de União* 20 set. 1990; 1:1. [Internet]. Brasília. [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
11. 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) [Internet]. 2006. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5444>
12. Todos pela Educação [Internet]. Todos pela Educação homepage. 2015. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: <http://www.todospelaeducacao.org.br/>
13. 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.º 031.944/2010–8) [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327C1CB5497>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3.º 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 [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm



16. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. CNS rejeita votação do Congresso Nacional contra o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/CNS_PEC_358.pdf
18. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional n.º 55, de 27 de outubro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
19. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Constitucionais [Internet]. 2017. [acesso em 13 jun. 2019]; 4(1): 259-281. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 346, de 23 de junho de 2008. Procedimentos quimioterápicos e radioterápicos da tabela do SIA-SUS – Definição da regulação da radioterapia e da quimioterapia. [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0346_23_06_2008.html
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Detecção precoce do câncer de mama. [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/1208>
22. Monitor de Saúde [Internet]. Custos do Tratamento do Câncer no Brasil: Como Melhorar o Foco. [acesso em 13 de jun. 2019]. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com/2018/03/custos-do-tratamento-do-cancer-no.html>
23. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS [Internet]. Como fica a Saúde no Brasil depois da PEC do Teto? [acesso em 13 de jun. 2019]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/como-fica-a-saude-no-brasil-depois-da-pec-do-teto/>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. ANS Tabnet – Informações em Saúde Suplementar. [acesso em 13 de jun. 2019]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def
25. 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 [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm
26. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa – RN nº 439, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. [acesso em 13 de jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY1Nw==>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Como é Atualizado o Rol de Procedimentos. [acesso em 13 de jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/como-e-atualizado-o-rol-de-procedimentos>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. A cobertura para transplante de medula óssea é obrigatória pelos planos de saúde? [acesso em 13 de jun. 2019]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&positivo=1&resposta=463&historico=19970798
29. 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 [Internet]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>



30. Datafolha [Internet]. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde. 2018. [acesso em 22 jan. 2019]. Disponível em: <http://portalctb.org.br/site/images/stores/2017-2/sus-datafolha-2018.pdf>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Espaço da Operadora. Ressarcimento ao SUS. [acesso em 13 de jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/18-planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/263-ressarcimento-ao-sus>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Notícias ANS. Integração com o SUS. Ressarcimento ao SUS: ANS cumpre recomendações do TCU. [acesso em 13 de jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/3687-ressarcimento-ao-sus-ans-cumprerecomendacoes-do-tcu>
33. Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde - FISCISAÚDE (TC n.º 032.624/2013-1) [Internet]. 2013. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/fic-saude-relatorio-sistemico-de-fiscalizacao-de-saude-exercicio-2013.htm>
34. Organização Mundial da Saúde [Internet]. OMS: Estatísticas de saúde e sistemas de informação: Estimativas para 2000-2016. [acesso em 14 de jun. 2019]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
35. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Relatório global sobre doenças não comunicáveis de 2014. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdfm
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. [acesso em 14 de jun. 2019]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
37. Malta DC, Da Silva Jr JB. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]; 2014. [acesso em 8 mar. 2017]; 23(3): 389-395. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000300389&lng=en
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: 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 2017 [Internet]. 2018. [acesso em 22 jan. 2019] Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco.pdf
39. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf
40. Correio Braziliense [Internet]. Descoberta precoce aumenta chance de cura em casos de câncer. [acesso em 14 de jun. 2019]. 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>
41. Saúde Abril [Internet]. Câncer de próstata, diagnóstico precoce é o caminho para a cura. [acesso em 14 de jun. 2019]. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/cancer-de-prostata-diagnostico-precoce-e-o-caminho-para-a-cura/>
42. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 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 [Internet]. [acesso em 14 de jun. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm
43. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei da Câmara nº 143, de 2018. 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. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/134968>



44. Bittar, O. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev. adm. saúde [Internet]; 2001. [acesso em 17 de jun. 2019]; 3(12): 21-28. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadel.pdf>
45. Marinho A, Façanha LO. Programas Sociais: Efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação [Internet]. Texto para Discussão do IPEA, nº 787, 2001. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0787.pdf
46. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Rede Interagencial de Informação em Saúde – RIPSAs [Internet]. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB). [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/base-de-dados-idb/>
47. 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 [Internet]. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13685.htm
48. 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). [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html
49. 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. 22a ed. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/manual_de_bases_tecnicas_oncologia.pdf
50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS – DataSUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS [Internet]. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/livro-pcdt-oncologia-2014.pdf>
52. 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 [Internet]. Protocolos e Diretrizes. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
53. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) [Internet]. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/assistencia-farmacautica/medicamentos-rename/componente-especializado-da-assistencia-farmacautica-ceaf>
54. Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade – ICTQ [Internet]. Como funciona a compra de medicamentos pelo SUS. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <https://www.ictq.com.br/varejo-farmacautico/826-como-funciona-a-compra-de-medicamentos-pelo-sus>
55. Kaliks RA, Matos TF, Silva VA, Barros LH. Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é diferente do teu SUS. Braz J Oncol [Internet]. 2017. [acesso em 17 de jun. 2019]; 13(44): 1-12. Disponível em: http://www.oncologia.org.br/pub/10_advocacy/BJO-artigo-83.pdf
56. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet] – Cartilha – Radioterapia. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/2950>
57. Araújo LP, Sá NM; Atty, ATM. Necessidades atuais de radioterapia no SUS e estimativas para o ano de 2030. RBC [Internet]. [acesso em 17 de jun. 2019]; 62(1): 35-42. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_62/v01/pdf/06-artigo-necessidades-atuais-de-radioterapia-no-sus-e-estimativas-para-o-ano-de-2030.pdf



58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Planejamento à Atenção Oncológica no SUS. [Sandro José Martins em Apresentação no 5º Congresso Brasileiro Todos Juntos Contra o Câncer; 2018 set. 25-27; São Paulo, Brasil]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/16Y57xrnUMGMebVcULaAArvhVgOTJhXyO/view?usp=sharing>
59. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 931, de 10 de maio de 2012. Institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0931_10_05_2012.html
60. Brasil. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. Relatório nº 201701503. Avaliação dos Resultados da Gestão na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, especificamente sobre a execução do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS. [acesso em 8 mar. 2019] Brasília: 2018. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11209.pdf>
61. Kowalski, LP. Veja Saúde - Blog Letra de Médico [Internet]. A evolução da cirurgia oncológica ao longo dos anos. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/letra-de-medico/a-evolucao-da-cirurgia-oncologica-ao-longo-dos-anos/>
62. Silva LASR, ECBCV-RJ. Cirurgia oncológica: um grande desafio. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. 2016. [acesso em 02 de jul. 2019]; 43(3): 139-140 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n3/pt_0100-6991-rcbc-43-03-00139.pdf
63. 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). [Internet]. Brasília, 2016. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf
64. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Grupo de Trabalho sobre Órteses e Próteses Relatório Final. [Internet]. Brasília: 2016. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/GT_orteseprtese.pdf
65. Pereira M. Utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME em operadoras de planos de saúde suplementar. 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). [Internet]. Brasília: 2015. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/relatorio_final_gti_opme.pdf
66. 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. [Internet]. Brasília, Ministério da Saúde: 2013. [acesso em 02 de jul. 2019]; 224 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/confecao_manutencao_orteses_proteses.pdf
67. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Câncer. Dia Internacional do Câncer Infantil: 15 de fevereiro de 2017. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/cancer/iccd_2017/en/
68. Rodriguez-Galindo C, Friedrich P, Morrissey L, Frazier L. Global challenges in pediatric oncology. Curr Opin Pediatr. [Internet]. 2013. [acesso em 22 jan. 2019]; 25(1): 3-15. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23295716>
69. Chatenoud L, Bertuccio P, Bosetti C, Levi F, Negri E, La Vecchia C. Childhood cancer mortality in America, Asia, and Oceania, 1970 through 2007. Cancer. [Internet]. 2010. [acesso em 22 jan. 2019]; 116(21): 5063-74. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.25406>
70. Mutti CF, Paula CC, Souto MD. Assistência à Saúde da Criança com Câncer na Produção Científica Brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia. [Internet]. 2010. [acesso em 22 jan. 2019]; 56(1): 71-83. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/11_revisao_de_literatura_assistencia_saude_crianca_cancer.pdf
71. Saúde Abril [Internet]. Câncer infantil: desafios em busca da cura. [acesso em 14 de jun. 2019]. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/cancer-infantil-desafios-em-busca-da-cura/>
72. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet]. 2008. [acesso em 14 de jun. 2019]; 13(Sup): 603-610. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2008.v13suppl0/603-610/>



73. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia [Internet]. ABRALE - Medicamentos para o câncer estão em falta e situação preocupa pacientes. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/abrale-noticias/401-medicamentos-para-o-cancer-estao-em-falta-e-situacao-preocupa-pacientes>
74. Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso em 02 de jul. 2019]; 33(2): e00197316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001403002&lng=pt&tlng=pt
75. Scheinberg MA, Felix PA, Kos IA, Andrade MA, Azevedo VF. Parceria para o desenvolvimento produtivo com produtos biossimilares: perspectivas de acesso a produtos biológicos no mercado brasileiro. Einstein (São Paulo). [Internet] 2018. [acesso em 02 de jul. 2019];16(3): 1-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n3/pt_2317-6385-eins-16-03-eRW4175.pdf
76. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). [Internet]. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/parcerias-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>
77. Jornal G1 Distrito Federal - Globo. [Internet]. Justiça federal proíbe compra e uso de Leuginase da China em toda a rede SUS. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: <https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/justica-federal-proibe-compra-de-leuginase-da-china.ghtml>
78. CBN Campinas. [Internet]. Ministério volta a importar remédio chinês e Boldrini reage. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: <https://www.portalcbncampinas.com.br/2017/12/ministerio-volta-a-importar-remedio-chines-e-boldrini-reage/>
79. O São Paulo [Internet]. Ministério da Saúde normaliza distribuição de medicamentos de custo elevado, mas pacientes ainda sofrem impactos dos atrasos. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: <http://www.osaopaulo.org.br/noticias/ministerio-da-saude-normaliza-distribuicao-de-medicamentos-de-custo-elevado-mas-pacientes-ainda-sofrem-impactos-dos-atrasos>
80. Jota Info. [Internet]. Saúde fará contratos mais longos para evitar falta de medicamentos, diz ministro. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: https://www.jota.info/paywall?redirect_to=//www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/saude-contratos-mais-longos-falta-de-remedios-08052019
81. 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 [Internet]. Recomendações sobre as tecnologias avaliadas. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/decisoes-sobre-incorporacoes>
82. Cavicchioli AC, Menossi MJ, Lima RAG. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 [acesso em 02 de jul. 2019]; 15(5): 1025-1032. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692007000500022&script=sci_arttext&tlng=pt
83. Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - IBCC [Internet]. Brasil possui terceiro maior banco de doadores de Medula Óssea do mundo. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ibcc.org.br/brasil-possui-terceiro-maior-banco-de-doadores-de-medula-ossea-do-mundo/>
84. Associação da Medula Óssea - AMEO [Internet]. Como me tornar um doador de Medula Óssea. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <https://ameo.org.br/como-me-tornar-um-doador-de-medula-ossea/>
85. 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) [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0342_10_03_2014.html
86. Caldas, JA. Menos é mais (e melhor) [Internet]. Rev. ABRALE; 2013. [acesso em 8 mar. 2017]; 27(1):24-26. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/revista-online/downloads/27.pdf>
87. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea [Internet]. Dados. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://redome.inca.gov.br/o-redome/dados/>



88. Brasil. Ministério da Saúde. Últimas Notícias. Agência Saúde [Internet]. Brasil aumenta doação de órgãos e bate recorde em transplantes. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44442-brasil-aumenta-doacao-de-orgaos-e-bate-recorde-em-transplantes>
89. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS – DataSUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Lnd_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=2403&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=&VContador=42&VTitulo=H
90. Brasil de Fato [Internet]. Pacientes enfrentam dificuldade para custear tratamentos fora dos estados. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/09/13/pacientes-enfrentam-dificuldade-para-custear-tratamentos-fora-dos-estados/>
91. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Nota Técnica 04/2015. Regulamentação Assistencial e os Sistema de Informação. Oficina CONASS/2015. [Internet]. Brasília: 2015. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2015/07/NT-04-2015-REGULAC%CC%A7A%CC%83O-ASSISTENCIAL-E-SIS-final.pdf>
92. Brasil. Universidade Federal do Amapá. [Internet]. História da Enfermagem. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: <https://www2.unifap.br/enfermagem/sobre-o-curso/historia-da-enfermagem/>
93. Cardoso MVN, et al. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da enfermagem brasileira. R. Bras. Enferm. [Internet]. Brasília: 1999. [acesso em 03 de jul. 2019]; 52(3): 339-348. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n3/v52n3a03.pdf>
94. Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2005. [acesso em 03 de jul. 2019]; 58(6): 723-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6>
95. Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. [Internet] Brasília: CFM; 2019. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
96. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. [acesso em 04 de jul. 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
97. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. [Internet]. Brasília: 2013. [acesso em 04 de jul. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
98. Pebmed. Coluna de Saúde. [Internet]. O curioso problema da superlotação nos serviços de emergência do Brasil. [acesso em 04 de jul. 2019]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/o-curioso-problema-da-superlotacao-nos-servicos-de-emergencia-do-brasil/>
99. Bom Dia Brasil – G1 Globo. [Internet]. Mais de 60% dos hospitais públicos estão sempre superlotados. [acesso em 04 de jul. 2019]. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2014/03/mais-de-60-dos-hospitais-publicos-estao-sempre-superlotados.html>
100. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2010. [acesso em 04 de jul. 2019]; 15(1): 255-268. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2010.v15n1/255-268/>
101. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede HumanizaSUS. [Internet]. Cadernos de textos – Cartilhas da Política Nacional de Humanização. [acesso em 04 de jul. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf
102. Organização Mundial da Saúde [Internet]. OMS: Cuidados Paliativos. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
103. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Estudos Avançados. [Internet] 2016. [acesso em 17 de jun. 2019]; 30(88): 155-166. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155



104. Organização Mundial da Saúde. Conhecimento sobre controle do câncer em ação: Guia da OMS para programas eficazes: Módulo 5: Cuidados paliativos [Internet]. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716263>
105. Organização Mundial da Saúde. Aliança Mundial de Cuidados Paliativos. Atlas Global de Cuidados Paliativos no Fim da Vida. [Internet]. Londres: Organização Mundial da Saúde; 2014. [acesso em 3 nov. 2018]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
106. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc. Saúde coletiva [Internet]. 2013. [acesso em 17 de jun. 2019]; 18(9): 2577-2588. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012
107. Paiva FCL, Almeida Jr JJ, Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Rev. Bioét. [Internet]. 2014. [acesso em 17 de jun. 2019]; 22(3): 550-560. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019
108. Open Society Foundations. Guia de Recursos de Saúde e Direitos Humanos [Internet]. FXB Center for Health and Human Rights; 2013. [acesso em 10 fev. 2018]. Disponível em: <https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/25/2014/03/HHRRG-master.pdf>
109. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. ANCP e cuidados paliativos no Brasil [Internet]. [acesso em 10 dez. 2018]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>
110. The Economist. Intelligence Unit. O Índice de Qualidade de Vida 2015: Ranking de cuidados paliativos em todo o mundo [Internet]. 2015. [acesso em 3 nov. 2018]. Disponível em: <https://eiperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
111. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [acesso em 22 jan. 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>
112. Maciel MGS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA. Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. [Internet]. São Paulo: ANCP; 2012. p. 31-41. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575_345331.pdf
113. Cardoso MGM. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: Carvalho RT, Parsons HA. Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. [Internet]. São Paulo: ANCP; 2012. p. 113-122. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575_345331.pdf
114. Minson FP, Garcia JBS, Oliveira Jr JO, Siqueira JTT, et al. Opióides – Farmacologia básica. In: Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. [Internet]. São Paulo: ANCP; 2012. p. 123-142. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575_345331.pdf
115. Zimmermann C, Swami N, Kryzanowska M, Leighl N, et al. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. CMAJ [Internet]. 2016. [acesso em 22 jan. 2019]; 188(10): e217-e227. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27091801>
116. 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso em 17 de jun. 2019]; 82p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
117. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) [Internet]. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>



118. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos da Vida - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. [acesso em 17 de jun. 2019]; 92p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
119. Observatório de Oncologia [Internet]. Mamógrafos para rastreamento do câncer de Mama no Brasil [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/mamografos-para-rastreamento-do-cancer-de-mama-no-brasil/>
120. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS - DataSUS. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) [Internet]. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/index.asp>
121. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Vacinação. Calendário Nacional de Vacinação [Internet]. [acesso em 17 de jun. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>
122. 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 [Internet]. 2014 [acesso em 17 de jun. 2019]; 48 (3): 394-400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000300394&script=sci_arttext&lng=pt
123. Mendonça VS, Andrade, AN. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? Revista Psicologia Política [Internet]. 2010. [acesso em 03 de jul. 2019]; 10(20): 215-226. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000200003
124. Brasil. Governo do Brasil. Notícias. Saúde. [Internet]. Política Nacional de Saúde do Homem. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2011/09/saude-do-homem>
125. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Notícias. [Internet]. Política Nacional de Saúde do Homem em destaque. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/politica-nacional-saude-homem-em-destaque>
126. 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 [Internet]. Brasília: 2008. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>
127. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. [Internet]. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html
128. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009. Apoiar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/3209-\[3179-110210-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/3209-[3179-110210-SES-MT].pdf)
129. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.008, de 4 de maio de 2010. Expansão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1008_04_05_2010.html
130. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.045 de 25 de novembro de 2014. Altera as Leis nºs 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências”, e 10.289, de 20 de setembro de 2001, que “institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata”, a fim de garantir maior efetividade no combate à doença. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13045.htm
131. Observatório de Oncologia. A saúde do homem muito além da cor azul. [Internet]. São Paulo: 2017. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/a-saude-do-homem-muito-alem-da-cor-azul/>
132. White JV, et al. Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics [Internet] New York: 2012 [acesso em 02 de jul. 2019]; 112 (5): 730-738. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1177/0148607112440285>



133. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Terapia Nutricional na Oncologia [Internet] 2011. [acesso em 02 de jul. 2019]. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_oncologia.pdf
134. Arends, J et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. [Internet]. 2016. [acesso em 02 de jul. 2019]; 36(1): 11-48. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261-5614\(16\)30181-9](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261-5614(16)30181-9)
135. Curtis LJ, Bernier P, Jeejeebhoy K, et al. Costs of hospital malnutrition. Clin Nutr. [Internet]. 2017. [acesso em 02 de jul. 2019]; 36(5): 1391-1396. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261-5614\(16\)31247-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261-5614(16)31247-X)
136. Waiztberg D. et al. Hospital Malnutrition: The Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. Nutrition. [Internet]. 2001. [acesso em 03 de jul. 2019]; 17:573-580. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899900701005731?via%3Dihub>
137. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. [Internet] 2013: Rio de Janeiro. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//inquerito-brasileiro-nutricao-oncologica.pdf>
138. El-Ghannaz AMS, Ben Matoug R, Elzimaity M, Mostafa N. Nutritional status of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation recipients: influencing risk factors and impact on survival. Support Care Cancer. [Internet] 2017. [acesso em 03 de jul. 2019]; 25(10): 3085-3093. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-017-3716-6>
139. De Seta MH, O'Dwyer G, Henriques P, Sales GLP. Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: contribuições da avaliação em saúde à vigilância sanitária de serviços. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet]. 2010. [acesso em 03 de jul. 2019]; 15(3): 3413-3422. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl3/3413-3422/pt>
140. Wong PW, Enriquez A, Barrera R. Nutritional support in critically ill patients with cancer. Crit Care Clin. [Internet]. 2001. [acesso em 03 de jul. 2019]; 17(3): 743-67. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-0704\(05\)70206-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-0704(05)70206-2)
141. Fitzpatrick F, Skally M, O'Hanlon C, Foley M, Houlihan J, Gaughan L, Smith O, Moore B, Cunneen S, Sweeney E, Dinesh B, O'Connell K, Smyth E, Humphreys H, Burns K. Food for thought. Malnutrition risk associated with increased risk of healthcare-associated infection. J Hosp Infect. [Internet] 2019. [acesso em 03 de jul. 2019]; 101(3): 300-304. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195-6701\(18\)30717-5](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195-6701(18)30717-5)
142. Associação Brasileira das Organizações Representativas de Pesquisa Clínica (ABRACRO). [Internet]. Pesquisa clínica no Brasil. [acesso em 04 de jul. 2019]. Disponível em: <https://abracro.org.br/pesquisaclinicanobrasil/>
143. U. S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health (NIH). U.S National Library of Medicine. [Internet]. Clinical Trials. [acesso em 04 de jul. 2019]. Disponível em: <https://clinicaltrials.gov/>
144. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, de 05 de junho de 2008. Dispõe sobre o Aprova o regulamento para a realização de pesquisa clínica e dá outras providências. [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0039_05_06_2008.html
145. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 9, de 20 de fevereiro de 2015. Dispõe sobre o Regulamento para a realização de ensaios clínicos com medicamentos no Brasil. [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3503972/RDC_09_2015_.pdf/843a88bd-3381-489e-8711-aca256cb4360
146. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm
147. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2014. [acesso em 04 de jul. 2019]; 48(1): 170-185. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000100170&script=sci_abstract&lng=pt



148. Almeida JRS, et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. Revista da ABENO. [Internet]. 2016. [acesso em 04 de jul. 2019]; 16(2): 7-15. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/248/209>
149. Pavlidis N, et al. Oncology for medical students: a new ESO educational avenue. Annals of oncology. [Internet] 2005. [acesso em 04 de jul. 2019]; 16(5): 840-841. Disponível em: <https://academic.oup.com/annonc/article/16/5/840/150024>
150. 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. [Internet]. Brasília: 2009. [acesso em 04 de jul. 2019]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>
151. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.550 de 29 de julho de 2014. Redefine as regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/ PCD). [acesso em 04 de jul. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1550_29_07_2014.html
152. Silvestrini AA, et al. O ensino de oncologia na graduação: panorama brasileiro. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. [Internet]. 2012. [acesso em 04 de jul. 2019]. 8(29): 125-129. Disponível em: https://www.sbob.org.br/app/webroot/Site_RBOC_OFICIAL/pdf_edicao_29/artigo3.pdf
153. Lobo TC, et al. Câncer como a primeira causa de morte nos municípios brasileiros. In: Anais do XXI Congresso Brasileiro de Cancerologia; 2018 ago. 29-31. Belém, Brasil. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/cancer-como-a-primeira-caoa-de-morte-nos-municipios-brasileiros-em-2015/>
154. Teixeira LA. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. Hist. cienc. saúde-Manguinhos . [Internet]. 2010. [acesso em 04 de jul. 2019]; 17(1): 13-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500002
155. Castro R. Câncer na mídia: uma questão de Saúde Pública. Revista Brasileira de Cancerologia. [Internet]. 2009. [acesso em 04 de jul. 2019]; 55(1): 41-48. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v01/pdf/08_artigo_cancer_na_midia.pdf





ACESSE A VERSÃO ON-LINE

www.todosjuntoscontraocancer.com.br/declaracao



TODOS
JUNTOS CONTRA
OCÂNCER

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