

# ALTERNATIVAS PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL UM ESTUDO EM ONCOLOGIA

**INTERFARMA**  
Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

 **QuintilesIMS**

#### EXPEDIENTE

Alternativas para ampliação  
do acesso à Saúde no Brasil  
Um estudo em Oncologia

#### ELABORAÇÃO

##### **QUINTILESIMS**

David Peig • Gerente de Projetos  
Tatiana Campelo, Daniel Campos,  
Giselle Goto, Juliana Lima, Frederico Loureiro, e  
Alexandre Miguel • Colaboradores

#### APOIO

##### **INTERFARMA**

Octávio Nunes • Diretor de Comunicação  
Selma Hirai • Coordenadora de Comunicação  
Giselle Marques • Analista de Comunicação  
Bruno Folli • Assessor de Imprensa  
Pedro Bernardo • Diretor de Acesso  
Reus Farias • Coordenador de Assuntos Econômicos

#### PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Nebraska Composição Gráfica

#### IMPRESSÃO

Ativaonline Editora e Indústria Gráfica

## AVISO DE CONFORMIDADE

De acordo com o Código de Conduta da INTERFARMA (Revisão 2016), esta publicação se caracteriza por:

- Ter conteúdo histórico e educacional sobre Saúde Pública;
- Estar disponível na internet sem restrição;
- Não ter valor comercial;
- Ser distribuída gratuitamente.

|           |  |
|-----------|--|
| <b>5</b>  | <b>Apresentação</b>  |
| <b>6</b>  | <b>Introdução</b>  |
| <b>7</b>  | <b>Cenário brasileiro</b>  |
| <b>7</b>  | <b>Por que oncologia?</b>  |
| <b>8</b>  | <b>Gastos em saúde e a relevância do câncer</b>                                |
| <b>8</b>  | <b>Comparações internacionais</b>  |
| <b>10</b> | <b>Gastos com saúde</b>  |
| <b>12</b> | <b>O crescente custo social do câncer</b>                                      |
| <b>12</b> | <b>Epidemiologia</b>   |
| <b>14</b> | <b>O custo financeiro do câncer</b>  |
| <b>16</b> | <b>Oncologia – a busca por novas soluções e o contexto brasileiro</b>          |
| <b>16</b> | <b>Prevenção</b>   |
| <b>17</b> | <b>Tabagismo</b>   |
| <b>18</b> | <b>Vacinação contra o HPV</b>  |
| <b>19</b> | <b>Vacinação contra Hepatite B</b>   |
| <b>20</b> | <b>Atividade física, hábitos alimentares, obesidade e consumo de álcool</b>    |
| <b>21</b> | <b>Resumo da situação do Brasil em prevenção</b>                               |
| <b>21</b> | <b>Diagnóstico</b>   |
| <b>24</b> | <b>Resumo da situação do diagnóstico no Brasil</b>                             |
| <b>24</b> | <b>Tratamento</b>  |
| <b>24</b> | <b>O tratamento sob a ótica de infraestrutura instalada e volume produzido</b> |
| <b>28</b> | <b>O tratamento sob a ótica da conduta terapêutica</b>                         |
| <b>35</b> | <b>Cuidados paliativos</b>   |
| <b>37</b> | <b>Resumo da situação do tratamento no Brasil</b>                              |
| <b>38</b> | <b>Propostas</b>   |
| <b>39</b> | <b>Proposta 1: Promoção à saúde e prevenção</b>                                |
| <b>41</b> | <b>Proposta 2: Agilidade no diagnóstico</b>                                    |
| <b>42</b> | <b>Proposta 3: Coleta e uso de dados do mundo “real”</b>                       |
| <b>46</b> | <b>Proposta 4: Revisão e adoção de novos modelos de remuneração</b>            |
| <b>48</b> | <b>Proposta 5: Protocolos e diretrizes terapêuticas</b>                        |

# Apresentação

A QuintilesIMS, líder global em informações integradas e serviços baseados em tecnologia para a área da saúde, e a INTERFARMA – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – têm a satisfação de apresentar aos pacientes, profissionais e lideranças do setor de saúde do País a publicação, “Alternativas para a ampliação do acesso à saúde no Brasil: um estudo em oncologia”.

Esse trabalho é o resultado de um longo processo de análise de dados e entrevistas, que busca descrever a situação atual no Brasil e a comparar com países referência no tratamento do câncer e com nações em situação similar à nossa. Além disso, identifica avanços e desafios em nossa estrutura e nas políticas públicas implantadas e aponta, com base em casos de sucesso, nacionais ou globais, alternativas para o aprimoramento do sistema de acesso no Brasil ao tratamento do câncer.

E, diante do cenário apresentado, duas convicções nos movem. A primeira, quanto à urgência no aprimoramento da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, em respeito ao sofrimento de famílias brasileiras que sofrem com o câncer, que cresce significativamente.

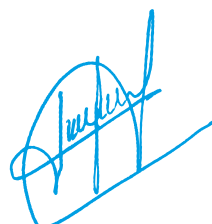
A segunda, quanto ao fato de que somente vamos avançar se assumirmos essa tarefa como uma missão coletiva, que não dependa apenas de governos ou da iniciativa privada, médicos ou pacientes, pagadores ou prestadores de serviços.

Ao contrário: que reúna a todos os envolvidos, crie projetos e planos estáveis e sustentáveis, acima dos interesses temporários, políticos ou privados, em torno do tema.

Para atendermos às duas necessidades, é preciso começar por um debate racional, sem maniqueísmo nem busca de culpados, que tenha a coragem de reconhecer avanços e a honestidade de identificar lacunas.

É com esse espírito que entregamos, por meio desta publicação, à comunidade brasileira envolvida com o tema, o resultado do esforço conjunto QuintilesIMS e INTERFARMA.

Que ele provoque um intenso e construtivo debate e colabore para mais e novos avanços. Este é o nosso desejo e a nossa esperança.



**Nilton Paletta**  
Presidente da QuintilesIMS  
América Latina



**Sydney Clark**  
Vice-presidente da QuintilesIMS  
América Latina



**Fernando Almeida**  
Presidente do Conselho Diretor da  
INTERFARMA



**Antônio Britto**  
Presidente executivo da  
INTERFARMA

# Introdução

Países ao redor do mundo têm enfrentado um desafio crescente para garantir serviços de saúde adequados para a população. Ao mesmo tempo, avanços tecnológicos têm contribuído para o aumento da expectativa de vida. Aliado a isso, as reduções nas taxas de fecundidade e o consequente envelhecimento da população impulsionam a demanda por serviços de saúde e pressionam os orçamentos dos governos.

O resultado da combinação desses fatores é um incremento consistente no gasto global com saúde, que aumentou 195%, o equivalente a US\$ 5 trilhões, entre 1995 e 2014 (Figura 1).

Esse fenômeno acontece de forma crescente mundo afora, independentemente do estágio de desenvolvimento do País. Todas as regiões descritas no gráfico a seguir mais do que dobraram os gastos com saúde nos últimos 20 anos, sendo que esse aumento se deu de forma absoluta e também como percentual do Produto Interno Bruto (PIB). Veja a seguir (Figura 2).

Figura 1: Histórico dos gastos globais em saúde.\*

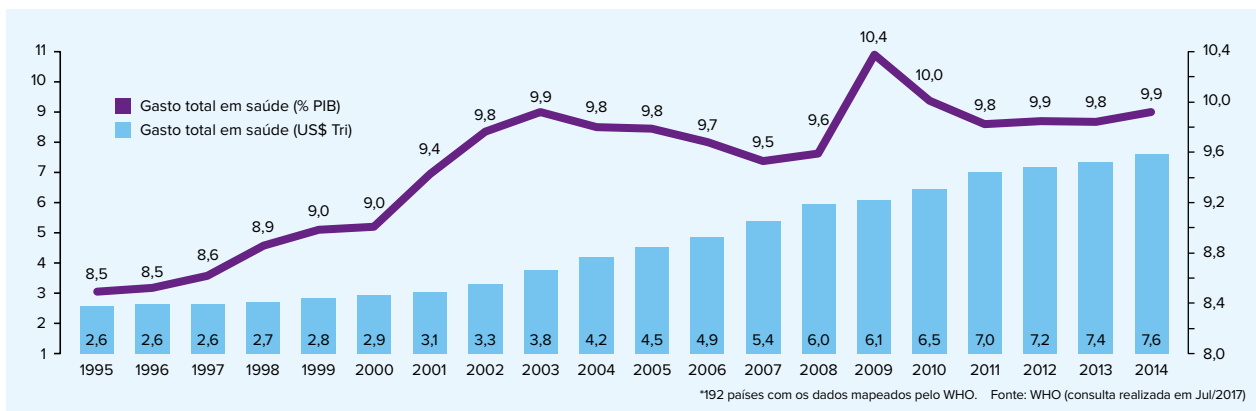
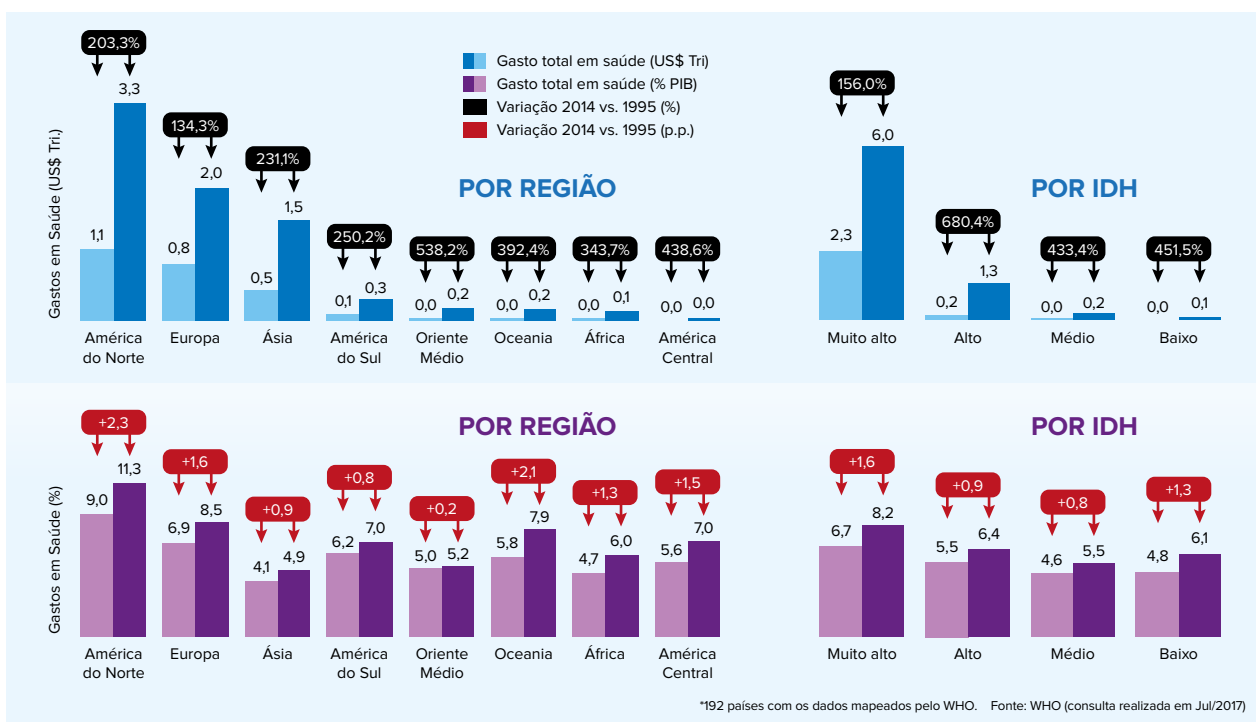


Figura 2: Histórico dos gastos globais em saúde por região e por Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).\*



## Cenário brasileiro

O Brasil não é exceção. O gasto com saúde no País saltou 119% durante o período de 1995 a 2014, sendo que essa tendência deve se perpetuar pelas próximas três décadas, período no qual a população irá envelhecer de forma acelerada. Estima-se que o País agregará cerca de um milhão de pessoas ao ano na faixa de 65 anos ou mais, formando uma pirâmide etária semelhante a de um país europeu desenvolvido, ao final desses 30 anos.

O País, hoje ainda jovem, já enfrenta desafios e limitações no que tange o financiamento da saúde. As crises política e econômica agravam a situação e podem resultar em um contingenciamento de despesas, limitando a expansão de orçamentos futuros. Os gastos com a Previdência, atualmente muito superiores ao orçamento do Ministério da Saúde, crescem de forma acelerada e, se não forem controlados, inviabilizarão um aumento expressivo de recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, por conta da recessão econômica e da diminuição do emprego formal, que normalmente financia planos de saúde empresariais, há a migração de vidas do setor privado para o público, agravando ainda mais a situação.

Portanto, é de se esperar que os recursos destinados à saúde, pelas razões apontadas, continuem sendo pressionados em função da crescente demanda. Mesmo com a resolução da crise política e da recuperação econômica, não se deve esperar que a solução para a saúde no Brasil venha exclusivamente de aumentos expressivos do recurso alocado. Faz-se necessário também desenvolver alternativas que visem a melhor alocação dos recursos atualmente disponíveis.

## Por que oncologia?

A oncologia foi escolhida dada a sua importância do ponto de vista social e do impacto orçamentário nos mais diversos níveis de gestão e foi no contexto apresentado anteriormente que o presente estudo foi desenvolvido. O objetivo desta publicação é fomentar e contribuir com a discussão sobre possíveis melhorias ao acesso da população à saúde, por meio de análises e recomendações construídas sob três óticas interligadas – prevenção, diagnóstico e tratamento.

A publicação, “Alternativas para a ampliação do acesso à saúde no Brasil: um estudo em oncologia” foi concebida e desenvolvida em uma parceria entre QuintilesIMS e INTERFARMA e a elaboração deste conteúdo foi possível, entre outras razões, pela inestimável colaboração de especialistas como:

- Arthur Chioro - Ex-Ministro da Saúde
- Carlos Gil - Pesquisador, Rede D'Or
- Denizar Vianna - Professor | Ex-consultor no DECIT/MS
- Nelson Teich - Presidente, Grupo COI
- Otávio Clark - Diretor, Evidências (Kantar Health)
- Paulo Hoff – Diretor médico, Rede D'Or e diretor geral | Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp)
- Phillip Scheinberg - Diretor, Beneficência Portuguesa
- Rafael Kaliks - Diretor, Oncoguia | Oncologista, Albert Einstein

# Gastos em saúde e a relevância do câncer

## Comparações internacionais

Este estudo contém uma série de comparações entre países para enriquecer o entendimento sobre os gastos e a qualidade da atenção à saúde no Brasil. Adicionalmente, foram levantados exemplos de experiências em mercados externos que poderiam ser aplicados no Brasil.

Em qualquer comparação internacional e, especialmente em análises de *benchmarking*, é necessário cautela, pois existem diferenças significativas entre as realidades econômicas e demográficas dos países, bem como dos sistemas de saúde vigentes. Tendo isso em mente, um grupo de nove países foi selecionado para efeitos de comparação: Argentina, Austrália, Canadá, Colômbia, Itália, México, Reino Unido, Rússia e Turquia.

A seleção desses países foi realizada com base em uma metodologia que levou em consideração critérios econômicos e de saúde, utilizando fontes públicas para a quantificação. Chegou-se a uma lista inicial de 44 países com as maiores economias da América Latina, Europa, América do Norte, Ásia e Oceania. Os países que não foram incluídos na lista apresentam economias sem relevância para efeitos comparativos ou as informações disponíveis são escassas. Entretanto, para alcançar um número reduzido de nações, os países pré-selecionados foram submetidos a uma nova análise contemplando os cinco critérios ao lado (Figura 3).

Figura 3: Critérios para análise dos países.

| Critério                                    | Racional para escolha do critério  |
|---|--|
| 1<br>Perfil de desenvolvimento              | Países com nível de desenvolvimento similares do Brasil podem trazer alavancas mais acionáveis considerando a realidade do país.   |
| 2<br>Gastos em saúde per capita             | Países com gastos muito elevados impõem uma barreira para o Brasil conseguir se equiparar.<br>Pode também indicar uma ineficiência nos gastos do país, deixando de ser um <i>benchmark</i> positivo. |
| 3<br>Dependência do setor privado           | Países com alta dependência dos recursos privados deixam de ser uma referência para o Brasil, que possui um sistema universal e maior parcela da população no setor público.                         |
| 4<br><i>Ranking</i> de performance em saúde | Com a ambição de aprimorar o desempenho, países com classificações mais baixas deixam de ser boas referências.   |
| 5<br>Tamanho (população)                    | Países com populações mais baixas enfrentam outras realidades do que a brasileira, podendo limitar o potencial de se aproveitar uma alavanca adotada.  |

Após a seleção, os 44 países foram alocados em dois grupos, com base no nível de desenvolvimento, conforme o consenso entre a classificação de agências internacionais como o Fundo Monetário Internacional, índice geral da Bolsa de Valores de Londres (FTSE), Morgan Stanley Capital International, Standard & Poor's, Dow Jones e Russel. Veja a seguir (Tabela 1).



**Tabela 1:** Países analisados em cada bloco

| Países diretamente comparáveis  | Países referência   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Argentina</li> <li>• <b>BRASIL</b></li> <li>• Bulgária</li> <li>• Chile</li> <li>• China</li> <li>• Colômbia</li> <li>• Grécia</li> <li>• Hungria</li> <li>• Malásia</li> <li>• México</li> <li>• Peru</li> <li>• Polônia</li> <li>• República Checa</li> <li>• Romênia</li> <li>• Rússia</li> <li>• Tailândia</li> <li>• Turquia</li> <li>• Ucrânia</li> <li>• Emirados Árabes Unidos</li> <li>• Venezuela</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alemanha</li> <li>• Austrália</li> <li>• Áustria</li> <li>• Bélgica</li> <li>• Canadá</li> <li>• Dinamarca</li> <li>• Estados Unidos</li> <li>• Finlândia</li> <li>• França</li> <li>• Irlanda</li> <li>• Israel</li> <li>• Itália</li> <li>• Japão</li> <li>• Coreia do Sul</li> <li>• Luxemburgo</li> <li>• Holanda</li> <li>• Nova Zelândia</li> <li>• Noruega</li> <li>• Portugal</li> <li>• Reino Unido</li> <li>• Singapura</li> <li>• Espanha</li> <li>• Suécia</li> <li>• Suíça</li> </ul> |

Os países foram selecionados com base em metodologias distintas.

No grupo **Diretamente Comparáveis**, foi adotado o critério de exclusão chamado método de filtragem sequencial, retirando da lista países que:

- Contassem com recursos em saúde pelo menos 50% maiores que o Brasil. A métrica utilizada foi o Gasto em Saúde per Capita, da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Tivessem uma dependência de financiamento do setor privado superior ao Brasil, excluindo países com sistemas de financiamento prioritariamente privados, que não sejam compatíveis com a universalização do SUS. Os dados da OMS também foram utilizados como métrica;

- Demonstrassem desempenho em saúde inferior ao Brasil, pois tais países não deveriam servir de modelo para comparações ou na busca de soluções. Os critérios utilizados são de um estudo da OMS (2000) que contempla indicadores de desempenho como o:
  - *DALE (Disability-adjusted life Expectancy)*, que aponta o tempo que um indivíduo espera viver de forma saudável, sem limitações ou incapacidades;
  - Nível de resposta (velocidade do sistema e tempos de espera) e;
  - Justa contribuição financeira (fonte de financiamento).
- Registrar uma população inferior a 40 milhões de habitantes.

Da lista resultante, Tailândia e Ucrânia foram retiradas por falta de acesso a informações em oncologia. Assim sendo, a lista final de regiões **Diretamente Comparáveis** inclui um grupo de países com características comuns ao Brasil em relação ao:

- Nível de desenvolvimento;
- Nível de gasto em saúde;
- Desempenho igual ou superior.

Esses países poderiam inspirar ideias de soluções viáveis ao Brasil, por vivenciarem um contexto semelhante. Chegou-se então aos países **Diretamente Comparáveis**: Argentina, Colômbia, México, Rússia e Turquia.

No grupo de países de **Referência** as mesmas variáveis foram utilizadas para entender e ranquear os países (ou seja, menores gastos em saúde, menor dependência do setor privado, maior posição no *ranking* em saúde e maior população). Porém, o método de seleção adotado foi com base nos países que se destacaram nas quatro variáveis, tendo o tamanho da população um peso maior, para refletir uma complexidade mais próxima à do Brasil neste quesito.

Portanto, a lista final de países **Referência** inclui um grupo de países mais desenvolvidos que o Brasil, porém com uma série de características comuns no que tange a saúde. Apesar de deterem mais recursos para financiar a saúde, esses países fornecem conceitos que podem ser aplicados à realidade brasileira. Então, os países **Referência** são: Austrália, Canadá, Itália e Reino Unido.

## Gastos com saúde

Conforme detalhado (Figura 4), o gasto com a saúde no Brasil representou 8,3% do PIB em 2014, alcançando o maior valor entre os países diretamente comparáveis, porém, o índice é inferior aos quatro países referência. Em termos de gasto per capita, o Brasil gasta mais que quatro países diretamente comparáveis e cerca de três vezes menos que a média dos quatro países referência. Assim, fica evidente que há um grande caminho a ser percorrido no que tange o financiamento da saúde, e que esta solução requer um desempenho econômico positivo e duradouro.

Ao realizar uma comparação dos gastos *versus* expectativa de vida é possível notar que existe a oportunidade de melhoria na eficácia do gasto em saúde e, conseqüentemente, na expectativa de vida. Ou seja, vive-se mais em países com recursos para a saúde maiores, mas também é possível viver mais se houver eficiência nos gastos. Portanto, é natural observar uma expectativa de vida mais alta entre os países desenvolvidos, como é o caso da Austrália, Itália e Reino Unido, apesar dessas regiões apresentarem percentuais de gasto semelhantes ao Brasil.

Por outro lado, ao usar como base somente os países diretamente comparáveis, o México, Turquia e Argentina demonstram gastos per capita inferiores ao Brasil, mas alcançam expectativas de vida superiores (Figura 5).

Ao realizar outro paralelo apenas com os países diretamente comparáveis, nos últimos 20 anos, o Brasil se encontra em situação intermediária em relação à expectativa de vida e gasto per capita em

Figura 4: Comparativo do gasto total e per capita

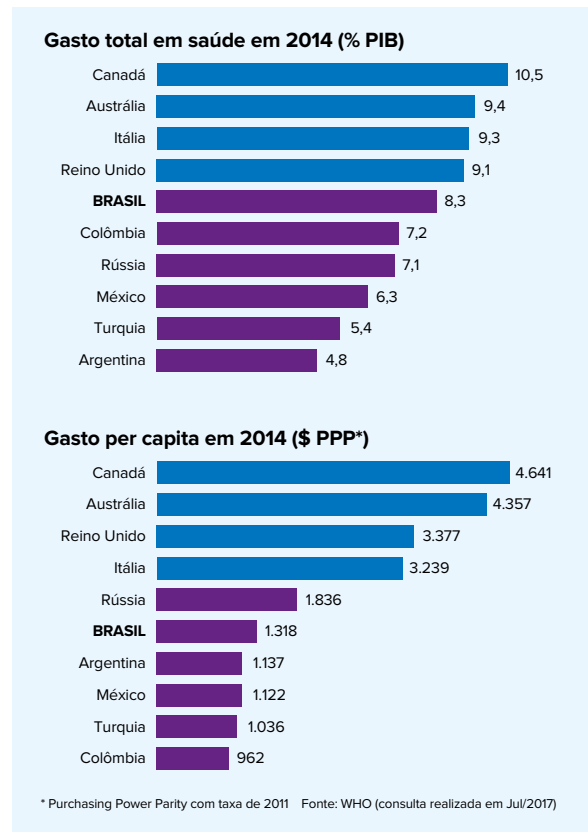


Figura 5: Comparativo de expectativa de vida X gastos em saúde

(●) Países comparáveis; (●) Países referência.

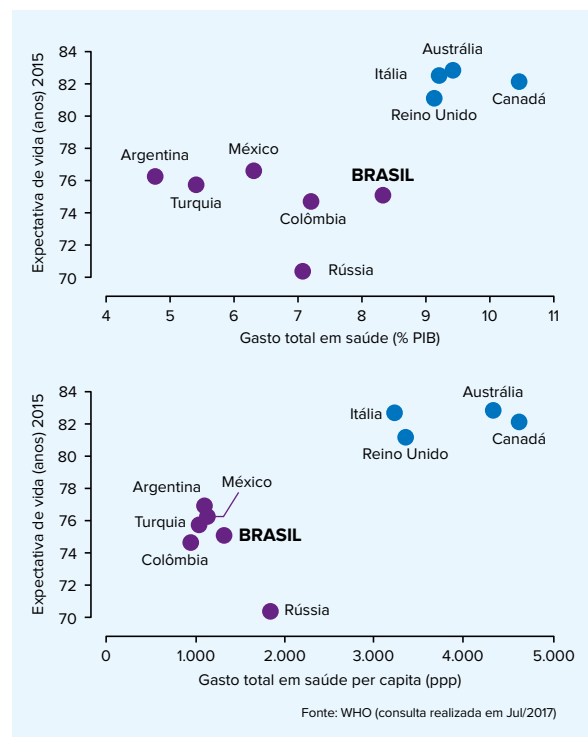
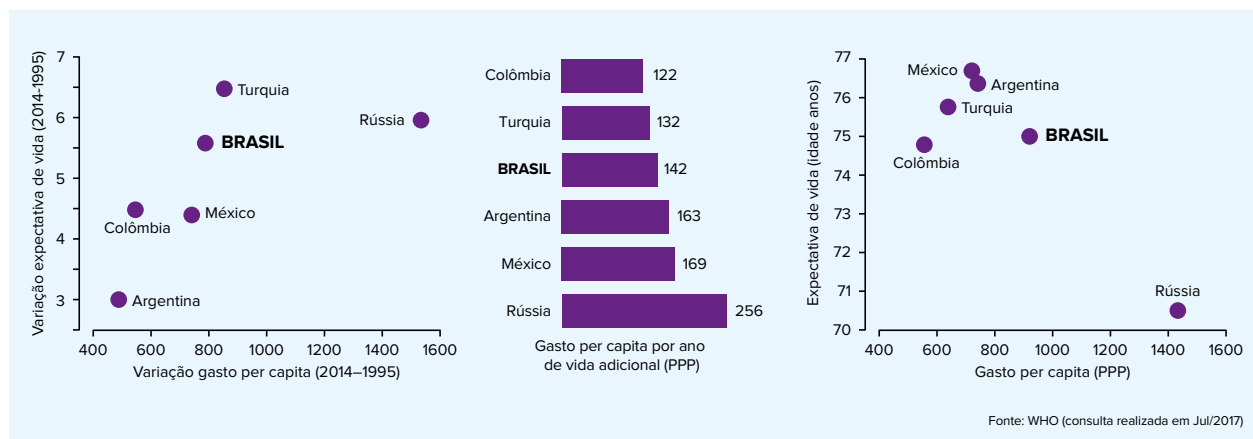


Figura 6: Variação dos gastos e expectativa de vida (países comparáveis)



saúde, apenas abaixo da Colômbia e a Turquia (Figura 6). O motivo é porque, nesse período, o País registrou um incremento na expectativa de vida em 5,5 anos, acompanhado de um crescimento de gasto per capita da ordem de US\$ 800, o equivalente a um gasto adicional de US\$ 142 por ano de vida conquistado no período.

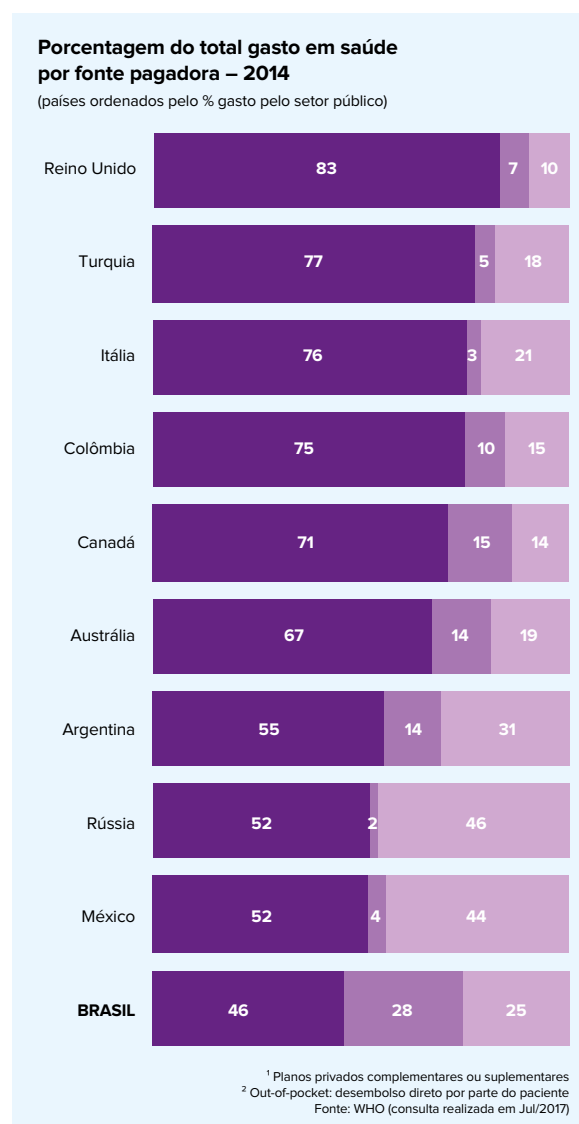
As comparações anteriores certamente têm limitações metodológicas, pois não é possível considerar todos os elementos relevantes como, diferenças de perfil demográfico e epidemiológico entre os países, mas o objetivo é ilustrar, de forma simples e direta, a existência de diferenças importantes nos níveis absolutos e relativos de gastos, bem como nas produtividades distintas desses investimentos. Cabendo a cada país identificar onde estão as oportunidades de melhoria.

No caso brasileiro, a busca pela melhor utilização dos recursos financeiros contém um elemento adicional, pois uma parcela importante do gasto é realizada pelo setor privado. Apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) ter uma proposta de universalização, mais da metade do gasto do País em saúde é financiada pelo setor privado.

O Brasil conta com um setor de Saúde Suplementar que cobre quase 30% da população (o maior entre os países analisados) e um gasto *out of pocket*, ou seja, pago pelo bolso do paciente, significativo. Veja a seguir como o Brasil se diferencia dos demais países (Figura 7).

Figura 7: Relevância das fontes pagadoras

● Público ● Privado<sup>1</sup> ● OOP<sup>2</sup>



Portanto, considerando-se a representatividade dos recursos *out-of-pocket* e do segmento privado, é preciso considerar a coexistência deles com o segmento público para alcançar mais eficiência na gestão geral do setor. Em outras palavras, o planejamento da gestão deve prever modelos colaborativos entre as áreas pública e privada para resultados mais efetivos.

## O crescente custo social do câncer

Globalmente, o câncer figura entre as enfermidades com os custos sociais mais elevados e esse custo vem aumentando devido ao envelhecimento populacional e aos estilos de vida que favorecem o surgimento da doença. Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde, “*Guide to cancer early diagnosis 2016*”, estima-se que mais de 14 milhões de pessoas serão diagnosticadas com câncer a cada ano e que, em 2015, 8,8 milhões morreram de câncer. O custo social é ainda mais relevante em países em desenvolvimento, representando 57% dos casos globais e 65% das mortes. E a expectativa é que essa situação se agrave na medida em que os recursos para prevenir, diagnosticar e tratar a doença se tornem cada vez mais limitados. Ou seja, o processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento será mais acelerado do que foi nos países desenvolvidos.

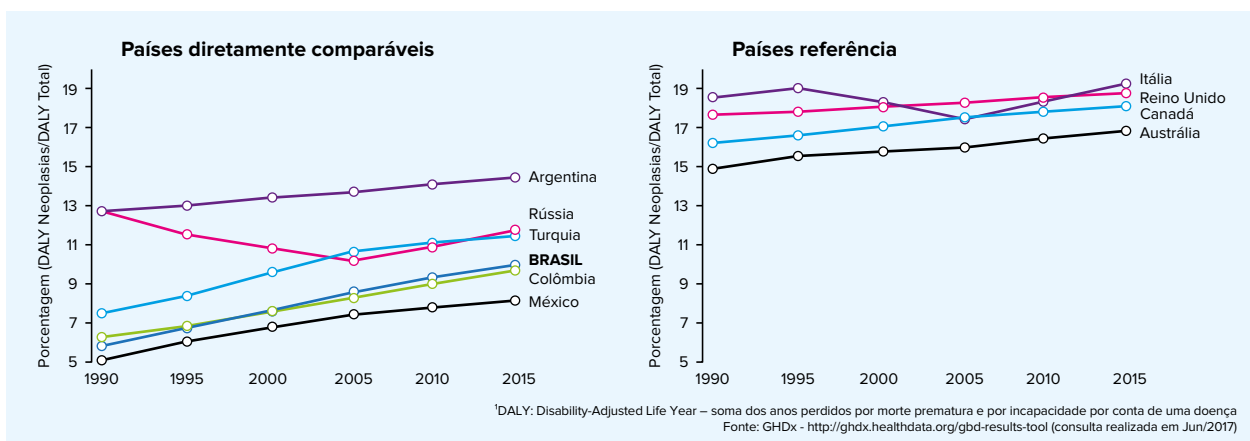
## Epidemiologia

Ao realizar comparações internacionais sobre a epidemiologia do câncer, é preciso levar em consideração que os dados coletados em países desenvolvidos geralmente são mais robustos que em países em desenvolvimento. Normalmente, a população de países em desenvolvimento tem acesso reduzido aos serviços de saúde, o que aumenta a probabilidade do óbito sem que o câncer tenha sido ao menos diagnosticado. Por isso, as organizações de saúde pública nesses países tendem a ser menos propensas a rastrear e registrar casos de câncer para propósitos epidemiológicos, além da falta de recursos e/ou infraestrutura.

O resultado dessa realidade é que países desenvolvidos acabam apresentando taxas de incidência e mortalidade superiores a de países em desenvolvimento, mas não por uma questão de epidemiologia “real”, e sim, por uma diferença na coleta de dados. Outro fator que contribui para uma incidência maior em países desenvolvidos é a idade média da população, que tende a ser mais elevada.

No Brasil, a representatividade do câncer como causa de morte e incapacidade aumentou consistentemente nos últimos 25 anos e, se comparado aos países analisados, o percentual de crescimento é um dos mais expressivos (Figura 8). Atualmente, a doença já figura como a 3ª maior causa de morte no Brasil.

Figura 8: Evolução da relevância das neoplasias



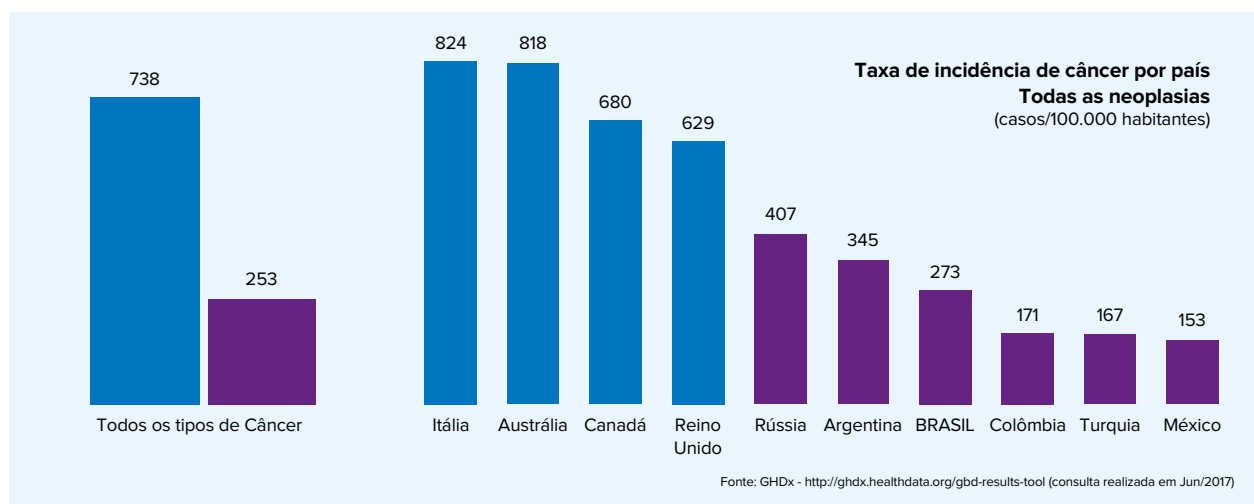
Já em termos de incidência, o Brasil apresenta taxas inferiores as dos países desenvolvidos (Figura 9), porém tal comparação é pouco relevante dada as limitações estruturais e epidemiológicas apresentadas anteriormente. Seria mais justo comparar a incidência brasileira contra os países diretamente comparáveis, nos quais o País se encontra em situação intermediária.

Entretanto, o cenário piora quando a comparação é realizada de acordo com número absoluto

de mortes, independentemente de fatores como idade ou gênero. À primeira vista, o Brasil encontra-se em situação intermediária ante os países diretamente comparáveis (Figura 10), com mortalidade inferior à Argentina e à Rússia, e superior à Colômbia e ao México. Porém, em relação à evolução no tempo, o Brasil está em uma situação bastante desfavorável, pois todos os países analisados apresentaram redução na taxa de mortalidade entre 1993 e 2013, enquanto o Brasil encontra-se estagnado neste quesito.

**Figura 9:** Comparativo das taxas de incidência

(●) Países comparáveis; (●) Países referência.



**Figura 10:** Taxa de mortalidade cai no mundo, menos no Brasil (ASR<sup>1</sup> por 100.000 habitantes)

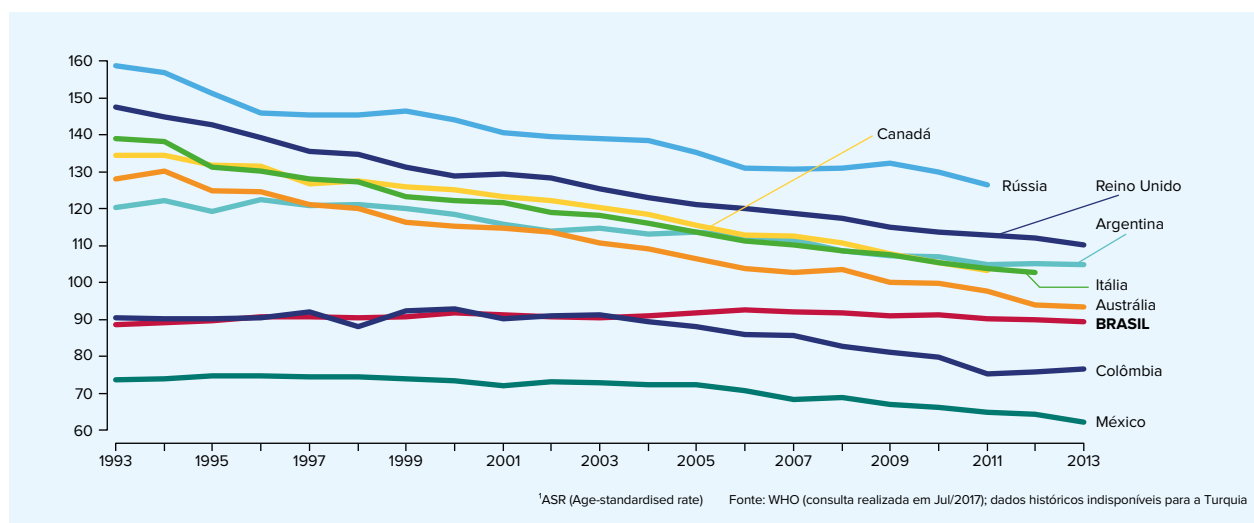
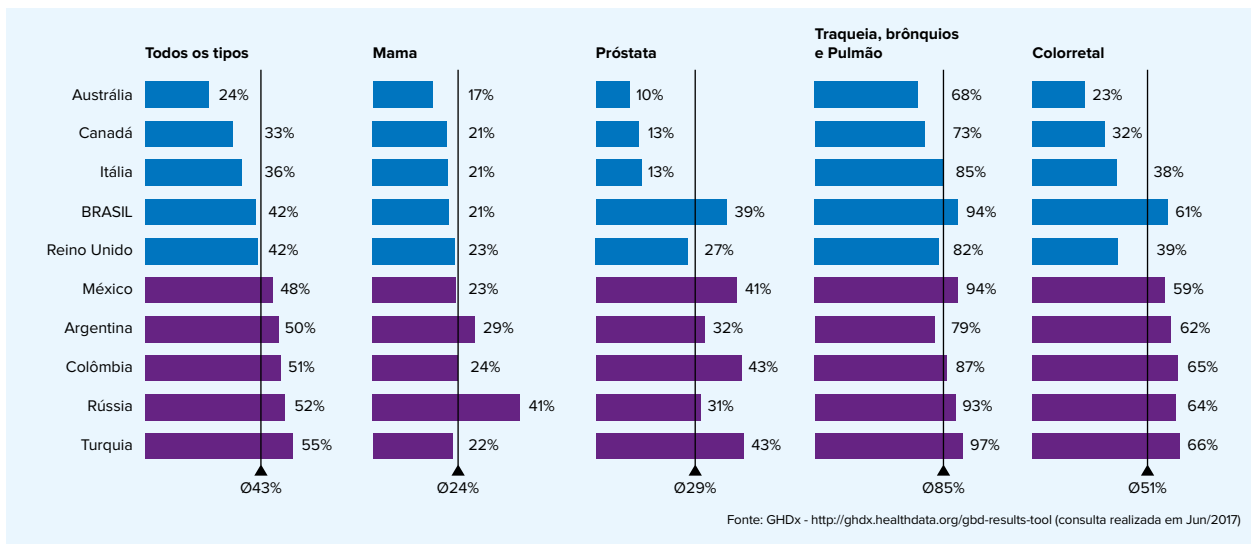


Figura 11: Índice de Taxa de mortalidade vs. incidência por tipo de câncer

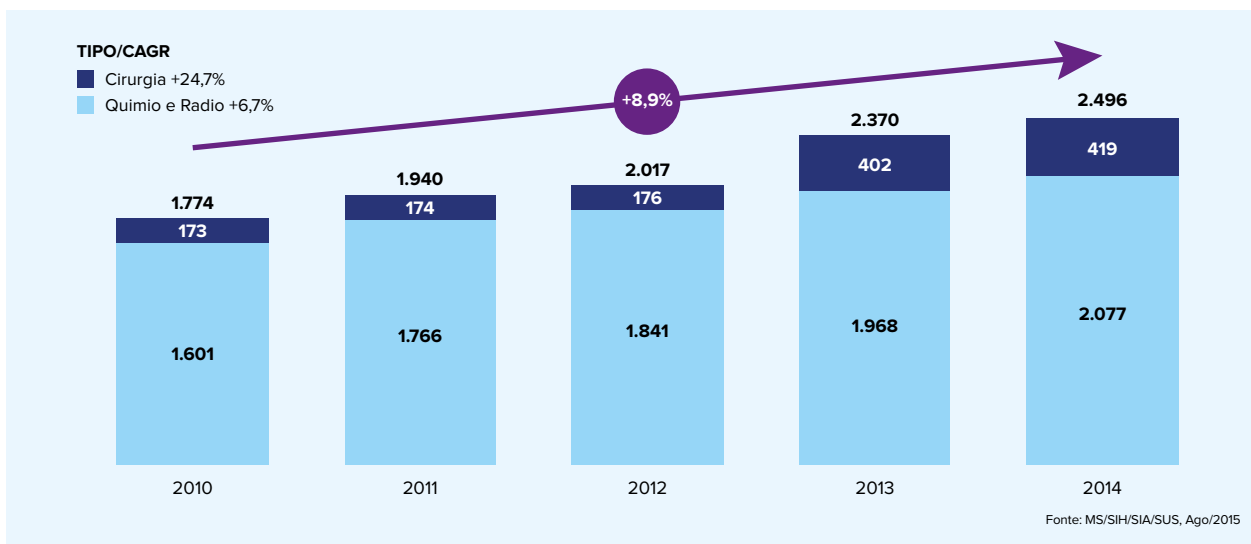


Por fim, o estudo buscou um índice que exclua as variáveis estruturais discutidas anteriormente, analisando a mortalidade dividida pela incidência (M/I). Esse índice expurga em boa parte os fatores estruturais, pois tanto numerador quanto denominador são impactados pela estrutura de saúde vigente. Neste quesito, o Brasil encontra-se em posição intermediária entre os países diretamente comparáveis e destaca-se positivamente em função do câncer de mama, porém com índices M/I aquém do desejado para os demais tumores (Figura 11).

## O custo financeiro do câncer

O reflexo no custo financeiro é direto. No Brasil, o gasto do SUS com o câncer cresceu à taxa de 9% ao ano entre 2010 e 2014. Os gastos com quimioterapia e radioterapia superaram R\$ 2 bilhões, com expansão contínua ao longo dos últimos anos, enquanto que os gastos com cirurgias duplicaram em 2013, atingindo o patamar de R\$ 400 milhões/ano, conforme ilustrado a seguir (Figura 12).

Figura 12: Gastos do SUS em oncologia (2010-2014, R\$ milhões)



Outro levantamento, realizado pelo Ministério da Saúde a pedido do jornal O Estado de São Paulo, identificou um crescimento dos gastos da pasta com oncologia de 66% entre 2010 e 2015, saltando de R\$2,1 bilhões para R\$3,5 bilhões. Isso representa um aumento da ordem de 11% ao ano, mas há também custos adicionais não contabilizados nestes montantes, como os custos reembolsados por planos privados.

Uma parte significativa dos gastos em oncologia se deve às aquisições realizadas pelos Estados ou Municípios e reembolsadas por meio do sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC). De acordo com estudos realizados, com os dados do DataSUS, pela QuintilesIMS estima-se que o Governo Federal tenha reembolsado entre 60% e 70% desses gastos com quimioterapia, sendo o restante via compras centralizadas de medicamentos. E a centralização foi uma forma de reduzir gastos por meio de compras mais volumosas.

Em resumo, o câncer já figura como a 3ª maior causa de morte no Brasil com tendência de crescimento em termos de impacto social e financeiro. Apesar do investimento financeiro crescente, o País não tem conseguido reduzir os índices de mortalidade. As taxas de mortalidade por incidência seguem, em geral, superiores aos de países de referência e de alguns outros diretamente comparáveis.

# Oncologia – a busca por novas soluções e o contexto brasileiro

O câncer, como a maioria das enfermidades, pode ter a incidência reduzida de três formas:

- **Prevenção:** pesquisas comprovam que alguns maus hábitos de vida contribuem para o aparecimento de tumores. A incidência do câncer pode ser reduzida com iniciativas de prevenção incluindo, por exemplo, programas de antitabagismo (pulmão), de vacinação (fígado e cervical) e de promoção de alimentação saudável e exercício físico. As campanhas de conscientização da população também são fundamentais para o diagnóstico precoce de tumores.
- **Diagnóstico:** o câncer é uma doença evolutiva que tem melhores prognósticos de tratamento quando detectada nos estágios iniciais, por este motivo, o diagnóstico precoce é determinante na melhora dos desfechos. Mas para isso, os governos e sistemas de saúde devem ter infraestrutura e recursos humanos capazes de diagnosticar e oferecer à população o tratamento adequado. Além de novas terapias medicamentosas, que oferecem um diagnóstico mais preciso e personalizado, pois possuem tecnologia mais evoluída de diagnóstico com detecção via biomarcadores. Entretanto, isso constitui um novo desafio para governos e provedores de saúde, pois são necessários investimentos em ativos e capacitação de profissionais multidisciplinares.
- **Tratamento:** o tratamento do câncer é complexo e multidisciplinar incluindo opções cirúrgicas e medicamentosas para combater o tumor e suas comorbidades, por este motivo, as opções terapêuticas se multiplicam e aumentam em complexidade. O tratamento paliativo é também parte importante da assistência ao paciente. Mas o principal desafio é determinar como

melhor utilizar os recursos de saúde para garantir um tratamento apropriado e efetivo para cada tipo de tumor, visando melhoria da qualidade de vida, sobrevida e redução da mortalidade.

Neste capítulo essas três vertentes serão abordadas na tentativa de identificar áreas de fortaleza e áreas em que o País enfrenta gargalos e, sempre que possível, serão apresentados comparativos da situação brasileira com os países diretamente comparáveis e os de referência.

## Prevenção

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), de 30% a 50% dos casos de câncer podem ser prevenidos. A prevenção do câncer inclui um arcabouço abrangente de iniciativas que vão desde a conscientização da população a evitar hábitos de vida que contribuem com o câncer até a vacinação de grupos populacionais específicos. Portanto, a atividade de prevenção busca endereçar os principais fatores de risco para a doença, entre os quais constam:

- Consumo de tabaco
- Infecções
- Inatividade física
- Obesidade
- Consumo de álcool
- Exposição à poluição ambiental
- Exposição ao sol
- Prática de sexo não seguro
- Compartilhamento de agulhas
- Exposição a agentes cancerígenos e à radiação



Contudo, realizar um comparativo internacional com base nas iniciativas de prevenção é uma tarefa complexa e exaustiva devido à indisponibilidade de dados comparáveis e pela diversidade de iniciativas possíveis. Portanto, para a elaboração deste estudo, foram eleitas algumas vertentes a fim de identificar o grau de maturidade do Brasil em termos de iniciativas para prevenção.

## Tabagismo

A redução do tabagismo é uma das principais formas de combate à incidência de certos tipos de câncer, principalmente o de pulmão, um dos mais prevalentes na América Latina. A evolução do Brasil neste sentido tem sido positiva com uma série de iniciativas que buscam conscientizar a população sobre os efeitos nocivos dos derivados de tabaco. Desde o final da década de 80, as iniciativas são articuladas pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que inclui ações educativas, de comunicação, e de atenção à saúde, associadas a medidas econômicas e legislativas.

Do ponto de vista legislativo existe um rol extenso de leis, muitas delas recentes (últimos 15 anos), que objetiva restringir o acesso e o estímulo ao consumo de tabaco, incluindo:

- A limitação de áreas onde é permitido fumar, vedando o fumo em locais de uso coletivo;
- A proibição da venda desses produtos via internet e a menores de idade;
- A proibição da venda de brinquedos e alimentos que imitem produtos de tabaco;
- A proibição da propaganda comercial, permitindo apenas a exposição dos produtos em locais de venda acompanhada de advertências sanitárias e tabelas de preço;
- A obrigatoriedade de que 30% da parte inferior da face frontal das embalagens tenham advertências sobre os malefícios sanitários;
- A inclusão do uso de imagens dos efeitos do tabagismo;
- A proibição do uso de descritores *light*, suave, leve, de propaganda em veículos de comunicação e em pontos de venda, de patrocínio em eventos culturais e esportivos, entre outras.

Existem ainda outras ações que incluem políticas de preços mínimos e iniciativas de taxaço. Importante também ressaltar que em relação à atenção básica, a Portaria N. 571 de 5 de abril de 2013, atualizou as diretrizes de tratamento da pessoa tabagista no SUS, incorporando terapias medicamentosas de reposição da nicotina.

Uma extensa gama de ações tem contribuído para a queda do tabagismo no Brasil. Um estudo intitulado “*Smoking Prevalence and Attributable Disease Burden in 195 Countries and Territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*”, publicado na revista *Lancet* em 2017, financiado pela *Bill & Melinda Gates Foundation*, ressalta o Brasil como um dos 13 países (de um total de 195 analisados) que conseguiram reduzir de forma significativa e consistente a prevalência do tabagismo entre os períodos de 1990 a 2005 e de 2005 a 2015. Dos países considerados nesta análise, somente a Austrália teve resultados comparáveis. Entre os 10 países com o maior número de fumantes, o Brasil se destacou como o País que obteve a maior redução na prevalência de tabagismo entre homens e mulheres.

Veja a seguir a comparação dos resultados brasileiros com os de países diretamente comparáveis e os de referência. Observa-se neste comparativo que o Brasil se destaca na redução em ambos os períodos comparativos e para ambos os sexos (Tabela 2).

**Tabela 2:** Dados de Prevalência de fumantes e variação entre 1990 e 2005 e 2005 e 2015.

| País          | Prevalência (padronizada por idade) |             | Taxa de variação anualizada |             |             |             |
|---------------|-------------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
|               | 2015                                |             | 1990–2005                   |             | 2005–2015   |             |
|               | Feminina                            | Masculina   | Feminina                    | Masculina   | Feminina    | Masculina   |
| Argentina     | 14,6                                | 21,1        | -1,0                        | -1,0        | -1,2        | -1,1        |
| Austrália     | 13,3                                | 15,6        | -2,3                        | -1,7        | -1,9        | -2,2        |
| <b>BRASIL</b> | <b>8,2</b>                          | <b>12,6</b> | <b>-3,4</b>                 | <b>-3,8</b> | <b>-3,0</b> | <b>-2,6</b> |
| Canadá        | 12,4                                | 14,5        | -3,7                        | -3,0        | -1,4        | -1,6        |
| Colômbia      | 6                                   | 14,4        | -1,8                        | -1,4        | -2,8        | -2,3        |
| Itália        | 17,1                                | 23,2        | -0,8                        | -1,2        | -1,0        | -0,9        |
| México        | 4,8                                 | 15          | -5,5                        | -4,2        | 0,3         | 0           |
| Rússia        | 12,3                                | 38,2        | 3,2                         | 0,2         | -0,3        | -1,5        |
| Turquia       | 13,7                                | 31,2        | 0,3                         | -1,4        | -0,3        | -2,6        |
| Reino Unido   | 18,1                                | 19,9        | -1,6                        | -1,8        | -1,2        | -0,9        |

Fonte: Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015, The Lancet

## Vacinação contra o HPV

O câncer de colo de útero é a 3ª maior causa de morte entre mulheres no Brasil. Estima-se que 70% dos casos poderiam ser prevenidos com a vacina contra o HPV, lançada globalmente, em 2006. Além do câncer de colo de útero, a vacina ajuda a prevenir o câncer de pênis, ânus, verrugas genitais, boca e orofaringe.

Em 2014, o Ministério da Saúde introduziu a vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunização (PNI) e a cobertura contemplava meninas da faixa etária de 9 a 13 anos e de meninas e mulheres de 9 a 26 anos portadoras de HIV. Comparado aos países referência, o Brasil retardou a introdução da vacina em muitos anos ficando atrás de países diretamente comparáveis como o México, a Argentina e a Colômbia.

Desde a introdução da vacina no PNI, a cobertura foi ampliada incluindo meninas de 14 e 15 anos e meninos de 11 a 15 anos. Apenas nove países do mundo adotam a estratégia de disponibilizar gratuitamente a vacina contra o HPV também para meninos.

Em termos comparativos, apesar da demora na inclusão dessa vacina, o programa de vacinação brasileiro é compatível com outras iniciativas globais e, portanto, nos coloca em situação de paridade com países desenvolvidos. Os principais desafios estão na efetiva cobertura da população-alvo. No período de 2014 a 2016 a cobertura foi de 75% e 46% da primeira e segunda dose, respectivamente.

Ano de introdução da vacinação contra o HPV em um programa financiado pelo governo

### Países diretamente comparáveis

- México (2008)
- Argentina (2012)
- Colômbia (2012)
- Rússia (não introduzido)
- Turquia (não introduzido)

### Países referência

- Austrália (2007)
- Canadá (2007)
- Itália (2007)
- Reino Unido (2008)

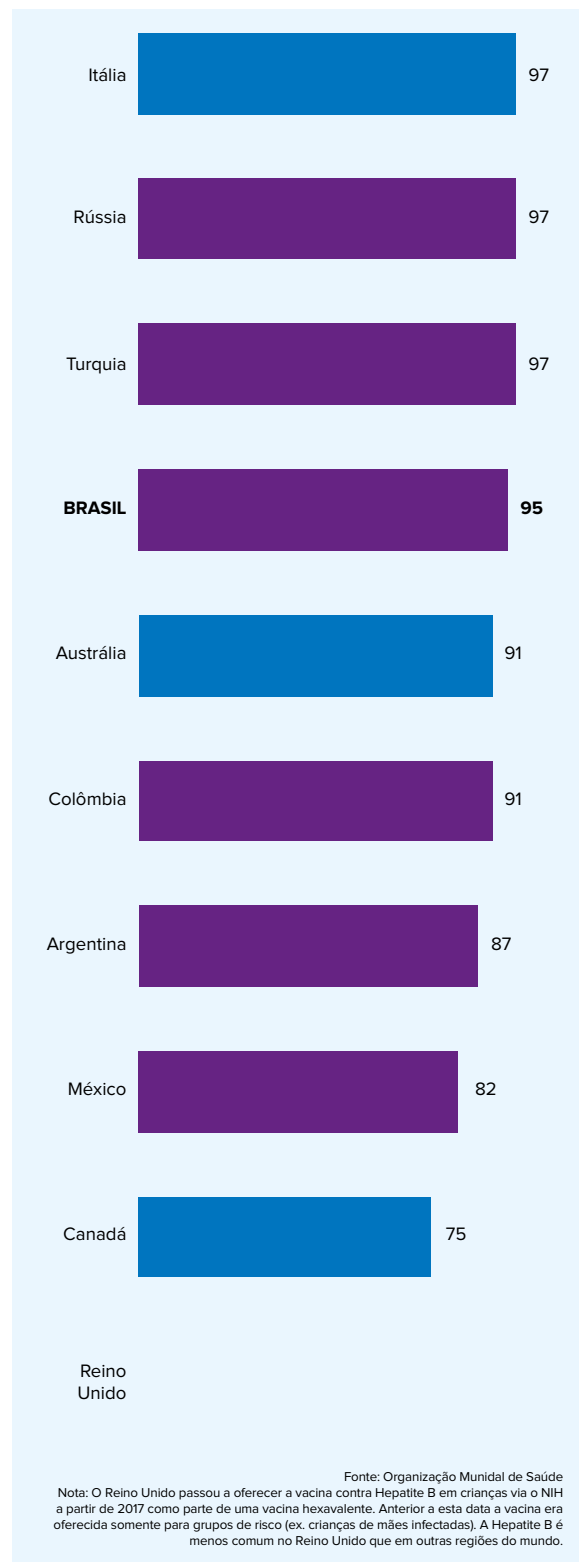
## Vacinação contra Hepatite B

A infecção pelo vírus da Hepatite B pode levar ao carcinoma hepatocelular (câncer primário de fígado), um dos cinco tumores mais comuns no mundo. Por outro lado, há amplos estudos demonstrando que a vacinação contra a Hepatite B é uma iniciativa eficaz na redução da incidência do câncer.

No Brasil, a vacina contra a Hepatite B faz parte do Programa Nacional de Imunização (PNI) desde 1998. Para a vacinação rotineira de crianças, o PNI adotou o esquema de quatro doses: ao nascimento e aos 2, 4 e 6 meses de vida (via vacina pentavalente). Para crianças mais velhas, adolescentes e adultos que, eventualmente, não foram vacinados no primeiro ano de vida, o PNI recomenda três doses com intervalo de um mês entre primeira e a segunda, e de cinco meses da segunda para a terceira dose.

A cobertura média da vacina contra Hepatite B foi evoluindo positivamente ao longo do tempo, sendo de 89% entre 1998 e 2000 e, de 95% entre 2001 e 2004. Em crianças de até 10 anos tem-se obtido taxas superiores de cobertura que vão de 95% a 100% no período de 2000 a 2013. Em função destes resultados, a Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca o Brasil em situação favorável quando comparado a países referência e superior à maioria dos países diretamente comparáveis, conforme demonstrado a seguir (Figura 13).

**Figura 13:** Cobertura de vacinação contra Hepatite B – crianças até 1 ano de idade



## Atividade física, hábitos alimentares, obesidade e consumo de álcool

Estudos apontam que hábitos alimentares saudáveis e exercícios físicos frequentes podem diminuir o risco de vários tipos de câncer. As recomendações incluem uma alimentação à base de frutas, vegetais e grãos e limitação de carnes processadas. O consumo excessivo de álcool também contribui para a probabilidade de aparecimento de tumores de mama, pulmão e fígado, entre outros. Deve-se também priorizar alimentos leves e evitar alimentos com alto teor de calorias incluindo açúcar refinado e gorduras animais.

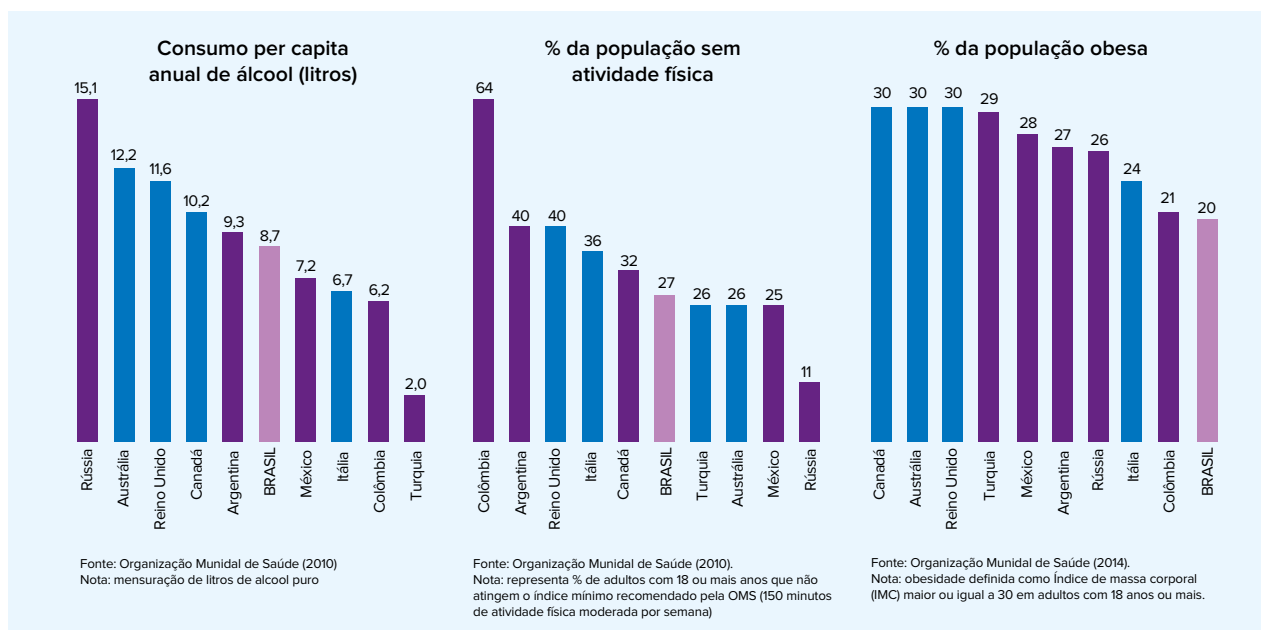
O exercício físico também contribui para a redução da incidência de múltiplos tumores e idealmente adultos deveriam se exercitar por, no mínimo, 30 minutos por dia para maximizar os efeitos positivos. A combinação da boa alimentação com exercício tem impacto direto na redução da obesidade, que é outro fator de risco.

Programas de estímulo à boa alimentação, ao exercício físico, à redução do consumo de álcool e à redução da obesidade são iniciativas importantes para a prevenção do câncer. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil apresenta fatores de risco na população que estão em nível intermediário para consumo de álcool e falta de atividade física, conforme ilustrado a seguir (Figura 14).

Já em relação à obesidade, o Brasil se encontra em posição favorável contra os países de referência e os diretamente comparáveis. É relevante ressaltar que no caso da obesidade os países referência, por definição mais desenvolvidos, já superaram por completo as questões de desnutrição que ainda são realidade para parcelas importantes de países em desenvolvimento. Independentemente desta realidade, a obesidade, principalmente a infantil, tem aumentado de forma significativa e é tema central de saúde em praticamente todos os países analisados.

Veja a seguir, o Brasil se destaca no consumo de álcool e na baixa presença de atividade física na rotina da população.

Figura 14: Fatores de risco



Todos os países analisados possuem iniciativas voltadas ao incentivo de hábitos saudáveis de vida, incluindo atividade física e alimentação balanceada. Uma comparação direta destes programas não foi realizada nesse trabalho, pois tais programas são muito amplos e o estudo não identificou uma forma quantitativa de comparação robusta e simples, além da análise dos fatores de risco já mencionados. O que se nota, portanto, é que o Brasil se encontra em situação intermediária entre os países analisados.

## Resumo da situação do Brasil em prevenção

As análises indicam que o Brasil tem evoluído positivamente em termos de prevenção e que possui iniciativas compatíveis com os países diretamente comparáveis e, frequentemente, semelhantes ou superiores aos países de referência, como é o caso do controle ao tabagismo. Porém, essa situação não significa que não existam oportunidades de melhoria em termos de prevenção. Principalmente, porque a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a forma mais custo-efetiva de combater o câncer é por meio da prevenção e que programas nacionais estruturados devem ser peça-chave de qualquer política nacional de controle da doença. Portanto, a busca por uma alocação adequada de recursos para a prevenção e a contínua melhoria dos programas devem ser o foco de qualquer estratégia futura para a melhoria do acesso para a população.

## Diagnóstico

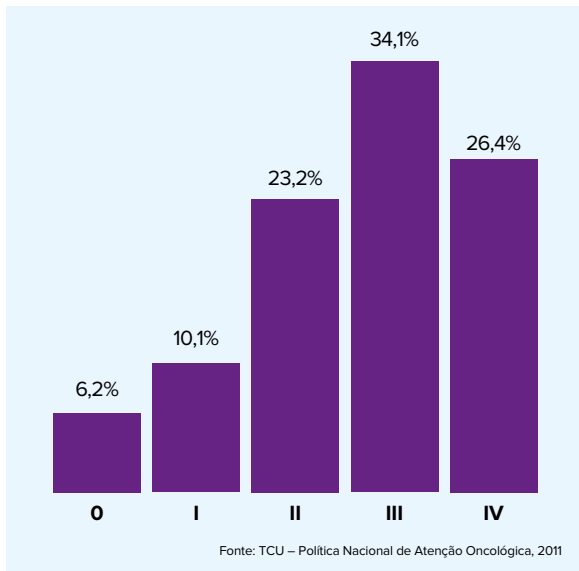
A detecção precoce do câncer e início imediato do tratamento aumentam as chances de cura e de sobrevivência do paciente. As ações de promoção e conscientização da população conforme mencionado, contribuem para o diagnóstico precoce, porém não são suficientes para a resolução completa da questão.

A população conscientizada precisa ter acesso a serviços de diagnóstico ágeis e efetivos para se submeter a exames, que devem ser realizados por profissionais capacitados e com infraestrutura adequada. Uma vez detectado o tumor, o sistema de saúde deve ser capaz de direcionar o paciente de forma ágil para centros especializados em oncologia para que o tratamento se inicie o mais rápido possível. Uma quebra em qualquer parte desta cadeia prejudica a efetividade do tratamento.

O Relatório de Auditoria Operacional realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), em 2011, avaliou a Política Nacional de Atenção Oncológica sobre dois aspectos:

- 1ª Questão: A estrutura da rede de atenção oncológica tem possibilitado aos doentes de câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento?
- 2ª Questão: As condutas terapêuticas disponibilizadas aos pacientes do SUS estão suficientemente atualizadas, segundo a percepção dos especialistas que atuam na área de oncologia?

No âmbito da 1ª Questão, o relatório é contundente ao afirmar que “a estrutura da rede de atenção oncológica não tem possibilitado acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer no tempo adequado”. O estudo faz uma análise das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) processadas em 2010 e conclui que 60,5% dos pacientes foram diagnosticados em estágio avançado da doença, níveis III e IV, conforme ilustrado a seguir (Figura 15).

**Figura 15:** Estágio do câncer no diagnóstico (Brasil 2010)

O mesmo estudo compara o estágio no diagnóstico de câncer de mama entre o Brasil e o Reino Unido e conclui que 12,5% dos pacientes no Brasil foram diagnosticados em estágio IV *versus* 3,1% no Reino Unido.

Outro aspecto analisado no relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) é o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do tumor. A conclusão do estudo é que “os tratamentos oncológicos promovidos pelo SUS não têm sido realizados no tempo devido”. A equipe do TCU realizou pesquisas em dados extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), de 2010 e dos Registros Hospitalares de Câncer

(RHC) organizados pelo INCA e pela Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp), de 2009.

As análises demonstraram que no caso da quimioterapia, o tempo de espera entre diagnóstico e início de tratamento é de 76,3 dias. Apenas 35,6% dos pacientes conseguiram iniciar seu tratamento nos primeiros 30 dias após o diagnóstico. No caso da radioterapia a espera média foi de 113,4 dias e apenas 15,9% dos pacientes conseguiram iniciar seu tratamento nos primeiros 30 dias.

A tabela a seguir resume o resultado das análises do SIA/SUS bem como a análise dos dados do RHC e contém comparativos feito pelo TCU com o Reino Unido e o Canadá (Tabela 3).

Para o melhor entendimento da situação o presente estudo fez análises com dados mais recentes das APACs de 2016. Dentro do possível, foi utilizada a mesma metodologia adotada pelo TCU em 2011. Além disso, o estudo buscou novos dados comparativos internacionais para avaliar a situação atual do Brasil.

Com base nos dados das APACs de 2016, considerando todos os tipos de câncer, 45,9% ainda são diagnosticados em estágios avançados (III e IV), uma redução importante em relação aos dados de 2010 (60,5%). Porém, quando comparado com outros países, como a Inglaterra, por exemplo, nota-se que o Brasil está muito distante de um diagnóstico tempestivo (Tabela 4).

**Tabela 3:** Tempo de espera para iniciar radioterapia a contar da data de diagnóstico

| Local                              | Ano  | Fonte de dados                            | Tratamentos iniciados em até 30 dias | Mediana (dias) | Média (dias) |
|------------------------------------|------|---|--------------------------------------|----------------|--------------|
| Canadá                             | 2009 | Canadian Institute for Health Information | 100,0%                               | 6              | –            |
| Reino Unido                        | 2007 | The Royal College of Radiologists         | 92,0%                                | 15             | –            |
| Canadá (Província de Nova Escócia) | 2009 | Canadian Institute for Health Information | 62,0%                                | 21             | –            |
| BRASIL                             | 2007 | RHC - Inca                                | 15,7%                                | 77             | 100,6        |
| BRASIL                             | 2009 | RHC - FOSP                                | 17,1%                                | 80             | 91,3         |
| BRASIL                             | 2010 | SIA/SUS                                   | 15,9%                                | 89             | 113,4        |

Fonte: Conforme tabela.

Notas 1: Entre as dez províncias canadenses constantes da pesquisa do CIHI, são apresentadas nesta tabela apenas a de melhor e a de pior desempenho.

2: Nos indicadores calculados para o Brasil, foram excluídos casos que se enquadravam nas seguintes situações: data de tratamento posterior a 2010; data de diagnóstico posterior à data de início de tratamento; lapsos entre diagnóstico e início de tratamento superiores a um ano; com tratamento iniciado antes de 2010; com tratamento anterior ou continuidade de tratamento; e de tratamentos adjuvantes. Foram mantidos para análise, após a aplicação dos critérios de exclusão mencionados, 20,2%, 59,4% e 99,1% dos casos de radioterapia presentes nos bancos de dados do SIA/SUS, RHC Inca e RHC FOSP, respectivamente.

**Tabela 4:** Estágio no diagnóstico

| País        | Tipo de Câncer     | Ano       | % pacientes diagnosticados |            |
|-------------|--------------------|-----------|----------------------------|------------|
|             |                    |           | Estágio III e IV           | Estágio IV |
| BRASIL      | Todos              | 2016      | 45,9%                      | 21,1%      |
| Inglaterra  | Todos              | 2012-2013 | 30,1%                      | 17,7%      |
| BRASIL      | Câncer de Mama     | 2016      | 39,1%                      | 10,7%      |
| Reino Unido | Câncer de Mama     | 2010-2014 | 13,1%                      | 5,0%       |
| México      | Câncer de Mama     | 2015      | 48,0%                      | n/d        |
| Canadá      | Câncer de Mama     | 2015      | 17,7%                      | 4,9%       |
| BRASIL      | Câncer de Pulmão   | 2016      | 82,6%                      | 56,7%      |
| Reino Unido | Câncer de Pulmão   | 2010-2014 | 66,4%                      | 47,4%      |
| Canadá      | Câncer de Pulmão   | 2015      | 69,1%                      | 49,8%      |
| BRASIL      | Câncer de Próstata | 2016      | 55,4%                      | 29,0%      |
| Reino Unido | Câncer de Próstata | 2012-2013 | 32,2%                      | 16,3%      |
| Canadá      | Câncer de Próstata | 2015      | 25,8%                      | 12,8%      |

Fontes: Datasus APACs (Brasil). <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/diagnosis-and-treatment#heading-Zero> <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/breast-cancer/incidence-invasive#heading-Nine> <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.29331/full> [http://www.csqj.on.ca/by\\_patient\\_journey/diagnosis/reporting\\_of\\_cancer\\_stage\\_at\\_diagnosis/](http://www.csqj.on.ca/by_patient_journey/diagnosis/reporting_of_cancer_stage_at_diagnosis/)

**Tabela 5:** Variação no tempo de espera para tratamento no Brasil

| Quimioterapia | Ano  | Tipo de Câncer | Média de dias para tratamento | % que inicia tratamento em até 30 dias | % que inicia tratamento em até 60 dias |
|---------------|------|----------------|-------------------------------|--|--|
|               | 2010 | Todos          | 83                            | 34%                                    | 55%                                    |
|               | 2016 | Todos          | 85                            | 31%                                    | 53%                                    |
| Radioterapia  | Ano  | Tipo de Câncer | Média de dias para tratamento | % que inicia tratamento em até 30 dias | % que inicia tratamento em até 60 dias |
|               | 2010 | Todos          | 120                           | 13%                                    | 30%                                    |
|               | 2016 | Todos          | 127                           | 10%                                    | 28%                                    |

Fonte: Datasus (buscou-se aplicar metodologia e filtros similares aos cálculos do relatório do TCU para os dois anos comparados)

Ao analisar apenas o câncer de mama, o Brasil tem 39,1% dos pacientes diagnosticados em estágio avançado, o que ainda é muito superior quando comparado ao Reino Unido (13,1%) e Canadá (17,7%), porém é um indicador melhor do que o do México (48%).

Os indicadores para o câncer de pulmão e de próstata também não são favoráveis, apresentando defasagem importante quando comparados com o Reino Unido e Canadá.

No Brasil, no que se refere ao tempo de espera para receber o tratamento após o diagnóstico, os indicadores pioraram quando comparados aos dados de 2010 (Tabela 5). Apenas 31% dos pacientes iniciaram o tratamento de quimioterapia em até 30 dias após o diagnóstico, uma piora de 3 pontos percentuais. O cenário é pior em radioterapia, com apenas 10% dos tratamentos iniciados em até 30 dias. Veja a seguir.

Para o câncer de mama, o comparativo com o Reino Unido deixa evidente que o Brasil tem muita oportunidade de aprimorar o tempo de espera para o início do tratamento. Em mais de 98% dos casos, o Reino Unido iniciou o tratamento em até 30 dias, enquanto no Brasil, apenas 33% dos pacientes foram tratados neste intervalo de tempo. Veja a comparação (Tabela 6).

**Tabela 6:** Comparativo de tempo de espera para tratamento

| País        | Tipo de Câncer | Ano       | % tratamento em até 30 dias Químio/Radio |
|-------------|----------------|-----------|--|
| BRASIL      | Câncer de Mama | 2016      | 33,0%                                    |
| Reino Unido | Câncer de Mama | 2014-2015 | 98,8%                                    |

Fontes: Datasus APACs <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/breast-cancer/diagnosis-and-treatment#heading-One>

## Resumo da situação do diagnóstico no Brasil

As análises indicam que ainda existe uma grande oportunidade no Brasil em relação à melhoria do diagnóstico. O País já conseguiu reduzir de forma significativa o percentual de tumores, porém cerca de 50% dos tumores ainda são diagnosticados em estágio avançado. Igualmente preocupante é o fato de o Brasil não ter conseguido reduzir o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, com cerca de um terço da população ainda tendo que esperar mais que 30 dias.

## Tratamento

A melhoria dos desfechos no tratamento do câncer exige, além da prevenção e do diagnóstico, de uma rede de atenção altamente especializada e coordenada, pois o tratamento em si pode ser composto por cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que levam à utilização de medicamentos orais e biológicos. Nos últimos anos, registrou-se um aumento expressivo no uso desses medicamentos na oncologia.

## O tratamento sob a ótica de infraestrutura instalada e volume produzido

O tratamento do câncer requer uma infraestrutura de equipamentos que permita a realização dos procedimentos cirúrgicos, além de radioterapia e quimioterapia. De acordo com o relatório de auditoria do TCU de 2011, mencionado na seção anterior, essa questão foi analisada e concluiu-se que “a rede de atenção oncológica não está suficientemente estruturada para possibilitar aos pacientes de câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento do câncer”. No que tange o tratamento em si, em termos de infraestrutura e produção, a análise da equipe do TCU constatou:

- O País, à época, requeria 375 Unidades de Assistência de Alta Complexidade (Unacons<sup>1</sup>) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons<sup>2</sup>), uma estimativa realizada conforme uma unidade de atendimento necessária para cada 1.000 novos casos anuais de câncer, desconsiderando o câncer de pele não melanoma, conforme definido no Anexo III da Portaria SAS/MS 741/2005. Contudo, em 2011, o País tinha 264 estabelecimentos habilitados.
- O relatório do Instituto Nacional de Câncer (INCA) registrou um déficit de 44 unidades de atendimento para cirurgia, 39 para quimioterapia e 135 para radioterapia. Considerando os estabelecimentos privados que não prestam serviço ao SUS, o déficit em radioterapia se reduziria para 57 equipamentos.

1. Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) são hospitais que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido.

2. Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) são hospitais que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer.



- Com base em análises das APACs de 2010:
    - A produção observada de radioterapia cobriu apenas 65,9% da demanda, tomando como base cerca de 600 tratamentos de radioterapia para cada 1.000 novos casos de câncer. Tal carência foi posteriormente constatada via entrevistas de campo nos centros especializados e em atas de reunião do Conselho Consultivo do INCA (Consinca);
    - A produção observada de quimioterapia cobriu 111,3% da demanda, tomando como base 700 tratamentos de quimioterapia para cada 1.000 novos casos de câncer e uma duração média de tratamento de 7,5 meses. Descontando da demanda os atendimentos dirigidos aos serviços que não prestam atendimento ao SUS, a demanda coberta sobe para 150,8%;
    - A produção observada de cirurgias oncológicas cobriu 34,5% da procura, tomando como base 550 cirurgias para cada 1.000 novos casos de câncer. Descontando a procura de pacientes detentores de planos de saúde, a demanda sobe para 46,8%. Um ponto relevante é que tal cobertura considerou somente os estabelecimentos habilitados enquanto toda a rede do SUS está autorizada a realizar determinadas cirurgias que podem se constituir em opção terapêutica ao tratamento do câncer. Considerando este montante, a cobertura sobe para 119,7%. Mas é importante fazer uma ressalva em relação a este cálculo, pois o parâmetro de 550 cirurgias por 1.000 casos novos de câncer foi construído com base na realidade do INCA, um centro especializado em oncologia, não sendo totalmente apropriado para comparações com a rede do SUS, que também integra unidades não especializadas em oncologia.
  - Alguns fatores foram levantados como possíveis causas dos déficits na rede de atendimento:
    - Investimentos governamentais insuficientes, em especial, em equipamentos de radioterapia;
    - Sistemática de habilitação de novos estabelecimentos não tem produzido capacidade suficiente;
    - Inexistência de acompanhamento efetivo da prestação de serviços por parte dos estabelecimentos habilitados, incluindo indicadores de produtividade, visando induzir ações corretivas e de melhoria do sistema como um todo;
    - Falta de atualização periódica das tabelas do SUS, incluindo da radioterapia, o que poderia desestimular a prestação de determinados serviços.
  - Por fim, o relatório recomendou o desenvolvimento de um plano, articulado com os gestores locais do SUS, que contemplasse a aquisição e instalação de equipamentos (ou contratação de serviços), uma sistemática de atualização dos valores de procedimentos custeados pelo SUS com base na avaliação periódica de custos efetivos, e uma rotina de acompanhamento de evolução do plano. Outra recomendação foi para que a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), órgão do Ministério da Saúde, revisasse os parâmetros de necessidades estabelecidos, no Anexo III da Portaria SAS/MS 741/2005, para os tratamentos de radioterapia, quimioterapia e cirurgias oncológicas. Com os novos parâmetros ou parâmetros atualizados, implantar rotina de acompanhamento sistemático da produção versus demanda instalada.
- Em 2014, a Portaria SAS/MS 140/2014 redefiniu os parâmetros para o planejamento e avaliação

da rede de alta complexidade em oncologia e determinou:

- 1 CACON/UNACON para cada 1.000 novos casos de câncer;
- 43.000 campos de radioterapia para cada 900 novos casos de câncer, ou 695 pacientes tratados com radioterapia para cada 1.000 novos casos de câncer, considerando-se 67,5 a 70 campos por paciente;
- 5.300 procedimentos de quimioterapia para cada 900 novos casos de câncer, ou 785

pacientes tratados para cada 1.000 novos casos, considerando-se a média de seis a nove meses de tratamento por paciente;

- 650 procedimentos de cirurgia para cada 900 novos casos de câncer, ou 602 pacientes para cada 1.000 novos casos, considerando-se 1,2 procedimentos por paciente.

Veja a seguir comparativo dos parâmetros entre o Anexo III da Portaria SAS/MS 741/2005 e a Portaria SAS/MS 140/2014.

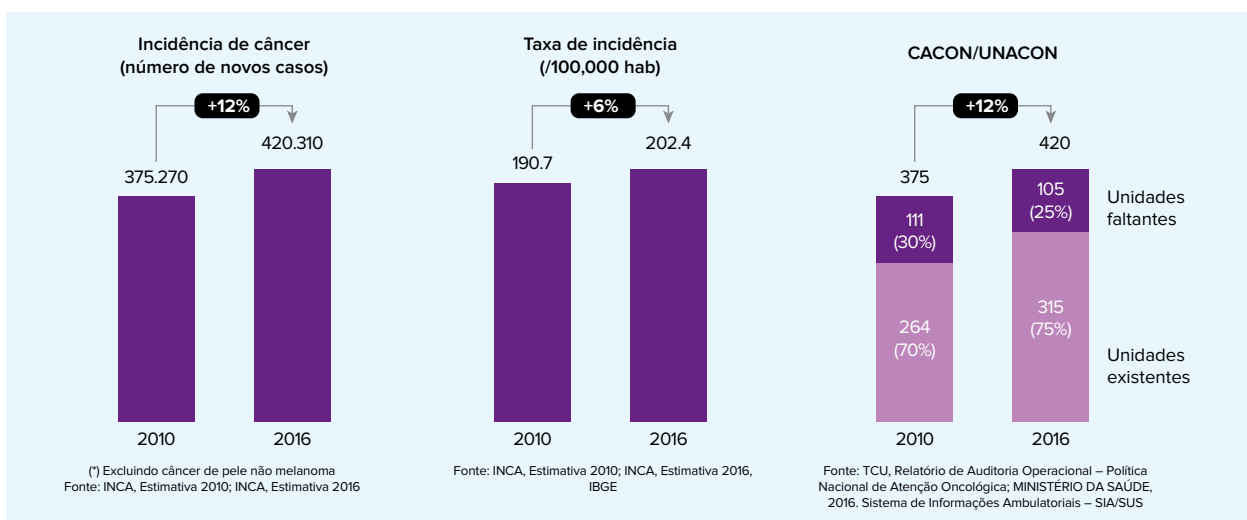
**Tabela 7: Comparativo das Portarias do SAS/MS**

| Informação  | Anexo III da Portaria SAS/MS 741/2005  | Portaria SA/MS 140/2014  |
|---|--|--|
| Descrição   | Define os parâmetros para o planejamento e avaliação da rede de alta complexidade em oncologia | Define os parâmetros para o planejamento e avaliação da rede de alta complexidade em oncologia |
| Necessidade CACON/UNACON (pacientes/1.000 novos casos)        | 1,0  | 1,0  |
| Necessidades Radioterapia (pacientes/1.000 novos casos)       | 600  | 695  |
| Necessidade Quimioterapia (pacientes/1.000 novos casos)       | 700  | 785  |
| Necessidade Cirurgia Oncológica (pacientes/1.000 novos casos) | 550  | 602  |

- Necessidade de Radioterapia ajustada de número de procedimento para número de pacientes considerando-se: 67,5 a 70 campos por paciente.
- Necessidade de Quimioterapia ajustada de número de procedimento para número de pacientes considerando-se: 6 a 9 meses de tratamento (procedimentos) por paciente.
- Necessidade de Cirurgia ajustada de número de procedimento para número de pacientes considerando-se: 1,2 procedimentos por paciente e média.

Fonte: Anexo III da Portaria SAS/MS 741/2005; Portaria SAS/MS 140/2014

**Figura 16: Evolução da incidência e necessidades de estrutura**



Para efeito de comparação, as análises realizadas pelo TCU foram atualizadas com dados de 2016 em termos de infraestrutura e produção, a fim de entender como o País evoluiu nos últimos anos e constatou-se que a incidência do câncer cresceu 12% entre os anos de 2010 e 2016, atingindo 420 mil novos casos em 2016, com uma taxa de incidência de 202 novos casos para cada 100.000 habitantes. Como resultado, o País passou a necessitar de 420 CACONs e UNACONs. Em 2016, o Brasil possuía 315 estabelecimentos habilitados, ou seja, 75% do total necessário. Apesar do aumento absoluto, ainda registra-se um déficit de cerca de 100 unidades. Os gráficos a seguir, mostram essa defasagem (Figura 16).

Com base na análise das APACs de 2016, constatou-se que:

- A radioterapia cobriu apenas 65,3% da demanda do SUS, estimada com base em uma necessidade de 695 tratamentos de radioterapia para cada 1.000 novos casos de câncer. Esta cobertura é muito semelhante à observada em 2010, de 65,9%. Veja o detalhamento a seguir (Figura 17).
- A quimioterapia cobriu 162,1% da demanda do SUS, tomando como base uma demanda de 785 tratamentos de quimioterapia para cada 1.000 novos casos de câncer e uma duração média de tratamento de 7,5 meses. Essa cobertura é superior à observada em 2010 (Figura 18).

Figura 17: Evolução do atendimento à radioterapia

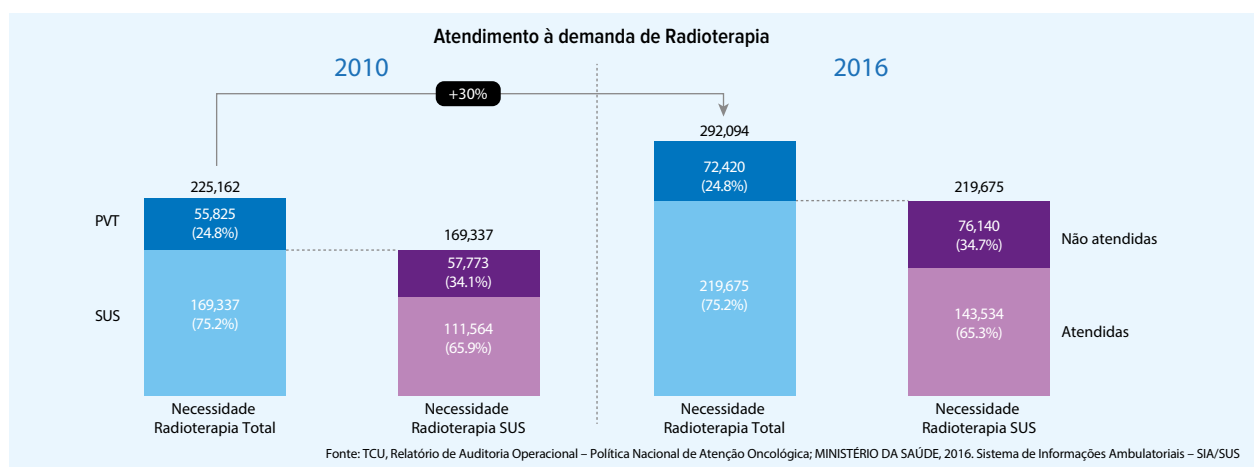
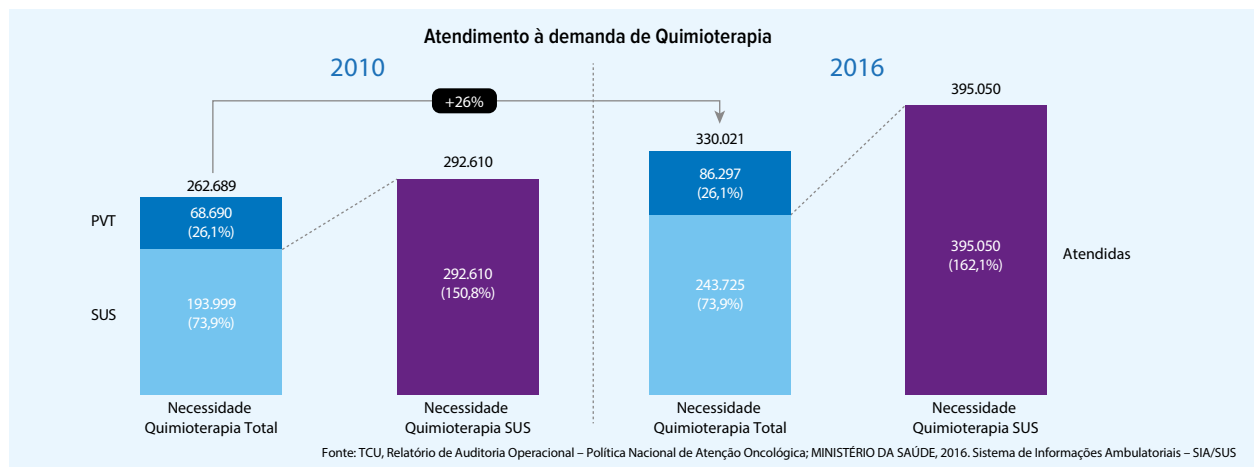


Figura 18: Evolução do atendimento à quimioterapia



- A produção de cirurgias oncológicas foi a que apresentou o maior avanço, atingindo a cobertura de 78,3% da demanda, tomando como base uma demanda de 602 cirurgias para cada 1.000 novos casos de câncer (Figura 19). Porém, existe ainda uma lacuna importante a ser coberta.
- A melhoria no atendimento à necessidade por cirurgias oncológicas pode ter sido atribuída em parte pela Portaria 2.947/2012, que determinou a inclusão de 11 novos procedimentos cirúrgicos em oncologia no Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Portaria 2.948/2012, que definiu um aumento médio de 50% no valor dos procedimentos cobertos pela Portaria 2.947/2012. Na época, a expectativa foi de que tais inclusões iriam mais do que dobrar os recursos para cirurgias oncológicas de R\$ 172,2 milhões em 2011 para R\$ 380,3 milhões em 2013.

Portanto, sob a ótica de infraestrutura instalada e volume produzido nos últimos cinco anos, o País avançou, porém, importantes lacunas ainda precisam ser preenchidas.

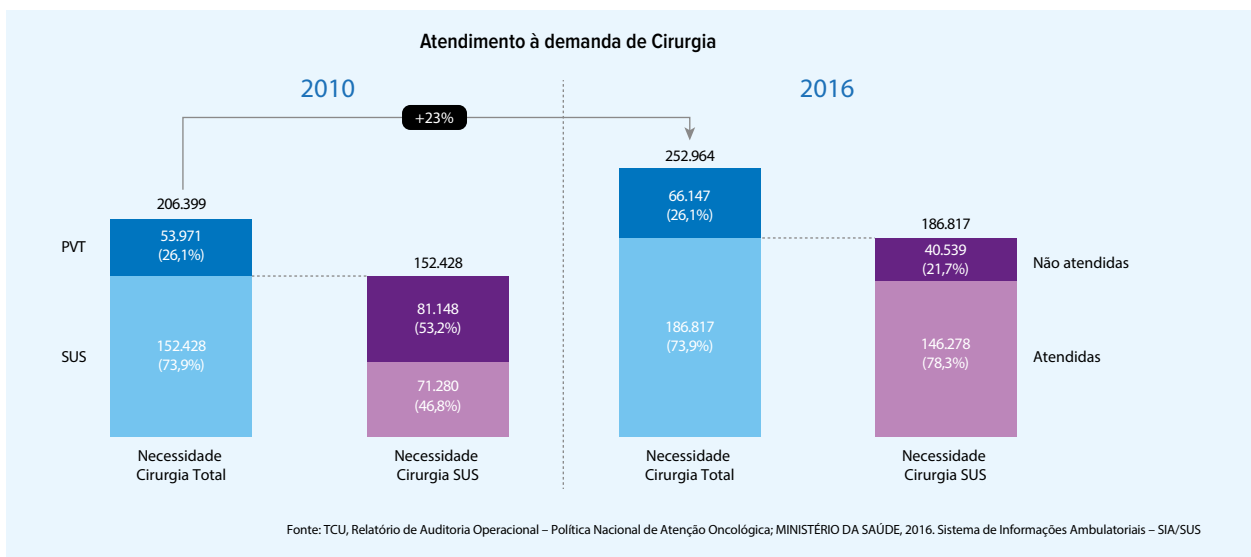
## O tratamento sob a ótica da conduta terapêutica

A qualidade da atenção ao paciente de câncer passa pela adoção de condutas terapêuticas apropriadas às necessidades específicas de cada paciente. Por ser uma enfermidade de tratamento extremamente complexo, as condutas terapêuticas são muito variadas e os protocolos que direcionam o tratamento necessitam de revisões frequentes.

Em 2011, como parte do relatório do TCU mencionado anteriormente, foi realizada uma pesquisa com médicos oncologistas que apontou que 82,1% deles concordavam que existiam procedimentos de diagnóstico importantes não custeados pelo SUS como o Pet-CT e exames de diagnóstico molecular, enquanto 84,8% concordavam que existiam condutas terapêuticas importantes não custeadas pelo SUS como as terapias alvo-moleculares (trastuzumabe) e quimioterápicos (imatinibe, temozolamida e cetuximabel), além de tratamentos radioterápicos mais modernos como a IMRT, a tridimensional/conformacional, a intraoperatória e a braquiterapia.

Os médicos apontaram a desatualização tanto dos procedimentos diagnósticos (63,6%) quanto das condutas terapêuticas (64,9%) como fatores que dificultam a prestação de assistência oncológica

Figura 19: Evolução do atendimento à Cirurgia



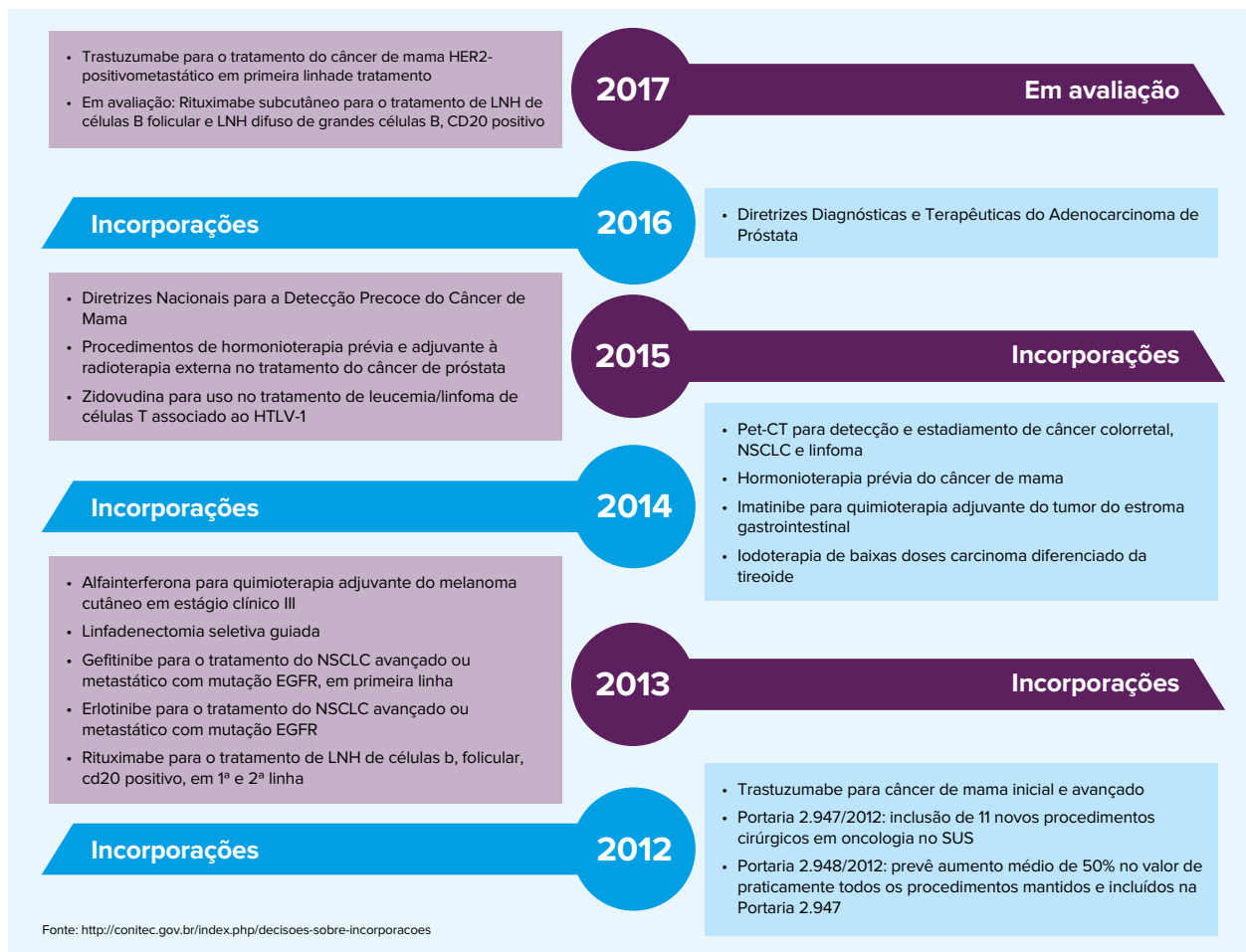
pelo SUS. Os participantes da pesquisa também registraram que existia demora no processo de atualização terapêutica, ausência de sistemática, falta de transparência dos critérios e falta de um maior envolvimento da classe médica no processo de atualização.

Desde 2012, houve diversas incorporações pela Comissão Nacional de Ciência e Tecnologia (CONITEC) em oncologia incluindo medicamentos, protocolos de tratamento e procedimentos diagnósticos. As tecnologias incorporadas incluem:

- Trastuzumabe: terapia-alvo mencionada em 2011 como uma conduta terapêutica importante não custeada pelo SUS. Foi incorporada em 2012 para câncer de mama, porém com uma cobertura limitada para algumas linhas de tratamento e estágios em comparação ao observado no resto do mundo. Em 2017 foi incluída incorporação para pacientes em metástase.
- Gefitinibe e erlotinibe: indicados para o tratamento de câncer de pulmão não-pequenas células (NSCLC) avançado ou metastático com mutação no receptor de fator de crescimento epidérmico (EGFR), em primeira linha.
- Rituximabe: para o tratamento de linfoma não-Hodgkin (LNH) em 2013 e rituximabe subcutâneo em 2017;
- Imatinibe: para tumor do estroma gastrointestinal;
- Pet-CT: outra tecnologia esperada, que foi incorporada em 2014 para detecção e estadiamento (processo que determina a extensão e a localização do tumor no corpo) de câncer colorretal, NSCLC e linfoma.

A seguir, uma lista mais abrangente das incorporações dos últimos cinco anos (Figura 20):

Figura 20: Histórico de incorporações



Os tratamentos radioterápicos mais modernos tais como o de intensidade modulada (IMRT) e intraoperatória não foram incorporadas após avaliação em 2016 e 2017.

Apesar das importantes conquistas dos últimos anos referentes à atualização das condutas terapêuticas incorporadas ao SUS, o Brasil continua em situação de defasagem. Durante a última década, o tratamento do câncer passou por uma transformação radical, em parte, determinada pelos avanços na medicina personalizada e imuno-oncologia. Globalmente 68

novas terapias foram lançadas no período entre 2011 e 2016 e essas novidades têm contribuído para a melhoria de desfechos, em especial para pacientes em metástase, e para o avanço do número de pacientes recebendo tratamento. Para médicos e pagadores isso resulta em um aumento das opções de tratamento e aumento da complexidade, inclusive na necessidade de utilização de testes de diagnóstico mais avançados.

Veja a seguir alguns dos principais avanços recentes no tratamento da oncologia (Figura 21).

Figura 21: Diagrama de lançamento de novas drogas por indicação (2011-2016)

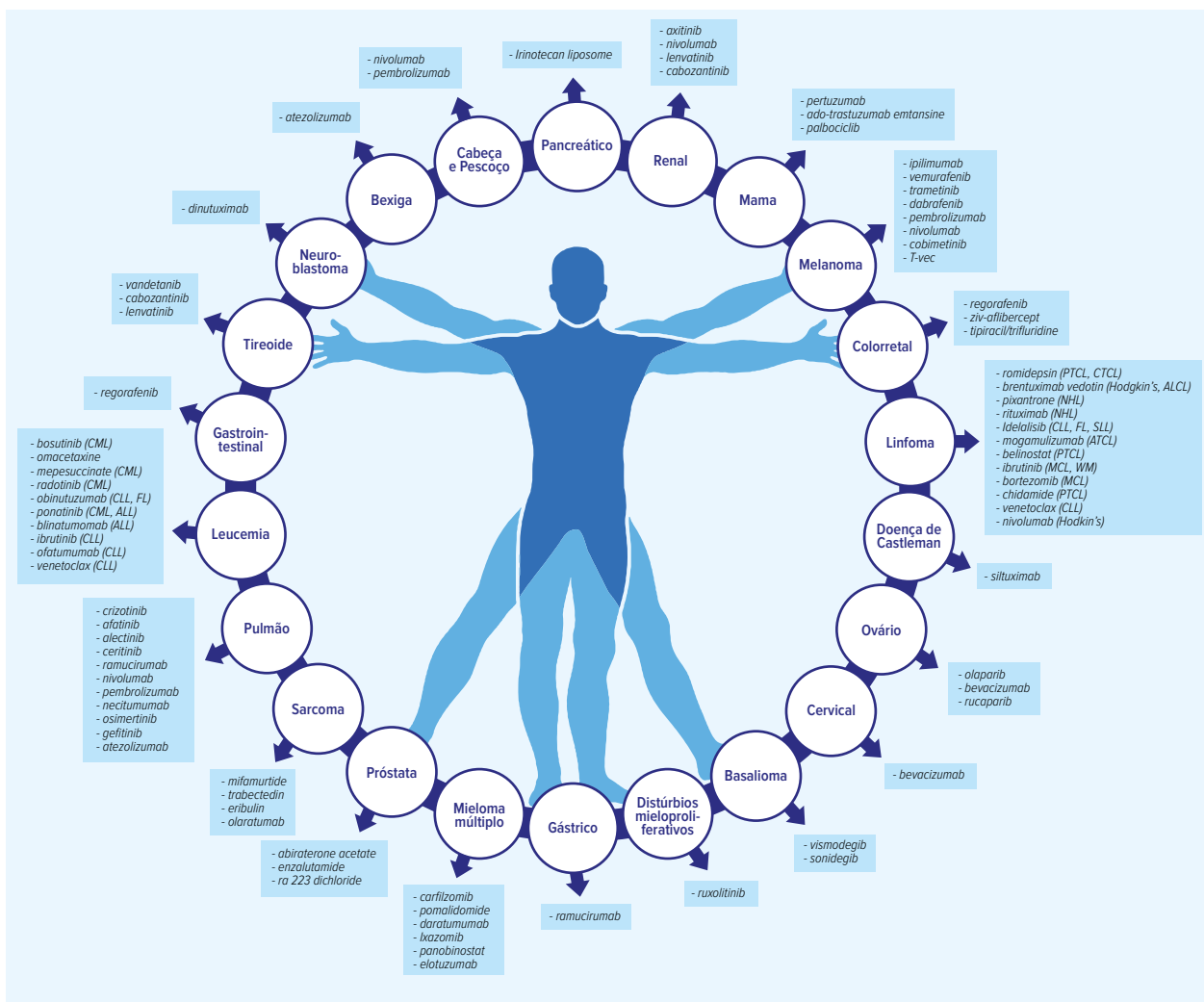
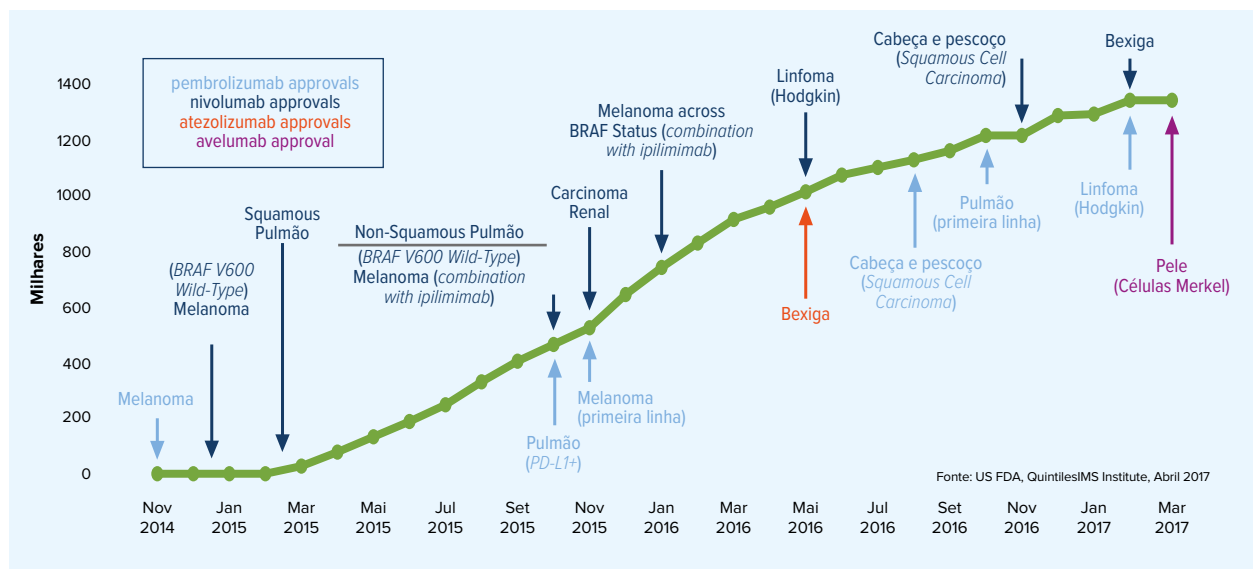


Figura 22: Curva de adoção dos inibidores imuno-oncológicos de PD-1 e PD-L1 nos EUA.



Os inibidores PD-1, por exemplo, estimulam o sistema imunológico de pacientes a combater o câncer. Entretanto, tais terapias funcionam prioritariamente em pacientes cujos tumores reagem ao marcador PD-1, então, não deveriam ser utilizados de forma indiscriminada na população – reforçando o conceito de medicina personalizada em imuno-oncologia.

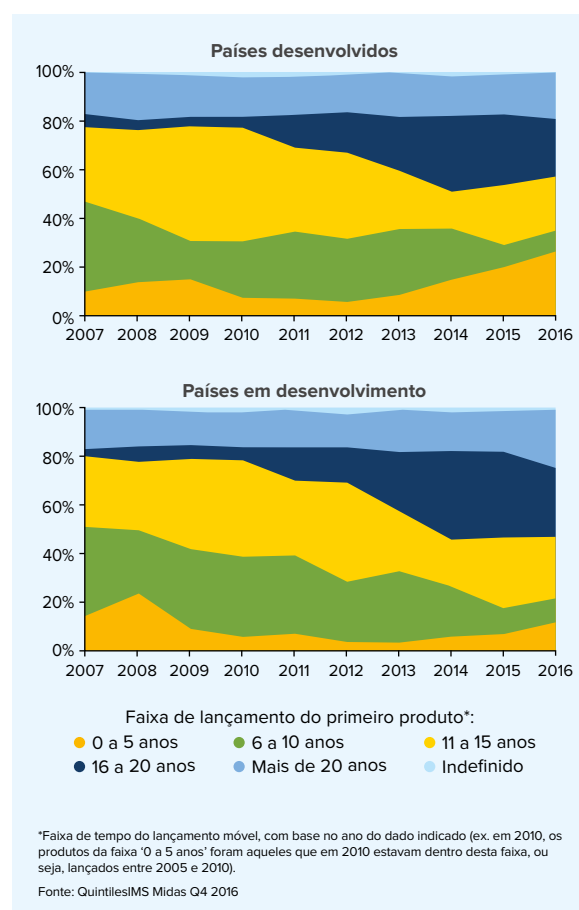
Em função de resultados positivos nos ensaios clínicos e no uso com pacientes no mundo “real”, a partir de 2014 (data de lançamento do primeiro medicamento da classe), esses tratamentos têm encontrado grande aceitação pela classe médica mundo a fora.

A figura 22 retrata o aumento no uso e as datas de aprovações das diferentes moléculas em diferentes indicações.

Ao longo dos últimos anos, o gasto dos países desenvolvidos com medicamentos oncológicos tem migrado rapidamente para tecnologias mais modernas (0 a 5 anos), calcula-se que nos últimos cinco anos, cerca de 30% dos gastos foram realizados com medicamentos lançados globalmente, enquanto que o percentual do gasto em mercados comparáveis ao Brasil gira em torno de 10%. Em mercados emergentes a dinâmica de acesso tem ocorrido por meio da maior utilização

de quimioterápicos antigos (mais de 20 anos), conforme ilustrado adiante (Figura 23).

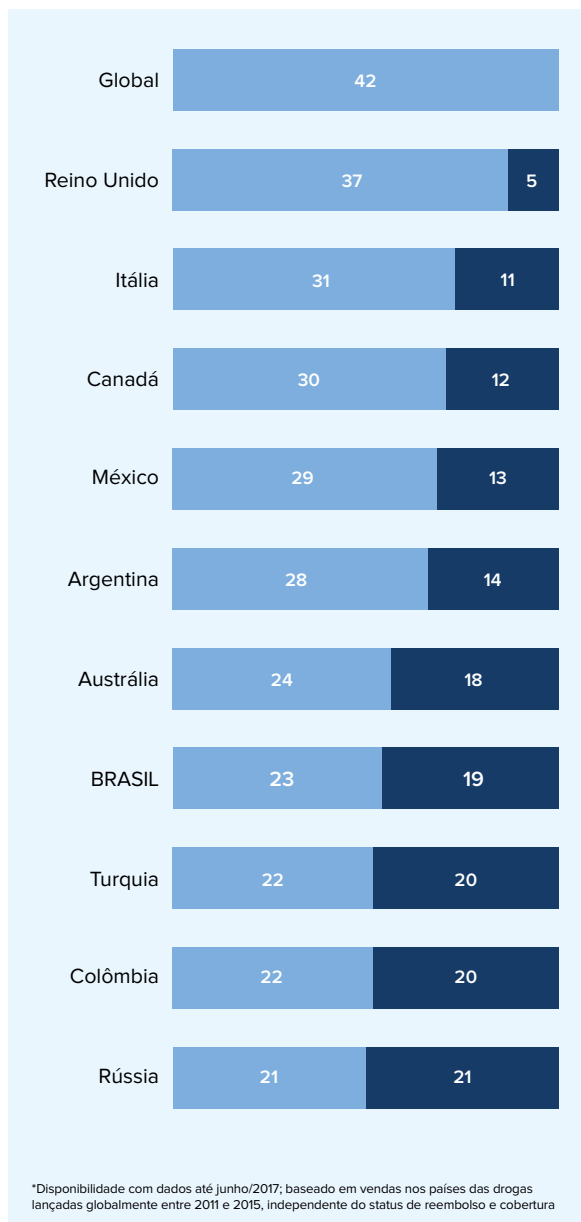
Figura 23: Gastos por tempo de lançamento das moléculas



É natural observar esta discrepância dada à diferença de disponibilidade de recursos entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para reforçar esse fato, foi feita uma análise de 42 terapias lançadas entre 2011 e 2015, que identificou quantas destas estavam disponíveis em cada país, em 2017, ou seja, sendo comercializadas até junho de 2017 e independentemente se tinham ou não reembolso de pagadores públicos ou privados (Figura 24).

**Figura 24:** Disponibilidade de oncológicos por país\*

(●) Disponível; (●) Não disponível.

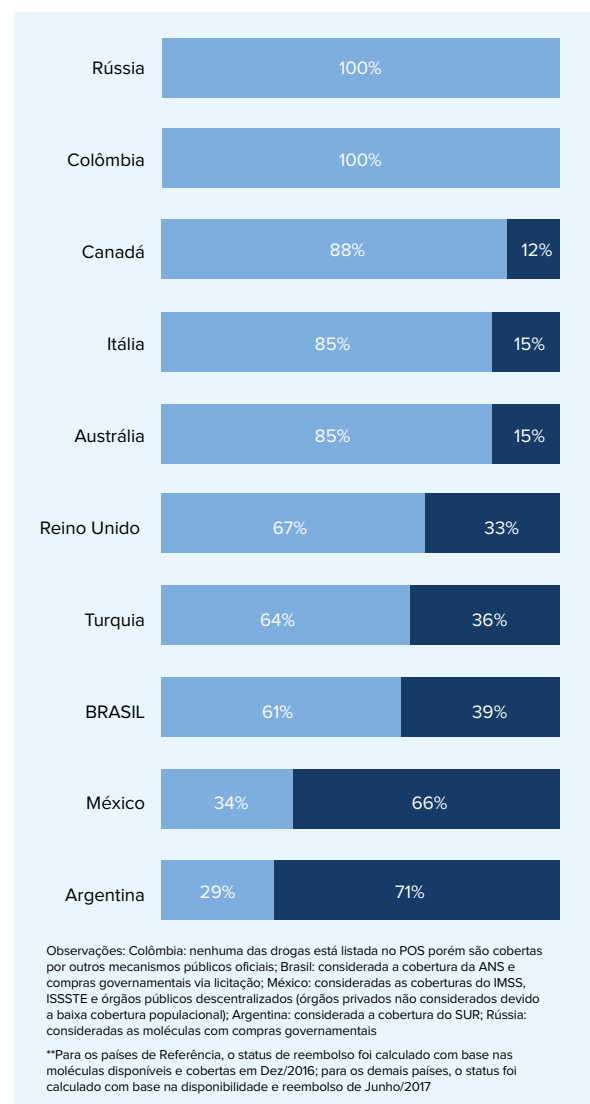


Fica evidente o fato de que o Brasil está atrasado em relação aos países referência e, também diante de alguns países comparáveis como, por exemplo, o México e a Argentina.

O atraso brasileiro se torna ainda mais preocupante quando o medicamento é analisado sob o aspecto “reembolsado ou não” pelos pagadores. A análise a seguir (Figura 25) identifica o percentual dos medicamentos disponíveis que são ou não reembolsados pelos principais pagadores de cada país.

**Figura 25:** Status de cobertura / reembolso dos oncológicos lançados entre 2011 e 2015 disponíveis nos países\*\* (a não cobertura não significa que não exista acesso à droga no país)

(●) Coberto; (●) Não coberto.

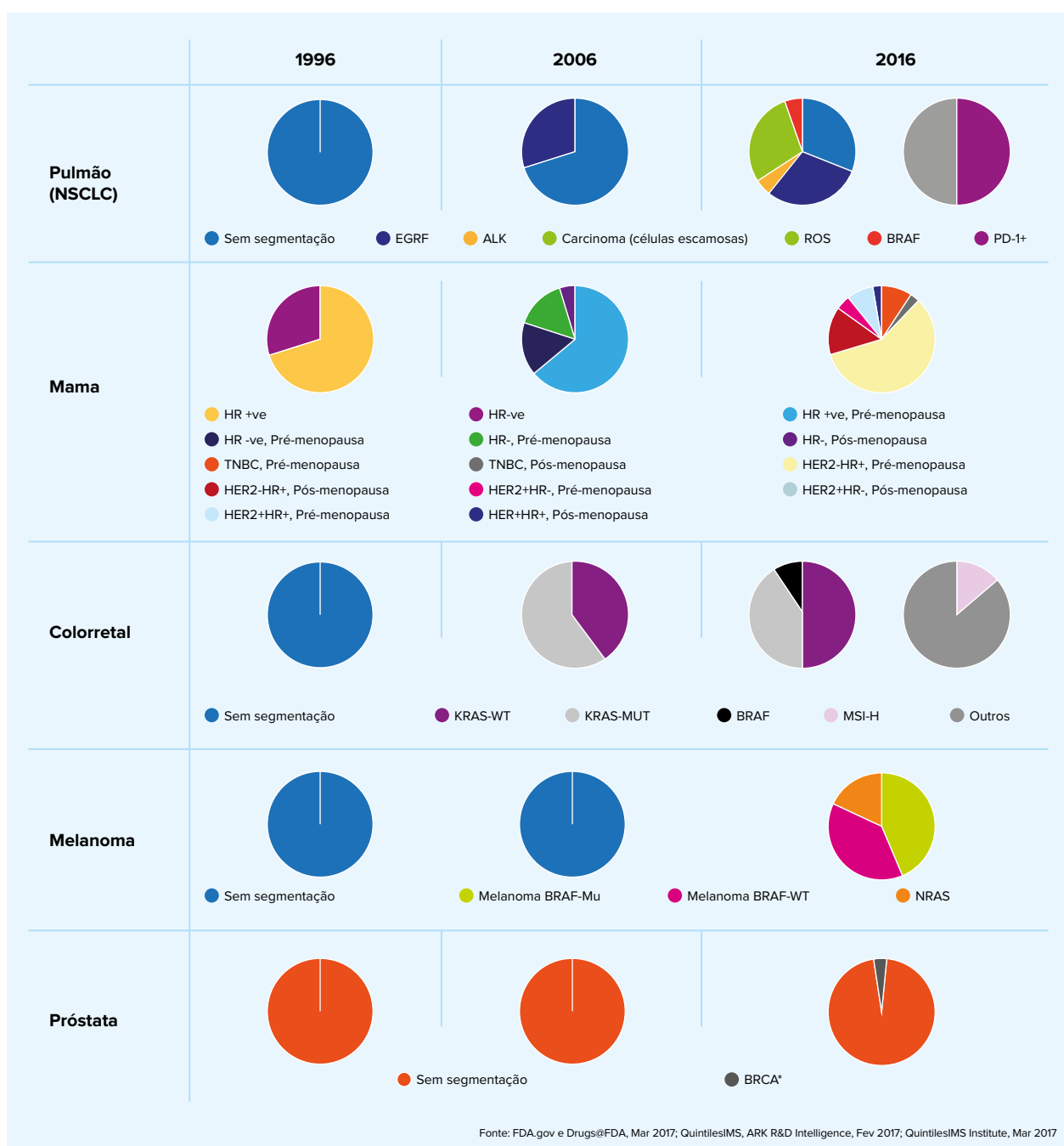




A defasagem brasileira aumenta ainda mais quando a cobertura obrigatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é considerada, pois impacta positivamente apenas uma parcela da população. Fica evidente a incapacidade de o País de acompanhar os países referência e alguns diretamente comparáveis, em termos de acesso a medicamentos.

Os protocolos de tratamento do câncer têm sido redefinidos ao longo dos últimos anos com um aumento da segmentação de tratamento segundo biomarcadores, idade e histologia, entre outros critérios. Veja esse detalhamento a seguir (Figura 26).

Figura 26: Evolução da segmentação de biomarcadores

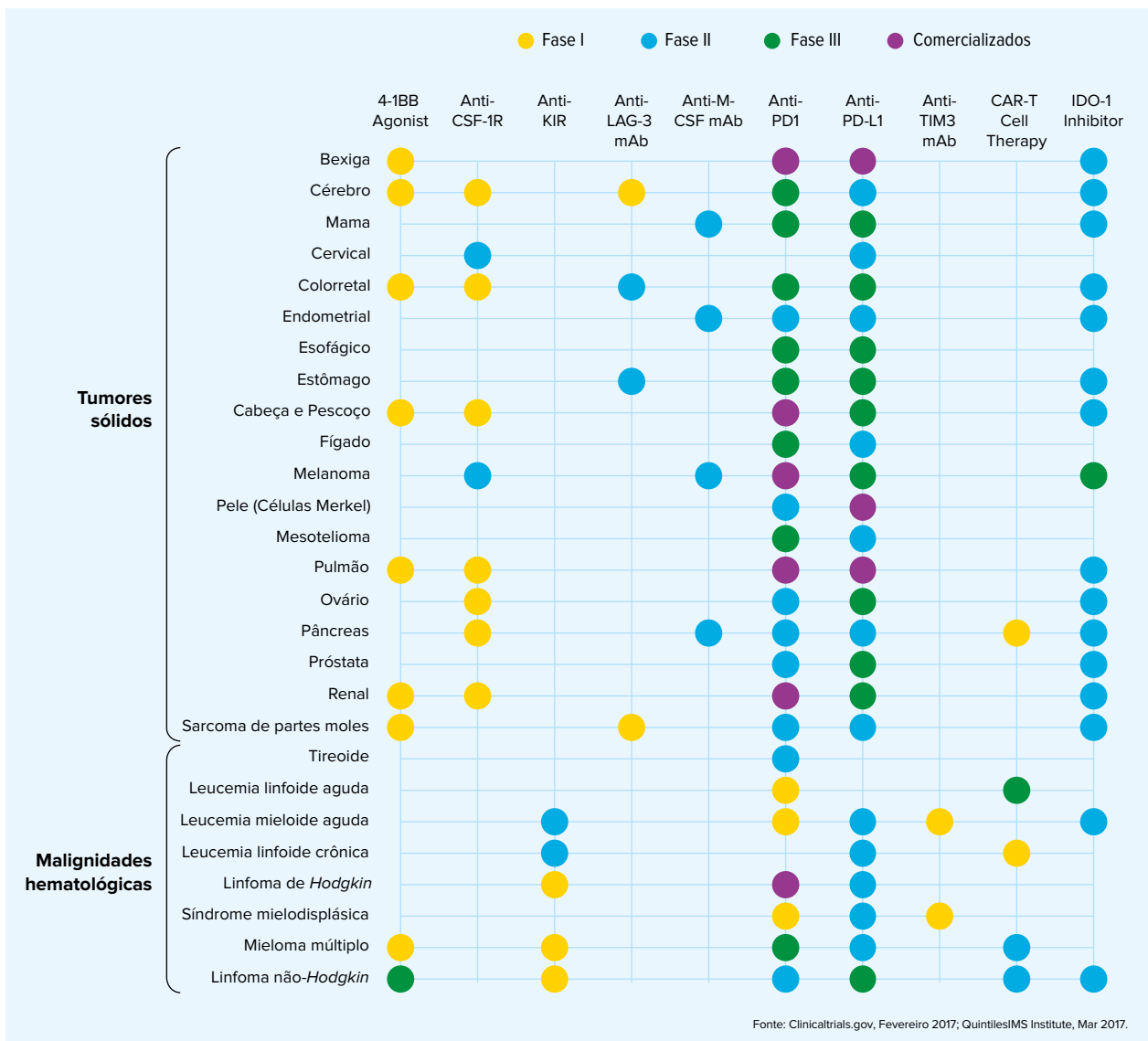


A atualização tem sido rápida e dinâmica, sendo que países em desenvolvimento estabeleceram formas para manter seus padrões atualizados. A defasagem no Brasil, já significativa, tende a aumentar devido aos seguintes fatores:

- Cerca de 25% de toda a pesquisa clínica global é direcionada a terapias oncológicas;
- O investimento direcionado à pesquisa clínica em oncologia aumentou bruscamente na última década. Em 2016, estavam sendo conduzidos 631 estudos clínicos globais em terapias oncológicas contra 400 estudos em 2006;

- Até 2021, a expectativa é que terapias oncológicas representem cerca de 50% de todos os lançamentos de novos medicamentos;
- 90% da pesquisa em oncologia estão direcionadas à medicina personalizada, muitas delas requerendo diagnósticos específicos com marcadores genéticos, que aumentam a complexidade e o custo de tratamento. Pesquisas em fase III (avançadas) incluem 278 medicamentos biológicos, sendo 15 terapias genéticas, 133 anticorpos monoclonais e 14 biosimilares, além de 82 vacinas para diversos tipos de tumor.

Figura 27: Evoluções esperadas em imuno-oncologia



Para ilustrar o aumento na complexidade, a tabela acima (Figura 27) retrata as evoluções esperadas na imuno-oncologia, uma das principais áreas de inovação e esperança no tratamento do câncer.

Novos agentes anti PD-1 e PD-L1 devem se juntar aos já disponíveis, contemplando múltiplas indicações. Com maior frequência estes agentes serão utilizados em combinação e com dependência de testes de diagnóstico específicos.

Essa defasagem contribui para o fenômeno conhecido como “judicialização da saúde”, em que pacientes em busca de seus direitos entram com processos judiciais contra governos e planos privados de saúde para obtenção de tratamentos não cobertos. Em alguns casos, o medicamento sequer está registrado no País.

O estudo “Judicialização da saúde na prática – Fatos e dados da realidade brasileira”, publicado pela INTERFARMA em setembro de 2016, analisou uma amostra com aproximadamente 15 mil ações impetradas pelo Ministério Público em São Paulo, em Minas Gerais, no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul e constatou fatos relevantes sobre a situação no Brasil:

- Medicamentos lideram os pedidos nos processos, representando 64% do total dos pedidos judiciais;
- A pessoa física é o reclamante em 90% dos casos, seguido pelo Ministério Público com 10%;
- A maioria das ações é contra Estados e municípios;
- A Justiça concede a liminar em pelo menos 87% dos casos.

A judicialização obriga os gestores do SUS ao fornecimento de medicações não contempladas nos orçamentos, com consequências inevitáveis para a gestão eficiente dos recursos disponíveis. Não existem estimativas precisas sobre o montante gasto com a judicialização da saúde no País e nem quanto deste gasto é destinado à oncologia.

Dados publicados inúmeras vezes em diversos canais da mídia estimam R\$ 7 bilhões para o ano de 2016, porém não há clareza quanto à fonte e ao método de cálculo. No âmbito federal, o Ministério da Saúde confirma gastos da ordem de R\$ 1 bilhão em 2015 (considerando todas as áreas terapêuticas, não somente oncologia), enquanto um montante semelhante é divulgado pelo jornal O Estado de São Paulo, bem como atribuído aos planos privados de saúde. Independentemente do montante exato, o fato é que a judicialização representa um ônus grande para o sistema de saúde e um gasto altamente ineficiente.

Em seu estudo, a INTERFARMA aponta o diálogo entre os agentes e a criação nos Tribunais Regionais de Justiça de varas especializadas e de grupos de apoio técnico como possíveis soluções para minimizar o impacto da judicialização. Outra proposta é que se defina uma nova política de incorporação, negociada entre os agentes, que considere as limitações de recursos, mas não negligencie as necessidades da população.

## Cuidados Paliativos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais".

Os principais objetivos dos cuidados paliativos incluem:

- Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas;
- Reafirmar vida e morte como processos naturais;

- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente;
- Não apressar ou adiar a morte;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente;
- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até a sua morte;
- Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

A *American Society of Clinical Oncology (ASCO)* e outros grupos, incluindo o *National Comprehensive Cancer Network* e a *European Society of Medical Oncology*, publicaram recomendações para que o cuidado paliativo seja oferecido desde o início da doença, com base em evidências de benefícios aos pacientes e cuidadores, sem aumento de custo do paciente.

A ASCO recomenda que todo paciente com câncer avançado receba cuidados paliativos antes e durante o tratamento. E, para aqueles pacientes recentemente diagnosticados, a ASCO recomenda que os cuidados paliativos sejam oferecidos em até oito semanas após o diagnóstico.

No âmbito de saúde global, o cuidado paliativo tem reconhecida relevância no manejo de doenças não transmissíveis. Em 2014, a primeira resolução global sobre cuidados paliativos (WHA 67.19), pediu à Organização Mundial da Saúde (OMS) e aos Estados membros que melhorassem o acesso aos cuidados paliativos como componente central dos sistemas de saúde, com ênfase nos cuidados de saúde primários e na comunidade/cuidados domiciliares.

No Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (DNTs) 2013-2020, os cuidados paliativos são explicitamente reconhecidos como

parte dos serviços necessários para o manejo de doenças não-transmissíveis. Os governos reconheceram a necessidade de melhorar o acesso aos cuidados paliativos na Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre Prevenção e Controle de Doenças Não-Transmissíveis em 2011, sendo que o acesso aos opiáceos (substâncias derivadas do ópio) para alívio da dor é um dos 25 indicadores do quadro de monitoramento global para DNTs.

Apesar dos avanços no reconhecimento dos benefícios do cuidado paliativo aos tratamentos atuais, o acesso a tal cuidado ainda não é provido à vasta maioria dos pacientes, como tais publicações de importantes órgãos de saúde recomendam, mesmo em sistemas ricos em recursos como dos EUA.

Nos Estados Unidos, quase um terço dos hospitais com mais de 50 leitos não possui serviços de cuidados paliativos. Um artigo recente descreveu os padrões de cuidados no maior sistema de saúde dos EUA (*Veterans Health Administration*, maior sistema integrado de cuidados de saúde nos Estados Unidos), em 2012. Foi verificado que os pacientes receberam cuidados paliativos, em casa, por 38 dias em média, antes da morte ou em uma instalação residencial somente 20 dias antes da morte.

Mesmo onde programas integrados de cuidado paliativo foram desenvolvidos, as tendências de pontualidade no encaminhamento nem sempre estão na direção que maximizaria os benefícios. Por exemplo, no *British Columbia's Fraser Health Palliative Care Program*, o tempo médio de permanência dos pacientes no programa caiu de 108 dias em 2007 para 68,5 dias em 2016, com uma mediana de tempo de permanência de apenas 22,5 dias, sugerindo encaminhamentos mais tardios.

No Brasil, a dificuldade de acesso a esse tipo de tratamento ainda é alta, tanto pelo preconceito que predomina quanto pelo fato de os médicos e outros profissionais envolvidos nos cuidados não receberem formação adequada a ponto de

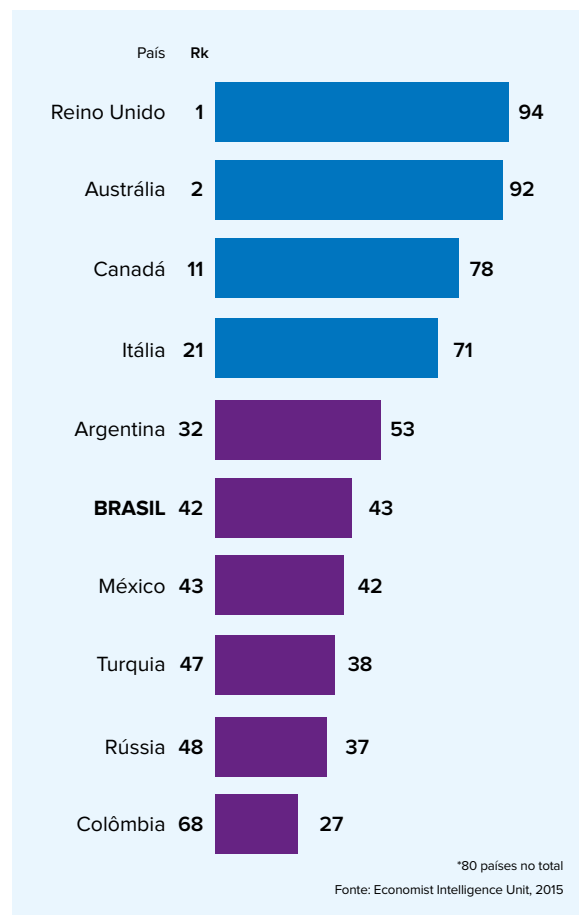
desenvolverem tais competências. A Medicina Paliativa apenas foi considerada uma área de atuação pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2011.

Um estudo realizado em 2015 pela *Economist Intelligence Unit*, do grupo da revista britânica, *The Economist*, classificou os países em um *ranking* com base na infraestrutura de cuidados paliativos, chamado tecnicamente de qualidade de morte. O estudo considerou 80 países e levou em conta aspectos como recursos humanos, o custo e a qualidade dos tratamentos, o engajamento da comunidade e o acesso aos cuidados paliativos. De acordo com o *ranking*, apenas 34 países obtiveram pontuação acima da média no Índice de Qualidade de Morte. Juntos, estes países representam apenas 15% da população adulta dos países incluídos no estudo que, se somados representam 85% da população mundial, indicando que a vasta maioria dos adultos são carentes de acesso a bons tratamentos paliativos (Figura 28).

Neste *ranking*, o Brasil foi classificado na 42ª posição, atrás dos cinco países de referência e da Argentina, porém adiante de Colômbia, Rússia e Turquia. Alguns dos fatores que prejudicam a posição do Brasil em cuidados paliativos são:

- Número limitado de programas ou subsídios do governo para indivíduos que necessitam de cuidados paliativos;
- Os critérios de qualificação para subsídios do governo não são claros e o acesso a fundos e programas é difícil;
- Pouco conhecimento e entendimento público sobre os serviços de cuidado paliativo, com pouca informação disponível em portais do governo e na comunidade.

Figura 28: Ranking da qualidade dos tratamentos paliativos



## Resumo da situação do tratamento no Brasil

Nos últimos anos, o Brasil evoluiu no tratamento ao câncer, tanto em relação ao volume instalado de centros especializados como em relação às tecnologias disponíveis e cobertas pelos pagadores público e privado. Porém, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

A incidência dos tumores avança e requer mais investimentos em capacidade instalada e equipes treinadas. Em paralelo, avança a tecnologia, com um número crescente de terapias inovadoras sendo adotadas globalmente. O desafio brasileiro é grande. A gestão efetiva dos recursos, direcionando o tratamento adequado para cada perfil de paciente, é o principal elemento da equação.

# Propostas

Nos três primeiros capítulos, este documento procurou ressaltar que a melhoria do acesso da população ao tratamento oncológico é um desafio complexo, em função das limitações dos recursos disponíveis e da crescente demanda. Ao longo das últimas décadas, o País avançou de forma importante no controle e no tratamento do câncer, como por exemplo, em tecnologia, na ampliação das iniciativas de prevenção, no aumento do número de centros de referência e na incorporação de novas terapias ao SUS e na saúde suplementar. Entretanto, o aumento da incidência do câncer faz com que as conquistas

não sejam suficientes para suprir a crescente demanda. É primordial, portanto, que a sociedade debata alternativas para os recursos existentes, canalizando investimentos para as iniciativas com melhor retorno para os pacientes.

As propostas, ilustradas a seguir foram formuladas contemplando as vertentes de prevenção, diagnóstico e tratamento. São iniciativas interligadas que se complementam para melhorar o controle e o tratamento do câncer no Brasil (Figura 29).

Figura 29: Propostas.



## Proposta 1: Promoção à saúde e prevenção

O Brasil avançou em termos de prevenção do câncer nos últimos 25 anos e figura entre os países que mais reduziram o tabagismo. Em 2014, incluiu a vacina contra o HPV no Programa Nacional de Imunização (PNI) colocando o País em paridade com a realidade global. Hoje, possui uma cobertura ampla de vacinação contra Hepatite B entre crianças, por vezes, superior a países desenvolvidos. Colocou em prática, gradualmente, iniciativas contra o sedentarismo e o consumo excessivo de álcool, além de promover a alimentação saudável.

Porém, a população brasileira está envelhecendo e a incidência de tumores tende a aumentar, portanto, é necessário manter e ampliar os esforços em prevenção, estimular mais os jovens para que eles tenham consciência dos hábitos de risco e das atitudes que podem prevenir o câncer certamente irão reduzir o crescimento da incidência da doença.

### Mensuração dos impactos das iniciativas

O levantamento de dados sistemáticos sobre os programas de prevenção deve ser o primeiro passo para auxiliar no direcionamento das ações. Um melhor entendimento do impacto das iniciativas de prevenção por região, por subgrupos populacionais, por nível de renda ou educação, por exemplo, viabilizará um melhor direcionamento dos esforços e dos recursos para áreas mais necessitadas. Programas e recursos que visem mensurar as iniciativas e seus resultados ao longo do tempo, com métricas claras, devem ser contemplados, pois permitem a quantificação dos impactos das iniciativas. O cruzamento destas informações com dados sobre estadiamento (processo para determinar a extensão e a localização do câncer no corpo) no momento do diagnóstico, por exemplo, pode

oferecer entendimento adicional sobre o impacto das ações.

Tal iniciativa é de complexa implantação, pois envolve múltiplos setores do governo e da sociedade, ao longo de diferentes iniciativas de prevenção. Contudo, informações com mais qualidade certamente irão nortear a melhoria dos programas de prevenção.

### Incentivos para ampliação da cobertura de vacinação

Em termos de vacinação, o desafio está principalmente no amadurecimento das campanhas relativas ao HPV. O programa ainda apresenta espaço para ampliar a sua cobertura, atualmente em 46% para a segunda dose. Entretanto, há uma dificuldade inerente em atrair o público-alvo (principalmente adolescentes) às unidades de saúde e uma resistência desse grupo à vacina. O Ministério da Saúde mantém os esforços para fortalecer a parceria com escolas e aumentar os índices de adesão e solidificar essa nova vacina dentro do calendário nacional.

Há exemplos bem-sucedidos de programas de vacinação em países referência, como é o caso da Austrália, onde as coberturas já excedem 70%. Existem também exemplos interessantes em países de baixíssima renda, com recursos inferiores aos do Brasil, com na Rwanda (África) que desenvolveu o Programa Estratégico Nacional para Prevenção, Controle e Gestão das Lesões Cervicais e Câncer, que incluía a vacinação do HPV em 2010. Segundo o *World Cancer Report*, relatório de 2014 da Organização Mundial da Saúde, por meio de iniciativas que incluíram a abordagem direta em escolas, envolvimento da comunidade e campanhas de sensibilização nacional, o País conseguiu atingir no primeiro ano a cobertura de 93% do público-alvo da campanha com a dose tripla da vacina. O Butão (Ásia), outro país de baixa renda, conseguiu atingir 92% de cobertura para a dose tripla por meio de seu programa nacional de vacinação em 2010.

De acordo com o mesmo relatório da OMS, o sucesso é atribuído ao forte compromisso político a um sistema de saúde primário funcional. Os resultados diretos sobre a incidência do câncer cervical ainda tardarão alguns anos para serem avaliados, porém, devido à relação direta com o HPV, é esperada uma queda significativa.

### Fortalecimento do combate aos fatores de risco relacionados ao estilo de vida

Por fim, apesar de o Brasil estar em situação compatível com outros países em relação à obesidade, o sobrepeso avança no País em função do sedentarismo. E a importância do combate à obesidade está nos benefícios da prevenção de uma ampla gama de enfermidades além do câncer, mas para tanto, é importante que haja um programa de prevenção efetivo, que

passa pelo envolvimento de diferentes setores do governo e sociedade civil. O exemplo brasileiro no controle do tabagismo serve de referência, em que iniciativas conjuntas em termos de legislação, impostos e conscientização da população têm resultados expressivos.

O combate à obesidade ganhou relevância nas políticas públicas de diversos países e a tabela seguinte lista algumas abordagens que têm sido praticadas (Tabela 8).

Algumas destas iniciativas já vêm sendo aplicadas no Brasil, de forma isolada e ampla também, porém é recomendável o contínuo fortalecimento da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, que contempla recomendações para Estados e Municípios na articulação de ações com parcerias locais, tais como disponibilidade de alimentos adequados, ações de educação, promoção de modos de vida saudável, entre outras.

**Tabela 8:** Abordagens adotadas internacionalmente

| Abordagem                                    | Exemplos de iniciativas  |
|--|--|
| Educação e conscientização                   | Importância da dieta, recomendações de nutrição, dicas para a prática de exercícios físicos      |
| Rotulagem/Informação em produtos             | Indicação de produtos altamente calóricos  |
| Estratégias econômicas (taxação e subsídios) | Taxação sobre refrigerantes, subsídio para produção de produtos integrais, frutas, vegetais etc. |
| Limitação da disponibilidade ou banimento    | Limitação de refrigerantes em escolas, aditivos em comidas, óleo hidrogenado                     |
| Pesquisas contínuas                          | Efeitos de longo prazo das iniciativas, relações de causa-efeito dos possíveis fatores de risco  |



## Proposta 2: Agilidade no diagnóstico

Os dados apresentados no capítulo anterior deixam evidente que o Brasil tem espaço para evoluir na agilidade do diagnóstico. A antecipação é essencial para garantir a maior chance de cura e melhor qualidade de vida. É positiva também sob aspectos econômicos, quando se considera a menor taxa de sucesso em estágios avançados da doença, que exigem linhas adicionais de tratamento, além dos demais custos de internação dos pacientes e outros cuidados paliativos.

A questão do diagnóstico é abrangente, envolvendo diversas iniciativas possíveis, que incluem o rastreamento em populações de risco, a identificação precoce dos sintomas, a confirmação da presença do tumor, estadiamento e também a identificação das particularidades de cada câncer, que incluem a presença de biomarcadores e fatores genéticos para definir a personalização do tratamento.

Com relação ao rastreamento em populações de risco, alguns países já vêm aplicando programas que visam à detecção precoce de diferentes tipos de câncer e têm conseguido reduzir de forma efetiva as taxas de morbidade e mortalidade. Um exemplo foi a Coreia do Sul, que possui umas das maiores taxas de incidência de câncer gástrico do mundo. De acordo com dados publicados no *World Cancer Report*, após o Programa Nacional de Rastreamento, realizado desde 1999 para pessoas acima de 40 anos, o País conseguiu ampliar significativamente as taxas de sobrevivência de cinco anos do câncer de estômago, de 46,6% entre 1996 e 2000 para 67% no período de 2006 a 2010. E muitos dos casos puderam ser tratados com ressecção endoscópica em vez de gastrectomia cirúrgica, por estarem ainda em estágio inicial.

Vale ressaltar que a execução de campanhas para identificação precoce do câncer não deve ser confundida com a realização de exames desnecessários ou em excesso. Os planejamentos destas campanhas devem envolver a seleção dos

tipos de populações que poderiam se beneficiar, protocolos claros e métodos de diagnóstico adequados. Existem extensas discussões entre especialistas sobre as condições específicas com maior ou menor adequação de programas de rastreamento, que devem ser levados em consideração na aplicação dessas políticas.

Com relação à identificação precoce, um dos principais elementos levantados foi a importância da educação médica para todas as especialidades, incluindo as de atenção primária, para interpretar os sintomas e fatores de risco e relacioná-los às possíveis causas. Neste mesmo tema, há também o referenciamento e a integração dos sistemas de saúde para garantir o acesso rápido destes pacientes nos sistemas de média ou alta complexidade, que seguirão com o processo de diagnóstico e posterior tratamento.

O processo de diagnóstico para confirmação do câncer e do estadiamento exigem alguns pontos de ação importantes, como estrutura, equipamentos adequados, fluxo das informações e aprovações, além da presença de profissionais, incluindo os médicos patologistas. A falta ou deficiência em qualquer um destes pontos impacta diretamente no tempo e na qualidade do diagnóstico.

A evolução do entendimento sobre o câncer e o desenvolvimento de tratamentos personalizados já mencionados neste estudo evidencia o crescente desafio em relação ao diagnóstico, uma vez que a identificação da morfologia e particularidades de cada câncer exigem exames diferenciados e muitas vezes mais complexos e dispendiosos. Este tema, que definitivamente deve se tornar um gargalo ainda maior, deve ser prontamente endereçado nas políticas de atenção oncológica para permitir a disponibilidade e provisionamento dos exames adequados, à medida que a demanda cresça.

Como explorado anteriormente, a resolução da agilidade do diagnóstico é uma atuação multisetorial e multidisciplinar, abrangendo diversos pontos da infraestrutura do setor de

saúde. A revisão dos gargalos, acompanhamento e definição de novos planos de ação, se faz essencial para a melhoria do acesso ágil e até custo-efetivo dos pacientes com câncer. Neste sentido, de forma semelhante à prevenção algumas das sugestões são:

1. Realização da coleta sistemática de informações sobre diagnóstico a fim de auxiliar na tomada de decisão e direcionamento de esforços;
2. Criação de métricas claras que permitam uma real mensuração dos principais gargalos;
3. Identificação de onde o sistema funciona de forma efetiva para melhor alocação de recursos no futuro.

### Proposta 3: Coleta e uso de dados do mundo "real"

O processo de inovação em saúde envolve a condução de pesquisas clínicas em ambientes controlados, seguindo protocolos bem definidos com pacientes de perfil específico. Tais estudos são necessários para a avaliação da eficácia e segurança de novas tecnologias e também são parte fundamental do processo para atender aos requisitos de ética em pesquisa de avaliação de produção pelos órgãos reguladores.

Em contrapartida, dados do mundo real mostram como a população é tratada no ambiente "real", ou seja, fora do ambiente controlado da pesquisa clínica. São informações de diversas naturezas, incluindo dados demográficos, epidemiológicos, condutas de tratamento e seus custos, resultados de exames e diagnósticos, desfechos clínicos, dados reportados por pacientes, entre outros. Com o avanço da tecnologia, a disponibilidade deste tipo de informação vem aumentando de forma expressiva em diversos elos da cadeia de saúde, tanto no setor privado como no público, como por exemplo, em consultas médicas, prontuários eletrônicos, registros de pacientes, exames laboratoriais, outros.

Dados do mundo "real" têm sido utilizados globalmente há mais de 30 anos por reguladores, médicos pagadores e pela indústria farmacêutica com o objetivo de aprimorar as decisões sobre a utilização dos recursos destinados à saúde. Algumas de suas principais aplicações incluem:

- Demonstração da efetividade, segurança e valor de tratamentos;
- Gestão da saúde de grupos populacionais, por meio do suporte ao desenho de intervenções e programas específicos em função da identificação de fatores de saúde em subgrupos demográficos ou geografias;
- Melhor entendimento e caracterização da epidemiologia de doenças, paradigmas de tratamento e consumo/custo de recursos associados;
- Monitoramento da qualidade do serviço prestado aos pacientes e, conseqüente desenvolvimento de programas de melhoria;
- Melhoria do processo de pesquisa clínica, desde o desenho dos protocolos até o recrutamento de centros de pesquisa e identificação de pacientes que poderiam se beneficiar das pesquisas;
- Apoio a decisões de registro, incorporação, reembolso e precificação de medicamentos;
- Apoio a decisões sobre condutas terapêuticas e protocolos clínicos;
- Desenho de modelos inovadores de pagamento/reembolso;
- Desenvolvimento de evidências clínicas para medicamentos;
- Programas de farmacovigilância.

Em 2013, a QuintilesIMS conduziu um estudo para entender como diferentes pagadores em países maduros estavam utilizando dados do mundo real em suas tomadas de decisão (*"RWE Market Impact on Medicines: A Lens for Pharma"*). O estudo foi elaborado com base na análise de mais

de 100 casos de utilização de dados do mundo "real" e 50 entrevistas com especialistas do setor. Constatou-se que os objetivos finais das análises dos dados do mundo real por parte de pagadores estavam direcionados a tomadas de decisão relativas ao acesso, registro, precificação e uso de medicamentos, conforme ilustrado a seguir (Figura 30). Vale ressaltar que o estudo não incluiu uso de dados do mundo real para efeitos de farmacovigilância.

O mesmo estudo buscou entender o nível de maturidade deste grupo de países no que tange à utilização dos dados dentro do sistema de saúde, ou seja, quais países estão mais avançados em termos de incorporação de análises destes dados em suas tomadas de decisão. Para esta avaliação se buscou quantificar duas vertentes:

- A “oferta” de dados do mundo real: utilizou-se a quantidade de publicações científicas “peer reviewed” que se baseavam em banco

de dados do mundo "real". A quantidade de publicações é uma boa referência da disponibilidade e qualidade de dados para análise e tomada de decisões (notas variam de 1 a 5).

- A “demanda” de dados do mundo "real", sob dois aspectos:
  1. A existência de modelos vigentes que incorporam a utilização de dados do mundo "real" como, por exemplos, modelo de *HTA* (*Health Technology Assessment*), modelo de reembolso, modelo de definição de protocolos clínicos etc. (notas variam de 1 a 5);
  2. A aplicação prática dos dados do mundo "real" na tomada de decisões de forma consistente e transparente (notas variam de 1 a 10).

Figura 30: Objetivo da utilização dos dados

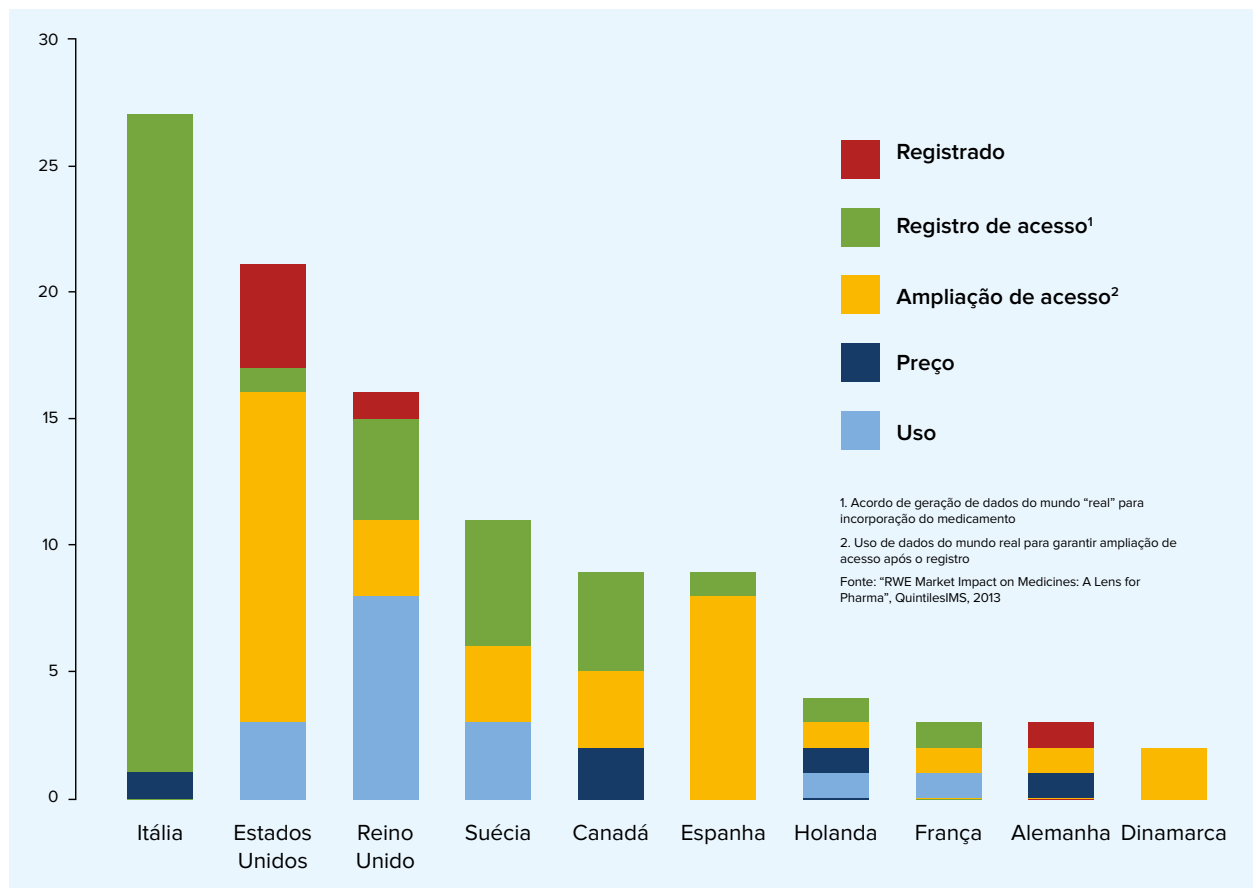
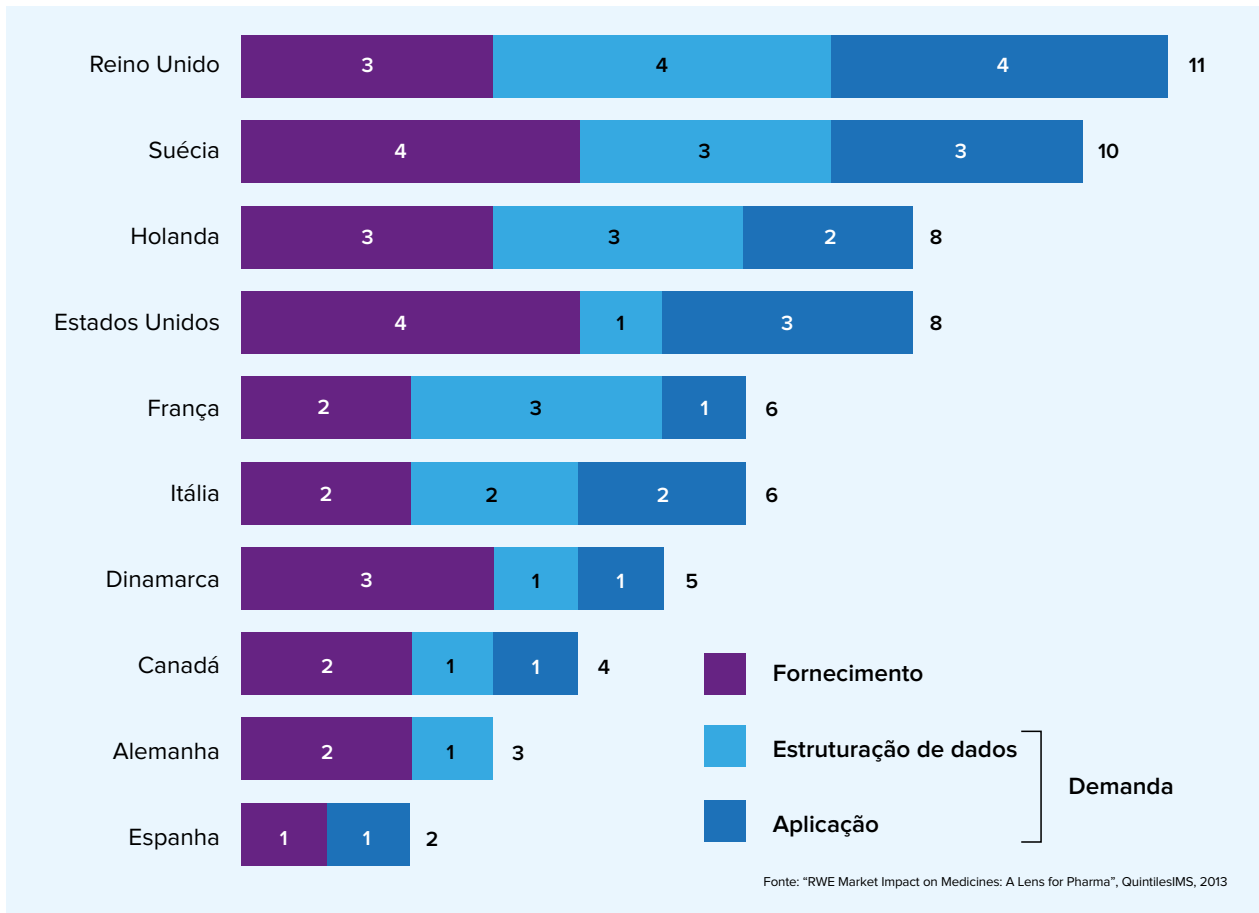


Figura 31: Ranking de utilização de dados



Conforme demonstrado acima (Figura 31), o Reino Unido se destaca como a região mais madura na utilização de dados do mundo "real". O fornecimento de serviços de saúde é predominantemente público e existe uma vasta disponibilidade de informações de dados coletados e mantidos pelo Serviço Nacional de Saúde local. Na Inglaterra, por exemplo, os dados relativos ao câncer são amplos, abrangentes e profundos. A Rede Nacional de Inteligência do Câncer, que é operada pelo *Public Health England*, coleta informações sobre os pacientes e tratamentos em oncologia, incluindo dados demográficos, tempos de espera, diagnóstico, informações sobre referenciamento entre médicos, estadiamento da doença, resultados de imagens, linhas de tratamento, cirurgias, quimioterapia, radioterapia, recorrência, entre outras, compiladas no Serviço Nacional de Registro de Câncer local.

Os dados do mundo "real" no Reino Unido são coletados com o objetivo primário de manter as informações sobre saúde dos pacientes e compartilhá-las entre os médicos que os tratam. Um objetivo secundário importante é utilizar estes mesmos dados para pesquisas e monitoramento, que visem a melhoria da eficiência do sistema de saúde. Um complexo e robusto sistema legislativo define quem e como são armazenadas essas informações, quem e como serão utilizadas, garantindo a confidencialidade do paciente e o uso ético das informações, ou seja, somente para fins aprovados em legislação.

Outro exemplo inovador na geração, utilização e análise de dados do mundo "real" para melhoria do sistema de saúde é o desenvolvimento de um registro de pacientes com carcinoma hepatocelular em nove países asiáticos (Austrália, China, Hong Kong, Japão, Coreia do Sul, Nova Zelândia, Cingapura, Taiwan e Tailândia),

abrangendo 2.500 indivíduos, em 35 centros. O registro incluirá dados retrospectivos e prospectivos, incluindo informação clínica, de custo de tratamento e desfechos reportados por pacientes. Os dados serão validados por líderes de opinião do Centro Nacional de Câncer da Singapura e gerenciados pelo Instituto de Pesquisa Clínica da Singapura. Os benefícios esperados são múltiplos, incluindo:

- i. Melhor entendimento do impacto orçamentário e social da doença;
- ii. Definição dos protocolos de tratamento mais apropriados por tipo de paciente;
- iii. Melhor direcionamento da pesquisa clínica;
- iv. Identificação de intervenções que possam minimizar custos no sistema, como por exemplo, fatores de risco, diagnóstico etc.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem avançado na coleta e disponibilização de informações do mundo "real". O DATASUS é um exemplo claro de uma iniciativa neste sentido. O sistema contém informações sobre utilização ambulatorial e hospitalar, além de dados demográficos anônimos dos pacientes. O uso destas informações em diálogos e submissões de incorporação à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC/SUS), por exemplo, vem aumentando. Mais recentemente há o objetivo declarado na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) de implantar o prontuário eletrônico em 100% das unidades básicas de saúde do País. O propósito primário é de aumentar a eficiência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e facilitar o acesso do cidadão a diferentes unidades. Tais informações, se gerenciadas e analisadas de forma apropriada, poderiam também auxiliar na identificação de áreas de melhoria do sistema como um todo. Em paralelo, o setor privado vem investindo em tecnologia, como sistemas de prontuário eletrônico, para melhorar a eficiência dos hospitais e do serviço prestado.

Portanto, há uma grande oportunidade no fomento à geração, análise e uso de dados do mundo "real" para melhorar a utilização dos recursos destinados à saúde em geral e à oncologia em específico. Em um estudo publicado pela QuintilesIMS (*A roadmap for increasing RWE use in payer decisions*) identificou algumas das principais barreiras:

- Informação e tecnologia: a diversidade de dados disponíveis aumenta de forma exponencial, porém, por serem estruturadas de forma distinta, não conversam entre si. A tarefa de conectar as informações entre bases distintas é complexa e frequentemente não existem as chaves necessárias;
- Produção científica: os processos analíticos são variados e complexos e frequentemente aplicados em bases de dados que não são 100% completos em todos os seus campos. Não existem padrões relativos a como e quando aplicar métodos probabilísticos ou determinantes, e quando e como incluir dados não existentes. A complexidade inerente às análises e à falta de padrões dificulta o diálogo entre os agentes do sistema de saúde;
- Colaboração: médicos, pagadores, reguladores, clínicas/hospitais, indústria e outros agentes do setor de saúde têm objetivos que nem sempre estão alinhados, dificultando o diálogo e colaboração entre as partes. Além disso, há a necessidade de os detentores de dados do mundo "real" tratarem esta informação de forma ética e dentro de padrões legais estabelecidos, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Tais padrões legais, por vezes, não foram estabelecidos de forma específica para dados de saúde, dificultando ainda mais a colaboração e o compartilhamento de informações.

Os esforços, portanto, devem ser direcionados à redução das barreiras. Parte inicial da jornada é definir as áreas prioritárias nas quais se deve ampliar o uso dos dados e traçar uma visão e plano de curto, médio e longo prazos. Os órgãos reguladores certamente têm papel

de liderança nesta iniciativa, porém o diálogo entre reguladores, pagadores, comunidade científica, indústria e população é importante para garantir um entendimento comum dos objetivos e viabilizar a colaboração entre os agentes, absolutamente crítica, dado a complexidade do tema e dispersão dos dados e competências analíticas.

Esforços deveriam ser direcionados visando a criação de bases de informação mais ricas e conectadas. Há oportunidades de ampliação das informações disponíveis, como por exemplo, informações de resultados de exames e de desfechos dos tratamentos, e de melhoria de sua qualidade/usabilidade como registro único do paciente, viabilização de análises longitudinais. O fomento à geração de informação mais consistente, detalhada e interligada daria ao País insumos para melhor tomada de decisões de acordo com recursos disponíveis.

Em paralelo, deve-se fortalecer o arcabouço legal que regulamente a geração, o armazenamento, o compartilhamento e a utilização das bases de dados, a fim de garantir confidencialidade do paciente e uso ético das informações. Uma legislação clara facilita a colaboração e a disseminação das informações para uso por especialistas, expandindo a capacidade analítica e geração de ideias.

## **Proposta 4: Revisão e adoção de novos modelos de remuneração**

O modelo de remuneração de produtos e serviços de saúde tem impacto importante na forma como os recursos são utilizados e, portanto, contribuem para a eficiência do sistema. As pesquisas e fontes consultadas realizadas com especialistas durante a elaboração deste estudo identificam como um gargalo importante para o acesso os modelos de remuneração no sistema de saúde brasileiro. Os problemas apontaram para deficiências tanto no SUS, principalmente os pagamentos por procedimentos (APAC), quanto no sistema suplementar, com as contas abertas. Entre as críticas a tais modelos, como são adotados, está a de que hoje se financia o volume de serviços e não a qualidade e eficiência dos cuidados. Os hospitais e profissionais são remunerados pela quantidade e valor dos procedimentos realizados, sem mecanismos claros que busquem promover a eficiência dos gastos e tampouco o cuidado de longo prazo com os pacientes. Além disso, foram apontados desalinhamentos entre os valores reembolsados e os custos efetivos com a realização dos serviços. Os reflexos destas falhas incluem o desperdício de recursos com procedimentos desnecessários, incapacidade financeira das instituições e, conseqüentemente, prejuízos à saúde e à qualidade de vida dos pacientes.

Enquanto as opiniões se dividem sobre a adequação do modelo das APACs por parte do pagador público para financiar os tratamentos em oncologia, a maioria das fontes consultadas ressaltou o fato de que os valores de reembolso, atualmente, não possibilitam o cuidado adequado de todos os tipos de câncer. Além do custo dos medicamentos, a crítica se refere também aos demais procedimentos, equipamentos, e exames utilizados, bem como internações no decorrer do tratamento, cujos custos não são integralmente cobertos. Ressalta-se o fato de que o sistema de

APAC foi configurado em um período no qual o tratamento do câncer era menos complexo, com número menor de tratamentos disponíveis como por exemplo, a medicina personalizada.

A realidade do tratamento do câncer, hoje, exige um mecanismo mais complexo e abrangente, que considere todas as variantes em cada tipo de câncer e nichos de pacientes. Por fim, sem um acompanhamento mais próximo com relação aos desfechos dos tratamentos autorizados e a variabilidade dos protocolos adotados, abre-se espaço para a utilização de tratamentos com valores abaixo do reembolso para gerenciar os resultados financeiros, com potencial prejuízo aos pacientes.

Por parte do pagador privado, o modelo de conta aberta foi levantado como um problema, pois abre espaço para o desperdício de recursos, como a solicitação exagerada de exames diagnósticos. Tópico extensamente discutido na mídia em fóruns especializados no Brasil e no mundo, essa provável má aplicação dos recursos acaba gerando pressão financeira nos planos de

saúde. Melhoria da educação médica em relação ao tema e modelos que incluam uma parcela de co-pagamento (acompanhada de redução dos prêmios), também foram levantadas como possíveis iniciativas para melhor gestão dos recursos.

Não existe consenso sobre modelo ideal de remuneração e nem se espera a adoção de um modelo único, que seja adequado a todas as realidades do complexo sistema de saúde brasileiro, mas as pesquisas realizadas neste estudo indicaram diversas alternativas adotadas de forma abrangente ou isoladas, que visam o maior cuidado do paciente de uma forma eficaz, eficiente e justa.

A tabela a seguir relaciona alguns modelos tradicionais e outros mais inovadores consolidados em um estudo publicado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (*Better ways to pay for health care, 2016*), que analisa a aplicação em diversos países.

Veja alguns dos modelos de pagamentos adotados mundo afora (Tabela 9).

**Tabela 9:** Modelos de pagamentos

| Métodos de pagamento  | Descrição  |
|---|--|
| Por serviço ( <i>fee-for-service</i> )                                    | Pagamento retrospectivo baseado em serviços realizados individualmente   |
| Por grupo de diagnóstico (DRG)  | Pagamento prospectivo por paciente de acordo com grupos de diagnóstico pré-definidos com o devido recurso  |
| Capitação ( <i>capitation</i> )   | Pagamento prospectivo por paciente registrado na instituição, cobrindo uma gama mais ampla de serviços   |
| Orçamento Global ( <i>Global budget</i> )                                 | Pagamento prospectivo cobrindo uma gama ampla de serviços independente do volume fornecido   |
| Complementares e por performance ( <i>add-on payments &amp; P4P</i> )     | Realizados sobre os métodos existentes a um único provedor para alavancar a coordenação entre diversos tratadores, podendo também incluir o pagamento por desempenho (bônus ou penalidade); foca principalmente na qualidade do tratamento, podendo ter variáveis premiando a eficiência |
| Agrupados por episódios ou condições crônicas ( <i>Bundled payments</i> ) | Considera o tratamento da doença como um todo e não apenas um procedimento específico; busca a qualidade do cuidado e redução de custos  |
| Pagamentos baseados na população ( <i>Population-based</i> )              | Grupos de provedores recebem os pagamentos relativos à população específica que cobrem para prover diversos serviços por meio de mecanismos de compartilhamento de riscos e controle de qualidade  |

Apesar da complexidade, os modelos mais inovadores podem promover resultados positivos. O estudo cita o exemplo de Portugal, que passou a adotar em 2006 um sistema de pacote de pagamentos (*bundle payment*) para pacientes com HIV e depois expandiu o modelo para outras doenças crônicas, incluindo alguns tipos de câncer. Neste modelo, um conjunto específico de provedores passa a receber um pagamento por paciente, que considera todo o cuidado, incluindo medicamentos, exames e consultas. Os valores são definidos de acordo com os protocolos clínicos e discussões com diversas entidades, sendo que os resultados finais também são monitorados, podendo resultar em mudanças no valor recebido pelos provedores. As avaliações já realizadas em HIV mostraram benefícios importantes da iniciativa como o aumento do acesso ao tratamento de qualidade, cumprimento dos protocolos e custo médio anual do tratamento abaixo do preço lista. O Reino Unido é outra região que vem buscando adotar novos modelos de remuneração para melhorar a eficiência do sistema.

Considerando a complexidade e multidisciplinaridade do tratamento do câncer e a fragmentação do SUS (complementado pelo sistema privado), não seria prudente recomendar a adoção de um modelo específico de remuneração universal. Em linha com as práticas internacionais, recomenda-se uma coordenação nacional para promover, facilitar e criar mecanismos que permitam a experimentação e adoção de novos modelos de remuneração por grupos de pagadores e/ou provedores em populações de pacientes bem definidas. A aplicação incentivada, coordenada e monitorada poderá gerar subsídios para uma posterior ampliação racional dos melhores modelos experimentados. No setor privado, por exemplo, está em curso atualmente o desenvolvimento de alguns pilotos de modelos inovadores de remuneração, considerando contas fechadas.

O envolvimento de todas as partes interessadas como médicos, provedores de serviços de saúde, pagadores, associações de pacientes, entre outros é o passo inicial para a definição de como e onde introduzir novos modelos de remuneração. É primordial a viabilização da coleta e análise de informação para mensuração de resultados (vide Proposta 3), pois métricas de acompanhamento são críticas para definir como remunerar e para avaliar se tais modelos resultam em melhorias na gestão dos recursos e na qualidade do atendimento. Dado o crescente custo da inovação em oncologia, novos modelos de remuneração podem viabilizar o uso de novas tecnologias voltadas somente a subgrupos de pacientes com maior potencial de resposta ao tratamento.

## Proposta 5: Protocolos e diretrizes terapêuticas

Para direcionar o diagnóstico e tratamento do câncer, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) publica Protocolos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDTs). As PCDTs são utilizadas quando há possibilidade de estabelecer critérios, parâmetros e padrões claros de tratamento e se baseiam nos medicamentos incorporados ao SUS pela CONITEC. Na impossibilidade de definir PCDTs, em geral pela multiplicidade de opções, a SAS utiliza as DDTs, que orientam o que é válido e não válido técnico-cientificamente, independentemente de a tecnologia ser ou não financiada pelo SUS. Em oncologia, a grande maioria das publicações da SAS é DDTs.

As DDTs, por definição, servem como guia e não como regra a ser seguida pelos CACONS e UNACONS (hospitais especializados no tratamento de oncologia). Um estudo recente denominado “Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é diferente do teu SUS” (Rafael Aliosha Kaliks, Tiago Farina Matos,



Vanessa de Araujo Silva e Luciana Holtz) avaliou os medicamentos preconizados nos protocolos de cerca de 30 hospitais (predominantemente públicos) no tratamento de quatro dos tumores mais incidentes no Brasil: mama, pulmão, próstata e colorretal.

Os resultados apontam grande variedade de protocolos, muitos deles inferiores aos preconizados nas DDTs e outros, ao contrário, superiores. O estudo também comparou estes mesmos protocolos com o que é praticado na Saúde Suplementar e identificou mais casos de defasagem. Em específico, o estudo aponta algumas lacunas em relação a terapias mais modernas: (i) “50% dos centros não dispõe de terapias-alvo para câncer de pulmão (erlotinibe, gefitinibe, afatinibe, crizotinibe)”, (ii) “60% dos centros não disponibilizam terapia anti-Her2 para doença metastática (trastuzumabe, pertuzumabe, T-DM1 ou lapatinibe)” e (iii) tratamento com bevacizumab para câncer de pulmão e colorretal e (iv) “tratamentos com abiraterona e enzalutamida” para câncer de próstata metastático refratário à castração”. Diante destas lacunas também fica evidente que os tratamentos de imunoterapia, ainda mais modernos, são raridade nos protocolos.

O SUS tem como objetivo oferecer assistência integral, universal e igualitária a toda a população. Porém, na realidade, tal objetivo esbarra na limitação de recursos disponíveis para atender toda a demanda do sistema de saúde. As DDTs se desatualizam dado o rápido avanço das pesquisas, sendo que os protocolos individuais não acompanham tais mudanças, pois esbarram nas limitações de reembolso das APACs.

Nos últimos 10 anos, o Brasil avançou no tratamento do câncer, mas ainda existem lacunas significativas. O processo de atualização das diretrizes deve continuar acompanhando a evolução tecnológica. A atualização das diretrizes deve ser suportada por iniciativas que viabilizem o financiamento sustentável do sistema, uma vez que os recursos são finitos e limitados e o custo das novas terapias é alto, relativo aos tratamentos

disponíveis no SUS ou na Saúde Suplementar. As quatro propostas que precedem esta, fazem parte integral e necessária para a atualização terapêutica. A prevenção e o diagnóstico precoce são formas conhecidas de melhora do gasto em saúde.

A geração e a análise de dados do mundo "real" podem fornecer conhecimento mais profundo sobre o verdadeiro impacto clínico e financeiro das diferentes terapias, inclusive as mais inovadoras ainda não incorporadas. A implantação de novos modelos de pagamento, mesmo que de forma piloto em situações específicas, pode viabilizar a incorporação gradual da inovação, aumentando sua utilização e financiamento, à medida que os resultados forem conhecidos.

O desafio é grande e, para elevar o patamar de tratamento, é preciso implantar soluções interligadas, que viabilizem a melhor alocação do recurso destinado à saúde. A manutenção do *status-quo* não é viável dado o avanço tecnológico e ao aumento da demanda em função do envelhecimento populacional.

O diálogo entre os diferentes agentes do setor – governo, classes médicas, pacientes, operadoras de saúde, hospitais, cadeia de distribuição, indústria, entre outros – é crítico, pois a solução inevitavelmente será melhor se houver colaboração entre as partes.





