

Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil

TODOS
JUNTOS CONTRA
OCÂNCER

The logo consists of a central sunburst shape composed of numerous small human figures in green and yellow, arranged in a circular pattern. The text 'TODOS' is in yellow, 'JUNTOS CONTRA' is in green, and 'OCÂNCER' is in yellow.

Sumário

Apresentação.....	3
Cenário da Oncologia.....	4
Direito à Saúde.....	6
Mobilização Social.....	7
I. Promoção.....	8
II. Diagnóstico.....	11
III. Tratamento.....	14
IV. Cuidados Paliativos.....	27
V. Gestão.....	29
Referências.....	39



Apresentação

A **Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil** é um documento com a intenção de colaborar com o governo na formulação de políticas de saúde para o enfrentamento das doenças oncológicas no Brasil. Elaborado pela sociedade civil organizada, sua construção contou com a dedicação e o trabalho intensivo de associações de portadores da doença, organizações da área da Oncologia, entidades médicas, instituições de ensino e pesquisa, entre outros.

O documento traça uma breve contextualização da Oncologia no cenário nacional e mundial e apresenta os antecedentes que culminaram na elaboração da presente Declaração. Descreve ainda a situação atual enfrentada pelos usuários, profissionais da saúde e estabelecimentos de saúde e apresenta o levantamento das principais lacunas nas ações e serviços nos pilares de Promoção, Diagnóstico, Tratamento, Cuidados Paliativos e Gestão na Atenção Oncológica.

Sobretudo, a Declaração indica as ações prioritárias para suprir as principais lacunas identificadas e propõe mudanças substanciais e de alto impacto para curto, médio e longo prazo. Como próximo passo, será elaborado um plano de ações com o detalhamento das demandas, incluindo atividades, responsabilidades, indicadores e metas de cada uma das ações.



Cenário da Oncologia

No mundo todo, estima-se que que tenha havido 14 milhões de casos novos e 8,2 de mortes por câncer em 2013. 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 casos e 14 milhões de mortes decorrentes do câncer (1).

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. Apenas no Brasil, entre os anos 2008 e 2016, os investimentos do Ministério da Saúde (MS) no tratamento da doença aumentaram em 96%, passando de R\$ 1,9 bilhões em 2008 para R\$ 3,8 bilhões em 2016. (2)

O Brasil vem sofrendo mudanças relevantes em seu perfil demográfico e epidemiológico, consequência, entre outros fatores, do processo de urbanização, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia. A essas novas características da sociedade brasileira, unem-se a mudança nos hábitos e estilos de vida e a exposição a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo (3). A mudança demográfica, com consequente envelhecimento da população, associada à transformação nas relações entre as pessoas e o ambiente, acarretaram alterações importantes no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas no centro de atenção.

O câncer é atualmente a segunda principal causa de morte no Brasil, atrás apenas das doenças cardiovasculares (4). Em 2012, foram 201.968 óbitos por câncer, conforme ilustrado na tabela abaixo. Quanto à incidência, em seu último levantamento, em 2016, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou 596.070 novos casos de câncer, sendo 295.200 em homens e 300.870 em mulheres (5).

Tabela 1. Óbitos ocorridos no Brasil, segundo ano do óbito e capítulo da CID-10. Brasil, 2017.

Causa do Óbito	2012	2013	2014
IX. Doenças do aparelho circulatório	333.295	339.672	340.284
II. Neoplasias (tumores sólidos e hematológicos)	191.577	196.954	201.968
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	152.013	151.683	156.942
X. Doenças do aparelho respiratório	127.204	137.832	139.045
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	72.495	74.726	73.972
XVIII. Sint, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, sem outra especificação	74.935	71.804	71.191
XI. Doenças do aparelho digestivo	60.509	61.934	62.763
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	49.608	52.058	52.174
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	27.975	29.709	32.510
VI. Doenças do sistema nervoso	28.712	30.300	32.381
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	23.069	22.745	22.482
V. Transtornos mentais e comportamentais	12.641	13.052	12.480
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	10.622	10.752	11.050
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	6.358	6.388	6.108
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4.607	5.001	5.325
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3.722	3.919	4.300
XV. Gravidez, parto e puerpério	1.647	1.787	1.889
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	139	143	157
VII. Doenças do olho e anexos	38	15	18
Total	1.181.166	1.210.474	1.227.039



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Tabnet, DataSUS, 2017.

O câncer, que já é a principal causa de morte nos países de alta renda, está prestes a se tornar, nas próximas décadas, uma importante causa de morbimortalidade em todas as regiões do mundo, independente dos níveis de recurso. (2). O impacto do câncer no cotidiano da população deve ser parte das agendas políticas do Estado no sentido de melhorar sua prevenção, diagnóstico precoce e o acesso a tratamentos adequados e eficientes.



Direito à Saúde

Para o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde - no sentido de ampliar o acesso, cobertura e efetividade na área da Oncologia -, é necessário, além da atuação do governo, a participação de diversos interlocutores, tais como usuários, médicos, profissionais da saúde, gestores de equipamentos de saúde, pesquisadores, órgãos de controle, mídia, entre outros. Neste sentido, o Brasil ainda tem um longo trajeto a percorrer no engajamento político na defesa de direitos sociais.

É de extrema importância que o Ministério da Saúde valorize tanto o caráter tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo ações integradas e coerentes com as três esferas do governo, quanto dê voz e fortaleça as entidades e os movimentos sociais de usuários do SUS, garantindo a efetiva participação e controle social (6,7).

A prática do controle social e participação social são fundamentais no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Participar e tomar decisões na saúde é um direito garantido por lei inerente aos atos da administração pública e uma atuação norteadora de políticas públicas. Participar da gestão pública através do controle social deve, inclusive, atuar nas avaliações realizadas para a incorporação de novas tecnologias ao tratamento de câncer, garantido a transparência nas decisões e a defesa dos direitos e interesses coletivos.

No Brasil, o acesso a saúde é um direito da população e um dever do Estado. O SUS deve honrar com seus princípios, a integralidade da assistência, a equidade, não admitindo distinção social de qualquer espécie e a universalidade, garantindo o acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de assistência (6,8).



Mobilização Social

Considerando o Artigo nº 196 da Constituição Federal, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer e o Relatório de Auditoria Operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), aconteceu o **1º Congresso Todos Juntos contra o Câncer**, realizado na cidade de São Paulo, nos dias 24 e 25 de setembro de 2014, no World Trade Center (8–10).

O Congresso foi uma iniciativa da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE) e fruto da parceria com aproximadamente 50 das mais relevantes entidades e movimentos sociais ligados à Oncologia no Brasil. O evento reuniu 1.200 pessoas, entre líderes da área da saúde, gestores e representantes governamentais, juristas, jornalistas, membros das sociedades científicas, organizações sem fins lucrativos e ativistas, fortalecendo o **Movimento Todos Juntos Contra o Câncer**. O movimento teve inspiração no modelo Todos Pela Educação (11)

O evento, que nasceu em 2014 já como referência na área da Oncologia, propõe, além de disseminar conhecimento, desencadear ações para um sistema de saúde mais eficaz e de maior qualidade na assistência à pessoa com câncer.

O principal objetivo do evento foi elaborar conjuntamente a **Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil**, documento direcionado aos órgãos do governo, apontando as ações prioritárias para prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no país. O documento também pretende ser um instrumento de monitoramento dos avanços na área da Oncologia, ao propor ações para ampliar a efetividade das políticas de saúde, tanto no âmbito público quanto privado, e afirmar o compromisso de acompanhar seus reais desdobramentos.

Em junho de 2015 a Declaração foi entregue para os órgãos governamentais que deverão ser responsáveis pelas melhorias sugeridas no documento, como Ministério da Saúde, Anvisa, CONEP, CONITEC, Secretaria do Estado de São Paulo, Conselho Nacional de Saúde, Frente Parlamentar do Câncer, Frente Parlamentar da Saúde e Pesquisa Clínica, ANS, entre outros.

A partir da entrega, membros do Movimento TJCC passaram a monitorar as ações do governo e avanços da declaração por meio de um plano de ação de advocacy trabalhado mensalmente pelos membros.



Dando continuidade à iniciativa, em 2015 foi realizado o **2º Congresso Todos Juntos contra o Câncer**, oportunidade na qual foram apresentados os avanços e aprofundados os temas abordados na presente declaração.

Em sua terceira edição em 2016 o Congresso se consolida como referência no país, dando continuidade às ações para o enfrentamento ao câncer no Brasil. Mais de 2600 líderes estiveram presentes para esclarecer e educar sobre os diferentes fatores sociais e complexidades envolvidos no cenário. O 4º Congresso já tem data prevista para o ano de 2017, com edições garantidas em periodicidade anual.

O Movimento TJCC ganha força em 2017, com a formalização dos processos, integração de novos membros e atualização da própria Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil. A estrutura nova do Movimento se dá na divisão de dois principais organismos: o Comitê Construtivo, constituído por 17 grupos de trabalhos temáticos (GTs) em áreas prioritárias na Oncologia e pelo Conselho Estratégico, que direciona e valida as ações dos GTs.

Os GTs estão apoiados em pilares estratégicos que definem as necessidades prioritárias na Oncologia, sendo definidos como tal:

Pilar de transparência

1. GT Dados Públicos e Privados
2. GT Hospitais Oncologia

Pilar programas

3. GT Prevenção
4. GT Diagnóstico
5. GT Tratamento
6. GT Paliativos
7. GT Pesquisa Clínica
8. GT Câncer Feminino
9. GT Câncer Masculino
10. GT Câncer Infantil
11. GT Onco-Hemato
12. GT Outros Tumores Sólidos
13. GT Humanização, Integridade, Direito dos pacientes
14. GT Educação e formação

Pilar financiamento

15. GT Políticas Públicas, Recurso público e ANS
16. GT Captação alternativa
17. GT APACs





I. Promoção



Prevenção Primária

SITUAÇÃO ATUAL

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), entre elas o câncer, são responsáveis por aproximadamente 68% das mortes no mundo e 74% das mortes no Brasil (12,13). Para reduzir o número de casos e de mortes é fundamental lidar com seus principais fatores de risco: tabagismo, consumo nocivo de álcool, alimentação não saudável e sedentarismo (14).

Com isso em vista, em 2011 foi elaborado pelo MS o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (15). Embora o Plano não esteja totalmente implementado, já vem apresentando resultados promissores, como a redução no consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas e o aumento nos níveis de atividade física (16).

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Redução da incidência e mortalidade por câncer.
- Melhorar a qualidade de vida da população em geral, através da promoção de campanhas.
- Promover campanhas para público leigo de identificação de sinais e sintomas.
- Implementação integral do Plano de Ações Estratégicas, do Ministério da Saúde.

COMO FAREMOS

Proposta: **Monitoramento da mortalidade e incidência de câncer**

- Compilar o número absoluto de óbitos por tipo de câncer, por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e calcular as respectivas taxas de mortalidade, simples e ajustadas por idade, por 100 mil habitantes.
- Compilar os dados de incidências por tipo de câncer, através do INCA.
- Criar e disponibilizar um painel online com as incidências e as taxas de mortalidade por tipo de câncer, por estado.

Proposta: **Promoção de ações individuais e coletivas de combate dos fatores de risco**

- Realizar campanhas nacionais e regionais de conscientização para escolhas individuais e hábitos de vida saudáveis.
- Conscientizar empresas cujos produtos são parte de fatores de risco para as DCNTs por meio de indicadores epidemiológicos e medicina baseada em evidências.



Proposta: **Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas**

- Verificar trimestralmente, junto ao Ministério da Saúde, o andamento das ações propostas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022.
- Criar e disponibilizar um painel online com o andamento de cada uma das ações do Plano de Ações Estratégicas.



II. Diagnóstico



SITUAÇÃO ATUAL




A detecção precoce significa receber o diagnóstico do câncer no seu estágio pré-sintomático, ou seja, antes que a pessoa manifeste algum sintoma relacionado com a doença ou apresente alguma alteração ao exame físico. No Brasil, com relação ao diagnóstico, a auditoria operacional realizada pelo TCU em 2010 identificou que 60,5% dos pacientes com câncer foram diagnosticados já em estadiamentos avançados (níveis 3 e 4). A situação mais grave foi encontrada nas neoplasias de brônquios e pulmões, com 87,9% dos casos diagnosticados em estadiamentos avançados. Esta estatística possui diversos fatores: desinformação, medo do diagnóstico e/ou desinformação dos médicos. Por vezes o diagnóstico é feito tardiamente porque as características de determinados tumores podem não diferenciar de doenças comuns. A informação acerca dos sinais e sintomas do câncer é determinante para um diagnóstico seguro e rápido (17). O acesso aos métodos de detecção precoce não reduzirá a mortalidade se não houver tratamento de qualidade disponível para mudar a história natural da doença, de tal maneira tais ações precisam ser concomitantes.

Quando o diagnóstico é feito precocemente, as chances de cura são muito maiores. Estima-se que as taxas de cura variam de 0 a 60% em países menos favorecidos, mas que poderiam chegar a 80-90% se diagnosticadas precocemente e tratadas em hospitais especializados, como acontece em alguns centros internacionais. O diagnóstico tardio foi identificado como uma das principais barreiras enfrentadas pelos pacientes no acesso ao tratamento, seja pela falta de centros especializados, longas esperas para consultas com médicos especialistas ou demora na realização de exames (10). O tempo médio de espera entre o diagnóstico e o início dos tratamentos com quimioterapia e radioterapia foram de 76,3 e 113,4 dias, respectivamente.

Neste sentido, mesmo ainda sem o total cumprimento, houve um importante avanço com a aprovação da Lei nº 12.732/2012, que assegura o início do tratamento no SUS de pessoas com câncer em um prazo de até 60 dias após o diagnóstico (18). Embora posteriormente a Portaria GM/MS nº 876/2013 tenha preconizado o início da contagem do prazo de 60 dias para a partir do registro do diagnóstico no prontuário, contradizendo a Lei nº 12.732/2012 e podendo impactar no aumento do tempo de espera para tratamento, o Projeto de Decreto Legislativo PDC 1293/2013, ainda pendente em aprovação na Câmara de





Deputados, confirmou a contagem do prazo a partir da data do diagnóstico registrada pelo laudo patológico (19,20).

Ainda na tentativa de diminuir o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, vinha tramitando na Câmara de Deputados o Projeto de Lei PL 5722/2013, arquivado em 2015 em função da não reeleição de seu autor. Este Projeto de Lei visava regulamentar que, na hipótese de neoplasia maligna, os exames diagnósticos necessários deveriam ser realizados no prazo máximo de 30 dias (21).

Já em 2015 o Projeto de Lei 275 foi apresentado, alterando a Lei 12.732, como intuito de garantir que os exames sejam realizados no prazo máximo de 30 dias. Este Projeto de Lei foi pensando ao PL 8271/2014 que, por sua vez, foi pensado ao Projeto de Lei 3752/2012, que traz como colaboração à organização do sistema, o estabelecimento de um prazo máximo de trinta dias para a realização de exames diagnósticos e procedimentos para recuperação da saúde por meio do SUS. O Projeto de Lei 3752/2012 ainda está tramitando nas Comissões da Câmara dos Deputados.

ONDE QUEREMOS CHEGAR


- Redução do tempo de espera para realização de exames diagnósticos no SUS.
- Redução do tempo de espera para início do tratamento no SUS.
- Redução das falhas de diagnóstico.
- Formação de centros regionais para diagnóstico precoce de câncer no SUS, garantindo desde exames básicos até os mais avançados, quando necessário, tais como patologia clínica, anatomia patológica, imunohistoquímica, biologia molecular e pesquisa de marcadores.
- Simplificação do fluxo de referenciamento e encaminhamento no SUS.

COMO FAREMOS

Proposta: **Monitoramento do tempo de espera para tratamento no SUS**

- Levantar 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 dispositivo de consulta pública comparando o período solicitado com o período executado dos procedimentos de tratamento, por tipo de câncer e estabelecimento de saúde.



- 
- Apontar, ao Ministério da Saúde e aos respectivos estabelecimentos de saúde, aqueles que descumprirem o prazo legal.
 - Articular com o governo e os demais segmentos da sociedade, propostas para melhorar o cumprimento da lei.

Proposta: **Melhoria do diagnóstico no SUS**

- Acompanhar a tramitação e articular a aprovação do Projeto de Lei 3752/2012.
- Articular a criação de centros regionais de diagnóstico precoce do câncer e a capacitação de profissionais no SUS junto à Frente Parlamentar, da Câmara de Deputados e da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.
- Capacitar médicos e profissionais da atenção básica para suspeitar de câncer e diagnosticá-lo de forma mais eficiente.



III. Tratamento



Acesso ao Tratamento

SITUAÇÃO ATUAL

Com relação ao tratamento no SUS, a auditoria operacional do TCU identificou que, do ponto de vista de gestores de estabelecimentos de saúde, os fatores que mais dificultam o acesso são procedimentos não cobertos pelo SUS e a defasagem nos valores dos procedimentos repassados, além do atraso no diagnóstico. Já do ponto de vista dos médicos, a dificuldade de acesso ao tratamento oncológico decorre da ausência de custeio pelo SUS de importantes procedimentos diagnósticos e condutas terapêuticas (10).

No Brasil, os estabelecimentos públicos habilitados para realizar diagnóstico e tratamento de câncer são os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs) e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) (22). Os critérios e parâmetros de habilitação, organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação desses estabelecimentos são definidos pela Portaria nº 140/2014 (22).

Mesmo quando se consegue acesso ao tratamento, podem ocorrer barreiras tanto nos estabelecimentos públicos quanto privados, a não prescreverem determinados procedimentos ou medicamentos que oneram mais fortemente o orçamento da instituição. Há ainda impedimentos como a fixação de dosagem inferior às preconizadas nos respectivos protocolos clínicos. Por fim, vale destacar que médicos podem ter seus cadastros excluídos dos planos de saúde por prescreverem tratamentos de alto custo

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Garantia de acesso ao tratamento no SUS e no sistema suplementar.
- Acesso aos tratamentos em tempo oportuno, com as melhores opções terapêuticas possíveis.
- Tomada de decisão compartilhada entre médicos e pacientes.
- Revisão anual dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

COMO FAREMOS

Proposta: **Sistematização das barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento**

- Realizar entrevistas com pacientes, presencialmente, por telefone ou online, para identificar as principais barreiras por eles enfrentadas no acesso ao tratamento de câncer em cada estabelecimento de saúde.



- Divulgar online os resultados do levantamento.
- Apontar ao Ministério da Saúde e aos respectivos estabelecimentos de saúde as barreiras de acesso identificadas.

Proposta: **Difusão dos direitos e garantias do paciente**

- Divulgar online e por meio de campanhas os principais direitos e garantias das pessoas com câncer.
- Divulgar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia (DDT).

Proposta: **Revisão dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**

- Manter grupo de trabalho composto por médicos especialistas nas diversas especialidades oncológicas para identificar as necessidades de inclusão e ou de revisão das atuais Diretrizes existentes.
- Divulgar online os PCDTs para orientação ao planejamento da conduta terapêutica e para orientação e esclarecimento aos pacientes.

Proposta: **Incorporar ao SUS tratamentos modernos**

- Realizar campanhas para sensibilizar a indústria farmacêutica e o SUS a efetivar negociações viáveis para a incorporação dos tratamentos, considerando novos tratamentos como a imuno-oncologia.



Saúde do Homem

SITUAÇÃO ATUAL



Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) indicam que entre a população masculina total, o câncer de próstata representa a segunda causa de mortalidade por neoplasias, seguido pelo câncer de pele não melanoma (4,5).

Após consulta pública, em 2009 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde. A PNAISH destaca a singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como aponta princípios para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis na população masculina de 20 a 59 anos (23).

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, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A principal diretriz da PNAISH 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, como diabetes e hipertensão, beneficiando 55 milhões de homens (27% da população total e 55% da população masculina).

A PNAISH trabalha com cinco eixos prioritários: acesso e acolhimento; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violência e acidentes; e saúde sexual e reprodutiva.

As portarias do Ministério da Saúde, publicadas entre 2009 e 2011, respondem aos trâmites institucionais visando orientar a implementação da PNAISH nas 27 Unidades Federadas e em 132 municípios (Portaria nº 3.209/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, Portaria nº 1.008/GM/MS, de 3 de maio de 2010, e Portaria nº 2.708/GM/MS, de 17 de novembro de 2011). Essas portarias basicamente se propõem a viabilizar, em termos financeiros, as ações dos Estados e municípios voltadas à saúde do homem.

A Lei nº 13.045 de 26 de novembro de 2014 garante a detecção precoce do câncer de próstata pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com a publicação, as unidades de saúde da rede pública são obrigadas a fazer exames de detecção precoce do câncer de próstata sempre que, a critério médico, o procedimento for considerado necessário. A lei prevê ainda a sensibilização de profissionais de saúde por meio da capacitação e da reciclagem em relação aos novos avanços nos campos da prevenção e da detecção precoce da doença.



ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Redução da incidência e mortalidade por câncer de próstata
- Implementação integral da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

COMO FAREMOS

Proposta: **Monitoramento da mortalidade e incidência de câncer**

- Compilar os dados atualizados de incidências do câncer de próstata através do INCA.
- Criar e disponibilizar um painel online com as incidências e as taxas de mortalidade por estado.
- Revisar a PNAIS.

Proposta: **Promoção de ações individuais e coletivas de combate dos fatores de risco**

- Realizar e auxiliar campanhas nacionais e regionais de conscientização para escolhas individuais e hábitos de vida saudáveis.
- Conscientizar empresas cujos produtos são parte de fatores de risco por meio de indicadores epidemiológicos e medicina baseada em evidências.

Proposta: **Monitoramento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**

- Verificar trimestralmente, junto ao Ministério da Saúde, o andamento do plano operativo da atenção integral para a saúde do Homem e sua retomada caso seja verificada sua paralisação
- Verificar e monitorar, junto ao Ministério da Saúde, as ações realizadas nos serviços e estabelecimentos de saúde dos territórios, objetivando auxiliar os ajustes e implementos necessários para a efetivação do acesso e da atenção integral no SUS, conforme indica a Política Nacional
- Realizar pesquisa para verificar junto a municípios o nível de conhecimento das gestões sobre a PNAISH

Proposta: **Sensibilização dos profissionais para as questões de saúde do homem e a PNAISH**

- Curso online para sensibilização e capacitação dos gestores locais e Agentes Comunitários de Saúde para se engajarem na implementação da PNAISH



Saúde da Mulher

SITUAÇÃO ATUAL



A mortalidade de mulheres apresenta perfil distinto da masculina, devido às diferenças biológicas, comportamentais, demográficas e sociais. Em geral, as mulheres vivem mais do que os homens, devido a questões biológicas e comportamentais (24),

Os tipos de câncer mais incidentes no sexo feminino são o câncer de pele não melanoma (181 mil casos novos), o câncer de mama (58 mil casos novos estimados) e o câncer do colo do útero (19 mil casos novos estimados). Sabe-se que pelo menos um terço dos casos novos poderiam ser prevenidos (5).

Em 2004 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher.

O controle do câncer de mama é hoje uma prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2011. Por sua vez o controle do câncer do colo do útero também está previsto no DCNT.

Infelizmente, apesar do câncer de mama ser considerado um câncer relativamente de bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente, as suas taxas de mortalidade continuam elevadas no Brasil, pois a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados (25).

A prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação.



ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Redução da incidência e mortalidade por câncer em mulheres
- Implementação integral da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

COMO FAREMOS

Proposta: **Fortalecimento dos Direitos das mulheres no campo da saúde**

- Participação em Instâncias consultivas e/ou de controle social
- Realizar campanhas e divulgação dos direitos das mulheres no campo da saúde.

Proposta: **Acompanhamento da implementação da PNAISM**

- Verificar trimestralmente, junto ao Ministério da Saúde e à Secretaria Nacional de Políticas para as mulheres, o andamento do plano operativo da PNAISM

Proposta: **Redução da morbimortalidade por câncer na população feminina**

- Realizar e auxiliar campanhas nacionais e regionais de conscientização para escolhas individuais e hábitos de vida saudáveis.
- Conscientizar as mulheres para a necessidade da realização de exames preventivos.
- Promover campanhas de prevenção voltadas para as mulheres, considerando suas especificidades.

Radioterapia

SITUAÇÃO ATUAL



A radioterapia é a modalidade terapêutica de alta tecnologia e alto custo. Emprega radiações ionizantes para destruir o tumor ou impedir seu crescimento, sendo utilizada intensamente no tratamento de diversos tipos de câncer. De modo geral, estima-se que cerca de 60% dos casos novos de neoplasia maligna necessitarão de radioterapia durante o tratamento (26).

No Brasil há insuficiência na oferta e distribuição dos serviços de radioterapia, especialmente nos estados do Amazonas, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Sergipe, além de Amapá, Roraima e Piauí, que não possuem serviço de radioterapia. A partir do levantamento da capacidade instalada e operacional da rede oncológica atual, o TCU identificou um déficit de 135 unidades de tratamento, dos 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 enormes filas de espera por causa de equipamentos radioterápicos quebrados ou profissionais da saúde despreparados.

Frente a este cenário, em 2012, o Ministério da Saúde instituiu o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS com o objetivo de articular projetos de ampliação e qualificação de hospitais habilitados em oncologia, em consonância com os vazios assistenciais, as demandas regionais de assistência oncológica e as demandas tecnológicas do SUS (27).

ONDE QUEREMOS CHEGAR



- Garantia de acesso ao tratamento radioterápico no SUS e no sistema suplementar com qualidade e em tempo oportuno.
- Redução do tempo de espera para tratamento radioterápico no SUS.
- Ampliação dos serviços de radioterapia e do número de aceleradores lineares no país.
- Implementação integral do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, do Ministério da Saúde.



COMO FAREMOS

Proposta: **Monitoramento do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS**

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



Judicialização

SITUAÇÃO ATUAL



Entre 2009 e 2014, os gastos do Ministério da Saúde com as sentenças judiciais subiram 1.400%, chegando a 1 bilhão de reais anuais (28). Se somarmos os gastos dos estados com sentenças judiciais fica evidente que o poder judiciário tem se tornado uma segunda porta de acesso ao SUS e ao sistema suplementar, especialmente devido à não disponibilidade no SUS de medicamentos imprescindíveis e ao excesso de burocracia no sistema público, tanto nas licitações para compra de medicamentos como no pedido administrativo do paciente para sua obtenção.

Em diversos estados, a exemplo do Acre, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Roraima e São Paulo, têm sido implementados os Núcleos de Apoio Técnico (NAT) para apoiar o Poder Judiciário na tomada de decisão nas questões técnicas relacionadas à prestação de serviços públicos de saúde, propiciando maior compreensão dos pleitos e celeridade nas repostas. Trata-se de uma orientação dada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) por meio da Recomendação nº 31/2010, que recomenda aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais a celebração de convênios para que médicos e farmacêuticos ofereçam suporte técnico aos magistrados (29). Apesar de ser um avanço no Poder Judiciário, em grande parte das vezes os pareceres são desfavoráveis aos usuários, reforçando a continuidade das ações judiciais.

Em 2016, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou a Resolução 238 (30), que dispõe sobre a criação de Comitês Nacionais de Saúde para representação em casos de judicialização, instituindo grau mínimo de magistratura para integração. Uma das funções do comitê será o auxílio aos tribunais na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS). Tal resolução foi instituída dado a sensibilidade e complexidade do tema e a necessidade de decisões com alto grau de técnica e precisão.

ONDE QUEREMOS CHEGAR



- Padronização no acesso aos medicamentos no SUS.
- Redução das iniquidades no SUS no que se refere à infraestrutura de serviços entre as regiões do país.
- Articulação entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo nas decisões judiciais, garantindo decisões imparciais baseadas em evidências.



COMO FAREMOS



Proposta: **Cooperação com os Comitês Estaduais de Saúde**

- Acompanhar e estimular a implementação dos Comitês Estaduais de Saúde.
- Identificar e disponibilizar online a relação dos Comitês existentes e sua composição em cada Estado.

Proposta: **Apoio técnico aos NATs**

- Identificar e disponibilizar online a relação de NATs existentes e da sua composição nos estados e municípios.
- Disponibilizar online a lista de conselhos e associações médicas e farmacêuticas e as associações de pacientes existentes nos estados e municípios onde há NATs implementados.
- Compilar e disponibilizar online as súmulas e jurisprudências quanto ao acesso às ações e serviços públicos de saúde.

Proposta: **Normatizações voltadas à prevenção de conflitos judiciais**

- Mapear as decisões judiciais na área da Oncologia em todo território nacional.
- Elaborar um Plano de Ações preventivas no âmbito do Poder Executivo, Legislativo e Judiciário, a partir dos resultados do mapeamento das decisões judiciais.
- Apresentar o mapeamento e o Plano de Ações ao Comitê Executivo do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), ao Ministério da Saúde e à Frente Parlamentar de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, da Câmara de Deputados.



Transplante de Medula Óssea

SITUAÇÃO ATUAL



Segundo dados da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO) e do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), no Brasil, a maior parte dos transplantes de medula óssea (TMO) é feita no estado de São Paulo. Apesar dos avanços nos últimos anos na descentralização dos leitos hospitalares especializados, aumentando o número de transplantes fora das Regiões Sul e Sudeste, é preciso continuar investindo na melhoria do acesso para favorecer especialmente a população de baixa renda, geralmente com menos informação e conhecimento.

Quanto aos pacientes, doadores e familiares, destaca-se que casas de apoio têm dado suporte para as pessoas vindas de regiões distantes do local de tratamento, mas não têm recursos suficientes para acomodar com o conforto necessário a demanda existente. Acrescido a isso, pacientes e doadores têm relatado dificuldade na obtenção de ajuda de custo para Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Em média, apenas 75% das solicitações são deferidas (13).

Em número de doadores, o país possui um dos maiores bancos de doadores de medula óssea do mundo e, em 2014, o Ministério da Saúde regulamentou os critérios de cotas para o cadastro de novos doadores no Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea (REDOME) (31). O valor investido nesta fase foi redirecionado para o final do processo com o objetivo de incrementar os pagamentos dos procedimentos de transplantes. Está em andamento a avaliação do perfil genético de doadores e pacientes cadastrados no REDOME para que se possam direcionar campanhas e, assim, incluir no banco doadores que não estavam representados. 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 (32).

No Brasil, apenas 30 centros de tratamento realizam transplante não aparentado. Verifica-se uma má distribuição dos centros pelo país, considerando a inexistência de hospitais habilitados para tal procedimento na região Norte e que 73% (22 de 30) destes locais se concentram na região Sudeste. Segundo o REREME, em 2006 foram realizados 111 transplantes de medula óssea não aparentados. Este número triplicou em 2016, chegando a 381 procedimentos realizados. O REDOME possui 4.210.367 doadores voluntários cadastrados, porém, 12% dos doadores do REDOME estão com o cadastro desatualizado (33).

Outro ponto relevante se refere aos sistemas de informações do SUS, que se apresenta frágil quanto ao levantamento e apresentação de dados e estatísticas sobre transplantes



agendados e realizados, por exemplo. Por fim, vale destacar que medicamentos antivirais, antifúngicos e imunossupressores, conforme apontado pelo Comitê Científico Médico da ABRALE, não são fornecidos gratuitamente para pacientes pós-transplantados de medula óssea, diferentemente do que ocorre com pacientes de transplantes renais, cardíacos ou hepáticos. Esta distorção tem se refletido na limitação de leitos hospitalares disponíveis para o TMO, uma vez que, arcando com o custo dessas drogas, os hospitais evitam ampliar seus programas.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Criação de casas de apoio que recebam recursos do SUS para acolhimento de pacientes e familiares em tratamento fora do domicílio.
- Garantia do TFD para doadores de medula óssea.
- Disponibilização de todos os medicamentos necessários ao paciente no pós-transplante.
- Disponibilização semestral de dados quanto aos TMO realizados no país e desfechos por centro de tratamento.

COMO FAREMOS

Proposta: **Monitoramento dos transplantes realizados no SUS**

- Compilar os dados dos transplantes de medula óssea realizados no SUS, incluindo região, estado, município de residência e município de tratamento por tipo de câncer, por meio do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).
- 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.

Proposta: **Melhorias na assistência ao doador e receptor**

- Levantar os TFD solicitados e autorizados e os dados quanto ao deslocamento dos pacientes que se submetem ao transplante pelo SUS, por meio do RHC e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).
- Apontar, ao Ministério da Saúde, as regiões de saúde com demanda reprimida e necessidade de ampliação de leitos para transplante.
- Articular a inclusão no SUS dos medicamentos necessários ao pós-transplante junto à Frente Parlamentar de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, da Câmara de Deputados.



Cirurgias, Órteses e Próteses

SITUAÇÃO ATUAL

O Ministério da Saúde estima que, com exceção do câncer de pele não melanótico, a cada 1.000 casos novos de câncer, 500 a 600 pacientes necessitam de cirurgia (26). Por sua vez, o Relatório de Auditoria Operacional do TCU, realizada em 2011, identificou que a rede de atenção oncológica não é suficiente para atender a demanda dos pacientes por diagnóstico e tratamento de câncer. Estimava-se serem necessários 375 CACONs e UNACONs, porém apenas 264 unidades até o momento estavam habilitadas para a cirurgia oncológica, constatando-se um déficit na capacidade instalada de 44 unidades (10).

Outro importante problema se refere à obtenção de órteses e próteses, como de mama para as pacientes mastectomizadas, de ossos para tumores ósseos, fonatários para pacientes com remoção total da laringe, entre outras (34). O fornecimento de próteses e órteses é garantido pelo SUS, porém, alguns materiais importados, indispensáveis devido à sua durabilidade, por exemplo, podem elevar consideravelmente os custos em relação aos similares nacionais e muitas vezes não estão disponíveis.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Padronização de órteses e próteses.
- Ampliação da rede de atenção para maior agilidade e qualidade no tratamento dos pacientes com câncer que necessitem de cirurgias.

COMO FAREMOS

Proposta: **Padronização de órteses e próteses**

- Formar um grupo de trabalho composto por médicos especialistas nas diversas especialidades oncológicas para elaborar proposta de padronização de próteses e órteses necessárias na prática clínica e cirúrgica oncológica.
- Apresentar, ao Ministério da Saúde, a proposta de padronização de próteses e órteses.

Proposta: **Monitoramento das cirurgias realizadas nos CACONs e UNACONs**

- Compilar o número de cirurgias realizadas no SUS por tipo de câncer, por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).



- Criar e disponibilizar um painel online com a produtividade cirúrgica por tipo de câncer, por estabelecimento de saúde e por Estado, e comparativo da demanda reprimida considerando as respectivas incidências estaduais.
- Apontar, ao Ministério da Saúde, as regiões de saúde com necessidade de ampliação de leitos cirúrgicos.
- Melhorar e estimular a atualização de dados dos doadores cadastrados no REDOME



IV. Cuidados Paliativos



Práticas Integrativas

SITUAÇÃO ATUAL



As Práticas Integrativas e Complementares, que englobam Cuidados Paliativos, foram definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990 e atualizadas em 2002, e consiste na assistência integral ao doente crônico, avaliando necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais (35). Este apoio é oferecido por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, sendo muitas vezes durante o tratamento estendido para as famílias e os cuidadores.

Cuidados Paliativos consistem na abordagem multidisciplinar que objetiva prolongar e melhorar a qualidade de vida do paciente, além de objetivar a prevenção e alívio de sofrimento diante de uma doença. Tal abordagem é regulamentada pelo Ministério da Saúde e deve ser garantido a todo paciente que necessite (36).

O controle da dor contribui positivamente para o aumento da sobrevivência do paciente, com melhor qualidade. No entanto, estatísticas demonstram que o consumo per capita de analgésicos opióides no Brasil ainda é baixo, em dose insuficiente e iniciado tardiamente, em geral quando o estado do paciente já se deteriorou (37). O INCA reconhece que a atenção multidisciplinar ainda é falha e ocorre apenas quando o câncer está em fase avançada, na qual, devido à alta demanda, os estabelecimentos de saúde não conseguem oferecê-la de forma adequada (38).

ONDE QUEREMOS CHEGAR



- Disponibilização de todos os medicamentos necessários ao paciente com câncer em qualquer estágio, inclusive no avançado.
- Garantia da atenção domiciliar no SUS.
- Reestruturação e ampliação dos hospícios, local que combina as necessidades de um hospital à hospitalidade, ambiência e disponibilidade de tempo de uma casa, visando a desospitalização do paciente.

COMO FAREMOS



Proposta: **Criação de Protocolos de Cuidados Paliativos**

- Formar um grupo de trabalho composto pela equipe multidisciplinar de Oncologia para elaborar um protocolo de cuidados paliativos ao paciente com câncer avançado.
- Divulgar online os Protocolos para orientação da conduta terapêutica, inclusive domiciliar, e para orientação e esclarecimento aos pacientes e familiares.



- Articular a inclusão no SUS dos medicamentos opióides e outros necessários aos pacientes com câncer avançado junto aos Poderes Executivo e Legislativo.



V. Gestão



Financiamento

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, planejar este financiamento e prover arrecadação necessária para garantir a universalidade e a integralidade é o grande problema no Brasil (8).

Por meio do controle social, de mobilizações da sociedade civil organizada e dos Conselhos de Saúde, foi sancionada a Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios em ASPS. Esta Lei determinou que Estados aplicarão anualmente em ASPS, no mínimo, 12% da receita de arrecadação dos impostos; e, que municípios aplicarão, no mínimo, 15% (39).

No caso da União, o movimento "Saúde+10", que defendeu a alocação anual mínima de 10% da receita corrente bruta e obteve 2,2 milhões de assinaturas, foi derrotado pela Emenda Constitucional nº 86/2015, também denominada "Orçamento Impositivo" (40). A Emenda referida altera a metodologia de financiamento do SUS pela União, o que, segundo manifestação do CNS, irá reduzir os recursos do Ministério da Saúde nos quatro primeiros anos após sua promulgação (41).

A área de Oncologia, em especial, tem despertado grandes preocupações no país devido ao seu crescente impacto econômico, sobretudo em função do diagnóstico tardio, que, se por um lado, pode causar danos irreversíveis aos pacientes, por outro, onera o SUS com despesas que poderiam ser evitadas com a prevenção e ou diagnóstico precoce, por exemplo. Muitos pacientes que precisam de atendimento rápido e resolutivo enfrentam dificuldades para conseguir leitos e iniciar tratamento em tempo oportuno e, em função disso, no caso de câncer de progressão rápida, a taxa de mortalidade tem sofrido incrementos (4). 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 Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) (42).

A aprovação Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 55 em 2016, que impõe um teto aos gastos públicos pelos próximos 20 anos, torna ainda mais desafiador aumentar a alocação de recursos para a área da saúde (43). Pelo texto, o piso para os setores de



educação e saúde passam a obedecer ao limite de despesas ligado a inflação a partir do ano de 2018.

O do Grupo Técnico Interinstitucional de Discussão sobre o Financiamento do SUS (GTIF-SUS) estima que se a regra não mudar, a saúde perderá investimentos de cerca de 415 milhões de reais até 2036, quando o prazo de manutenção do teto de gastos se encerra. Com a imposição de tais limites, destinar mais verba para o SUS necessariamente resulta em aporte menor para outras áreas. Desta maneira, o destino da alocação de recursos no setor ficará sob responsabilidade da atuação da bancada da Frente Parlamentar da Saúde (44).

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Aumento dos recursos para saúde nos três níveis de gestão.
- Atualização anual dos valores das APACs.
- Melhorias na gestão pública na saúde.

COMO FAREMOS

Proposta: **Aumento do repasse de recursos para a saúde**

- Acompanhar a aplicação dos recursos provenientes dos Royalties do Petróleo e Gás Natural na área da saúde.
- Acompanhar e pressionar a Frente Parlamentar da Saúde do Congresso Nacional, especialmente no que se refere as tramitações que envolvem a implementação da PEC 55.
- Desenvolver estudos de economia em saúde para colaborar na discussão do financiamento de sistemas de saúde.

Proposta: **Difusão das alternativas para diversificação de fontes de recursos**

- Elaborar vídeo-aula sobre captação de recursos no SUS com as possibilidades legais para diversificação das fontes de recursos, conforme prevê o Art. 28 da Portaria nº 874/2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

Proposta: **Revisão das APACs**

- Estimular o Ministério da Saúde a rever e atualizar as APAC na área de Oncologia periodicamente.



Pesquisa Clínica e Novas Tecnologias

SITUAÇÃO ATUAL



É imprescindível intensificar o desenvolvimento, a incorporação e a oferta de tratamentos inovadores no SUS, tendo em vista a necessidade dos pacientes que possuem poucas alternativas. O Brasil encontra-se entre os países mais morosos no processo de aprovação de protocolos de pesquisa, fazendo com que os entraves burocráticos, que retardam a aprovação e os resultados das pesquisas clínicas, desestimulem as indústrias farmacêuticas e as levem a abandonar seus investimentos em pesquisa, desenvolvimento e inovação (PDI) (45).

Com relação à Pesquisa Clínica, os processos burocráticos que envolvem os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e até a aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), têm entraves que fazem com que o Brasil não exerça todo o seu potencial de pesquisa clínica, apesar de ter um sistema de regulação e pesquisadores com capacidade científica e tecnológica. Em alguns aspectos as normas de submissão de pesquisas clínicas são pouco claras, por exemplo, com relação aos custos cobertos por patrocinadores e os decorrentes do atendimento ao paciente. A análise dos processos demora longo tempo, podendo causar a exclusão de pacientes em protocolos competitivos por falta de conhecimento e agilidade do processo. Além disso, mesmo após todos os testes necessários, certos medicamentos podem ter o fornecimento prejudicado, por dificuldade de registro após aprovados os estudos clínicos (46).

A CONEP tem passado por diversas reestruturações, mas ainda se cometem erros de submissão repetitivos e não se tem clareza quanto às etapas em que o processo se encontra e quais são os pontos a serem melhorados para que os processos fluam mais rapidamente. A ANVISA, por sua vez, em fevereiro de 2015, aprovou a Resolução RDC nº 9/2015, estabelecendo novas regras para autorização de pesquisas clínicas com medicamentos no país, estabelecendo o prazo de 90 dias para análise de medicamentos e 180 dias para análise de medicamentos de maior risco, não sendo possíveis prorrogações (47).

Com relação à incorporação de novos medicamentos e produtos para a saúde, mesmo com o avanço da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) pela regulamentação da Lei nº 12.401/2011, ainda falta agilidade (48). O número de análises e aprovações aumentaram consideravelmente desde 2012, mas o número de processos indeferidos ainda é bastante elevado, tendo como alegação a falta comprovação científica e eficácia.



ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Agilidade nas análises pela CONEP.
- Agilidade e transparência nas análises pela CONITEC.
- Maior integração entre a CONITEC e a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, da ANVISA (CMED), visando agilidade no registro de novos medicamentos.
- Melhoria no sistema de encaminhamento dos pacientes para pesquisas clínicas em andamento.

COMO FAREMOS

Proposta: **Aceleração da análise das pesquisas clínicas na CONEP**

- Divulgar à sociedade civil organizada as consultas públicas sobre pesquisas clínicas na área de Oncologia no Brasil.
- Propor a descentralização dos processos de análise dos protocolos de pesquisa, realizados pela CONEP, para as CEPs locais credenciadas, mantendo a CONEP apenas em grau recursal e de fiscalização das CEPs.
- Solicitar a divulgação do andamento dos processos em análise por meio de sistema de informação nacional, ágil e eficaz, tornando possível o acompanhamento online dos prazos e maior transparência.
- Discutir junto à Anvisa a possibilidade de analisar os protocolos de pesquisa de fase pré-clínica antes da submissão à CEP. Assim, seria prioritária submissão concomitante do processo na Anvisa e no sistema CEP/CONEP. Ganhar-se-ia tempo e competência.

Proposta: **Transparência na CONITEC**

- Solicitar a divulgação, pela CONITEC, do andamento dos processos em análise por meio de sistema de informação nacional, ágil e eficaz, tornando possível o acompanhamento online dos prazos e maior transparência.
- Divulgar à sociedade civil organizada as consultas públicas sobre avaliação de tecnologia em saúde (ATS) na área de Oncologia no Brasil. Proposta: Criação de política de exceção na ANVISA
- Discutir junto à Anvisa a possibilidade de criar uma política de exceção para medicamentos sem registro, mas respaldados por protocolos clínicos e pela comunidade médica.

Proposta: **Capacitação em pesquisa clínica**

- Capacitar CEPs e pesquisadores quanto à logística da submissão dos protocolos de pesquisa clínica, bem como aos 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.

Proposta: **Aumento da participação de pacientes em pesquisa clínica**

- Divulgar os protocolos de pesquisa clínica na área de Oncologia em andamento no país, os respectivos centros colaboradores e critérios de inclusão.
- Esclarecer os pacientes sobre vantagens e desvantagens da participação em pesquisas clínicas.



Educação Permanente

SITUAÇÃO ATUAL



São poucas as políticas públicas relativas ao cuidado, à formação e atualização dos profissionais da saúde que atuam no SUS, como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros (49). Falta atenção à saúde dos profissionais para enfrentar as situações do cotidiano, tais como o excesso de trabalho e acúmulo de responsabilidades que acarretam na elevação do nível de estresse físico e mental, implicando no aumento de faltas no trabalho e rotatividade. Todo este cenário apresenta uma ameaça não só para o profissional, mas também aos pacientes, pois pode se refletir no atendimento prestado, e, conseqüentemente, na recuperação e satisfação do paciente.

ONDE QUEREMOS CHEGAR



- Capacitação permanente dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar no atendimento humanizado nas áreas de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em Oncologia.
- Redução do estresse dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho.
- Humanização na assistência à saúde e ampliação do voluntariado no segmento da Oncologia.

COMO FAREMOS



Proposta: **Capacitação permanente de profissionais da saúde no atendimento humanizado**

- Capacitar profissionais da saúde da equipe multidisciplinar de Oncologia no atendimento humanizado aos pacientes e seus familiares para facilitar a interação profissional-paciente e melhorar o entendimento e convívio com a doença.
- Disponibilizar capacitações gratuitas por meio de ensino à distância de Universidade Aberta do SUS e de outras plataformas educativas acessíveis.
- Promover campanhas de conscientização para atenção à jornada de trabalho e ao controle do estresse dos profissionais da saúde.



Saúde Suplementar

SITUAÇÃO ATUAL



Hoje há 50,6 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica, ou seja, 25% da população possui cobertura de planos de saúde, incluindo assistência médica (50). Ainda assim, de acordo com a pesquisa de opinião de 2014 do Datafolha, 92% dos brasileiros buscaram acesso a algum serviço do SUS nos últimos dois anos (51).

Na área da Oncologia, a saúde suplementar avançou em muitos aspectos, como por meio da incorporação do quimioterápico oral, da inclusão de exames e procedimentos de alta complexidade, cobertura do TMO autólogo e aparentado e da incorporação de novos medicamentos. No entanto, ainda com relação aos medicamentos, os beneficiários de planos de saúde os buscam no SUS, uma vez que não conseguem ter a demanda atendida no plano.

A pesquisa de opinião do Datafolha apresenta sinergia com algumas das recorrentes dificuldades enfrentadas tanto por segurados quanto por prestadores (52), tais como:

- Rede de atendimento insuficiente, com pouca opção de laboratórios e clínicas especializadas;
- Locais inadequados para recebimento da medicação;
- Negativas de atendimentos, exames, cirurgias, quimioterapias e radioterapias;
- Pressão dos planos de saúde sobre os médicos para reduzir o tempo de internação e a não prescrição de medicamentos de alto custo;
- Pacientes obrigados a mudar de clínicas especializadas durante o tratamento por questões de descredenciamento de cobertura em seus planos.

A integração da saúde suplementar com o SUS, embasada na Lei 9656 de 1998, ainda que não esteja completa, trouxe importantes benefícios à gestão do Sistema de Saúde, contribuindo tanto para o planejamento das ações quanto para o acompanhamento dos seus resultados. O ressarcimento ao SUS ocorre por meio da integração da informação dos usuários de planos de saúde por meio do uso do Cartão Nacional de Saúde (53).

Em 2017 o Tribunal de Contas da União (TCU) aprovou as medidas implementadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar e aprimorar os trâmites de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), em cumprimento às recomendações da auditoria realizada pelo próprio órgão. Dentre outras medidas, foi englobado ao texto o processamento das Autorização de Procedimento Ambulatorial de



Alta Complexidade (APACs), a inscrição das operadoras inadimplentes no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN) e dos valores devidos na dívida ativa e o cronograma de processamento dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs). Para atender tais recomendações, a ANS trabalhou em uma série de melhoras nos processos internos.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Redução das iniquidades na saúde suplementar.
- Implementação do Cartão Nacional de Saúde em todo o Brasil.
- Atualização anual do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- Disponibilização mensal de dados das ações e serviços da saúde suplementar.

COMO FAREMOS

Proposta: **Transparência na ANS**

- Solicitar divulgação pela ANS dos planos de saúde que descumprirem as coberturas assistenciais mínimas obrigatórias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Proposta: **Ressarcimento ao SUS**

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

Proposta: **Controle Social nas ações da ANS**

- Pleitear a participação da sociedade civil na formulação da Agenda Regulatória da ANS.
- Solicitar transparência na análise dos pedidos de incorporação de medicamentos no Rol de Procedimentos da Saúde Suplementar.
- Apresentar à ANS a proposta de revisão anual do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.



Atuação do TCU

SITUAÇÃO ATUAL



O aumento da incidência do câncer no Brasil e o aumento dos gastos federais e estaduais com os tratamentos oncológicos, bem como as deficiências na estrutura da rede de atenção oncológica, motivaram o TCU a realizar, em 2010, a auditoria operacional no MS, na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e no INCA, com o objetivo de avaliar a Política Nacional de Atenção Oncológica (10).

A auditoria do TCU identificou, entre outros, que a estrutura atual não tem possibilitado acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e tratamento do câncer, sendo as principais falhas relacionadas à cobertura dos tratamentos de radioterapia. Os números evidenciaram, por exemplo, que em 2010 apenas 65,9% da demanda por radioterapia foi atendida no país (10).

Em 2013, o TCU deu início à publicação anual do Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde (FICSAÚDE) desenvolvido com base na prestação de conta das ações do MS. Apesar de menos detalhado que o relatório de 2010, é importante fonte de informações e monitoramento das políticas relacionadas à atenção oncológica (54,55).

ONDE QUEREMOS CHEGAR



- Realização da Auditoria da Fiscalização da Saúde pelo TCU para acompanhamento das recomendações apontadas.

COMO FAREMOS



Proposta: **Cooperação técnica com o TCU**

- Apresentar, ao TCU, as ações propostas na Declaração e os mecanismos de monitoramento previstos.
- Verificar trimestralmente, junto ao Ministério da Saúde, o andamento das ações propostas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022.
- Informar ao TCU a situação da Atenção Oncológica no Brasil por meio de seminários e audiências públicas
- Criar e disponibilizar um painel online com o andamento de cada uma das ações do Plano de Ações Estratégicas.



Instituições Envolvidas

AHPAS - Associação Helena Piccardi Andrade Silva
AACC - Associação de Apoio à Criança com Câncer
ABADOC - Associação Beneficente de Amparo a Doentes de Câncer
ABAFARMA - Associação Brasileira do Atacado Farmacêutico
ABBCT - Associação Brasileira de Bancos de Células-Tronco
ABHH - Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular
ABMM - Associação das Mulheres Médicas
ABRACRO - Associação Brasileira de Organizações Representativas de Pesquisa Clínica
ABRALE - Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
ABRAPRECI – Associação Brasileira de Prevenção do Câncer do Intestino
ABRASTA - Associação Brasileira de Talassemia
ACBG Brasil - Associação de Câncer de Boca e Garganta
Acolhevida
ACT+ - Aliança de Controle do Tabagismo e Saúde
AEMK - Associação Estevam e Maria Kovacsik
AFAG - Associação dos Familiares, Amigos e Portadores de Doenças Graves
AHPAS - Associação Helena Piccardi de Andrade Silva
Além do Cabelo
AMAVI - Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí
AMB - Associação Médica Brasileira
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
CAJEC – Casa José Eduardo Cavichio
Câncer 360°
Casa da Mulher
Casa Hope
Casa Safira
Centro de Voluntariado de São Paulo
ClapBio - Centro Latino Americano de Pesquisa em Biológicos
Clínica Fares
COAEM - Centro Oncológico Antônio Ermírio de Moraes
CRF-SP - Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo



Doutores da Alegria
Educathus
Eu paciente
Federação Brasileira de Hemofilia
FEMAMA - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama
Fundação do Câncer
Fundação Getúlio Vargas – EAESP
Fundação Laço Rosa
Fundação Maria Carvalho Santos
Global Colon Cancer Association
Hospital Amaral Carvalho
Hospital do Câncer de Barretos
Hospital Pequeno Príncipe
Hospital São Camilo
Hospital Sírio-Libanês
IBM
IMS Health do Brasil
Instituto Alana
Instituto Angelita e Joaquim Gama
Instituto Avon
Instituto de Oncologia Santa Paula
Instituto Desiderata
Instituto Espaço de Vida
Instituto Filantropia
Instituto Lado a Lado pela Vida
Instituto Oncoclínicas
Instituto Vencer o Câncer
Instituto Vidas Raras
Internacional Myeloma Foundation
ITACI - Instituto de Tratamento do Câncer Infantil
LACOG - Latin American Cooperative Oncology Group
Medico.com.vc
Ministério da Saúde
Onco News
OncoFísio
Ordem dos Advogados do Brasil
Pacientes Unidos
Pró-Medula
Quimioterapia e Beleza
Raríssimas
Rede Hebe Camargo
Rede Onco Vida
ReVida
Revista Onco&
Santa Casa de Misericórdia de Passos
Saúde da Próstata



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
SBPPC - Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica
SBTMO - Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea
Secretaria Estadual de Saúde de SP
Sincofarma - Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo
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
The Alliance for Safe Biologic Medicines



Referências

1. International Agency for Research on Cancer [Internet]. *Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. 2015 [cited 2017 Mar 8]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx
2. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. *Lancet Oncol*. Elsevier; 2012; 13(8):790–801.
3. American Cancer Society [Internet]. *Cancer A–Z*. 2015 [cited 2017 Mar 08]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer.html>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DataSUS. [Internet]. *Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)*. [cited 2017 Mar 8]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. [Internet]. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. 2016 [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016>
6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n.º 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 [Internet]. [cited 2017 Mar 8]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n.º 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. [cited 2017 Mar 8]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
8. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial da União, 05 out. 1988. Seção 1, p. 1 (anexo); 1988. [cited 2017 Mar 8]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 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]. [cited 2017 Mar 8]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
10. Brasil. Tribunal de Contas da União. Ministério da Saúde. *Relatório de Auditoria Operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica* (TC n.º 031.944/2010-8) [Internet]. 2010. [cited 2017 Mar 8]. <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-na-politica-nacional-de-atencao-oncologica.htm>
11. Todos pela Educação [Internet]. *Todos pela Educação homepage*. 2015 [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://www.todospelaeducacao.org.br/>
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO: Health statistics and information systems. Estimates for 2000-2012* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DataSUS. [TabNet - Internet]. *Informações de Saúde. Estatísticas Vitais de morbi-mortalidade*. 2017 [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>



14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. 2014. 280 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdfm
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022; 2011. 160 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
16. 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 e Serviços Saúde* [Internet]. 2014; 23(3): 389-98.
17. Rodrigues, KE et al. Diagnóstico Precoce no Câncer Infantil. *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(1): 29-34
18. 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]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
19. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 876*, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html
20. Brasil. Câmara dos Deputados. *Projeto de Decreto Legislativo n.º 1.293* de 2013 [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=593034>
21. Brasil. Câmara Dos Deputados. *Projeto de Lei n.º 5.722* [Internet]. 2013. [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=579883>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria n.º 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) [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. 2009; 92 p. [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>
24. 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*. 2004; 82p. [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available form: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
25. De Abreu E, Koifman, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002; v. 48, n. 1, p. 113-31.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Portaria n.º 741*, de 19 de dezembro de 2005. Atualiza a portaria nº 2.439 de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html



27. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 931*, de 10 de maio de 2012. Institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0931_10_05_2012.html
28. Brasil. Ministério Público Federal. *Seminário Direito e Saúde. Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde*, editor. Rio de Janeiro; 2014. [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/6306;jsessionid=9hr7GF-SeXzupNAVU3xPD0K7.node3>
29. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. *Recomendação n.º 31*, de 30 de março de 2010 [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf
30. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. *Resolução N.º 238*, de 06 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 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]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0342_10_03_2014.html
32. Caldas JA. Menos é mais (e melhor). *Revista da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia* [Internet]. São Paulo; 2013 Dec;24–6. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://www.abrale.org.br/web/uploads/files/REVISTA_ABRAL_27_baixa.pdf
33. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. *Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea website*; dados atualizados em janeiro de 2017. [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://redome.inca.gov.br/o-redome/dados>
34. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final Grupo de Trabalho sobre Órteses e Próteses* [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/GT_orteseprtese.pdf
35. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*, 2nd ed. Geneva; 2002.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. *Portaria n.º 483*, de 1.º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
37. Carvalho RT de, PARSONS HA. In: Manual de cuidados paliativos ANCP. Sulina; 2012.
38. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Dor e Burocracia. *Rede Câncer*. [Internet]. 2014. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/52fe0d8043ea33cc8b8bffd65915ec/05_RC25_assistencia.pdf?MOD=AJPERES
39. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Complementar n.º 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]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm
40. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Emenda Constitucional n.º 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]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm



41. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *CNS rejeita votação do Congresso Nacional contra o SUS* [Internet]. 2015. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/CNS_PEC_358.pdf
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria n.º 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]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0346_23_06_2008.html
43. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Emenda Constitucional n.º 55*, de 27 de outubro de 2016. Altera os artigos 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108 e 109: da Constituição Federal, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/diarios/BuscaDiario?tipDiario=1&datDiario=27/10/2016&paginaDireta=00037>
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais. *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS*. Brasília: 76 p.
45. HURLEY D. Leveraging Latin assets in clinical trials. *Drug & Market Development*, v. 18, n. 1, p. 25-27, 2007.
46. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC n.º 39, de 05 de junho de 2008* [Internet]. Dispõe sobre o Aprova o regulamento para a realização de pesquisa clínica e dá outras providências. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0039_05_06_2008.html
47. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC n.º 9, de 20 de fevereiro de 2015* [Internet]. Dispõe sobre o Regulamento para a realização de ensaios clínicos com medicamentos no Brasil. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://abiquifi.org.br/legislacoes/do/do2015/DOU_03_03_2015.pdf
48. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n.º 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]. 2011. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm
49. Souza MA de, Carlo FS de, Miranda P. Educação permanente em saúde: estratégia de gestão para a melhor eficiência dos serviços de saúde. *Rev Int em Saúde Coletiva* [Internet]. 2006; 6(6): 87–110.
50. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *ANS Tabnet. Informações em Saúde Suplementar* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/#>
51. DATAFOLHA. *Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde* [Internet]. 2014. [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>
52. Kaseker C. Médicos de todo o Brasil denunciam interferências de planos de saúde. *Revista da APM* [Internet]. 2010 [cited 2017 Mar 08]. Dec; 5–8. Available from: <http://www.apm.org.br/revista-apm.aspx>
53. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n.º 9656*, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde [Internet]. [cited 2017 Mar 08]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm.
54. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *ANS - Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir/como-e-elaborado-o-rol-de-procedimentos>
55. Brasil. Tribunal de Contas da União. *Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde - FISCISAÚDE (TC n.º 032.624/2013-1)* [Internet]. 2013. [cited 2017 Mar 08]. Available from:



http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/032.624-2013-1_Fisc_Saude.pdf

56. Brasil. Tribunal de Contas da União. *Relatório Sistemico de Fiscalização da Saúde* [Internet]. 2014 p. 248. [cited 2017 Mar 08]. Available from: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2678967.PDF>



TODOS
JUNTOS CONTRA
OCÂNCER



www.todosjuntoscontraocancer.com.br

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