

SOLUÇÕES PARA ONCOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
TRANSPARÊNCIA E GESTÃO DE DADOS, FINANCIAMENTO E
ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

SETEMBRO DE 2023

SUMÁRIO

03 APRESENTAÇÃO

05 INTRODUÇÃO

07 TRANSPARÊNCIA: FORTALECIMENTO
DA GESTÃO DE DADOS E MECANISMOS
DE TRANSPARÊNCIA

09 FINANCIAMENTO E GESTÃO DOS RECURSOS

12 ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

16 UM OLHAR PARA O FUTURO

18 REFERÊNCIAS



APRESENTAÇÃO

Foram realizados três workshops em formato World Café nos dias 15, 21 e 22 de outubro de 2022, com a presença de representantes de associações de pacientes, sociedades médicas, gestores de saúde. As atividades foram coordenadas pela consultoria de políticas públicas Speyside e tiveram apoio da Janssen.

O objetivo principal dos *workshops* foi promover um fórum de discussão multidisciplinar para construção colaborativa de recomendações e possíveis soluções para os principais desafios da jornada das pessoas com câncer no sistema público de saúde Brasileiro. As discussões buscaram identificar os principais desafios enfrentados em relação ao acesso e financiamento da oncologia no SUS, nas dimensões do diagnóstico e tratamento. Como resultado, foram elaborados encaminhamentos e soluções possíveis para orientar os tomadores de decisão em relação ao processo de financiamento oncológico no SUS.

Coordenação e Facilitação dos Workshops e Consensos

Dr. Sandro Martins - Médico Oncologista e Gestor Hospitalar, Ex-Coordenador da SAES no Ministério da Saúde com foco em oncologia e doenças crônicas

Condução do Workshops

Speyside | Corporate Affairs & Public Policy

Apoio dos Workshops: Janssen Cilag Ltda.

Com coordenação de:

Larissa Andrade – Head de Acesso Estratégico de Onco-Hematologia

Camila Batista – Especialista de Assuntos Governamentais

Este material é fruto de um workshop apoiado pela Janssen e não reflete necessariamente a opinião da empresa.

PARTICIPANTES

Andrea Paiva Gadêlha Guimaraes

Oncologista clínica no A.C.Camargo Cancer Center com ênfase em Tumores Ginecológicos

Andréia Cristina de Melo

Oncologista clínica, Chefe da Divisão de Pesquisa Clínica do INCA, Oncologista do Grupo Oncoclinicas

Angelo Maiolino

Professor de Hematologia da UFRJ, Vice-Presidente da ABHH e Coordenador do Comitê de Acesso a Medicamentos da ABHH

Carmino Antonio De Souza

MD, PhD, Professor Titular de Hematologia, Transfusão de Sangue e Terapia Celular na Universidade de Campinas (UNICAMP)

Catherine Moura F. Pinto

MD, MPH. Médica sanitaria, CEO da ABRALÉ e Membro do Conselho Estratégico do TJCC

Clarice Petramale

Assessora da presidência do Conselho Federal de Medicina (CFM) e ex-Diretora do DGITIS

Diego Greatti Vaz da Silva

Cirurgião Oncológico e Doutorando pelo A.C. Camargo Cancer Center, Membro Titular e Representante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBOC)

Felipe D'Almeida Costa

Patologista Titular do A.C.Camargo Cancer Center, Coordenador Médico de Educação em Patologia da DASA e Vice Presidente para Assuntos Acadêmicos da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP)

Fernando Henrique de Paula Uzuelli

Médico especialista em Clínica Médica e Medicina de Família & ex-Diretor de Assistência de Urgências e Emergência da Secretaria Estadual do Distrito Federal

Fernando Korkes

Head de Oncologia Urológica, Divisão de Urologia, Escola Médica do ABC e Hospital Israelita Albert Einstein

Gustavo San Martin

Diretor das associações Amigos Múltiplos pela Esclerose (AME) e Crônicos do Dia a Dia (CDD)

Helena Esteves

Coordenadora de advocacy do Instituto Oncoguia

Inez Gadelha

Gestora da SAES/MS

Karla Mesquita

Farmacêutica do Núcleo de Organização de Redes (Oncologia/renal crônico/obesidade) de SP

Lilium Carla Moreira Couto

Diretora do Centro de Planejamento e Avaliação DRS IV Baixada Santista - SP

Márcio Leão

Gestor Hospitalar e Diretor Institucional da Delfin +Saúde

Mário Moreira

Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva e Medicina Social pelo Universidade Federal De Pernambuco, Ex-Diretor Geral da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco

Marlene Oliveira

Presidente do Instituto Lado a Lado

Melissa Medeiros

Representante e Paciente da Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG)

Renato Tavares

Médico Hematologista, membro do Conselho de Acesso da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH)

Roberto Schneiders

Gestor do Departamento de Assistência Farmacêutica do Estado do Rio Grande do Sul (DAEF/RS)

Roni Fernandes

Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)

Sandro Martins

Médico Oncologista e Gestor Hospitalar, Ex-Coordenador da SAES no Ministério da Saúde com foco em oncologia e doenças crônicas

Sônia Dias Lanza

Gestora da Rede Hebe Camargo - Estado de SP

Tiago Farina Matos

Consultor Independente, Conselheiro Advocacy Oncologia e Jurídico da SBOC e FEHOSP



Nossos sinceros agradecimentos aos participantes do workshop de elaboração de recomendações que contribuíram com grande dedicação e de forma voluntária com suas ideias e experiências para elaborar estas recomendações."

Este documento reflete a opinião dos especialistas e não necessariamente das instituições as quais estão vinculados.

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, a estimativa de incidência de câncer no Brasil, de 2023 a 2025, é de 704 mil novos casos por ano, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma.¹ **No país, desde 2003, o câncer é a segunda principal causa de mortalidade da população, atrás apenas de doenças cardiovasculares.**² Esta tendência demonstra o quão necessária é a priorização do cuidado aos pacientes oncológicos. No entanto, a atenção integral a esses pacientes é um dos maiores desafios atuais do SUS. Problemas como integração assistencial entre os diversos serviços diagnósticos e terapêuticos, subfinanciamento e dificuldades na articulação entre os entes federativos são importantes fatores que contribuem para a demora do diagnóstico, a distribuição desigual de recursos pelo país e o difícil acesso ao tratamento adequado e tecnologias mais avançadas.^{3,4}

O modelo de financiamento de assistência oncológica e a “gestão única no território de saúde” pode ocasionar iniquidades na prestação de serviços complexos⁴, uma vez que no atual modelo, é comum que pacientes com uma mesma doença, condição ou estado de saúde atendidos em locais distintos, no âmbito do SUS, recebam tratamentos distintos.⁴

Entre as razões para a discrepância está a heterogeneidade da organização, financiamento e contratação da assistência oncológica no SUS.⁴ Tendo em conta a abordagem de atenção integral ao paciente no Brasil, os tratamentos oncológicos fazem parte da Atenção Especializada, sendo registrados por meio de procedimentos de média e alta complexidades. De acordo com a política atual, a aquisição de terapias antineoplásicas na maioria dos casos é de responsabilidade dos hospitais habilitados como UNACON¹ ou CACON², e registradas nos sistemas de informações ambulatoriais (SIA) e hospitalares (SIH) do SUS, por meio, respectivamente, de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH), instrumentos que especificam a doença, estágio clínico, objetivo do tratamento e esquema terapêutico utilizado.⁴

No modelo atual, a seleção do elenco de tratamentos disponíveis na linha de cuidado não é, portanto, de responsabilidade do Ministério da Saúde nem de Secretarias de Saúde, e, sim, definida de maneira independente por cada um dos mais de trezentos hospitais habilitados para o tratamento de câncer no país.

Adicionalmente, a falta de protocolos para o tratamento de muitas neoplasias malignas associada à plena liberdade conferida pela política nacional de atenção oncológica aos estabelecimentos de saúde habilitados em oncologia para estabelecerem seus próprios protocolos de conduta, pode acarretar numa ampla variação entre tratamentos oferecidos ao redor das diferentes regiões do país.

¹UNACON - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

²CACON - Centro de Alta Complexidade em Oncologia

Neste contexto, este Relatório tem como objetivo propor caminhos para enfrentar a atual situação. Para elaborar propostas concretas e tangíveis, foram realizadas seis sessões de workshop com lideranças em gestão e cuidados em oncologia no Brasil, em outubro de 2022, para promover um debate de ideias multidisciplinar e colaborativo (ver anexo para mais informações). Foi possível estabelecer alguns consensos a respeito de propostas que poderiam ser adotadas no âmbito do SUS para buscar garantir uma melhor navegação do paciente pelo sistema, conseqüentemente acarretando um melhor prognóstico para as pessoas acometidas de câncer no Brasil.

O consenso identificou, como uma premissa fundamental para o aprimoramento das políticas públicas de prevenção e controle do câncer, a necessidade de promover uma transformação estrutural no SUS no que tange a coleta e disponibilização de dados administrativos e epidemiológicos que caracterizem a carga sanitária representada pelo câncer e as medidas de controle em curso, buscando-se maior transparência, qualidade na administração e monitoramento do Sistema. Entende-se que esse é um ponto chave para possibilitar qualquer outra melhoria na assistência oncológica.

Além disso, outras propostas abordadas no presente Relatório também preveem ganhos significativos nos serviços de oncologia pelo país e, se implementadas, podem criar um impacto positivo na vida de milhares de pacientes oncológicos no curto prazo. Neste sentido, esse Relatório apresentará as sugestões concebidas a partir de três temas condutores: **(i) a proposta de fortalecimento da gestão de dados e de mecanismos de transparência, (ii) o financiamento e a gestão de recursos; e (iii) a organização da rede assistencial.** Com esses três pilares em vista, foram elaboradas sugestões para cada um, com diferentes níveis de complexidade de implementação e impacto, com o objetivo de recomendar propostas resolutivas para assistência oncológica no SUS.



TRANSPARÊNCIA: FORTALECIMENTO DA GESTÃO DE DADOS E MECANISMOS DE TRANSPARÊNCIA

É fundamental a coordenação integrada, tripartite, da rede da atenção oncológica a fim de garantir a previsibilidade no fluxo do cuidado dos usuários, a utilização tempestiva dos recursos e os melhores desfechos clínicos na atenção ao paciente com intenção de suportar as tomadas de decisão.

Reconhecendo a alta fragmentação da atenção oncológica no SUS e os impactos da inexistência de um sistema transparente e interoperável para apoiar a coordenação a atenção oncológica, sugere-se que:

- 1.** O contrato firmado entre hospitais (CACONS/UNACONS) e Secretarias de Saúde deva ser amplamente publicizados para órgãos de controle e toda a sociedade em sítio eletrônico do ente público contratante.
- 2.** O padrão de tratamento e o fluxo de atendimento utilizado pelo hospital (CACONS/UNACONS) deva ser publicizado e disponibilizado em sítio eletrônico do mesmo, respeitando-se o padrão mínimo de atendimento definido pelo Ministério da Saúde.
- 3.** Um sistema de gestão de dados que garanta a publicidade dos (I) recursos repassados entre as partes (Ministério da Saúde, Fundos de Saúde, Secretarias de Saúde e CACONS/UNACONS); (II) das informações sobre a utilização dos recursos para aquisição de insumos, dando transparência dos preços e volumes contratualizados; (III) de dados para acompanhamento epidemiológico da doença e do paciente, e (IV) da utilização dos insumos de saúde no tratamento de cada usuário conforme as linhas de cuidado definidas pelo Ministério da Saúde.
- 4.** Haja a criação de uma governança interna da gestão do tratamento de dados que garanta a interoperabilidade dos sistemas de gestão dos diferentes entes federativos buscando uma melhor navegação do paciente no sistema.
- 5.** A gestão e interoperabilidade entre os complexos reguladores que garanta a transparência do tempo de espera para atendimento, viabilizando uma participação ativa do usuário no acesso.

Dessa forma, será possível que os dados gerados pelo atendimento ao paciente e o desfecho do seu caso possam ser utilizados tanto para orientar o planejamento a cada nível da administração bem como para gerir o serviço assistencial e dar transparência à sociedade quanto à adequação e conformidade com orientações, Protocolos Clínicos Nacionais e com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

A governança robusta e o tratamento adequado de dados de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados serão a principal ferramenta para fortalecer e trazer maior unificação ao serviço assistencial, impactando também diversos elementos da gestão do sistema, como o modelo de compras, o orçamento e os contratos no âmbito do SUS; e todos estes, por sua vez, serão alimentados pelas informações dos atendimentos e do serviço oferecido à população. Assim é possível fechar o ciclo entre gestão e prática clínica.

O Sistema também pode utilizar a gestão de dados para facilitar a jornada do paciente, ao oferecer ferramentas para que o usuário participe do agendamento e regulação de procedimentos, tire dúvidas sobre seu tratamento ou reporte de falhas administrativas ou algum sintoma adverso.

Por fim, para construir este novo paradigma de tratamento de dados para o SUS, eficiente e claro, a ampliação da transparência deve ocorrer com a adesão a processos e protocolos bem definidos nacionalmente, cobrindo todas as etapas administrativas e assistenciais do processo de cuidado à saúde. Além disso, a transparência deve servir também ao paciente, que, por meio de aplicativos como o ConecteSUS, poderá ter não apenas acesso às suas informações mas também mais responsivo e participativo em seu cuidado e tratamento.



FINANCIAMENTO E GESTÃO DOS RECURSOS

No atual modelo de financiamento, a União, pelo Ministério da Saúde, repassa regularmente recursos para estados e municípios utilizarem na atenção especializada, a qual inclui a assistência oncológica. Estes recursos são baseados em estimativas de procedimentos terapêuticos, clínicos e cirúrgicos, a serem realizados. O cálculo do repasse federal é efetuado com base nos valores de referência indicados da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (“Tabela SUS”). Na ausência de outra referência oficial de preços e composições de custos unitários de serviços tornou-se prática comum usar a Tabela SUS como referência de contratos de prestação de serviços entre UNACON/CACON e a gestão local do SUS, em que pese o modelo tripartite de financiamento do sistema e a inexistência de atualização regular dos valores de procedimentos na Tabela SUS, resultando em desincentivo para expansão da rede pelos valores-referência que dificilmente refletem a realidade dos custos dos mesmos. Os participantes consideraram que a pactuação tripartite de uma tabela referencial regionalizada para contratos de prestação de serviços ao SUS seria necessária para se estabelecer com transparência o papel de cada ente no cofinanciamento da assistência oncológica.

As verbas públicas do orçamento federal, estadual e municipal são também destinadas aos hospitais, municípios, estados e Distrito Federal de modo discricionário por meio de emendas orçamentárias parlamentares para atender necessidades locais, inclusive hospitais habilitados como UNACON/CACON. Adicionalmente, o Ministério da Saúde possui discricionariedade para aquisição centralizada de medicamentos antineoplásicos para distribuição pelas secretarias estaduais de saúde aos hospitais habilitados.

O ressarcimento da assistência oncológica, assim como de toda a prestação de serviços especializada por estabelecimentos públicos e não-públicos (privados e filantrópicos), é feito pelo gestor local do SUS, a Secretaria Estadual/Distrital/Municipal de Saúde, sendo este o responsável final por pagar os respectivos hospitais com que firmou contrato para a prestação de serviços especializados.⁵ Sabendo-se que a Tabela SUS é utilizada como base para os repasses de verbas e contratualização dos hospitais e que a mesma não é atualizada periodicamente e tampouco atrelada à incorporação de novas tecnologias, o subfinanciamento da atenção oncológica se torna evidente.

Os hospitais habilitados para o tratamento de pacientes oncológicos recebem o pagamento de seus serviços com base em valores determinados em contratos estabelecidos junto aos seus respectivos gestores locais do SUS. Tais instrumentos não são ordinariamente divulgados, mas devem refletir um volume esperado de atendimentos de âmbito regional, pré-acordados (produção), bem como custos associados. Interessante notar que, ainda que o hospital realize mais atendimentos do que o contratado, dada a o caráter inelástico de de-

mandas em saúde dos seus usuários, ou mais frequentemente um afluxo de doentes além do que o programado, o pagamento a ser recebido não é de pronto ajustado e renegociações para manter o equilíbrio financeiro do contrato são dificultadas pela restrição orçamentária do ente contratante. Adicionalmente, se o tratamento padrão de uma determinada doença for alterado e novas tecnologias forem incorporadas, também será necessário reajuste nos valores contratualizados para que o hospital receba o recurso adicional a fim de garantir a disponibilização da nova tecnologia.

Buscando endereçar os desafios do modelo de financiamento e gestão de recursos da atenção oncológica no SUS, durante os workshops foram estabelecidas propostas pelo grupo conforme a seguir:

1. Centralização da compra de medicamentos antineoplásicos

A maioria dos participantes acredita que um modelo centralizado de compra de alguns antineoplásicos seria favorável, pois, de forma simplificada, um maior volume negociado geraria uma economia de escala para o sistema. Quanto à logística deste processo, será necessário um maior debate. Houve a recomendação de envolver a indústria farmacêutica na elaboração de um modelo compatível. A maioria dos participantes também entendeu ser necessária a instituição de um modelo híbrido entre o atual e o centralizado. Desta maneira, a recomendação consensuada foi a de uma compra de medicamentos de forma centralizada nacional ou regional, conforme seguintes critérios:

- A)** Quando há exclusividade do fabricante do medicamento;
- B)** Para compras de medicamentos para neoplasias raras; e
- C)** Quando há necessidade de um maior esforço logístico, considerando a possibilidade de ter a indústria contribuindo com esses esforços.

2. Financiamento equitativo e transparente

Os participantes reconhecem que o investimento atual da União aos Estados, Distrito Federal e Municípios para controle do câncer é desconhecido, desigual entre os UNACON/CACONS e possivelmente insuficiente para cobrir todos os custos da assistência integral à pessoa com câncer. Os participantes defendem a necessidade de criar uma destinação orçamentária exclusiva para a oncologia nas três esferas de gestão.

Esse orçamento exclusivo certificaria o uso adequado do orçamento para garantir o cuidado da atenção oncológica desde a prevenção até cuidados paliativos, adotando critérios

de alocação bem definidos, equitativos e com revisão periódica. Para que isso aconteça, é necessário que esse recurso seja distribuído com base nas informações de cada serviço/hospital, tornando imprescindível o uso de dados e informações acuradas. É importante que emendas parlamentares para ações relacionadas ao controle do câncer estejam alinhadas às prioridades da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer e guardem proporção com a necessidade regional de acesso tempestivo ao diagnóstico e tratamento verificada nos sistemas de informação.

3. Transparência na contratualização dos hospitais

A relação contratual entre a administração do serviço/hospital e o Estado deve ser mais transparente, para que a sociedade e os entes envolvidos saibam o montante e como os recursos públicos estão sendo utilizados. Atualmente, não há uma prática de consolidar informações sobre valores acordados nos termos de contratualização e há pouco conhecimento sobre quanto custa o tratamento de um paciente oncológico no Sistema. Sugere-se a adoção de critérios, tabelas de referência, metas e modelos de contrato entre os diferentes centros de atendimento para facilitar seu monitoramento por parte das autoridades, que devam ser disponibilizados de forma ampla em um sistema digital integrado.

ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

O Brasil apresenta um contexto de limitações e oportunidades no acesso ao diagnóstico do câncer. A infraestrutura e a rede assistencial são uns dos principais gargalos para o acesso do paciente ao diagnóstico em tempo adequado e decorrente tratamento. Ressalta-se que dos atuais 6 mil laboratórios de patologia no Brasil (anatomia patológica e citopatologia), somente 21,6% (1.300 laboratórios) atendem o SUS. ⁶

Adicionalmente à insuficiência da infraestrutura, há uma alta concentração da oferta de serviços na Região Sul/Sudeste, impondo adicional dificuldade de acesso à assistência pelos pacientes.⁶ De acordo com dados do Radar do Câncer, 42,7% dos procedimentos utilizados para o hepatocarcinoma, por exemplo, foram realizados fora do município de residência do paciente.⁷ Ainda, um estudo aponta que a distância média percorrida por pacientes com câncer no Brasil, entre aqueles que tiveram que se deslocar para o tratamento, variou de 170 km a 188 km. ⁸

Para além da baixa capacidade na atenção primária de lidar com casos de suspeita de câncer, o sistema enfrenta dificuldades de regulação do fluxo de atendimento do paciente desde a atenção primária até a atenção de alta complexidade, levando a longas filas de espera para agendamentos de exames e consultas. Trata-se, portanto, de um problema que impede que o tratamento se inicie no prazo determinado por lei, colocando em risco o seu sucesso.

Para promover uma melhor organização da rede assistencial, o grupo recomenda as seguintes propostas:

1. Criação de um Programa Nacional de Combate ao Câncer coordenado pelo Ministério da Saúde

A criação de um Programa Nacional, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, e coordenado pelo Ministério da Saúde é fundamental para estabelecer os padrões, parâmetros e protocolos mínimos nacionais que cada hospital ou centro de referência deve cumprir, conferindo concretude à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. O Programa em questão deverá atuar em quatro níveis: municipal, estadual/distrital, regional e federal, e deve contemplar o fortalecimento do papel das Diretorias Regionais de Saúde, especialmente na intermediação do contato entre os entes federativos, para que as demandas sejam passadas de maneira unificada.

Além disso, deve fortalecer, por meio das estruturas regionais, os registros de base populacional de câncer, para que se tenha acesso a dados atualizados de maneira célere. O Programa também deve tratar sobre a comunicação entre as diferentes redes de regulação estadual, que devem comunicar-se entre si.

2. Criação de Centros Integrados de Oncologia

O estabelecimento de Centros Integrados de Oncologia teria como maior propósito estender a atuação dos CACONs com maior densidade tecnológica a um território regional adscrito, viabilizando linhas de cuidado integral desde a prevenção, tratamento, reabilitação até os cuidados paliativos. Neste conceito, o sistema de saúde, com a rede assistencial definida em seus três níveis de atenção, atuaria de modo integrado desde a atenção primária aos centros de referência com base em macrorregiões territoriais.³

Sendo assim, toda a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer seria planejada, administrada e monitorada considerando as questões, necessidades e demandas regionais. Os Centros Integrados de Oncologia poderiam ser inspirados no modelo dos “Cancer Centers” criado no Estados Unidos pela Lei Nacional do Câncer⁴. Entre suas responsabilidades estará não apenas a realização do tratamento oncológico, mas uma gama de atividades, como práticas de prevenção do câncer, orientação aos pacientes e profissionais, exames de diagnóstico e realização de consultas, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e pesquisas clínicas, entre outros. Nesses centros, tratamentos recomendados pelas diretrizes do Ministério da Saúde teriam obrigatoriedade de disponibilização, porém mantendo a autonomia do centro para incluir outras terapias não incorporadas.

Fundamentalmente, os centros integrados como centros de atenção especializada serviriam como uma ferramenta para garantir a padronização dos cuidados e o seguimento de protocolos nacionais.

3. Capacitação profissional dos gestores e profissionais de saúde

A proposta é criar um Programa Nacional de Capacitação no Controle do Câncer de caráter contínuo e com acompanhamento do desempenho pelo gestor público da saúde. Neste Programa, ações e conteúdos voltados para oncologia devem ser concebidos e coordenados em conjunto com o Programa Nacional de Combate ao Câncer. Os programas devem ser orientados para equipes de saúde e para gestores do SUS:

A) Para os gestores, o programa deve incluir conteúdo sobre organização e regulação assistenciais, gestão financeira de saúde pública e gestão de dados e tecnologia. O treinamento de gestores permitiria melhor coordenação entre os entes, tanto hospitalares quanto da gestão pública.

4 Os “Cancer Centers” foram criados nos Estados Unidos pela Lei Nacional do Câncer. No país, existem 71 Cancer Centers, distribuídos em 36 estados e financiados, em parte, pelo National Cancer Institute (NCI) para fornecer tratamentos de câncer de ponta aos pacientes. Os Centros são reconhecidos por possuir liderança em pesquisa clínica e laboratorial, além de atender o público em geral, integrando treinamento e educação para os profissionais de saúde. Ainda, dedicam recursos específicos para desenvolver programas de pesquisa, com foco em práticas inovadoras para a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.¹³

- B)** Para as equipes de saúde, o foco inicial seria em capacitar equipes multidisciplinares da atenção primária (APS), incluindo assuntos como suspeição de câncer (fatores de risco, sinais e sintomas), a fim de instrumentalizar os profissionais da APS no melhor cuidado e orientação do paciente, assim como na coleta e gestão de dados e utilização dos sistemas.

4. Melhoria no acesso ao diagnóstico e à atenção especializada:

4.1 Telessaúde para acelerar o diagnóstico e reduzir filas de espera:

- A)** Ferramentas de telessaúde (como teleconsulta, teleinterconsulta e telepatologia) podem ser usadas para aprimorar a conexão entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada provendo especialistas que podem ser consultados pelos médicos de família e, assim, auxiliar no diagnóstico e gestão clínica do paciente oncológico fora do centro integrado de alta complexidade. A comunicação de médicos da família com médicos especialistas pode acelerar os processos necessários para o diagnóstico, principalmente em áreas remotas, onde há dificuldade no acesso ao atendimento especializado.
- B)** O ConecteSUS pode ser ampliado para abrigar e fornecer prontuários eletrônicos únicos, interoperáveis e acessíveis em diversos níveis de atendimento, bem como oferecer a funcionalidade de teleatendimento.
- C)** Com a consolidação de uma base dados com curadoria constante, poderia se desenvolver uma ferramenta de Inteligência Artificial no ConecteSUS para que o paciente tire dúvidas e tenha orientações básicas, facilitando assim, o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer.

4.2 Regionalização dos exames para ganhar escala e eficiência.

- A)** Organizar em rede de Laboratórios Centrais Regionais capazes para exames histológicos, imunohistoquímicos e biomoleculares que servirão todos os centros de atendimento de uma região de saúde ou mesmo geográfica, a depender da sua população.
- B)** Promover programas de incentivo para a carreira de patologista nas faculdades de medicina e nas políticas públicas federais.
- C)** Fortalecer o uso da patologia digital, por meio de laboratórios que farão análise de material a longa distância e devolverão os dados de laudo e telepatologia de maneira interoperável no prontuário do paciente.

- D)** O fomento a projetos para implantar diagnóstico assistido por inteligência artificial pode aumentar o número de exames e diagnósticos realizados em um curto espaço de tempo.

4.3 Mecanismos para Reduzir Absenteísmo e fila:

Para combater o absenteísmo^{11,12} e diminuir o tempo de espera dos pacientes nas filas é recomendado que o paciente tenha mais acesso à informação e autonomia pertinente aos seus atendimentos. Por exemplo, por meio do ConecteSUS ou por SMS, o paciente pode receber lembretes, enviar confirmações dos seus agendamentos e reagendar, quando necessário, além de mostrar qual a sua posição na fila para determinado procedimento e informar onde cada etapa da sua jornada deve acontecer. Essa iniciativa permitiria que pacientes que não possam comparecer a consultas comuniquem isso no próprio aplicativo, e nova consulta possa ser agendada para outro paciente, otimizando o uso da capacidade instalada e evitando o absenteísmo.

Além disso, os hospitais ou centros integrados, além de tornarem transparentes essas informações ao paciente por meio de sistemas de informação, podem auditar regularmente as filas de espera de maneira a monitorar, qualificar e realizar avaliações críticas de pontos de atenção e de sucesso no atendimento.



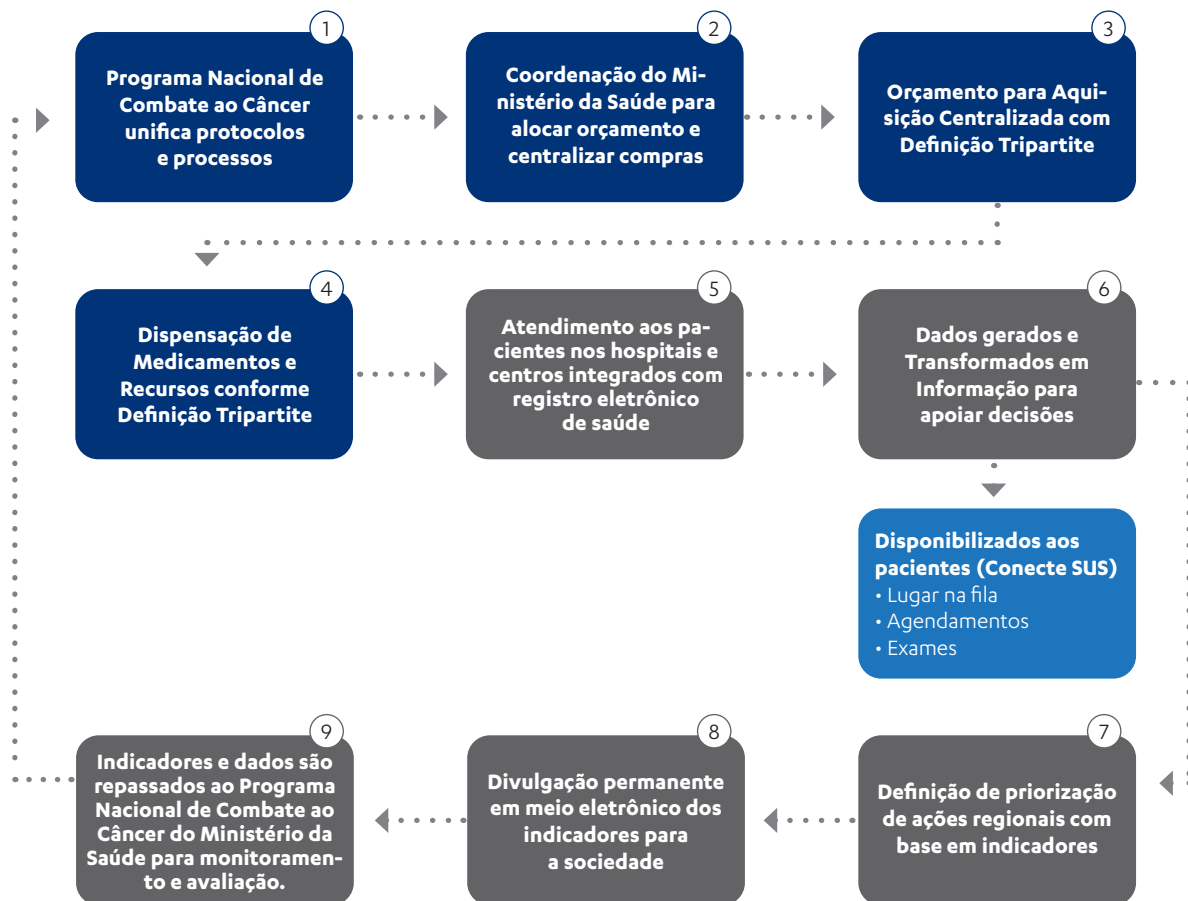
UM OLHAR PARA O FUTURO

As soluções que foram propostas e consensuadas nos workshops, dos quais resultou este presente documento, são propostas de mudanças estruturais – com a centralidade da transparência de informação – ou de melhorias gerenciais, aquelas que dizem respeito a como a assistência oncológica no SUS deve ser reorganizada e gerida.

Entende-se que, para garantir o aprimoramento da jornada do paciente e melhores desfechos clínicos no SUS, é urgente e necessário atacar os problemas de desigualdade de atendimento, tendo sido sugerida a criação de um Programa Nacional de Combate ao Câncer. O princípio fundamental é que um Programa Nacional tenha atuação gerencial, planeje os padrões e protocolos mínimos, bem como estabeleça um modelo orçamentário capaz de garantir a plena implementação da Política, de maneira que todos os pacientes, independentemente de onde estejam, quando em condições clínicas semelhantes ou comparáveis, tenham acesso ao mesmo nível de assistência, seguindo o princípio do SUS, do acesso com equidade e justiça.

O Programa Nacional teria a capacidade de organizar o atendimento dos pacientes, além de criar previsibilidade em como o paciente “navega pelo sistema”. Os Centros Integrados de Oncologia, hospitais de referência para atendimentos mais complexos, pesquisa clínica e epidemiológica, educação continuada e apoio aos gestores locais do SUS poderiam ainda disponibilizar em aplicativos as informações concernentes ao cuidado integral dispensado ao paciente, como seu lugar na fila de espera e seus próximos atendimentos. Além disso, as informações servirão para que o poder público, os hospitais e centros pautem suas decisões com base em indicadores pré-determinados que auxiliem no monitoramento da qualidade do atendimento e administração do serviço, permitindo que a sociedade possa monitorar e avaliar a efetividade da política.

Esse conjunto de informações estará disponível para o Ministério da Saúde como gestor nacional do SUS, que será o responsável por coordenar as ações, alocar o seu correspondente orçamento seguindo o Programa Nacional de Combate ao Câncer e gerenciar contratos a nível federal com maior accountability, conforme diagrama a seguir:



Dessa forma, a distribuição de recursos da União para os demais entes federativos e destes, internamente, será transparente e equânime, o que poderá se reverter em atendimentos tempestivos e tratamentos adequados para todos os pacientes.

Esse relatório teve como objetivo contribuir com propostas resolutivas para melhorar a atenção oncológica no SUS. Sabe-se que o enfrentamento dessas dificuldades requer uma especial atenção do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde para oncologia, dado que já é a segunda maior causa de morte no país e caminha para ser a primeira na próxima década.

Este documento não tem a intenção de isoladamente endereçar todos os desafios enfrentados na atenção oncológica, mas sim apresentar medidas pragmáticas estabelecidas neste exercício de diálogo entre especialistas como propostas que somam a outras proposições em discussão na sociedade.

Por fim, acreditamos que os três pilares supra expostos de **fortalecimento da gestão de dados e de mecanismos de transparência; do melhor financiamento e gestão de recursos; e do aprimoramento da organização da rede assistencial** podem contribuir para a implementação de efetivas mudanças no cuidado integral do paciente oncológico do SUS.

1. SANTOS, Marcell de Oliveira, DE LIMA, Fernanda Cristina da Silva; MARTINS, Luís Felipe Leite, OLIVEIRA Julio Fernando Pinto, ALMEIDA, Liz Maria de, CANCELA, Marianna de Camargo. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>
2. Observatório de Oncologia. Câncer como a primeira causa de morte nos municípios brasileiros. Abril, 2018. <https://observatoriodeoncologia.com.br/cancer-como-a-primeira-causa-de-morte-nos-municipios-brasileiros-em-2015/>
3. Conselho Consultivo do INCA (CONSINCA). Relatório Final do GTATS/CONSINCA. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/ata_consinca_29.06.2021_0.pdf
4. KALIKS, Rafael Aliosha, MATOS, Tiago Farina, SILVA, Vanessa de Araujo, BARROS, Luciana Holtz de Camargo. Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é diferente do teu SUS. Disponível em: http://www.oncoguia.org.br/pub/10_advocacy/BJO-artigo-83.pdf
5. FIOCRUZ. Descentralização. <https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>
6. XI Fórum Nacional Oncoguia. Câncer: por mais equidade, empatia e justiça. São Paulo, junho de 2021.
7. SBOC. Ministério da Saúde altera regras de registro na APAC para padronizar informação sobre antineoplásicos no SUS. Disponível em: <https://sboc.org.br/noticias/item/2438-ministerio-da-saude-altera-regras-de-registro-na-apac-para-padronizar-informacao-sobre-antineoplasicos-no-sus>
8. Geographic accessibility to cancer treatment in Brazil: A network analysis. Bruna de Paula Fonseca, Priscila Costa Albuquerque, Raphael de Freitas Saldanha, and Fabio Zickera. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanam/PIIS2667-193X\(21\)00149-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanam/PIIS2667-193X(21)00149-6.pdf)
9. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Medicamentos Oncológicos. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Medicamentos-Oncologicos#:~:text=O%20fornecimento%20destes%20medicamentos%20ocorre,SUS%20e%20habilitados%20em%20Oncologia%2C>
10. Fila de pacientes com câncer em SP ultrapassa 1,5 mil; espera pode ser de 7 meses. <https://exame.com/brasil/fila-de-pacientes-com-cancer-em-sp-ultrapassa-15-mil-espera-pode-ser-de-7-meses/>
11. Sonia Maria Beltrame, Adauto Emmerich Oliveira, Maria Angelica Borges dos Santos, Edson Theodoro Santos Neto. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303>
12. Bender, Anemarie da Silveira; Molina, Leandro Ribeiro; Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-561974>
13. NCI-Designated Cancer Centers. Disponível em: <https://www.cancer.gov/research/infrastructure/cancer-centers#:~:text=The%20cancer%20centers%20develop%20and,their%20unique%20needs%20and%20populations.>

SOLUÇÕES PARA ONCOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
TRANSPARÊNCIA E GESTÃO DE DADOS, FINANCIAMENTO E
ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

Speyside | Corporate Affairs & Public Policy
Apoio dos Workshops: **Janssen Cilag Ltda.**

SETEMBRO DE 2023