

DECLARAÇÃO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO AO CÂNCER NO BRASIL

MOVIMENTO TODOS JUNTOS
CONTRA O CÂNCER

TODOS
JUNTOS CONTRA
O CÂNCER

#MOVIMENTOTJCC

Expediente

Conteúdo elaborado pelo Movimento Todos Juntos Contra o Câncer, em 2014, e atualizado periodicamente. As instituições envolvidas estão listadas na página 102.

Revisão e Diagramação

Prospectiva Consultoria – Inteligência Governamental
ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia

5ª Edição
Setembro/2021

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
CENÁRIO GERAL DA ONCOLOGIA	5
IMPACTOS DA COVID-19 NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA	7
A ORIGEM DO MOVIMENTO TODOS JUNTOS CONTRA O CÂNCER	9
I – PRINCÍPIOS GERAIS E GESTÃO EM SAÚDE	11
• FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA	12
• SAÚDE SUPLEMENTAR	16
• ATUAÇÃO DE ÓRGÃOS DE CONTROLE	20
II. PROMOÇÃO DA SAÚDE	23
III. PREVENÇÃO	27
• AGROTÓXICOS	28
• DETECÇÃO PRECOCE E DIAGNÓSTICO	33
IV. VIGILÂNCIA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	39
• ANÁLISE E SEGUIMENTO DOS DADOS PÚBLICOS E PRIVADOS	40
V. CUIDADO INTEGRAL	45
• ACESSO AO TRATAMENTO	46
• RADIOTERAPIA	50
• CIRURGIA ONCOLÓGICA	53
• ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME	56
• ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	59
• TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	64
• HUMANIZAÇÃO	68
• CUIDADOS PALIATIVOS	71
• SAÚDE DA MULHER	75
• SAÚDE DO HOMEM	80
• NUTRIÇÃO	83
VI. CIÊNCIA E TECNOLOGIA	86
• PESQUISA CLÍNICA	87
VII. EDUCAÇÃO PERMANENTE	91
VIII. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	94
PAUTAS EM ATENÇÃO	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	102
REFERÊNCIAS	107

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 19,3 milhões de novos casos e 10 milhões de óbitos ocorridos em 2020, segundo dados publicados pelo Centro Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC), subordinado à Organização Mundial da Saúde (OMS) (1). De acordo com análises epidemiológicas, o número de novos casos deverá aumentar em 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, mas 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 triênio 2020–2022, a ocorrência de 685 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 2014 foram registrados 201.968 óbitos por câncer no país, enquanto em 2019, este número aumentou para 235.301, correspondendo a um aumento de 16,5% (5).



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 (7). No Brasil, segundo consta no DataSUS, 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 (8).

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 (9).



IMPACTOS DA COVID-19 NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a doença causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV2, como pandemia. A COVID-19 impactou mundialmente os sistemas de saúde. Leitos e serviços passaram a ficar sobrecarregados com o atendimento de pacientes acometidos pela infecção. Com isso, consequentemente, foi reduzida a capacidade de atender demais problemas de saúde, principalmente das doenças crônicas, como o câncer. No Brasil, houve a diminuição na oferta e procura de serviços de saúde, sobretudo dos procedimentos para Oncologia, segundo apontado pelo Instituto Nacional do Câncer (10). Exames, tratamentos e consultas pré-agendadas foram adiados ou cancelados, sendo a pedido do paciente ou por medida de segurança adotada pelas instituições de saúde, gerando um enorme represamento (11).

Segundo levantamento do Movimento TJCC, os profissionais ouvidos entre abril e outubro de 2020, indicaram que 61% dos pacientes tiveram tratamentos alterados. Entre as mudanças ocorridas no SUS – seja cancelamento, seja remarcação –, estão exames (71%), consultas (66%) e até sessões de quimioterapia (15%) e radioterapia (19%) (12).

Uma pesquisa da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) mostrou que cerca de 50 mil a 90 mil brasileiros deixaram de receber o diagnóstico de câncer nos dois primeiros meses de pandemia. Neste período, constatou-se queda de 50% a 90% nas biópsias enviadas para análise de um médico patologista. O estudo evidenciou a redução do rastreio do câncer, sobretudo diminuição na oferta de exames (13).

Em relação às cirurgias oncológicas, o INCA constatou uma queda considerável nos procedimentos realizados em suas instalações. Das 14 mil cirurgias oncológicas realizadas por mês em 2019, a oferta passou para a ordem de 12 mil cirurgias no segundo semestre de 2020, representando queda de 20% (14).

Este problema foi confirmado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO), que constatou uma redução de 70% no número de cirurgias oncológicas no Brasil. Segundo a pesquisa, parte destes resultados podem ser explicados pela alta demanda por medicamentos sedativos e anestésicos para tratamento da COVID-19, o que diminuiu a disponibilidade deles para outros procedimentos, essenciais para o diagnóstico e o tratamento do câncer (13).

A realização de Transplantes de Medula Óssea (TMO) também sofreu queda de 58% durante a pandemia. Segundo o Registro de Doadores de Medula Óssea no Brasil (REDOME) o número de doações de medula caiu 30% após a crise sanitária, impactando a vida de milhares de pacientes que precisam deste procedimento, no país (15).



A mudança de hábito da população devido à pandemia aumentou comportamentos relacionados aos fatores de risco do câncer. Com as medidas de isolamento social e o crescimento das vulnerabilidades socioeconômicas, houve um grande aumento no consumo de produtos derivados do tabaco. Somado a isso, cresceu a prevalência da obesidade associada a maior pobreza, redução da prática de atividades físicas, ansiedade e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (14).

Outro grande problema é a insuficiência de vacinas que garantam a imunização de toda a população. Na Oncologia há um grande risco de complicações graves para quem já tem restrições decorrentes do câncer, o que deveria garantir prioridade a todos os pacientes na vacinação da população (11).

Apesar do agravamento, causado pela pandemia, nos gargalos de atendimento da atenção oncológica, o câncer não espera. Portanto, é fundamental o diagnóstico precoce e a manutenção dos tratamentos em curso para melhorar o desfecho ao paciente oncológico. Mesmo com todas as limitações impostas pelo cenário pandêmico, cabe ao país criar soluções para garantir que os pacientes tenham acesso à saúde, com qualidade e segurança.

PAUTAS PRIORITÁRIAS

- 1.** Promover ambientes que facilitem as escolhas saudáveis e seguras, distanciando a população dos fatores de risco para o câncer.

- 2.** Retomar as ações de rastreamento e diagnóstico precoce, prejudicadas pela pandemia.

- 3.** Garantir que o tratamento oncológico seja realizado regularmente.

- 4.** Diminuir as vulnerabilidades socioeconômicas dos pacientes oncológicos, agravadas pela pandemia.

- 5.** Aumentar a transparência, por parte das instituições, sobre os seus protocolos de prevenção da COVID-19.

- 6.** Incluir todos os pacientes oncológicos como prioridade no Plano Nacional de Imunização da COVID-19.



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

No Brasil, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, amparados no Artigo 196 da Constituição Federal e na Lei 8.080/1990, que instituiu um Sistema Único de Saúde (SUS), construído a partir de princípios que devem direcionar a atuação dos agentes públicos: universalidade, integralidade e equidade. Importante salientar que todos são pautados na descentralização do poder, regionalização/hierarquização e participação popular (16, 17).

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 (16, 17).

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 (18).

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 sua efetiva participação e controle (16, 17).

Inspirado na organização Todos Pela Educação (19), o **Movimento Todos Juntos Contra o Câncer (Movimento TJCC)** é uma iniciativa da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE) em parceria com mais de 200 organizações ligadas à Oncologia no Brasil. Essas organizações pactuaram a necessidade dessa iniciativa para atuar junto ao Poder Público e à sociedade civil, assim como para 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 (20) e na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (21), 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.



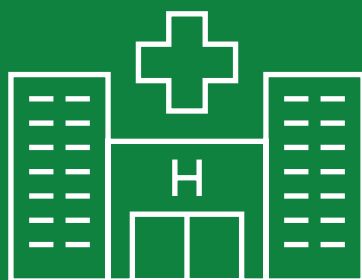
Com o trabalho colaborativo e diversas contribuições, surge a **Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil**, documento que aponta as ações prioritárias para prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no país. Além disso, pretende ser um instrumento de monitoramento dos avanços na área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

1. GT Dados Públicos e Privados
2. GT Gestão de Hospitais Oncológicos
3. GT Promoção da Saúde
4. GT Rastreamento e Diagnóstico Precoce
5. GT Acesso e Tratamento
6. GT Cuidados Paliativos
7. GT Pesquisa Clínica
8. GT Saúde da Mulher
9. GT Saúde do Homem
10. GT Oncologia Pediátrica
11. GT Onco-Hematologia
12. GT Outros Tumores
13. GT Humanização
14. GT Educação e Formação
15. GT Financiamento e Sustentabilidade
16. GT Políticas Públicas
17. GT Captação Alternativa
18. GT Comunicação em Saúde





I – PRINCÍPIOS GERAIS E GESTÃO EM SAÚDE

Para pensarmos em um sistema de saúde que seja efetivo em oferecer serviços de qualidade, em especial na Oncologia, devemos levar em consideração três eixos: **a:** fonte de recursos; **b:** suplementação do sistema público; **c:** 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 (16).

Por meio do controle social e mobilizações da sociedade civil organizada, a Lei Complementar nº 141/2012 determinou que os Estados aplicarão em Saúde, anualmente, no mínimo 12% da receita de arrecadação dos impostos, e os Municípios, no mínimo 15% (22).

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” (23). 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 (24).

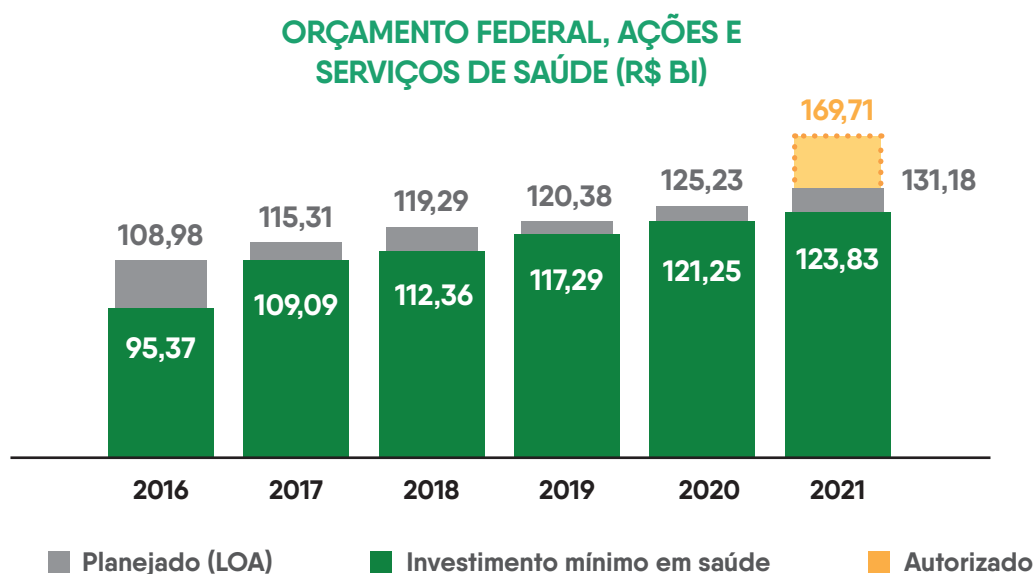
Em menos de um ano, no entanto, a regra foi revista e trouxe consigo outros efeitos. Em dezembro de 2016, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional 95/2016, que determina um teto aos gastos públicos pelos próximos 20 anos, tornando ainda mais desafiador aumentar os recursos para a área da Saúde (25). Pelo texto, a partir de 2018, o investimento mínimo obrigatório para os setores de Educação e Saúde seriam reajustados de acordo com a inflação (26).

Nos primeiros anos de vigência da regra, pôde-se constatar uma estagnação no montante total de investimentos em saúde. Por exemplo, em comparação entre o orçamento planejado de 2018 e 2019, os recursos para ações e serviços públicos em saúde tiveram um crescimento de 1%. Entre 2019 e 2020 esse percentual chegou a 4% e 2021, 5% em relação ao ano anterior. Esses índices de crescimento não refletem o aumento da população dependente do sistema de saúde, assim como o aumento de gastos em tecnologias e procedimentos anualmente – sem contar que raramente representam um aumento real de recursos, uma vez que raramente ultrapassam a inflação. Vale dizer, ainda, que entre 2020 e 2021 houve uma autorização maior de recursos dada a disponibilidade de créditos extraordinários relacionados à pandemia. Esses gastos foram extra teto orçamentário, evidenciando a restrição e limitação de recursos causadas pela regra em vigor.



Gráfico 1.

Orçamento Federal, Ações e Serviços de Saúde (R\$ BI), São Paulo, 2021.



Fonte: Prospectiva com dados do Tesouro Nacional, SIAFI. 2021

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, tornam elevados os custos dos tratamentos e implicam na necessidade de atualização constante dos valores da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, também conhecida como Tabela SUS (27).

Esse gasto se dá, sobretudo, em função do diagnóstico tardio, que além de causar danos irreversíveis aos pacientes, onera o sistema de saúde. Como o câncer é uma doença de progressão rápida, seus pacientes precisam de atendimento urgente e resolutivo. Quando diagnosticado tardiamente e em estágio avançado da doença, os pacientes enfrentam ainda mais dificuldades para conseguir leitos e tratamento em tempo oportuno. Este cenário causa o aumento na taxa de mortalidade (5).

Nesse sentido, as despesas excessivas podem ser evitadas por meio da prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce. Como modelo, podemos citar os programas de triagem e diagnóstico precoce de câncer de mama, que já demonstraram redução de custos ao sistema de saúde com melhor prognóstico aos usuários (28).

Nesse sentido, a limitação de verbas para a atenção ao câncer, principalmente em eixos de diagnóstico e tratamento precoce, poderá resultar em aumento dos gastos com a doença em médio e longo prazo. Por isso, é imprescindível que decisões orçamentárias sejam fundamentadas em dados abertos e análises de curto, médio e longo prazos, em prol da economia e do direito à saúde (29,30).



ONDE QUEREMOS CHEGAR

1. Aumentar os recursos para Saúde nos três níveis de gestão, garantindo o financiamento para o cuidado integral ao paciente com câncer.

COMO FAREMOS

Proposta

- Acompanhar a aplicação dos recursos provenientes dos Royalties do Petróleo e Gás Natural na área da Saúde.
- Acompanhar e colaborar com discussões promovidas pelas frentes parlamentares relacionadas à Saúde e à Oncologia, no Congresso Nacional, especialmente no que se refere à destinação de recursos.
- Desenvolver estudos de Economia em Saúde para colaborar na discussão do financiamento do Sistema.
- Apoiar, estimular e desenvolver ações de advocacy junto ao Congresso Nacional, para a aprovação do Projeto de Lei nº 244 de 2019, que cria o Fundo Nacional de Combate ao Câncer e de Assistência a Portadores (FNCCAP) (31).

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

Proposta

- Atualizar anualmente a Tabela SUS, considerando a variação da inflação.
- Estimular o Ministério da Saúde a criar um processo transparente e periódico de revisão dos valores de procedimentos para Oncologia da Tabela SUS, condizentes com a escalada de custos médicos e de tratamento.
- Desenvolver estudos econômicos sobre a defasagem da Tabela SUS, para o Ministério da Saúde priorizar o reajuste dos procedimentos desatualizados.
- Propor um grupo de trabalho no âmbito do Ministério da Saúde para promover conversas periódicas entre o Ministério e os centros de referência em Oncologia, CACONs e UNACONs, sobre os valores da Tabela SUS e possíveis reajustes.

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

Proposta

- Promover debates acerca de novos modelos de remuneração – que estejam sendo aplicados em outros países e que priorizem a performance e celeridade do atendimento.



- Promover incentivo para inclusão de indicadores de rastreamento de câncer no novo modelo de financiamento de atenção primária, conhecido como Previne Brasil.
- Estimular o desenvolvimento de estudos e projetos-piloto junto a Hospitais de Excelência sobre modelos de remuneração atuais (PROADI-SUS).
- Apoiar discussões sobre formas de atualização da PNPPC, que possam englobar novos modelos de remuneração junto à Frente Parlamentar de Oncologia, no Congresso Nacional e no Ministério da Saúde.
- Estimular a implantação do prontuário eletrônico no Brasil, visando obter informações relacionadas aos tratamentos oferecidos e aos desfechos percebidos, facilitando a implantação de modelos de remuneração por performance.
- Criar e implementar modelos de gestão em saúde eficientes que otimizem ao máximo a aplicação dos recursos.
- Estimular que os gestores diversifiquem as fontes de recursos para o financiamento da Oncologia, conforme previsto pelo 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 parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais e desenvolvimento de tecnologias.
- Promover discussões sobre a jornada do paciente para evitar o desperdício de recursos e melhorar a rede de saúde.

4. Garantir que as ações de prevenção e detecção precoce do câncer sejam executadas de forma eficaz e conforme o orçamento público.

Proposta

- Expandir os programas de rastreamento e detecção de câncer bem-sucedidos na saúde pública do Brasil.
 - Aumentar o financiamento de iniciativas como o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), que incentivem o desenvolvimento de projetos de diagnóstico precoce, pesquisas e educação de profissionais de saúde e médicos relacionados à Oncologia.
 - Criar e implementar normas que determinem a destinação de verbas para projetos de prevenção e detecção precoce do câncer.
-



SAÚDE SUPLEMENTAR

SITUAÇÃO ATUAL



Hoje, há 48,2 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica no Brasil. Isso quer dizer que 24,8% da população possui cobertura de planos de saúde (32). 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 (33). Para isso, desde 2000, a ANS revisa periodicamente o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – uma lista de serviços cuja cobertura é obrigatória para todos os planos de saúde (34). Este processo de atualização do rol passou por mudanças, dando maior oportunidade de participação social na submissão de propostas para a inclusão de novos procedimentos e medicamentos (35).

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 (36, 37).

Um dos principais gargalos relacionados ao acesso a novos medicamentos era a periodicidade bianual do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS. Tal período dificultava o acesso dos pacientes a cuidados inovadores, que têm o potencial de gerar benefícios significativos à saúde. Uma conquista importante e recente foi a atualização da Resolução Normativa da ANS que normatiza o processo do Rol de Procedimentos, em julho de 2021 (38). O novo procedimento prevê uma submissão de propostas contínuas e contará com processos semestrais de atualização, o que garantirá uma cobertura atualizada condizente com as tecnologias aprovadas no país. A medida ainda traz alguns períodos um pouco longos, mas sintomáticos, para a capacitação e preparação da agência para as análises contínuas, como por exemplo a análise da tecnologia em até 18 meses. Vale dizer que o novo processo entrará em vigor no dia 1º de outubro de 2021.

Para além desta conquista de processo de atualização contínuo, um outro avanço significativo aconteceu em âmbito legislativo. O Congresso Nacional aprovou em julho de 2021, após mobilização conjunta de diversos entes da sociedade civil, o Projeto de Lei 6.330/19, que procura garantir o acesso desses antineoplásicos orais após aprovação do registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assim como já ocorre no caso dos intravenosos. Apesar desse avanço, a Presidência da República vetou a matéria sob o argumento de que a ausência de avaliação técnica da ANS poderia criar discrepâncias no tratamento das tecnologias e que a medida poderia comprometer a sustentabilidade da saúde suplementar. O veto deverá ser analisado pelo Congresso Nacional, sendo necessário maioria absoluta para sua derrubada – 41 votos no Senado e 257 votos na Câmara.



Como contrapartida, o Governo Federal sinalizou que potencialmente lançará uma Medida Provisória sugerida pelo Ministério da Saúde para que possa trazer mais celeridade nas avaliações de tecnologias na RN recentemente atualizada pela ANS. A MP, no entanto, ainda não foi publicada.

Além desse cenário, os usuários da saúde suplementar todavia 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 quase 25% da população coberta por planos de saúde, de acordo com a pesquisa de opinião realizada em 2018 pelo Datafolha, 92% dos brasileiros buscaram acesso a algum serviço de saúde do SUS nos últimos dois anos (39). Nesse sentido, a integração da saúde suplementar com o SUS, embasada na Lei 9.656/1998, é essencial para contribuir com a gestão e planejamento do setor, assim como o acompanhamento dos resultados de pacientes (33). Essa integração, no entanto, passa por alguns desafios, como a ausência ou dificuldade de compartilhamento de dados do paciente, e também o ressarcimento adequado ao SUS pelas operadoras de saúde, quando seus beneficiários são tratados no sistema público (40).

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) (41).

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



ONDE QUEREMOS CHEGAR

1. Alcançar a efetiva participação social na Saúde Suplementar.

COMO FAREMOS

Proposta

- Garantir a participação da sociedade civil na formulação da Agenda Regulatória da ANS, por meio da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS).
- Aumentar as vagas de representantes de beneficiários dos planos de saúde na Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), para alcançar a paridade, conforme a Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão da saúde do Brasil.
- Implantar um processo de eleição da CAMSS, mais transparente, em que os beneficiários possam participar da escolha dos seus representantes.
- Criar outros fóruns e encontros de discussões temáticas e periódicas entre a Diretoria Colegiada da ANS e a sociedade civil, para a discussão da realidade e gargalos relacionados aos serviços.
- Fortalecer a OncoRede, iniciativa da ANS para a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de saúde.

2. Ter transparência nos processos regulatórios e de dados da ANS.

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. Implementar a interoperacionalização dos dados de saúde entre o setor público e privado, no Brasil.

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 participação e controle 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. Efetivar o pleno ressarcimento de procedimentos ao SUS, pelas operadoras de saúde.

Proposta

- Exigir que as operadoras de saúde cumpram a Lei nº 9.656/1998, no que tange ao ressarcimento para o SUS, implicando em sanções caso haja o descumprimento.
- Monitorar o ressarcimento ao SUS pelos planos privados de assistência à saúde, por meio do sistema de informações ANS Tabnet.

5. Atualizar, de forma ágil, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com submissões constantes para alteração das diretrizes de utilização e incorporação de novos procedimentos e medicamentos.

Proposta

- Garantir a atualização semestral do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a Diretoria Colegiada da ANS, com a previsão de participação social por meio de Consultas Públicas e em reuniões técnicas de deliberação.
- Desenvolver ações de advocacy para garantia da sanção do Projeto de Lei nº 6.330/2019, que garante acesso aos tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral (nomeados popularmente de quimioterapia oral) para os beneficiários de planos privados de saúde.



ATUAÇÃO DE ÓRGÃOS DE CONTROLE

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

Estes órgãos são fundamentais na avaliação e implementação das políticas oncológicas no país. Por exemplo, em 2010, o TCU realizou a auditoria operacional do Ministério da Saúde (MS), na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e no INCA, com o objetivo de avaliar a Política Nacional de Atenção Oncológica. A auditoria do TCU identificou que as principais falhas estavam relacionadas à cobertura dos tratamentos de radioterapia e, naquele mesmo ano, apenas 66% da demanda por radioterapia foi atendida no país (20).

No ano de 2013, o TCU deu início à publicação anual do Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde (FISC-SAÚDE), desenvolvido com base na prestação de contas das ações do MS. Essa ferramenta é uma importante fonte de informações e monitoramento das políticas relacionadas à atenção oncológica (42).

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 (PNPCC). Já a CGU e a AGU atuam como auxiliares técnicas do Poder Executivo, para que as ações governamentais estejam de acordo com a legalidade. Estes são atores importantes que, ao lado do controle social, aprimoram e garantem a aplicação da política.

Nesse sentido, o Relatório da CGU publicado em 2018, decorrente de auditorias realizadas entre 2017 e 2018 sobre a PNPCC, revelou que a lógica de financiamento da assistência oncológica precisa ser revista, a fim de garantir a sustentabilidade da respectiva política em médio e longo prazo. O relatório mostra que os recursos públicos destinados ora são insuficientes, ora não são aplicados de acordo com os objetivos e demandas da PNPCC. A título de exemplo, os projetos do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) não chegam nas áreas com maior carência oncológica (43).



Em 2019, o TCU publicou os resultados de outra auditoria operacional para avaliar a implementação da PNPCC, em que apresentou uma piora no cenário oncológico. O documento demonstrou as fragilidades na disponibilidade de exames para diagnóstico pelo SUS, assim como, a insuficiência de médicos especialistas nesta área. Ressaltou, também, as desigualdades regionais do câncer, onde o pior cenário do Brasil está nos estados do Norte e Nordeste, que apresentaram menor quantidade de aparelhos para diagnóstico por habitante (44).

As análises do TCU demonstraram que o diagnóstico tardio do câncer produz consequências para o país, como o aumento de gastos, devido à necessidade de cuidados mais caros, complexos e prolongados para pacientes que poderiam ter começado seu tratamento precocemente (44). Portanto, em um cenário em que 92% dos brasileiros buscaram acesso a algum serviço do SUS nos últimos dois anos (39), reitera-se a importância da avaliação periódica para a identificação de demandas prioritárias a serem consideradas pela administração pública.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

1. Realizar auditorias periódicas para o monitoramento da PNPCC, visando identificar possíveis irregularidades.

COMO FAREMOS

Proposta

- Implantar, junto aos órgãos de controle, o monitoramento periódico da PNPCC.
- 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. Fortalecer o diálogo entre o Movimento TJCC e os órgãos responsáveis pela transparência.

Proposta

- Convidar os integrantes dos órgãos de controle para participar ativamente das ações e projetos realizados pelo Movimento TJCC.
- Desenvolver ações de advocacy junto aos órgãos de controle, para que o monitoramento da PNPCC esteja de acordo com as prioridades dos pacientes e da sociedade civil.



3. Estimular que a sociedade civil organizada utilize relatórios e documentos elaborados por órgãos de controle, para a melhoria da atenção oncológica.

Proposta

- Pleitear, junto aos órgãos de controle, apresentações públicas e treinamentos para utilização dos instrumentos de fiscalização existentes.
 - Estimular a apresentação, principalmente pelo Tribunal de Contas da União, e o diálogo contínuo com as comissões da Câmara dos Deputados e Senado Federal, sobre os relatórios e monitoramento da PNPPC, para consubstanciar decisões e matérias legislativas relacionadas à política oncológica.
 - Garantir o acesso aos relatórios anuais sobre dados-chave da atenção à saúde no câncer (tempo de atendimento, taxa de sucesso de tratamento, acesso de serviços por segmentação regional e social), para que se identifiquem as fragilidades na alocação de recursos e os entraves que ainda precisam ser solucionados na política.
-





II. PROMOÇÃO DA SAÚDE

SITUAÇÃO ATUAL



As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer, são responsáveis por 68% das mortes no mundo e 74% das mortes no Brasil (5, 45). Para reduzir o número de novos casos e de óbitos é fundamental lidar com seus principais fatores de risco: tabagismo, consumo abusivo de álcool, alimentação não saudável e sedentarismo (46).

Entendendo a problemática, em 2011 foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (47). Embora o Plano ainda fosse uma política recente, em 2013 já vinha apresentando resultados promissores, como o aumento nos níveis de atividade física e a redução no consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas (48).

Devido às mudanças epidemiológicas e demográficas no país, o MS decidiu atualizar o Plano em 2019, por um grupo formado por representantes de todas as secretarias do Ministério da Saúde e representantes da Funasa, ANVISA e INCA. O grupo foi responsável por elaborar uma proposta da nova versão do Plano, observando recomendações sugeridas e sistematizadas a partir das diretrizes mundiais para os temas – as principais políticas de saúde nacionais relacionadas às DCNTs, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e o Plano Doenças e Agravos Não Transmissíveis 2011-2022 (49).

Uma consulta pública foi conduzida entre os meses de outubro e novembro de 2020, para posterior edição e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. Em setembro de 2021, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 foi publicado.

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2019 revelam que, por um lado, cerca de 50% das metas estão sendo atingidas, como a redução do consumo de tabagismo e o aumento na frequência de realização 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 (50).

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, na agenda governamental, diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool (51).



ONDE QUEREMOS CHEGAR

1. Efetiva promoção da saúde, para garantir qualidade de vida à população brasileira.

COMO FAREMOS

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. Redução dos fatores de risco das DCNT, visando diminuir a incidência e a mortalidade por câncer.

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 tabagismo conforme a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto nº 5.658/2006); 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 às DCNT presentes em seus produtos.
- Articular a aprovação do PLS nº 363/18, que altera a Lei nº 9.656/1998, responsável por dispor 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.

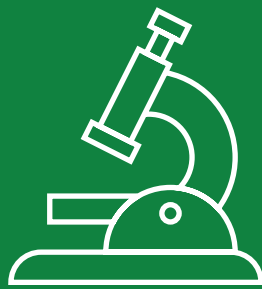


3. Implementação integral do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, do Ministério da Saúde.

Proposta

- Verificar, trimestralmente, junto ao Ministério da Saúde, o andamento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.
 - Discutir os obstáculos e as possíveis soluções para a plena implementação das medidas previstas no Plano.
 - Monitorar, periodicamente, a incidência e mortalidade do câncer.
-





III. PREVENÇÃO

AGROTÓXICOS

SITUAÇÃO ATUAL



Os agrotóxicos são produtos químicos sintéticos usados para matar insetos, larvas, fungos e carrapatos, sob a justificativa de controlar as doenças provocadas por esses vetores e regular o crescimento da vegetação, tanto no ambiente rural quanto urbano. O Brasil é um dos maiores consumidores de agrotóxicos desde 2008. Além disso, o país possui sérios problemas em decorrência da venda ilegal e aplicação de produtos já banidos em outros países.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) afirma que a exposição à agrotóxicos por longo prazo pode causar doenças crônicas como o câncer. Ademais, pesquisas desenvolvidas pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) confirmam que diversas doenças estão relacionadas com o consumo de agrotóxicos (52, 53).

Este problema possui um longo histórico, mas o cenário se tornou mais preocupante nos últimos anos. Em 2019, 467 novos agrotóxicos foram registrados no país pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). No ano seguinte, outros 493 novos produtos foram liberados para serem comercializados no país. Em 2021, até o momento, foram 205 novos agrotóxicos registrados, um total de 1.165 desde 1º de janeiro de 2019 (54).

A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) publicou a Monografia Volume 112, que avaliou a carcinogenicidade de 6 ingredientes ativos de agrotóxicos (Tabela 2) (55).

O documento classificou o herbicida glifosato e os inseticidas malationa e diazinona como prováveis agentes carcinogênicos para humanos, ou seja, com capacidade de estimular o desenvolvimento do câncer (Grupo 2A) (55). O cenário é preocupante, uma vez que estas substâncias são autorizadas e amplamente usadas no Brasil, principalmente como inseticidas em campanhas de saúde pública e na agricultura (56).



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

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

Fonte: Instituto Nacional do Câncer e Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Europeia, adaptado pelo Movimento TJCC, Brasil, 2021. *US EPA: United States Environmental Protection Agency (Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos) / IARC - International Agency for Research on Cancer (Agência Internacional para Pesquisa em Câncer)



Em relação ao consumo de agrotóxicos no país, o principal é o glifosato (57). Entretanto, o acefato e a atrazina encontram-se entre os mais vendidos no país, mesmo que ambos já tenham sido proibidos na União Europeia (UE) (58). Como identificado pela Tabela 2, diversos agrotóxicos utilizados no Brasil, com níveis de toxicidade distintos, possuem potencial carcinogênico. Segundo a IARC, a exposição a estes agentes tóxicos possui relação com o surgimento de câncer de pele, cabeça e pescoço e neoplasias hematológicas (55).

A intoxicação pelo uso de agrotóxicos no território brasileiro tem dados consistentes e o problema é mais grave no Rio Grande do Sul, onde o câncer se tornou a primeira causa de óbitos em 140 municípios, segundo o Observatório de Oncologia (59). Na região Noroeste do estado, em média 10 agricultores são diagnosticados com câncer por dia (60,61). De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), esta situação pode estar associada ao recebimento e aplicação de 100 mil toneladas de agroquímicos nas lavouras da região, entre 2012 a 2014 (62,63).

No geral, os principais afetados são os agricultores e trabalhadores das indústrias de agrotóxicos, que sofrem diretamente os efeitos tóxicos durante a manipulação e aplicação dos produtos. Além disso, toda a população está suscetível à exposição a agrotóxicos, seja por meio do “fumacê” ou pelo consumo de alimentos e água contaminados (53).

Em 2017, o consumo de agrotóxicos ultrapassou 500 mil toneladas (64). Preocupada com este problema, a ABRASCO apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 6670/2016, que institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos (PNARA) (65).

O objetivo central da PNARA é “implementar ações que contribuam para a redução progressiva do uso de agrotóxicos de alto perigo e risco para a saúde e meio ambiente”. Com a aprovação da PNARA, espera-se a redução dos agrotóxicos no Brasil ofereça melhores condições de saúde para a população e um ambiente mais sadio para se produzir alimentos com qualidade (65).

Dados apresentados no Atlas “Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Europeia”, demonstram que o país caminha na direção contrária à Segurança Alimentar e Nutricional, tendo em vista a substituição dos cultivos tradicionais e essenciais de alimentos, por insumos destinados à exportação, além do uso indiscriminado e intensivo de agrotóxicos (64).

O INCA aponta a Agroecologia como uma alternativa a este impasse. Para melhorar o cenário é necessário não só o conhecimento científico, mas também o resgate das técnicas e saberes populares dos povos tradicionais, que incorporam princípios ecológicos e tradições culturais às práticas agrícolas, gerando sustentabilidade e promovendo a saúde (53).

A associação entre a exposição aos agrotóxicos e o desenvolvimento de câncer ainda gera polêmicas, principalmente porque os indivíduos estão expostos a diversas substâncias, sem contar outros fatores genéticos. Porém, é importante salientar que estudos vêm mostrando que a chance de desenvolver câncer está relacionada a diversos agrotóxicos, justificando a regulamentação e cautela para com o uso e contato (53).



ONDE QUEREMOS CHEGAR

1. Aprovar o Projeto de Lei nº 6670/2016, que implementa a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos (PNARA).

COMO FAREMOS

Proposta

- Apoiar, estimular e desenvolver ações de advocacy junto ao Congresso Nacional, para a aprovação do Projeto de Lei nº 6670/2016, que institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos (PNARA).

2. Conscientizar a sociedade civil, setor privado e órgãos governamentais sobre a associação entre os agrotóxicos e o câncer.

Proposta

- Realizar campanhas de divulgação e prevenção da população em relação aos riscos do uso de agrotóxicos.
- Desenvolver estudos, utilizando dados abertos para investigar a associação entre os agrotóxicos e a incidência de câncer.
- Somar esforços e multiplicar campanhas de organizações e movimentos sociais que trabalham a favor de uma regulamentação adequada.

3. Fortalecer e criar políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional, que visem proteger a saúde humana e a biodiversidade.

Proposta

- Realizar ações de advocacy para a recriação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), como órgão de responsabilidade federativa.
- Aproximar e colaborar com as atividades das Frentes Parlamentares que trabalham em prol da regulamentação do uso de agrotóxicos.
- Atuar, frente ao Ministério Público e Procuradoria Geral da União, por meio da articulação com o Congresso Nacional e organizações sociais multidisciplinares.

4. Reduzir, restringir e readequar o uso de agrotóxicos em áreas rurais e urbanas, para prevenir a exposição aos agentes químicos.

Proposta

- Rever os agrotóxicos liberados no país e as quantidades permitidas. Por meio do comparativo com a União Europeia, seguir a restrição e limite de quantidade permitida (conforme Tabela 2).
- Desenvolver ações de advocacy junto ao Congresso Nacional, para desestimular o Projeto de Lei nº 6299/2002, que facilita a liberação de novos agrotóxicos e renomeia as substâncias como pesticidas (66).



- Reduzir os incentivos fiscais e subsídios excessivos concedidos à cadeia produtiva dos agroquímicos.
- Fomentar a aplicação do princípio de precaução diante do controle e uso de agrotóxicos.
- Implementar capacitações acerca dos sinais e sintomas da intoxicação por agrotóxicos, assim como a importância do uso de equipamentos de proteção e a notificação correta no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan.
- Fomentar as políticas de vigilância em saúde para o rastreamento e notificação dos casos de intoxicação por agrotóxicos.
- Atuar, junto à ANVISA, Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) e Ministério da Saúde, para reduzir o impacto dos agrotóxicos na vida humana.

5. Fiscalizar, de forma adequada, o nível de agrotóxicos na água e nos alimentos.

Proposta

- Estabelecer e difundir os índices de níveis máximos de resíduos permitidos na água e nos alimentos.
- Capacitar equipes de Vigilância para realizar, de forma adequada, a coleta e o estudo da água e dos alimentos possivelmente contaminados.
- Aprimorar a Portaria da Água e Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua) (67).

6. Incentivar práticas de Agroecologia para alcançar a soberania alimentar.

Proposta

- Incentivar a população a participar da transição agroecológica.
 - Reforçar as políticas públicas que fomentem a produção da agricultura familiar e camponesa.
 - Produzir incentivos fiscais à produção da agricultura familiar e camponesa, por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA).
-



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 (9).

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% dos casos diagnosticados previamente (68, 69).

Ademais, cerca de 5% a 10% dos cânceres são hereditários, ocorrendo precocemente e de modo recorrente nas famílias com predisposição genética, sendo necessárias a realização de teste de DNA e a existência de programas especiais para rastreamento e diagnóstico precoce (70).

O diagnóstico tardio é uma das principais barreiras enfrentadas pelos pacientes no acesso ao tratamento. Isso se dá pela falta de acesso ou ausência a centros especializados; pelas longas esperas para consultas com médicos especialistas; pela demora na realização de exames; e, muitas vezes, por conta da própria dificuldade de provimento e financiamento de testes diagnósticos (20).

O Tribunal de Contas da União (TCU) publicou, em 2019, um relatório da Auditoria Operacional da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (44). Os principais problemas encontrados foram relacionados ao acesso a serviços de diagnóstico, demonstrando que o diagnóstico do câncer não está sendo realizado de forma a permitir sua detecção precoce. Tal atraso impacta na atuação dos serviços de saúde e reduz a chance de melhores resultados no tratamento de pacientes oncológicos.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer determina, como umas das diretrizes para a prevenção, a garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos. Segundo o relatório do TCU, o diagnóstico confirmatório de câncer no Brasil vem sendo realizado em estágios avançados da doença. Dos pacientes, o percentual de diagnósticos em estadiamento III e IV passou de 53% em 2013 para 56% no ano de 2017 (44).

A partir da análise das APAC de 2017, o relatório apontou que 56% dos pacientes portadores dos cânceres mais incidentes, que iniciaram seu tratamento pelo SUS, foram diagnosticados nos estágios III e IV. Nos casos de câncer de pulmão, a situação é ainda mais grave, somando 83% de diagnósticos tardios, seguido de tireoide (80%), estômago (79%) e cavidade oral (79%) (44).



Analisando a jornada do paciente, desde a primeira consulta até o final do itinerário, foram identificados atrasos nas várias etapas desse processo: para realizar a primeira consulta com o médico especialista; entre o pedido e a realização de exames necessários ao diagnóstico de câncer pelo SUS; para a liberação do resultado dos exames de biópsia; demora para, já de posse do resultado do exame de biópsia, retornar ao médico especialista e confirmar o diagnóstico da doença (44).

Em 2010, o TCU já havia realizado outra auditoria operacional para analisar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, focada no tratamento do câncer (20). Na ocasião, foram detectadas como possíveis causas das dificuldades de acesso à assistência oncológica: incipiência do sistema de regulação de acesso de pacientes; carência de profissionais, em especial a de médicos patologistas e médicos oncologistas; estrutura deficiente de rede de saúde de média complexidade para a realização de procedimentos de diagnóstico oncológico; deficiências na prevenção do câncer; e despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada. De acordo com a auditoria mais recente, publicada em 2019, fica claro que muitas deficiências permanecem.

Assim como no mundo, o Brasil apresenta uma tendência de queda do número de médicos patologistas, somado a poucos alunos de Medicina que optam por essa especialidade. Este cenário acarreta o risco de o país sofrer um “apagão dos patologistas”, com número de profissionais aquém do necessário para o adequado atendimento da demanda e de pacientes (71). Considerando que o câncer tende a ser a principal causa de morte nas próximas décadas, é necessário que a doença seja enfrentada de maneira ágil e eficiente, reduzindo os custos e garantindo a eficácia no tratamento – o que passa pela necessidade de melhorias nos processos e investimentos não só relativos ao tratamento, como também na rede de serviços responsáveis pelo primeiro diagnóstico (6).

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

Alguns exemplos recentes de avanços puderam ser vistos a partir de 2019. Por meio de um novo modelo de financiamento de atenção primária, por exemplo, conhecido como Programa Previne Brasil, o Ministério da Saúde tem estimulado, com a remuneração por performance, o aumento de indicadores de atendimento em saúde que considera prioritários, dentre eles a cobertura de exame citopatológico – essencial para prevenção de câncer de colo de útero. Os indicadores desse programa serão revisados periodicamente, dando a oportunidade de novos parâmetros de rastreio e detecção sejam incluídos e incentivados a serem feitos na atenção primária (73).



Preocupados com estes problemas, algumas medidas têm sido tomadas, principalmente pelo Poder Legislativo, para a 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 (74).

Além disso, o Projeto de Lei n.º 143/2018, conhecido como PL dos 30 dias, foi aprovado, resultando na norma gerada com a Lei n.º 13.896/2019 (75). Esta lei, já em vigor, estabelece que, sendo a principal hipótese a neoplasia maligna, os exames diagnósticos necessários sejam realizados no prazo máximo de 30 dias. Conforme já mencionado, a agilidade no exame viabiliza, em sua maioria, o diagnóstico precoce, proporcionando maiores chances de cura aos pacientes.

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR

1. Informar a população sobre os sinais e sintomas do câncer, e conscientizar a respeito da importância da prevenção e do diagnóstico precoce.

COMO FAREMOS

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.
- Promover e incluir indicadores de rastreamento e detecção precoce em Oncologia, com indicadores que compõem o Previne Brasil, novo modelo de financiamento por performance nos serviços de atenção primária.
- Apoiar, estimular e desenvolver ações de advocacy, junto ao Congresso Nacional, para a aprovação do PL 1.605/2019, que institui o Estatuto da Pessoa com Câncer (76). O estatuto visa fomentar a comunicação, a publicidade e a conscientização sobre a doença, sua prevenção e seus tratamentos.



2. Identificar o câncer precocemente, com ágil confirmação diagnóstica.

Proposta

- Regular a Lei n.º 13.896/2019, que garante a realização de exame diagnóstico em 30 dias após a primeira suspeita de neoplasia maligna, junto ao poder público.
- 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 e medicina nuclear.
- 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 n.º 12.732/2012. O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores, direta e indiretamente responsáveis, às penalidades administrativas (74).
- Apoiar e auxiliar na garantia da atualização da Tabela SUS para procedimentos de diagnóstico e tratamento oncológicos.

3. Garantir a rápida e eficaz execução de exames para um diagnóstico sem falhas.

Proposta

- Promover discussões e iniciativas que facilitem o uso do histórico familiar oncológico, dados clínicos e genéticos 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 ao SUS.
- Estimular a disponibilização transparente de um fluxo qualificado e ágil para análise de amostras coletadas com foco no diagnóstico.
- Estimular discussões relacionadas aos valores praticados na Tabela SUS, referentes aos exames patológicos de Oncologia.



4. Identificar a população de alto risco genético para programas especiais de rastreamento, com base na história familiar oncológica.

Proposta

- Informar a população que cânceres hereditários são causados, em parte, pelas alterações genéticas transmitidas de pais para filhos.
- Com base na história familiar oncológica, identificar a população de alto risco genético para programas especiais de rastreamento.
- Apoiar, estimular e desenvolver ações de advocacy, junto ao Congresso Nacional, para a aprovação do PL 265/2020, conhecido como PL dos Testes Genéticos em câncer (77).

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

Proposta

- Mobilizar os gestores envolvidos para construir um fluxo simples de referenciamento e encaminhamento no SUS, baseado na experiência do paciente.
- Capacitar os profissionais de saúde para o fluxo de referenciamento e encaminhamento no SUS, para que orientem adequadamente os pacientes oncológicos.
- Informação transparente sobre a fila da regulação, priorizando tipos de câncer com progressão mais rápida.
- 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.

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

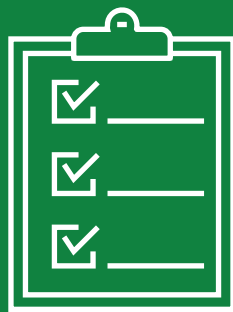
Proposta

- Informar a sociedade, em especial, os alunos de Medicina sobre a especialidade médica do patologista e o seu papel primordial no diagnóstico e tratamento de diversas doenças.
- Atuar junto às instituições de ensino, faculdades de Medicina e Ministério da Educação para conscientização sobre a importância da patologia para o diagnóstico e tratamento do câncer.



- Conscientizar o MEC sobre a carga horária e recomendações mínimas para o ensino da Patologia/ Anatomia Patológica no Brasil. No caso de Patologia Geral, a possibilidade de deter como professor qualquer profissional da saúde; mas em Patologia Especial ou Anatomia Patológica, que a aula seja ministrada por um médico, de preferência médico patologista.
 - Divulgar o Fórum Permanente de Ensino de Patologia constituído pela Sociedade Brasileira de Patologia, para a capacitação permanente de professores de ensino superior e para a melhoria do ensino de Patologia no país.
 - Melhorar a remuneração dos médicos patologistas em geral, como uma tentativa de atrair alunos de graduação de Medicina para ingressarem nessa especialidade.
-





IV. VIGILÂNCIA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

ANÁLISE E SEGUIMENTO DOS DADOS PÚBLICOS E PRIVADOS

SITUAÇÃO ATUAL



Para ampliar o acesso aos tratamentos e melhorar os desfechos clínicos, é imprescindível monitorar a qualidade e quantidade dos serviços de saúde (78). A vigilância, o monitoramento e a avaliação são princípios da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Estas ações acontecem por meio da implementação, produção e divulgação de informações, com o objetivo de subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle da doença.

Ao promover a produção e análise dos dados sobre Oncologia é possível mensurar o desempenho da PNPCC, assim como apoiar o direcionamento estratégico dos gestores na melhoria do atendimento à sociedade (21, 79).

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 (80).

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 (81).

Embora o cotidiano da PNPCC seja avaliado quantitativamente, se faz necessária a análise qualitativa para captar os gargalos na assistência à população (21). 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 (TJCC):

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

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



- a) pelos sistemas de informação do SUS, dentre os quais os de mortalidade, de morbidade, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares;
- b) pelos registros do câncer de base populacional e hospitalar;
- c) pelos inquéritos e pesquisas populacionais;
- d) pelas estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas brasileiras.

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

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

Ainda assim, a aprovação final dos Indicadores de Oncologia ocorre com amplo processo de discussão e consultas aos Grupos de Trabalho, conferindo legitimidade ao produto.

Para fortalecer o monitoramento e a avaliação da efetividade da PNPPC, também é necessário ampliar as discussões sobre a disponibilidade e o uso de dados, tanto na saúde pública quanto privada.

Outra importante iniciativa de dados tramita nas casas legislativas do Brasil. O Projeto de Lei nº 3814/2020 poderá criar uma plataforma digital para unificar os prontuários dos pacientes nas redes públicas e privadas, tornando-se um marco histórico em termos de tecnologia em saúde (82).

ONDE QUEREMOS CHEGAR

1. Facilitar o acesso aos dados abertos de saúde, de forma organizada e concentrada.

COMO FAREMOS

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.
- Desenvolver plataformas com inteligência artificial para que a população possa acessar qualquer informação contida nos bancos de dados abertos.
- Produzir e publicar estudos baseados em dados abertos, tal como faz o Observatório de Oncologia.



2. Fomentar a utilização dos Indicadores de Oncologia para melhores práticas de gestão em saúde.

Proposta

- Organizar eventos e reuniões que capacitem os gestores para análise de dados dos Indicadores de Oncologia, visando melhores decisões de políticas públicas.
 - Desenvolver, periodicamente, relatórios e fichas técnicas para gestores sobre os principais indicadores em Oncologia.
-

3. Avaliar o impacto das ações no aprimoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

Proposta

- Monitorar os indicadores de Oncologia e identificar os gargalos prioritários na área, periodicamente.
 - Conhecer o potencial das associações de pacientes oncológicos no Brasil e integrar seus programas na rede de saúde dos Estados e Municípios.
 - Desenvolver pesquisa sobre os principais desafios e êxitos da gestão da rede de CACON (Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e de UNACON (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), no país.
-

4. Implementar a interoperabilidade dos dados de saúde entre o setor público e privado, no Brasil.

Proposta

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



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

Proposta

- Obter e disponibilizar, de forma integrada, as informações dos novos casos de câncer do setor público e privado de saúde.
- Apoiar a aprovação da regulamentação da profissão de Registrador de Câncer, conforme o PL 1.411/2019, que atualmente tramita no Congresso Nacional (83).
- Capacitar os profissionais responsáveis pela notificação compulsória do câncer.
- Fiscalizar os órgãos responsáveis pelo registro do câncer.

6. Difundir o uso dos Indicadores de Oncologia disponibilizados na internet.

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 oncologistas nos serviços de saúde e presença de Registro Hospitalar de Câncer

Promoção e Prevenção:

V. Número de ações de promoção e prevenção à saúde.

Diagnóstico:

- VI. Cobertura de exames 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) (21). Os critérios e parâmetros de habilitação, organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação desses estabelecimentos são definidos pela Portaria nº 140/2014, do Ministério da Saúde (84).

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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

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

Proposta

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



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

Proposta

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

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

Proposta

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

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

Proposta

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



RADIOTERAPIA

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

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

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

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

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



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

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

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

Proposta

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

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

Proposta

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



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

Proposta

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

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

Proposta

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

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

Proposta

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



CIRURGIA ONCOLÓGICA

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

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

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

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

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



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

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

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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



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

Proposta

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

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

Proposta

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

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

Proposta

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



ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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



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

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

Proposta

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

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

Proposta

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



ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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



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

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



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

Proposta

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



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

Proposta

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

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

Proposta

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



TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

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

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

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

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



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

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

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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



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

Proposta

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

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

Proposta

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



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

Proposta

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



HUMANIZAÇÃO

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

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

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

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



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

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

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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



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

Proposta

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

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

Proposta

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



CUIDADOS PALIATIVOS

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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

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

Proposta

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

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

Proposta

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



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

Proposta

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



SAÚDE DA MULHER

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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



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

Proposta

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

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

Proposta

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



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

Proposta

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

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

Proposta

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



SAÚDE DO HOMEM

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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



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

Proposta

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

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

Proposta

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



NUTRIÇÃO

SITUAÇÃO ATUAL



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

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

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

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

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



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

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

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

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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



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

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

Proposta

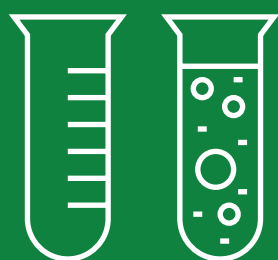
- Discutir, com a ANS, incentivos para que planos de saúde adotem e forneçam suplementos não somente em ambiente hospitalar durante o tratamento oncológico, mas também viabilizem tratamentos no momento fora do hospital.
- Criar, por meio da ANS, diretrizes e protocolos mínimos relacionados à utilização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

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

Proposta

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





VI. CIÊNCIA E TECNOLOGIA

PESQUISA CLÍNICA

SITUAÇÃO ATUAL



Tendo em vista as poucas alternativas terapêuticas disponíveis, é imprescindível intensificar o desenvolvimento, a incorporação e a oferta de tratamentos inovadores no país. Hoje, o Brasil conta com mais de 400 centros de pesquisa para desenvolvimento de novos medicamentos, habilitados a desenvolverem ou participarem de estudos clínicos para novas drogas. Além de trazerem investimentos para o país e desenvolverem a comunidade científica, as pesquisas investigam pacientes com características da população brasileira, aumentando a capacidade de entender como um novo medicamento se comporta em uma população tão heterogênea quanto a nossa (192).

No entanto, o país tem perdido inúmeras pesquisas clínicas, tendo registrado queda no número de estudos nos últimos anos (193). O processo de aprovação de pesquisas clínicas envolve duas etapas no Brasil: a aprovação técnica, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e por um dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Apesar de ter um sistema de regulação e pesquisadores com capacidade científica e tecnológica, esse processo de aprovação em três instâncias, único no mundo, gera entraves que fazem com que o Brasil não exerça todo o seu potencial de pesquisa clínica.

O principal fator responsável é o Brasil encontrar-se entre os países que mais levam tempo para aprovar os protocolos de pesquisa, demorando, em média, 10 meses para a aprovação de um novo estudo. Apesar do esforço dos órgãos reguladores (CONEP e ANVISA), nos últimos anos, para a redução dos prazos, a lentidão ainda tem grande impacto na inclusão do Brasil nos estudos clínicos em que vários países participam.

Não há lei que regule a realização de pesquisas clínicas no país. Contamos apenas um conjunto de normas infralegais, como resoluções e normativas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e ANVISA. Este problema se reflete nas normas de submissão de pesquisas clínicas pouco claras, e por vezes contraditórias, por exemplo, com relação à divisão de responsabilidade entre pesquisadores, instituições e patrocinadores.

A análise dos processos demora longo tempo, podendo impedir a participação de pacientes brasileiros em protocolos competitivos. Isso acontece 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 (194).

A CONEP tem passado por diversas reestruturações, porém o projeto de descentralização das análises caminha de forma muito lenta e a redundância da dupla análise ética (CEP e CONEP) prejudica o processo. 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 (195). Porém, tais prazos se mostram insuficientes para que o país ganhe competitividade no cenário global e, em muitos casos, são estendidos por meio de solicitações adicionais da agência, que a partir daí não tem mais prazo definido para concluir a análise.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

1. Ampliar o acesso dos pacientes aos resultados dos estudos clínicos.

COMO FAREMOS

Proposta

- Divulgar os protocolos de Pesquisa Clínica para a Oncologia em andamento no país, os centros colaboradores, profissionais responsáveis e critérios de inclusão.
- Esclarecer os pacientes sobre vantagens e desvantagens da participação em pesquisas clínicas, envolvendo-os em encontros regionais e nacionais, para que a troca de experiências possa ser um estímulo à participação de indivíduos elegíveis.
- Compartilhar a gestão do recrutamento com toda a equipe multidisciplinar, para difundir a informação dos estudos clínicos para os pacientes elegíveis.
- Melhorar a transparência da Plataforma Brasil quanto aos estudos realizados para o tratamento do câncer, dando ampla visibilidade aos estudos registrados.
- Solicitar a divulgação do andamento dos processos em análise por meio do sistema de informação nacional, como o aprimoramento da Plataforma Brasil, tornando possível o acompanhamento on-line dos prazos e maior transparência.

2. Analisar, de forma ágil, as pesquisas clínicas, tanto no Sistema Ético (CEP/CONEP) quanto na análise técnica (ANVISA).

Proposta

- Apoiar, estimular e desenvolver ações de advocacy junto ao Congresso Nacional, para a aprovação do Projeto de Lei (PL) 7.082/2017, que tramita no Congresso Nacional desde 2015, e tem como objetivo instituir o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica em Seres Humanos e propor um marco regulatório, através da lei federal para o setor (193).
- Desenvolver ações de advocacy para aprovação do Requerimento de Urgência 511/2020 (194), para imediata



apreciação do Projeto de Lei 7.082/2017, mencionado anteriormente. Espera-se a aprovação da urgência, para que a proposição seja colocada na Ordem do Dia e seja discutido e votado pelo Plenário, em sessão deliberativa da Câmara dos Deputados.

- Apoiar o processo de aprovação ética em apenas uma instância, nos CEP locais credenciados, e manter a CONEP em grau recursal e de fiscalização.

3. Registrar medicamentos oncológicos com agilidade.

Proposta

- Fiscalizar se a análise dos medicamentos submetidos se mantém dentro das normas vigentes da ANVISA, sendo o prazo de 90 dias, e para os de maior risco, de 180 dias, não sendo possíveis prorrogações.

4. Criar uma Rede de Pesquisa Clínica contra o Câncer, junto ao Ministério da Ciência e Tecnologia.

Proposta

- Criar uma Rede de Pesquisa Clínica contra o Câncer com o foco nos avanços diagnósticos e terapêuticos, que integrasse instituições de pesquisa nacionais e internacionais, com compartilhamento das tecnologias e das expertises de diversas áreas, beneficiando-se de iniciativas já existentes, como a Rede Nacional de Pesquisa Clínica e outras colaborações já em andamento.

5. Capacitar profissionais e instituições em Pesquisa Clínica.

Proposta

- Capacitar os membros dos CEPs e pesquisadores quanto ao processo de submissão dos protocolos de Pesquisa Clínica, bem como os erros mais frequentes, para dar celeridade aos processos e evitar pendências de repetição.
- Capacitar os representantes de usuários dentro dos CEPs para participação mais ativa no controle social sobre a Pesquisa Clínica, disponibilizando informações sobre as fases da pesquisa e seus respectivos objetivos.



6. Ter uma plataforma brasileira de divulgação dos estudos clínicos, com fácil acesso aos pacientes e equipe multidisciplinar.

Proposta

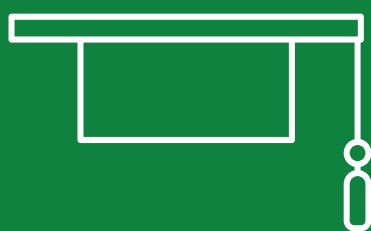
- Desenvolver plataforma semelhante ao Clinical Trials, do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, em que informações a respeito dos estudos clínicos em andamento e já encerrados sejam disponibilizadas ao público, com discriminação de condição clínica, status, intervenção e centro responsável.

7. Conscientizar a sociedade sobre a importância da Pesquisa Clínica, como uma possibilidade para o acesso a tratamento do câncer.

Proposta

- Criar e apoiar, na mídia de massa, campanhas de conscientização sobre a pesquisa clínica, sua existência, meios de participação e a possibilidade de acesso ao tratamento do câncer.
 - Engajar organizações e o governo na produção de informações acerca dos benefícios e riscos de participar de pesquisa clínicas em mídias de Saúde.
-





VII. EDUCAÇÃO PERMANENTE

SITUAÇÃO ATUAL



A Educação Permanente em Saúde (EPS) é aprendizagem, quando aprender e ensinar incorporam-se às organizações e processos de trabalho (199). Embora o câncer seja a segunda causa de morte e o conhecimento médico esteja avançando rapidamente, o ensino em Oncologia nos cursos de saúde apresenta variações consideráveis em todo o mundo (200). São poucas as políticas públicas relativas à formação e atualização dos profissionais da saúde que atuam no SUS, como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros (201).

Muitos estudos mostram que o ensino da cancerologia não é apropriado na maioria das escolas médicas em todo o mundo, principalmente em relação à prevenção, manejo do paciente e cuidados paliativos (200). 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. Este é um resultado da dedicação de pessoas engajadas com o tema da educação dos profissionais de saúde, como forma de promover a transformação das práticas do trabalho nesta área (202). 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.

Para 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 aos 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 de atenção (203).

O PRONON ainda destaca o desenvolvimento de projetos de educação permanente e formação de recursos humanos direcionados a profissionais que atuem na área de saúde, 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 diagnóstico e tratamento, possibilitando um espaço de aprendizado contínuo.

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



Soma-se a esse cenário o fato da Oncologia não ser disciplina obrigatória nas graduações de saúde, aprofundando o problema latente que é a educação no campo (204). 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 (205).

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta

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

2. Incluir na grade curricular dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, disciplina obrigatória de Oncologia.

Proposta

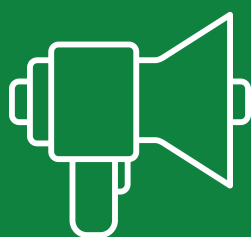
- Atualizar as grades curriculares dos cursos de graduação na área da saúde. Deve-se recomendar ao Ministério da Educação a inclusão de disciplinas que apresentem noções de Oncologia. A universidade deve fornecer, na formação inicial do profissional de saúde, os conhecimentos necessários para rastreamento e prevenção de câncer.

3. Manter e aumentar os recursos do PRONON.

Proposta

- Estimular a expansão do financiamento de programas, como Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), que incentivem ações de educação em saúde para o diagnóstico precoce e pesquisas relacionadas à Oncologia.
- Aprovar o Projeto de Lei 5307/2020, que altera a Lei nº 12.715/2012, para prorrogar a possibilidade de dedução de imposto sobre a renda dos valores para doações e patrocínios em prol de ações e serviços do PRONON (202).





VIII. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

SITUAÇÃO ATUAL



O câncer também se combate com informação. A comunicação sobre prevenção do câncer no Brasil se iniciou na década de 20, mas quase um século depois, a evolução das ações de comunicação em Oncologia no país ainda é insuficiente. Apesar da crescente mobilização social nos últimos anos, especialmente na informação dos fatores de risco, prevenção, diagnóstico, tratamento adequado, adesão ao tratamento e direitos dos pacientes, ainda é necessário o empoderamento da população no enfrentamento da doença (207).

Em resposta aos questionamentos do Movimento TJCC, a assessoria de comunicação do Ministério da Saúde relatou que o trabalho de informação sobre Oncologia fica a cargo do Instituto Nacional do Câncer (INCA). 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 Union for International Cancer Control (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 sobre o câncer de mama, desenvolvido pela sociedade civil organizada.
- Além de outras eventuais datas relacionadas à prevenção do câncer.

Apesar desta agenda, o Instituto Nacional do Câncer não tem perfil em mídias sociais, pois 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 (208). 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. Conscientizar a população brasileira constantemente sobre o câncer, com foco em seus fatores de risco e os modificáveis.

COMO FAREMOS

Proposta

- Difundir informações sobre os fatores de risco para população brasileira (9): 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.
- Agir junto ao departamento de comunicação do Ministério da Saúde para impulsionar a divulgação de estratégias de prevenção, bem como dos principais sinais e sintomas, nas especialidades oncológicas mais incidentes entre homens e mulheres.
- Criar o Minuto da Saúde do Brasil: um minuto em horário nobre para veiculação frequente de vídeos informativos em mídias de massa, tendo o foco na disseminação de informações sobre hábitos saudáveis para promoção da saúde e prevenção do câncer.
- Multiplicar ações de comunicação empreendidas pelas esferas governamentais, visando mobilizar e impulsionar mudanças de comportamento, prioritariamente nos fatores de risco.
- Capacitar profissionais de saúde da rede primária para informar a população sobre a detecção precoce do câncer e os principais sinais e sintomas da doença.

2. Informar pacientes oncológicos sobre suas doenças.

Proposta

- Intensificar a difusão de informações e ações de educação ao paciente, para que ele esteja empoderado sobre as especificidades de sua doença, bem como tratamentos disponíveis e direitos, visando a melhor adesão e desfechos em seu tratamento.



- Ampliar e disseminar os direitos dos pacientes durante sua jornada de tratamento. Por exemplo, a obrigatoriedade de início do tratamento em até 60 dias, bem como os benefícios sociais, como saque do FGTS, gratuidade no transporte público, entre outros.

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

Proposta

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





PAUTAS EM ATENÇÃO

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

• **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 DNA guarda uma infinidade de códigos e coordena o desenvolvimento do corpo. Mas ele pode sofrer alterações em sua sequência ou estrutura que levam ao surgimento de tumores para muito além dos componentes hereditários. Entender como se dá a ativação dos oncogenes pode não só fazer a diferença no diagnóstico precoce, como ser determinante na escolha do melhor tratamento.

• **Odontologia em Oncologia**

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

• **Reabilitação Oncológica**

O paciente com câncer pode apresentar necessidades físicas e mentais, 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 diagnóstico. Para o paciente com câncer a reabilitação tem como objetivo obter o máximo ganho funcional possível, dentro dos limites da doença e escolhas do paciente. Cada tipo de neoplasia desencadeia 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 às doenças hereditárias, oncológicas e infecciosas, estão ligados a distintas evoluções clínicas da doença e variações nas respostas ao tratamento. Esta abordagem possibilita uma avaliação integrada de todos os aspectos que envolvem cada doença e indivíduo.

• **Câncer de Cabeça e Pescoço**

O câncer de cabeça e pescoço é um desafio para a Oncologia. Esta neoplasia acomete principalmente pacientes de baixa renda, assim como tabagistas e consumidores de álcool. Com o aumento da estimativa ao longo dos anos, torna-se urgente enfrentarmos esse problema, incorporando métodos de auxílio diagnóstico e de estadiamento com as imagens (CT, RNM e PetCT) para melhor diagnosticar, estadiar e tratar estas neoplasias malignas.





CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Declaração para a Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil é um documento fundamentado na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, com as principais demandas do segmento que devem ser trabalhadas pelo governo e sociedade civil organizada.

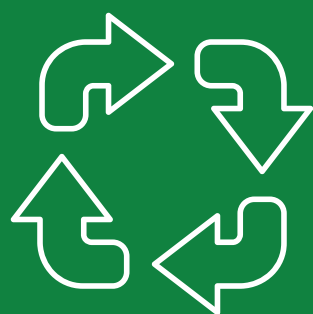
O documento apresenta a situação enfrentada pelos usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde. É um panorama atual da Oncologia com os principais gargalos e propostas construídas para que, se efetivadas, promovam alto impacto no curto, médio e longo prazo. E assim, potencialmente alcancem as metas e o propósito desta rede: influenciar as políticas de saúde e aprimorar a atenção oncológica do país.

Criada de forma colaborativa, as atualizações acontecem periodicamente com o apoio de centenas de organizações – integrantes do Conselho Estratégico, Comitê Construtivo, parceiros e participantes de consulta pública aberta a toda a sociedade.

Agradecemos imensamente às instituições envolvidas. É graças ao trabalho dedicado de associações de pacientes, hospitais, sociedades médicas, profissionais de saúde, pesquisadores, instituições de ensino e pesquisa, entre outras organizações do setor, que a Declaração contém uma ampla análise do cenário oncológico, embasada em dados e interconexões com publicações de referência nacionais e internacionais.

O Movimento Todos Juntos Contra o Câncer segue monitorando a situação do cenário nacional da assistência oncológica e articulando parceiros, sociedade civil organizada e autoridades públicas para que os objetivos da Declaração para a Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil sejam alcançados.





INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- +ID – Instituto Mais Identidade
- 4Press News
- AACC – Associação de Apoio à Criança com Câncer
- ABADOC – Associação Beneficente de Amparo a Doentes de Câncer
- ABBCT – Associação Brasileira de Bancos de Células –Tronco
- ABCC – Associação Bragantina de Combate ao Câncer
- ABHH – Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular
- ABMM – Associação Brasileira de Mulheres Médicas
- ABRACRO – Associação Brasileira de Organizações Representativas de Pesquisa Clínica
- ABRALE – Associação Brasileira de 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 Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço
- A.C. Camargo Cancer Center
- 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
- AMIGOHO – Oncologia e Hematologia – Instituto Israelita de Responsabilidade Social
- AMUCC – Associação Brasileira dos Portadores de Câncer
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- APFCC – Associação Paulista Feminina de Combate ao Câncer
- ASCOMCER – Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora
- Associação Arte Despertar
- Associação Presente
- Associação Viva e Deixe Viver
- ATMO – Associação Amigos do Transplante de Medula Óssea
- Be Pink
- Bem Valente



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



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



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



REFERÊNCIAS

1. International Agency for Research on Cancer [Internet]. Globocan 2020: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2020. [acesso em 19 ago. 2021]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>
2. American Cancer Society [Internet]. Cancer A–Z. [acesso em 22 jul. 2021]. 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&tlng=pt
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. [Acesso em 09 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS – DataSUS. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) [Internet]. [acesso em 13 jul. 2021]. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
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: <https://cdn.publisher.gn1.link/brazilianjournalofoncology.com.br/pdf/v13s1a02.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Biblioteca de Saúde Pública Brasil. Declaração Mundial contra o câncer [internet]. 2018. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/lis/resource/46208#.YPhkxehKg2y>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS – DataSUS. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) [Internet]. [acesso em 13 jul. 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=05>
9. Organização Panamericana de Saúde [Internet]. OPAS Brasil. Folha informativa – Câncer. [acesso em 13 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Nota Técnica –DIDPRE/CONPREV/INCA: Rastreamento de câncer durante a pandemia de COVID-19 [internet]. 2020. [acesso em 4 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nota-tecnica-rastreamento-covid-didepre-09-jul-2020.pdf>
11. Instituto Oncoguia [internet]. Por um plano para minimização dos efeitos da pandemia na atenção oncológica e retomada imediata de serviços inadiáveis. [s.d.]. [acesso em 7 jul. 2021]. Disponível em: http://www.oncoguia.org.br/pub/10_advocacy/pdf/posicionamento_plano_de_retomada.pdf
12. Movimento Todos Juntos contra o Câncer [internet]. Profissionais de saúde respondem: Como está o tratamento do Câncer, durante a pandemia do novo coronavírus?. 2020. [acesso em 7 jul. 2021]. Disponível em: <https://tjcc.com.br/acontece-tjcc/pesquisa/profissionais-de-saude-respondem-como-esta-o-tratamento-do-cancer-durante-a-pandemia-do-novo-coronavirus/>
13. Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica [internet]. Sociedades médicas apontam redução de 70% das cirurgias e que 50 mil brasileiros não receberam diagnóstico de câncer. 2020. [acesso em 7 jul. 2021]. Disponível em: <https://sbco.org.br/atualizacoes-cientificas/sociedades-medicas-apontam-reducao-de-70-das-cirurgias-e-que-50-mil-brasileiros-nao-receberam-diagnostico-de-cancer/>



14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. [Gelcio Luiz Quintella Mendes em Apresentação na Reunião Geral dos Grupos de Trabalho do Movimento Todos Juntos contra o Câncer; 2021 jun. 17; [S.l.]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1Hz9iAF1kd1Zz-zlGENPdZy3jpW16FRNb/view>
15. Isto é [internet]. Número de doações de medula óssea cai 30% devido à pandemia. 2020. [acesso em 7 jul. 2021]. Disponível em: <https://istoe.com.br/numero-de-doacoes-de-medula-ossea-cai-30-devido-a-pandemia/>
16. 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
17. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set. 1990; 1:1. [Internet]. Brasília. [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
18. 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. [acesso em 16 jul. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf
19. Todos pela Educação [Internet]. Todos pela Educação homepage. 2015. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/>
20. 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>
21. 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
22. 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
23. 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
24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. CNS rejeita votação do Congresso Nacional contra o SUS. Brasília: Plenário do Conselho Nacional de Saúde; 2015. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/CNS_PEC_358.pdf
25. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de novembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Internet]. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm



26. 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>
27. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0346_23_06_2008.html
28. 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>
29. Medici AC. Custos do Tratamento do Câncer no Brasil: Como Melhorar o Foco. *Monitor de Saúde* [Internet]. 2018. [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: <http://monitordesauade.blogspot.com/2018/03/custos-do-tratamento-do-cancer-no.html>
30. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS [Internet]. Como fica a Saúde no Brasil depois da PEC do Teto?. CONASEMS; 2016. [acesso em 22 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/como-fica-a-saude-no-brasil-depois-da-pec-do-teto/>
31. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 244, de 2019. Cria o Fundo Nacional de Combate ao Câncer e de Assistência a Portadores (FNCCAP) e dá outras providências [Internet]. [acesso em 09 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2190754>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. ANS Tabnet – Informações em Saúde Suplementar. [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def
33. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde [Internet]. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm
34. 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 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY1Nw==>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Como é Atualizado o Rol de Procedimentos. [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/como-e-atualizado-o-rol-de-procedimentos>
36. 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 jun. 2019]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&positivo=1&resposta=463&historico=19970798
37. 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 jun. 2016 [Internet]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>



38. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 470, DE 09 DE JULHO DE 2021. Dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. [Internet]. [acesso em 08 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-470-de-9-de-julho-de-2021-331309350>
39. Datafolha [Internet]. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde. 2018. [acesso em 22 jan. 2019]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentacaoCFMdatafolha.pdf>
40. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Espaço da Operadora. Ressarcimento ao SUS. [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-daoperadora/18-planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/263-ressarcimento-ao-sus>
41. 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 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/3687-ressarcimento-ao-sus-ans-cumpe-recomendacoes-do-tcu>
42. Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório Sistemico de Fiscalização da Saúde - FISC-SAÚDE (TC n.º 032.624/2013-1) [Internet]. 2013. [acesso em 8 mar. 2017]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/fisc-saude-relatorio-sistemico-de-fiscalizacao-de-saude-exercicio-2013.htm>
43. Brasil. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. Relatório de Auditoria Anual de Contas: Secretaria de Atenção à Saúde, Exercício 2017.[Internet]. 2018. [acesso em 14 jul. 2021]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1ozETOddJZoJMGKU_BvYhJVXMgok7KhCg/view?usp=sharing
44. Brasil. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Auditoria sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer no Brasil [Internet]. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acórdão-completo/*/%20NUMACORDAO%253A1944%2520ANOACORDAO%253A2019/DTRELEVANCIA%20desc,%20NUMACORDAOINT%20desc/0/%20?uuid=a3e03690-c806-11e9-9449-2734c8b180ab
45. Organização Mundial da Saúde [Internet]. OMS: Estatísticas de saúde e sistemas de informação: Estimativas para 2000-2016. [acesso em 14 jun. 2019]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
46. 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
47. 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 e agravos não transmissíveis no Brasil 2011-2022 [Internet]. [acesso em 14 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
48. 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
49. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil (Minuta para Consulta Pública) . [acesso em 08 ago. 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p--blica.pdf>



50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2019: 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 2019 [Internet]. 2020. [acesso em 15 jul. 2021] Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>
51. 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
52. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, Friedrich K, Búrigo AC, organizadores. Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde [internet]. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular; 2015. [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/dossieagrototoxicos/wp-content/uploads/2013/10/DossieAbrasco_2015_web.pdf
53. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Exposição no Trabalho e no Ambiente. Agrotóxicos [internet]. [acesso em 11 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/agrototoxicos>
54. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Governo federal prepara decreto para mudar a regulação sobre o registro de agrotóxicos [internet]. [acesso 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/governo-federal-prepara-decreto-para-mudar-a-regulacao-sobre-o-registro-de>
55. Organização Mundial da Saúde. Agência Internacional de Pesquisa em Câncer. IARC Monographs Volume 112: evaluation of five organophosphate insecticides and herbicides [monografia na internet]. França: IARC; 2015. [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/07/MonographVolume112-1.pdf>
56. Dias AP, Gurgel AM, Rosa ACS, Búrigo AC, Oliveira AC, Niemeyer CB, et al. Agrotóxicos e Saúde [internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; [2018]. (Saúde, Ambiente e Sustentabilidade). [acesso em 13 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/32385/2/02agrototoxicos.pdf>
57. Politize! [internet]. Brasil, campeão mundial em consumo de agrotóxicos. 2018. [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.politize.com.br/brasil-campeao-mundial-em-consumo-de-agrototoxicos/>
58. Gross AS. O problema do envenenamento por pesticidas no Brasil representa um dilema global, dizem os críticos. Mongabay [internet]. 2018. (Agronegócio na Amazônia, Cerrado). [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://brasil.mongabay.com/2018/08/o-problema-do-envenenamento-por-pesticidas-no-brasil-representa-um-dilema-global-dizem-os-criticos/>
59. Observatório de Oncologia [internet]. Estudos. Câncer como a primeira causa de morte nos municípios brasileiros. 2018. [acesso em 13 jul. 2021]. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/cancer-como-a-primeira-cao-de-morte-nos-municipios-brasileiros-em-2015/>
60. Rochaferreira F. Agrotóxicos deixam um rastro de doenças e mortes pelo Brasil. Le Monde Diplomatique Brasil [internet]. 2019. [acesso em 11 ago. 2020]. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/agrototoxicos-deixam-um-rastro-de-doencas-e-mortes-pelo-brasil/>
61. Belmonte T. Pesquisas associam câncer ao uso intensivo de agrotóxicos nas lavouras. Extra Classe [internet]. 2018. [acesso em 11 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/saude/2018/05/pesquisas-associam-cancer-ao-uso-intensivo-de-agrototoxicos-nas-lavouras/>



62. Brasil. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para Discussão. Agrotóxicos no Brasil: padrões de uso, política de regulação e prevenção da captura regulatória [internet]. Brasília: Ipea; 2019 [acesso em 13 jul. 2021]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9371/1/td_2506.pdf
63. Belmonte T. Pesquisas associam câncer ao uso intensivo de agrotóxicos nas lavouras. Extra Classe [internet]. 2018. [acesso em 13 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/saude/2018/05/pesquisas-associam-cancer-ao-uso-intensivo-de-agrotoxicos-nas-lavouras/>
64. Bombardi LM. Geografia do uso de Agrotóxicos no Brasil e conexões com a União Europeia [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. [acesso em 11 ago. 2020]. Disponível em: https://ecotoxbrasil.org.br/upload/587ed92192e9dbe77bddffd31cbe25a7-e-book_atlas_agrot_axico_2017_larissa_bombardi.pdf
65. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei da Câmara nº 6.670, de 2016. Institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos - PNARA, e dá outras providências [internet]. [acesso em 6 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2120775>
66. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei do Senado nº PL 6299, de 2002. Altera os arts 3º e 9º da Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências [internet]. [acesso em 16 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/46249>
67. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade [internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html
68. Correio Braziliense [Internet]. Descoberta precoce aumenta chance de cura em casos de câncer. 2018. [acesso em 14 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>
69. Saúde Abril [Internet]. Câncer de próstata, diagnóstico precoce é o caminho para a cura. [acesso em 14 jun. 2019]. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/cancer-de-prostata-diagnostico-precoce-e-o-caminho-para-a-cura/>
70. Laloni M. Você sabia que apenas 5 a 10% dos casos de câncer são hereditários?. Hospital Nove de Julho [internet]. 2020. [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://h9j.com.br/pt/sobre-nos/blog/voce-sabia-que-apenas-5-a-10-dos-casos-de-cancer-sao-hereditarios>
71. Botacini G. País corre risco de apagão de patologistas. Folha de São Paulo [internet]. 2019. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2019/08/pais-corre-risco-de-apagao-de-patologistas.shtml>
72. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.426, de 14 de Dezembro de 2020. Altera atributos de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC dos municípios, estados e Distrito Federal. [acesso em 21 jul. 2021]. disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.426-de-14-de-dezembro-de-2020-294331803?fbclid=IwAR1pYGC_b-UD79IMokpXRZpjDwaWfZnEC9OT55QxDf-occlmbmX2jmEZ3ec



73. Brasil. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Previne Brasil: Manual instrutivo do Financiamento da Atenção Primária à Saúde (Preliminar). [acesso em 08 ago. 2021]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/06/MANUAL_PREVINE_BRASIL_MS_VERSAO_PRELIMINAR.pdf
74. 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 jun. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
75. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica [internet]. [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm
76. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1605, de 2019. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer e dá outras providências [Internet]. [acesso em 09 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2194646>
77. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 265, de 2020. Altera a Lei 11.664, de 29 de abril de 2008, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, para assegurar a realização de exames de detecção de mutação genética [Internet]. [acesso em 19 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2236990>
78. Bittar, O. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev. adm. saúde [Internet]; 2001. [acesso em 17 jun. 2019]; 3(12): 21-28. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidade.pdf>
79. 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 16 jul. 2021]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0787.pdf
80. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Rede Interagencial de Informação em Saúde – RIPSa [Internet]. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB). [acesso em 17 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/base-de-dados-idb/>
81. 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 jun. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13685.htm
82. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3814, de 2020. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), e a Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que “dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente”, para obrigar o Sistema Único de Saúde a manter plataforma digital única com informações de saúde dos pacientes. [internet]. [acesso em 01 jul. 2021]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2015491&filename=PL+3814/2020
83. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1411, de 2019. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Registradores de Câncer [Internet]. [Acesso em 09 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2193757>



84. 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 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html
85. 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. 23a ed. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 20 jul. 2021]. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/34/Manual-Oncologia_23a%20edicao.pdf
86. 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 jun. 2019]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
87. 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 jun. 2019]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/livro-pcdt-oncologia-2014.pdf>
88. 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 jun. 2019]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
89. 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-farmaceutica/medicamentosrename/componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf>
90. Massi V. Como funciona a compra de medicamentos pelo SUS. Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade – ICTQ [Internet]. [acesso em 17 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.ictq.com.br/varejo-farmaceutico/826-como-funciona-acompra-de-medicamentos-pelo-sus>
91. 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 jun. 2019]; 13(44): 1-12. Disponível em: http://www.oncoguia.org.br/pub/10_advocacy/BJO-artigo-83.pdf
92. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1613, de 2021. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). [acesso em 03 set. 2021]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2279744>
93. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet] – Cartilha – Radioterapia. [acesso em 17 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/2950>
94. Araújo LP, Sá NM; Atty, ATM. Necessidades atuais de radioterapia no SUS e estimativas para o ano de 2030. *RBC* [Internet]. 2016. [acesso em 17 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
95. 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>



96. Gómez. N. 5 mil brasileiros morrem por falta de radioterapia, mas cenário deve mudar. Uol Notícias [internet]. 2019. [acesso em 08 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2019/03/28/5-mil-pacientes-morrem-por-falta-de-radioterapia-mas-cenario-deve-mudar.htm>
97. 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
98. 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://drive.google.com/file/d/1C8ov9BlzPq_wVubN2ntPAFU_rwdK79u-/view?usp=sharing
99. Kowalski, LP. A evolução da cirurgia oncológica ao longo dos anos. Veja Saúde – Blog Letra de Médico [Internet]. 2017. [acesso em 19 jul. 2021]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/letra-de-medico/a-evolucao-da-cirurgia-oncologica-ao-longo-dos-anos/>
100. Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. Você sabia que 80% dos pacientes com câncer, irão necessitar de algum procedimento cirúrgico, nas diversas fases de suas doenças?! [homepage na internet]. [acesso em 19 jul. 2021]. Disponível em: <https://sbco.org.br/>
101. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Nota Técnica 26a/2005. política nacional de atenção oncológica [Internet]. Brasília: CONASS; 2005. [acesso em 19 jul. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf
102. Silva LASR, ECBCV-RJ. Cirurgia oncológica: um grande desafio. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. 2016. [acesso em 02 jul. 2019]; 43(3): 139-140 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n3/pt_0100-6991-rcbc-43-03-00139.pdf
103. 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 jul. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf
104. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Grupo de Trabalho sobre Órteses e Próteses Relatório Final. [Internet]. Brasília: 2016. [acesso em 02 jul. 2019]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/GT_orteseprtese.pdf
105. 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 jul. 2019]. Disponível em: https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/relatorio_final_gti_opme.pdf
106. 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 jul. 2019]; 224 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/confecao_manutencao_orteses_proteses.pdf
107. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Fichas Técnicas. Câncer. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>



108. 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>
109. 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>
110. 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
111. Epelman S. Câncer infantil: desafios em busca da cura. *Saúde Abril* [Internet]. 2019. [acesso em 14 jun. 2019]. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/cancer-infantil-desafios-em-busca-da-cura/>
112. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2008. [acesso em 14 jun. 2019]; 13(Sup): 603-610. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2008.v13suppl0/603-610/>
113. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia [Internet]. ABRALE - Medicamentos para o câncer estão em falta e situação preocupa pacientes. 2019. [acesso em 19 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/noticias/medicamentos-para-o-cancer-estao-em-falta-e-situacao-preocupa-pacientes/>
114. Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017. [acesso em 02 jul. 2019]; 33(2): e00197316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001403002&lng=pt&lng=pt
115. 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 19 jul. 2021]; 16(3): 1-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/PNzvPfFcPKSbvdBpqmFz3VJ/abstract/?lang=pt>
116. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) [Internet]. [acesso em 02 jul. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/parcerias-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>
117. Moraes R. Justiça federal proíbe compra e uso de Leuginase da China em toda a rede SUS. *Jornal G1 Distrito Federal - Globo* [Internet]. 2017. [acesso em 20 jul. 2021]. Disponível em: <https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/justica-federal-proibe-compra-de-leuginase-da-china.ghtml>
118. Las Casas L. Ministério volta a importar remédio chinês e Boldrini reage. *CBN Campinas* [Internet]. 2017. [acesso em 20 de jul. 2021]. Disponível em: <https://portalcbnbcampinas.com.br/2017/12/ministerio-volta-a-importar-remedio-chines-e-boldrini-reage/>
119. RM Consultoria Empresarial [Internet]. Ministério da Saúde normaliza distribuição de medicamentos de custo elevado, mas pacientes ainda sofrem impactos dos atrasos. 2019. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: <https://rmconsult.blogspot.com/2019/06/ministerio-da-saude-normaliza.html?m=0>
120. Vargas M. Saúde fará contratos mais longos para evitar falta de medicamentos, diz ministro. *Jota Info* [Internet]. 2019. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/saude-contratos-mais-longos-falta-de-remedios-08052019>



121. 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 jul. 2019]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/deciso-es-sobre-incorporacao-ordem-alfabetica>
122. Cavicchioli AC, Menossi MJ, Lima RAG. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007. [acesso em 02 jul. 2019]; 15(5): 1025-1032. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692007000500022&script=sci_arttext&tlng=pt
123. Organização Pan-Americana da Saúde. Cure Americas. Iniciativa Global da OMS para o Câncer Infantil: implementação na América Latina e no Caribe [internet]. Washington, D.C: OPAS; [2021]. [acesso em 22 jul. 2021]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1WeBx43BWZOuBG_e7bVpJHiCmFJRCnwyE/view?usp=sharing
124. 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 21 jul. 2021]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710
125. Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – IBCC [Internet]. Brasil possui terceiro maior banco de doadores de Medula Óssea do mundo. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: <https://ibcc.org.br/brasil-possui-terceiro-maior-banco-de-doadores-de-medula-ossea-do-mundo/>
126. Associação da Medula Óssea – AMEO [Internet]. Como me tornar um doador de Medula Óssea. [acesso em 17 jun. 2019]. Disponível em: <https://ameo.org.br/como-me-tornar-um-doador-de-medula-ossea/>
127. 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
128. Caldas, JA. Menos é mais (e melhor) [Internet]. Rev. ABRALÉ; 2013. [acesso em 21 jul. 2021]; 27(1):24-26. Disponível em: <https://revista.abrale.org.br/downloads/27.pdf>
129. Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea – SBTMO [internet]. Indicadores. Confira os indicadores* do TMO nacional. [acesso em 10 jun. 2021]. Disponível em: <https://sbtmo.org.br/indicadores>
130. Brasil. Ministério da Saúde. Últimas Notícias. Agência Saúde. Brasil aumenta doação de órgãos e bate recorde em transplantes [Internet]. 2018. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44442-brasil-aumenta-doacao-de-orgaos-e-bate-recorde-em-transplantes>
131. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS – DataSUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. [acesso em 17 jun. 2019]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=2403&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=&VContador=42&VTitulo=H
132. Sampaio C. Pacientes enfrentam dificuldade para custear tratamentos fora dos estados. Brasil de Fato [Internet]. 2018. [acesso em 20 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/09/13/pacientes-enfrentam-dificuldade-para-custear-tratamentos-fora-dos-estados>
133. 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 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>



134. Brasil. Universidade Federal do Amapá [Internet]. História da Enfermagem. [acesso em 03 jul. 2019]. Disponível em: <https://www2.unifap.br/enfermagem/sobre-o-curso/historia-da-enfermagem/>
135. Cardoso MVN, et al. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da enfermagem brasileira. R. Bras. Enferm. [Internet]. Brasília: 1999. [acesso em 03 jul. 2019]; 52(3): 339-348. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n3/v52n3a03.pdf>
136. Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. Rev Bras Enferm [Internet]. 2005. [acesso em 03 jul. 2019]; 58(6): 723-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6>
137. 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 jul. 2019]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
138. 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 jul. 2019]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
139. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. [Internet]. Brasília: 2013. [acesso em 04 jul. 2019]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
140. Pebmed. Coluna de Saúde Pública. [Internet]. O curioso problema da superlotação nos serviços de emergência do Brasil. 2018. [acesso em 04 jul. 2019]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/o-curioso-problema-da-superlotacao-nos-servicos-de-emergencia-do-brasil/>
141. Bom Dia Brasil - G1 Globo. [Internet]. Mais de 60% dos hospitais públicos estão sempre superlotados. 2014. [acesso em 04 jul. 2019]. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2014/03/mais-de-60-dos-hospitais-publicos-estao-sempre-superlotados.html>
142. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2010. [acesso em 04 jul. 2019]; 15(1): 255-268. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15n1/255-268/>
143. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede HumanizaSUS [Internet]. Cadernos de textos - Cartilhas da Política Nacional de Humanização. [acesso em 04 jul. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf
144. D'Alessandro MPS, Pires CT, Forte DN, coordenadores, Messias AA, Maiello APMV, Coelho FP, et al. Manual de Cuidados Paliativos [Internet]. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 30 jun. 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>
145. 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>
146. 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



147. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2013. [acesso em 17 jun. 2019]; 18(9): 2577-2588. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012
148. 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
149. 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>
150. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas MA, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Cortés CC. Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos 2020 [internet]. Houston: IAHP Press; 2021. [acesso em 30 jun. 2021]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1vig_hkEwmY2M79qP4RC9mmBBis26sJy9/view
151. Connor, S., Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition Global Atlas of Palliative Care at the End of Life Global Atlas of Palliative Care. 2. ed. [internet]. [S.L]: Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization; 2020. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/item/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020>
152. 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://euperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
153. 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/>
154. 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://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
155. Cardoso MGM. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: Carvalho RT, Parsons HA. In: Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. [Internet]. São Paulo: ANCP; 2012. p. 113-122. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
156. 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://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
157. 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>
158. 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 jun. 2019]; 82p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
159. Observatório de Oncologia [internet]. Panorama da Atenção ao Câncer de Mama no SUS. 2020. [acesso em 20 jul. 2021]. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/panorama-da-atencao-ao-cancer-de-mama-no-sus/>
160. Observatório de Oncologia [internet]. Indicadores de Câncer de Mama. [acesso em 20 jul. 2021]. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/indicadores-de-cancer-de-mama/>



161. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer do colo do Útero. Conceito e Magnitude [internet]. [acesso em 20 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>
162. Observatório de Oncologia [internet]. Indicadores de Colo do Útero. [acesso em 20 jul. 2021]. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/indicadores-de-colo-do-uterio/>
163. 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 jun. 2019]. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/index.asp>
164. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Vacinação. Calendário Nacional de Vacinação [Internet]. [acesso em 17 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>
165. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde Departamento De Vigilância Das Doenças Transmissíveis Coordenação-geral Do Programa Nacional De Imunizações. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6,11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada) [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 30 jun 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf>
166. 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 jun. 2019]; 48 (3): 394–400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000300394&script=sci_arttext&lng=pt
167. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 11.664, De 29 De Abril De 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. [acesso em 20 jul. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm
168. Mendonça VS, Andrade, AN. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?. Revista Psicologia Política [Internet]. 2010. [acesso em 03 jul. 2019]; 10(20): 215–226. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000200003
169. Brasil. Governo do Brasil. Notícias. Saúde. [Internet]. Política Nacional de Saúde do Homem. [acesso em 03 jul. 2019]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2011/09/saude-do-homem>
170. 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 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/politica-nacional-saude-homem-em-destaque>
171. 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: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>
172. 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 jul. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html



173. 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 jul. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13045.htm
174. Observatório de Oncologia [Internet]. A saúde do homem muito além da cor azul. . 2017. [acesso em 03 de jul. 2019]. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/a-saude-do-homem-muito-alem-da-cor-azul/>
175. Watanabe P. Em pesquisa, 21% dizem que exame de toque retal não é ‘coisa de homem’. Folha de São Paulo [internet]. 2017. [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2017/08/1906321-em-pesquisa-21-dizem-que-exame-de-toque-retal-nao-e-coisa-de-homem.shtml>
176. Instituto Oncoguia [internet]. Radar do Câncer de Pulmão no Brasil: Desafios e Prioridades [Luciana Holtz e André Marques em Apresentação na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo; [2019] ago. 1; São Paulo, Brasil]. Disponível em: http://www.oncoguia.org.br/pub/16_eventos/Radar_Cancer_Pulmao/2_Luciana_Holtz.pdf
177. Maluf FC. Vencer o Câncer de Próstata [internet]. 2.ed. São Paulo: Dendrix, 2020. [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: https://vencercancer.org.br/wp-content/uploads/2020/11/VOC%20Prostata_BOOK%20links%202020.pdf
178. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer. Câncer de Próstata [internet]. [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>
179. Amazonas Atual [internet]. Novembro Azul: 30% dos casos de câncer de próstata têm diagnóstico tardio. 2020. [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://amazonasatual.com.br/novembro-azul-30-dos-casos-de-cancer-de-prostata-tem-diagnostico-tardio/>
180. Watanabe P. Em pesquisa, 21% dizem que exame de toque retal não é ‘coisa de homem’. Folha de São Paulo [internet]. 2017. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2017/08/1906321-em-pesquisa-21-dizem-que-exame-de-toque-retal-nao-e-coisa-de-homem.shtml&sa=D&source=editors&ust=1626787580654000&usg=AOvVaw2MJOOriD66jUI-DWDHcsE>
181. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Novembro Azul promove conscientização sobre cuidados com a saúde masculina [internet]. [acesso em 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/novembro-azul-promove-conscientizacao-sobre-cuidados-com-a-saude-masculina/>
182. 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 jul. 2019]; 112 (5): 730-738. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1177/0148607112440285>
183. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Terapia Nutricional na Oncologia [Internet]. 2011. [acesso em 02 jul. 2019]. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_oncologia.pdf
184. Arends, J et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. [Internet]. 2016. [acesso em 02 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)
185. Curtis LJ, Bernier P, Jeejeebhoy K, et al. Costs of hospital malnutrition. Clin Nutr. [Internet]. 2017. [acesso em 02 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)



186. Waiztberg D. et al. Hospital Malnutrition: The Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. [Internet]. 2001. [acesso em 03 jul. 2019]; 17:573–580. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899900701005731?via%3Dihub>
187. 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 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//inquerito-brasileiro-nutricao-oncologica.pdf>
188. El-Ghammaz 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 jul. 2019]; 25(10): 3085–3093. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-017-3716-6>
189. 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 jul. 2019]; 15(3): 3413–3422. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl3/3413-3422/pt>
190. Wong PW, Enriquez A, Barrera R. Nutritional support in critically ill patients with cancer. *Crit Care Clin*. [Internet]. 2001. [acesso em 03 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)
191. 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 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)
192. Associação Brasileira das Organizações Representativas de Pesquisa Clínica (ABRACRO) [Internet]. Pesquisa clínica no Brasil. [acesso em 04 jul. 2019]. Disponível em: <https://abracro.org.br/pesquisaclinicanobrasil/>
193. 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 jul. 2019]. Disponível em: <https://clinicaltrials.gov/>
194. 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
195. 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 21 jul. 2021]. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/3503972/RDC_09_2015_COMP.pdf/e26e9a44-9cf4-4b30-95bc-feb39e1bacc6
196. 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
197. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei da Câmara nº 7082, de 2017. Dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos [Internet]. [acesso em 02 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2125189>



198. Brasil. Câmara dos Deputados. Requerimento de Urgência nº 511/20202, Acessório de PL 7082/2017. Requer a urgência para apreciação imediata do Projeto de Lei 7.082/2017, que “Dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos “ [Internet]. [acesso em 02 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2242238>
199. 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 jul. 2019]; 16(2): 7-15. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/248/209>
200. Pavlidis N, et al. Oncology for medical students: a new ESO educational avenue. Annals of oncology. Pubmed [Internet]. 2005. [acesso em 04 jul. 2019]; 16(5): 840-841. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15802282/>
201. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014. [acesso em 04 jul. 2019]; 48(1): 170-185. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000100170&script=sci_abstract&tlng=pt
202. 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 jul. 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf
203. 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 21 jul. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1550_29_07_2014.html
204. Silvestrini AA, et al. O ensino de oncologia na graduação: panorama brasileiro. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. [Internet]. 2012. [acesso em 04 jul. 2019]. 8(29): 125-129. Disponível em: https://www.sbec.org.br/app/webroot/Site_RBOC_OFICIAL/pdf_edicao_29/artigo3.pdf
205. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei do Senado nº 5307, de 2020. Altera a Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, para prorrogar a faculdade de dedução do imposto sobre a renda dos valores correspondentes a doações e patrocínios em prol de ações e serviços 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) [internet]. [acesso em 21 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2270919>
206. Teixeira LA. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. Hist. cienc. saúde-Manguinhos. [Internet]. 2010. [acesso em 04 jul. 2019]; 17(1): 13-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500002
207. Castro R. Câncer na mídia: uma questão de Saúde Pública. Revista Brasileira de Cancerologia. [Internet]. 2009. [acesso em 04 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

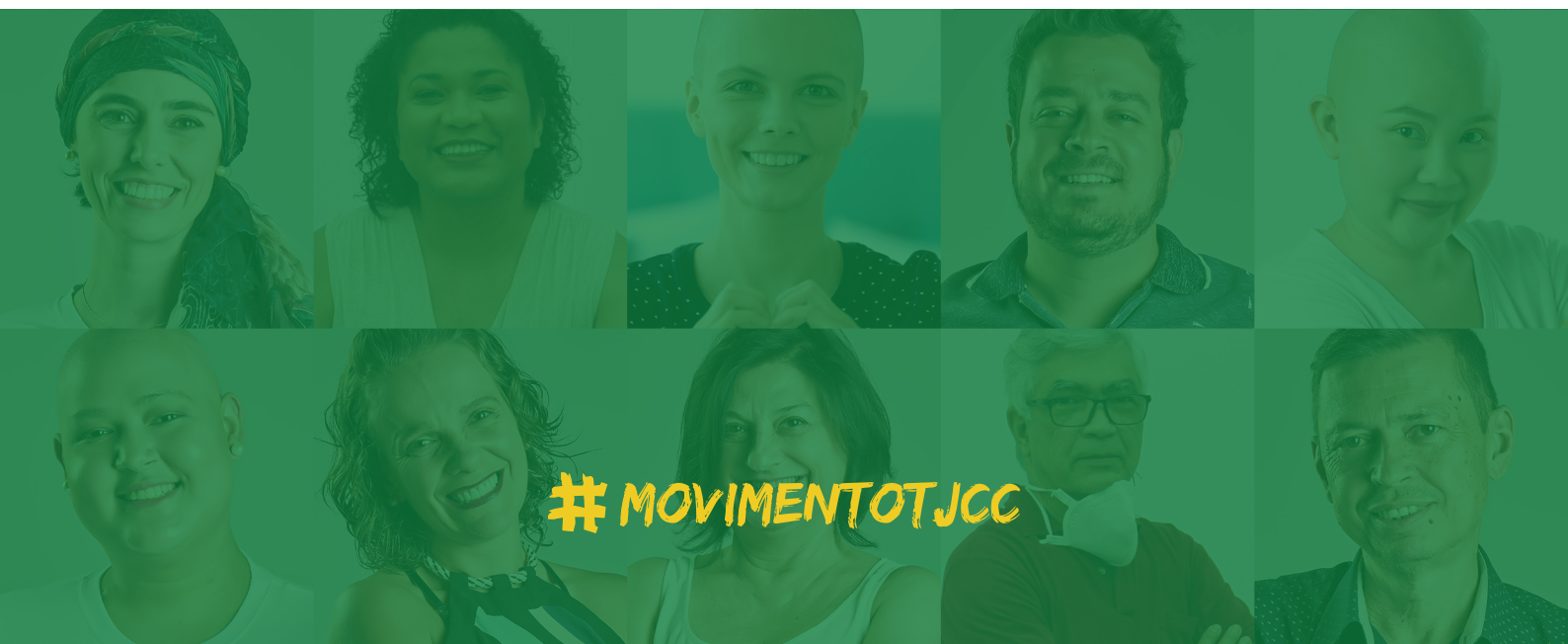
www.todosjuntoscontraocancer.com.br/declaracao



TODOS
JUNTOS CONTRA
O CÂNCER

www.todosjuntoscontraocancer.com.br

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



#MOVIMENTOTJCC