

Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil

TODOS  **S**
JUNTOS CONTRA
O CÂNCER



Sumário

Apresentação.....	4
Cenário da Oncologia.....	5
Direito à Saúde.....	7
Mobilização Social.....	8
I. Promoção.....	9
II. Diagnóstico.....	12
III. Tratamento.....	15
IV. Cuidados Paliativos.....	24
V. Gestão.....	27
Instituições Envolvidas.....	37
Referências.....	38

Apresentação

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

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

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



Cenário da Oncologia

O câncer representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, com cerca de 14 milhões de novos casos e 8,2 milhões de mortes em 2012. O número de novos casos ainda deverá aumentar em cerca de 50% nas próximas duas décadas e, se nada for feito, em 2030 serão 21 milhões de novos casos e 14 milhões de mortes, sendo que a maior parte ocorrerá nos países em desenvolvimento (1).

Do ponto de vista financeiro, o custo do câncer em mortes prematuras e invalidez, sem considerar os custos médicos, foi estimado em US\$ 1 trilhão em todo o mundo. Apenas no Brasil, entre os anos 2000 e 2007, os investimentos do Ministério da Saúde (MS) no tratamento da doença aumentaram em cerca de 80% ao ano, passando de R\$ 200 milhões em 2000 para R\$ 1,4 bilhão em 2007.

O Brasil vem sofrendo mudanças relevantes em seu perfil demográfico e epidemiológico, consequência, entre outros fatores, do processo de urbanização, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia. A essas novas características da sociedade brasileira, unem-se a mudança nos hábitos e estilo de vida e a exposição a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo (2). A mudança demográfica, com consequente envelhecimento da população, associada à transformação nas relações entre as pessoas e o ambiente, acarretaram alterações importantes no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas no centro de atenção.

O câncer é atualmente a segunda principal causa de morte no Brasil, atrás apenas das doenças cardiovasculares (3). Em 2012, foram 191.577 óbitos por câncer, conforme dados do próprio Ministério da Saúde e ilustrado na tabela abaixo. Quanto à incidência, em seu último levantamento em 2014, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou 576.580 novos casos de câncer, sendo 302.350 em homens e 274.230 em mulheres (4).

Pelo impacto e perfil epidemiológico que o câncer apresenta, ganha relevância e deve ser parte das agendas das políticas de estado no sentido de melhorar consideravelmente sua prevenção, o diagnóstico precoce e o acesso a tratamentos mais modernos e eficazes.

Capítulo CID-10	Óbitos ao Ano (2012)
IX. Doenças do aparelho circulatório	333.295
II. Neoplasias (tumores)	191.577
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	152.013
X. Doenças do aparelho respiratório	127.204
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	74.935
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	72.495
XI. Doenças do aparelho digestivo	60.509
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	49.608
VI. Doenças do sistema nervoso	28.712
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	27.975
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	23.069
V. Transtornos mentais e comportamentais	12.641
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	10.622
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematológicos e transtornos imunitários	6.358
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	4.607
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3.722
XV. Gravidez parto e puerpério	1.647
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	139
VII. Doenças do olho e anexos	38
Total	1.181.166

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



Direito à Saúde

Para o Sistema de Saúde se aperfeiçoar - no sentido de ampliar o acesso, cobertura e efetividade na área da oncologia - é necessária, além da atuação do governo, a participação de diversos interlocutores, tais como usuários, médicos e outros profissionais da área da saúde, estabelecimentos de saúde, pesquisadores, órgãos de controle, mídia, entre outros. Neste sentido, o Brasil ainda tem um longo trajeto a percorrer no engajamento político na defesa de direitos sociais.

É de extrema importância que o Ministério da Saúde valorize tanto o caráter tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo ações integradas e coerentes com as três esferas do governo, quanto dê voz e fortaleça as entidades e os movimentos sociais de usuários do SUS, garantindo a efetiva participação e controle social (5,6).

O controle social precisa ser exercido efetivamente, tendo em vista se tratar de um direito garantido por lei inerente aos atos da administração pública e uma atuação norteadora de políticas sociais. O controle social deve ser exercido inclusive nas avaliações realizadas para a incorporação de novas tecnologias ao tratamento de câncer, garantido a transparência nas decisões e a defesa dos direitos e interesses coletivos.

A saúde é dever do Estado e direito de todo cidadão e o SUS deve honrar com seus princípios de integralidade da assistência à saúde, de equidade, não admitindo distinção social de qualquer espécie, e de universalidade, garantindo o acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de assistência (5,7).

Mobilização Social

Considerando o Artigo nº 196 da Constituição Federal, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer e o Relatório de Auditoria Operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), aconteceu o **1º Congresso Todos Juntos contra o Câncer**, realizado na cidade de São Paulo, nos dias 24 e 25 de setembro de 2014, no World Trade Center (7–9).

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

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

Dando continuidade à iniciativa, nos dias 25 e 26 de setembro será realizado o **2º Congresso Todos Juntos contra o Câncer**, oportunidade na qual serão apresentados os avanços e aprofundados os temas abordados na presente declaração.

- Criação do **Movimento Todos Juntos Contra o Câncer**, visando à soma de esforços para a defesa de direitos das pessoas com câncer e aprimoramento do Sistema de Saúde na área da oncologia. O movimento teve inspiração no modelo Todos Pela Educação (10);
- Realização do **1º Congresso Brasileiro Todos Juntos Contra o Câncer**. O evento, que nasceu em 2014 já como referência na área da oncologia, propõe, além de disseminar conhecimento, desencadear ações para um Sistema de Saúde mais eficaz e de maior qualidade na assistência à pessoa com câncer;
- Elaboração da **Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil** como um instrumento de apontamento das prioridades em prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil e de monitoramento coletivo e controle social da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.



I. Promoção

Prevenção Primária

SITUAÇÃO ATUAL

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), entre elas o câncer, são responsáveis por aproximadamente 68% das mortes no mundo e 74% das mortes no Brasil (11,12). Para reduzir o número de casos e de mortes é fundamental lidar com seus principais fatores de risco: tabagismo, consumo nocivo de álcool, alimentação não saudável e sedentarismo (13).

Com isso em vista, em 2011 foi elaborado pelo MS o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (14,15). Embora o Plano não esteja totalmente implementado, já vem apresentando resultados promissores, como a redução no consumo de tabaco e o aumento nos níveis de atividade física (16).

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Redução da incidência e mortalidade por câncer.
- Implementação integral do Plano de Ações Estratégicas, do Ministério da Saúde.
- Implementação de políticas públicas complementares às do Plano de Ações Estratégicas, para prevenção e controle dos fatores de risco das DCNTs.

COMO FAREMOS

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

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

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

- Discutir e apoiar, junto ao poder público, a implementação de medidas regulatórias e políticas públicas de prevenção e controle dos fatores de risco das DCNTs.
- Realizar campanhas nacionais e regionais de conscientização para adoção de hábitos de vida saudáveis.
- Promover a ampla disseminação do guia alimentar para a população brasileira.
- Impulsionar a adoção de medidas de restrição de marketing a produtos ultra processados, medidas de melhoria da rotulagem nutricional e medidas de tributação visando superar os obstáculos para adoção da alimentação saudável.



- Discutir a RDC nº 14/2012, da ANVISA, que restringe o uso de aditivos em cigarros e que está suspensa por meio de liminar do STF.
- Impulsionar a adoção de embalagens padronizadas para cigarros em todo território nacional.
- Discutir o ressarcimento dos custos de tratamento das doenças relacionadas ao tabaco das empresas produtoras para o SUS.

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

- Verificar semestralmente, junto ao Ministério da Saúde, o andamento das medidas propostas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022.
- Criar e disponibilizar um painel online e relatório com o andamento de cada uma das ações do Plano de Ações Estratégicas.
- Discutir os obstáculos e as possíveis soluções para a plena implementação das medidas previstas no Plano de Ações Estratégicas.



II. Diagnóstico

Detecção Precoce e Diagnóstico

SITUAÇÃO ATUAL

O Brasil corre o risco de continuar enfrentando um aumento substancial no número de mortes por câncer, principalmente se não houver melhoria no diagnóstico precoce e preciso da doença, como por meio dos exames moleculares, bem como se não houver melhoria no acesso a tratamentos mais modernos e eficazes para os usuários do SUS, a exemplo do que vem ocorrendo com os beneficiários de planos de saúde.

Com relação ao diagnóstico, a auditoria operacional realizada pelo TCU em 2010 identificou que 60,5% dos pacientes com câncer foram diagnosticados já em estadiamentos avançados (níveis 3 e 4). A situação mais grave foi encontrada nas neoplasias de brônquios e pulmões, com 87,9% dos casos diagnosticados em estadiamentos avançados. O diagnóstico tardio foi identificado como uma das principais barreiras enfrentadas pelos pacientes no acesso ao tratamento, seja pela falta de centros especializados, pelas longas esperas para consultas com médicos especialistas ou pela demora na realização de exames (9).

Neste sentido, mesmo ainda sem o total cumprimento, houve um importante avanço com a aprovação da Lei nº 12.732/2012, que assegura o início do tratamento no SUS de pessoas com câncer em um prazo de até 60 dias após o diagnóstico (17). Embora posteriormente a Portaria GM/MS nº 876/2013 tenha preconizado o início da contagem do prazo de 60 dias para a partir do registro do diagnóstico no prontuário, contradizendo a Lei nº 12.732/2012 e podendo impactar no aumento do tempo de espera para tratamento, o Projeto de Decreto Legislativo PDC 1293/2013, aprovado na Câmara de Deputados, confirmou a contagem do prazo a partir da data do diagnóstico registrada pelo laudo patológico (18,19).

Ainda na tentativa de diminuir o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, vinha tramitando na Câmara de Deputados o Projeto de Lei PL 5722/2013, arquivado em 2015 em função da não reeleição de seu autor, o Deputado Beto Albuquerque (PSB/RS) (20). Este Projeto de Lei visava regulamentar que, na hipótese de neoplasia maligna, os exames diagnósticos necessários deveriam ser realizados no prazo máximo de 30 dias.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

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

- Levantar o tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico no SUS por tipo de câncer, por meio do Sistema de Informação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).
- Criar e disponibilizar um painel online com o tempo médio de espera por tipo de câncer, por estabelecimento de saúde e por estado.
- Apontar, ao Ministério da Saúde e aos respectivos estabelecimentos de saúde, aqueles que descumprirem o prazo legal.

Proposta: **Melhoria do diagnóstico no SUS**

- Articular a reapresentação do Projeto de Lei PL 5722/2013 junto à Frente Parlamentar de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, da Câmara de Deputados.
- Articular a criação de centros regionais de diagnóstico precoce do câncer e a capacitação de profissionais no SUS junto à Frente Parlamentar, da Câmara de Deputados e da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.



III. Tratamento

Acesso ao Tratamento

SITUAÇÃO ATUAL

A auditoria operacional do TCU evidenciou que a rede de atenção oncológica, tanto pública quanto privada, não está suficientemente estruturada para garantir acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e tratamento de câncer. O tempo médio de espera entre o diagnóstico e o início dos tratamentos com quimioterapia e radioterapia, por exemplo, são de 76,3 e 113,4 dias, respectivamente (9).

Quando se consegue acesso ao tratamento, muitos pacientes, familiares e profissionais da saúde relatam situações em que os médicos são orientados ou mesmo pressionados por gestores dos estabelecimentos da saúde, tanto públicos quanto privados, a não prescreverem determinados procedimentos ou medicamentos que oneram mais fortemente o orçamento da instituição (21). Há ainda relatos de que, no plano de tratamento, são fixadas dosagens inferiores às preconizadas nos protocolos clínicos para reduzir os custos para a instituição. Por fim, vale destacar que diversos médicos já denunciaram terem seus cadastros excluídos dos planos de saúde por prescreverem tratamentos de alto custo.

Embora tenham havido grandes avanços no tratamento com o advento da medicina personalizada, pelo qual, por meio do diagnóstico preciso da doença, garante-se ao paciente a personalização de seu tratamento, implicando no tratamento de maior eficácia, maiores taxas de cura e menores efeitos colaterais, nem todos os pacientes têm acesso às tecnologias disponíveis, especialmente no sistema público.

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

As barreiras de acesso aos serviços de saúde, tais como as barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e informacionais, têm sido grande entrave ao tratamento dos pacientes com câncer. É bastante frequente os pacientes terem que se deslocar longas distâncias e permanecer fora do domicílio de origem durante o tratamento, uma vez que as unidades de tratamento estão concentradas nos grandes centros urbanos. Do ponto de vista de médicos e gestores do SUS, a dificuldade de acesso ao tratamento oncológico decorre ainda da ausência de procedimentos e medicamentos importantes e da defasagem nos valores repassados pelo SUS, mas, sobretudo, decorre da demora no diagnóstico (9).



ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Garantia de acesso ao tratamento quimioterápico no SUS e no sistema suplementar com qualidade e em tempo oportuno.
- Redução do tempo de espera para tratamento quimioterápico no SUS.
- Tomada de decisão compartilhada entre médicos e pacientes.
- Revisão anual dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

COMO FAREMOS

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

- Realizar entrevistas com pacientes, presencialmente, por telefone ou online, para identificar as principais barreiras por eles enfrentadas no acesso ao tratamento de câncer em cada estabelecimento de saúde.
- Divulgar online os resultados do levantamento.
- Apontar ao Ministério da Saúde e aos respectivos estabelecimentos de saúde as barreiras de acesso identificadas.

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

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

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

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



Radioterapia

SITUAÇÃO ATUAL



A radioterapia é a modalidade terapêutica de alta tecnologia e alto custo. Emprega radiações ionizantes para destruir o tumor ou impedir seu crescimento, sendo utilizada intensamente no tratamento de diversos tipos de câncer. De modo geral, estima-se que cerca de 60% dos casos novos de neoplasia maligna necessitarão de radioterapia durante o tratamento (23).

No Brasil há insuficiência na oferta e distribuição dos serviços de radioterapia, especialmente nos estados do Amazonas, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Sergipe, além de Amapá, Roraima e Piauí, que não possuem serviço de radioterapia. A partir do levantamento da capacidade instalada e operacional da rede oncológica atual, o TCU identificou um déficit de 135 unidades de tratamento, dos quais 78 seriam apenas para atendimento no SUS. O déficit real de serviços de radioterapia, no entanto, aponta para uma situação ainda mais grave. Nas unidades de tratamento é comum os pacientes se depararem com enormes filas de espera por causa de equipamentos radioterápicos quebrados ou profissionais da saúde despreparados.

Frente a este cenário, em 2012, o Ministério da Saúde instituiu o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS com o objetivo de articular projetos de ampliação e qualificação de hospitais habilitados em oncologia, em consonância com os vazios assistenciais, as demandas regionais de assistência oncológica e as demandas tecnológicas do SUS (24).

ONDE QUEREMOS CHEGAR



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

COMO FAREMOS



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

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



Judicialização

SITUAÇÃO ATUAL



Entre 2009 e 2014, os gastos do Ministério da Saúde com as sentenças judiciais subiram 1.400%, chegando a 1 bilhão de reais anuais (25). Se somarmos os gastos dos estados com sentenças judiciais fica evidente que o poder judiciário tem se tornado uma segunda porta de acesso ao SUS e ao sistema suplementar, especialmente devido à não disponibilidade no SUS de medicamentos imprescindíveis e ao excesso de burocracia no sistema público, tanto nas licitações para compra de medicamentos como no pedido administrativo do paciente para sua obtenção.

Em diversos estados, a exemplo do Acre, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Roraima e São Paulo, têm sido implementados os Núcleos de Apoio Técnico (NAT) para apoiar o Poder Judiciário na tomada de decisão nas questões técnicas relacionadas à prestação de serviços públicos de saúde, propiciando maior compreensão dos pleitos e celeridade nas repostas. Trata-se de uma orientação dada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) por meio da Recomendação nº 31/2010, que recomenda aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais a celebração de convênios para que médicos e farmacêuticos ofereçam suporte técnico aos magistrados (26). Apesar de ser um avanço no Poder Judiciário, em grande parte das vezes os pareceres são desfavoráveis aos usuários, reforçando a continuidade das ações judiciais.

ONDE QUEREMOS CHEGAR



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

COMO FAREMOS



Proposta: **Apoio técnico aos NATs**

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



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

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



Transplante de Medula Óssea

SITUAÇÃO ATUAL

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

Quanto aos pacientes, doadores e familiares, destaca-se que casas de apoio têm dado suporte para as pessoas vindas de regiões distantes do local de tratamento, mas não têm recursos suficientes para acomodar com o conforto necessário a demanda existente. Acrescido a isso, pacientes e doadores têm relatado dificuldade na obtenção de ajuda de custo para Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Em média, apenas 75% das solicitações são deferidas (12).

Em número de doadores, o país possui um dos maiores bancos de doadores de medula óssea do mundo e, em 2014, o Ministério da Saúde regulamentou os critérios de cotas para o cadastro de novos doadores no Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea (REDOME) (27). O valor investido nesta fase foi redirecionado para o final do processo com o objetivo de incrementar os pagamentos dos procedimentos de transplantes. Está em andamento a avaliação do perfil genético de doadores e pacientes cadastrados no REDOME para que se possam direcionar campanhas e, assim, incluir no banco doadores que não estavam representados. Com a regulamentação, criou-se um teto anual para registro de doadores no país, sendo que, nos casos específicos de etnias, o Ministério da Saúde tem legitimidade para otimizar campanhas de doação (28).

Outro ponto relevante se refere aos sistemas de informações do SUS, que apresenta-se frágil no levantamento e apresentação de dados e estatísticas sobre transplantes agendados e realizados, por exemplo. Por fim, vale destacar que medicamentos antivirais, antifúngicos e imunossuppressores, conforme apontado pelo Comitê Científico Médico da ABRALE, não são fornecidos gratuitamente para pacientes pós-transplantados de medula óssea, diferentemente do que ocorre com pacientes de transplantes renais, cardíacos ou hepáticos. Esta distorção tem se refletido na limitação de leitos hospitalares disponíveis para o TMO, uma vez que, arcando com o custo dessas drogas, os hospitais evitam ampliar seus programas.



ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

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

- Compilar os dados dos transplantes de medula óssea realizados no SUS, incluindo região, estado, município de residência e município de tratamento por tipo de câncer, por meio do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).
- Criar e disponibilizar um painel online com o quantitativo de transplantes realizados por tipo de câncer, por estabelecimento de saúde e por Estado.
- Realizar estudo prospectivo com pacientes transplantados para acompanhar o prognóstico.

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

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



Cirurgias, Órteses e Próteses

SITUAÇÃO ATUAL

O Ministério da Saúde estima que, com exceção do câncer de pele não melanótico, a cada 1.000 casos novos de câncer, 500 a 600 pacientes necessitam de cirurgia (23). Por sua vez, o Relatório de Auditoria Operacional do TCU, realizada em 2011, identificou que a rede de atenção oncológica não é suficiente para atender a demanda dos pacientes por diagnóstico e tratamento de câncer. Estimava-se serem necessários 375 CACONs e UNACONs, porém apenas 264 unidades até o momento estavam habilitadas para a cirurgia oncológica, constatando-se um déficit na capacidade instalada de 44 unidades (9).

Outro importante problema se refere à obtenção de órteses e próteses, como de mama para as pacientes mastectomizadas, de ossos para tumores ósseos, fonatários para pacientes com remoção total da laringe, entre outras (29). O fornecimento de próteses e órteses é garantido pelo SUS, porém, alguns materiais importados, indispensáveis devido à sua durabilidade, por exemplo, podem elevar consideravelmente os custos em relação aos similares nacionais e muitas vezes não estão disponíveis.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta: **Padronização de órteses e próteses**

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

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

- Compilar o número de cirurgias realizadas no SUS por tipo de câncer, por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).
- Criar e disponibilizar um painel online com a produtividade cirúrgica por tipo de câncer, por estabelecimento de saúde e por Estado, e comparativo da demanda reprimida considerando as respectivas incidências estaduais.
- Apontar, ao Ministério da Saúde, as regiões com necessidade de ampliação de leitos cirúrgicos.



IV. Cuidados Paliativos

Práticas Integrativas

SITUAÇÃO ATUAL

Cuidados Paliativos, segundo definição da OMS de 2002: “é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

Esta é uma prática calcada nos preceitos éticos e recomendados no atual código de ética médica. Eles são fundamentais para melhorar a qualidade de vida, o bem-estar, o conforto e promove dignidade humana.

Requer atendimento de uma equipe multiprofissional, e calcula-se que 20 milhões de pessoas/ano, sendo 6% dessas crianças, teriam indicação para Cuidados Paliativos. Este não se baseia em protocolos, mas sim em princípios.

Não se fala mais só em terminalidade, pois seu conceito atual é ainda mais amplo e sua indicação é para condições crônicas além das condições de doenças que limitam a vida.

Não depende do tempo de vida ou prognóstico da doença (conforme a necessidade do paciente, pois quanto antes, melhor), devendo ocorrer em todos os níveis de atenção e ser oferecido em qualquer local onde esteja o paciente.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Disponibilização de todos os medicamentos necessários ao paciente com câncer em qualquer estágio, inclusive no avançado.
- Garantia da atenção domiciliar no SUS.
- Reestruturação e ampliação dos hospices, local que combina as necessidades de um hospital à hospitalidade, ambiência e disponibilidade de tempo de uma casa, visando a desospitalização do paciente.
- Além do paciente, cuidado com a família ao longo do processo da doença e luto também é fundamental.
- Cuidados Paliativos podem e devem ocorrer concomitantes com o tratamento modificador da doença.
- Capacitação de profissionais de todas as áreas na graduação e pós-graduação com reconhecimento como área de atuação nos respectivos conselhos profissionais.
- Comunicação eficaz e proporcional, sem tirar a esperança, possibilitando escolhas frente ao esclarecimento da doença e tratamento (evitando distanásia).



COMO FAREMOS

Proposta: **Criação de Manuais de Cuidados Paliativos**

- Formar um grupo de trabalho composto por profissionais de saúde da equipe multidisciplinar de oncologia para elaborar um manual de cuidados paliativos ao paciente com câncer avançado.
- Divulgar online orientação da conduta terapêutica, inclusive domiciliar, para esclarecimento aos pacientes e familiares.
- Articular a inclusão no SUS dos medicamentos opióides e outros necessários aos pacientes com câncer avançado junto aos Poderes Executivo e Legislativo.



V. Gestão

Financiamento

SITUAÇÃO ATUAL

A Constituição Federal, em seu Art. 198, determina que as três esferas do governo financiem o SUS, gerando receita para custear as ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Porém, planejar este financiamento e prover arrecadação necessária para garantir a universalidade e a integralidade é o grande problema no Brasil (7).

Por meio do controle social, de mobilizações da sociedade civil organizada e dos Conselhos de Saúde, foi sancionada a Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios em ASPS. Esta Lei determinou que Estados aplicarão anualmente em ASPS, no mínimo, 12% da receita de arrecadação dos impostos; e, que municípios aplicarão, no mínimo, 15% (33).

No caso da União, o movimento “Saúde+10”, que defendeu a alocação anual mínima de 10% da receita corrente bruta e obteve 2,2 milhões de assinaturas, foi derrotado pela Emenda Constitucional nº 86/2015, também denominada “Orçamento Impositivo” (34). A Emenda altera a metodologia de financiamento do SUS pela União, o que, segundo manifestação do CNS, irá reduzir os recursos do Ministério da Saúde nos quatro primeiros anos após sua promulgação (35).

A área de oncologia, em especial, tem despertado grandes preocupações no país devido ao seu crescente impacto econômico, sobretudo em função do diagnóstico tardio, que, se por um lado, pode causar danos irreversíveis aos pacientes, por outro, onera o SUS com despesas que poderiam ser evitadas com a prevenção e ou diagnóstico precoce, por exemplo. Muitos pacientes que precisam de atendimento rápido e resolutivo enfrentam dificuldades para conseguir leitos e iniciar tratamento em tempo oportuno e, em função disso, no caso de câncer de progressão rápida, a taxa de mortalidade tem sofrido incrementos (36). A ocorrência de repetidas internações, bem como a necessidade de procedimentos e medicamentos de alta complexidade, tornam elevados os custos dos tratamentos e implicam na necessidade de atualização constante dos valores da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) (37).

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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



COMO FAREMOS

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

- Acompanhar a aplicação dos recursos provenientes dos Royalties do Petróleo e Gás Natural na área da saúde.

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

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

Proposta: **Revisão das APACs**

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



Pesquisa Clínica

SITUAÇÃO ATUAL

O Brasil encontra-se entre os países mais morosos no processo de aprovação de protocolos de pesquisa, fazendo com que os entraves burocráticos, que retardam a aprovação e os resultados das pesquisas clínicas, desestimulem as indústrias farmacêuticas e as levem a abandonar seus investimentos em pesquisa, desenvolvimento e inovação (PDI).

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

A CONEP tem passado por diversas reestruturações, mas ainda se cometem erros de submissão repetitivos e não se tem clareza quanto às etapas em que o processo se encontra e quais são os pontos a serem melhorados para que os processos fluam mais rapidamente. A ANVISA, por sua vez, em fevereiro de 2015, aprovou a Resolução RDC nº 9/2015, estabelecendo novas regras para autorização de pesquisas clínicas com medicamentos no país, estabelecendo o prazo de 90 dias para análise de medicamentos e 180 dias para análise de medicamentos de maior risco, não sendo possíveis prorrogações (38).

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Aumento do número de pesquisas de novos medicamentos oncológicos no Brasil.
- Agilidade nas análises pela CONEP.
- Melhoria no sistema de encaminhamento dos pacientes para pesquisas clínicas em andamento.



COMO FAREMOS

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

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

Proposta: **Capacitação em pesquisa clínica**

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

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

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



Incorporação de Novas Tecnologias

SITUAÇÃO ATUAL

É imprescindível intensificar o desenvolvimento, a incorporação e a oferta de tratamentos inovadores no SUS, tendo em vista a necessidade dos pacientes que possuem poucas alternativas. Com relação à incorporação de novos medicamentos e produtos para a saúde, mesmo com o avanço da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) pela regulamentação da Lei nº 12.401/2011, ainda falta agilidade (39). O número de análises e aprovações aumentaram consideravelmente desde 2012, mas o número de processos indeferidos ainda é bastante elevado, tendo como alegação a falta de comprovação científica e de eficácia.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Agilidade e transparência nas análises pela CONITEC.
- Maior integração entre a CONITEC e a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, da ANVISA (CMED), visando agilidade no registro de novos medicamentos.

COMO FAREMOS

Proposta: **Transparência na CONITEC**

- Solicitar a divulgação, pela CONITEC, do andamento dos processos em análise por meio de sistema de informação nacional, ágil e eficaz, tornando possível o acompanhamento online dos prazos e maior transparência.
- Divulgar à sociedade civil organizada as consultas públicas sobre avaliação de tecnologia em saúde (ATS) na área de oncologia no Brasil.

Proposta: **Criação de política de exceção na ANVISA**

- Discutir junto à Anvisa a possibilidade de criar uma política de exceção para medicamentos sem registro, mas respaldados por protocolos clínicos e pela comunidade médica.



Educação Permanente

SITUAÇÃO ATUAL

São poucas as políticas públicas relativas ao cuidado, à formação e atualização dos profissionais da saúde que atuam no SUS, como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros (40). Falta atenção à saúde dos profissionais para enfrentar as situações do cotidiano, tais como o excesso de trabalho e acúmulo de responsabilidades que acarretam na elevação do nível de estresse físico e mental, implicando no aumento de faltas no trabalho e rotatividade. Todo este cenário apresenta uma ameaça não só para o profissional, mas também aos pacientes, pois pode se refletir no atendimento prestado, e, conseqüentemente, na recuperação e satisfação do paciente.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Profissionais da saúde em quantidade suficiente para garantir a assistência integral ao paciente com câncer.
- Capacitação permanente dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar no atendimento humanizado nas áreas de prevenção do câncer, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em oncologia.
- Redução do estresse dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho.
- Humanização na assistência à saúde e ampliação do voluntariado no área da oncologia.

COMO FAREMOS

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

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



Saúde Suplementar

SITUAÇÃO ATUAL

Hoje há 50,6 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica, ou seja, 25% da população possui cobertura de planos de saúde, incluindo assistência médica (41). Ainda assim, de acordo com a pesquisa de opinião de 2014 do Datafolha, 92% dos brasileiros buscaram acesso a algum serviço do SUS nos últimos dois anos (36).

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

A pesquisa de opinião do Datafolha aponta algumas das recorrentes dificuldades enfrentadas tanto por segurados quanto por prestadores, tais como (42):

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

Quanto à integração da saúde suplementar com o SUS, cabe destacar que, embora ainda não tenha sido implementada, trará importantes benefícios à gestão do Sistema de Saúde, contribuindo tanto para o planejamento das ações quanto para o acompanhamento dos seus resultados. O ressarcimento ao SUS ocorrerá por meio da integração da informação dos usuários de planos de saúde por meio do uso do Cartão Nacional de Saúde.

ONDE QUEREMOS CHEGAR

- Redução das iniquidades na saúde suplementar.
- Garantia de ressarcimento diretamente ao SUS e não para o Tesouro Nacional.
- Implementação do Cartão Nacional de Saúde em todo o Brasil.
- Atualização anual do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- Disponibilização mensal de dados das ações e serviços da saúde suplementar.



COMO FAREMOS

Proposta: **Transparência na ANS**

- Solicitar divulgação pela ANS dos planos de saúde que descumprirem as coberturas assistenciais mínimas obrigatórias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (43).

Proposta: **Ressarcimento ao SUS**

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

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

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



Atuação do TCU

SITUAÇÃO ATUAL

O aumento da incidência do câncer no Brasil e o aumento dos gastos federais e estaduais com os tratamentos oncológicos, bem como as deficiências na estrutura da rede de atenção oncológica, motivaram o TCU a realizar, em 2010, a auditoria operacional no MS, na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e no INCA, com o objetivo de avaliar a Política Nacional de Atenção Oncológica (9).

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

Em 2013, o TCU deu início à publicação anual do Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde (FICSAÚDE) desenvolvido com base na prestação de conta das ações do MS. Apesar de menos detalhado que o relatório de 2010, é importante fonte de informações e monitoramento das políticas relacionadas à atenção oncológica (44,45).

ONDE QUEREMOS CHEGAR

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

COMO FAREMOS

Proposta: **Cooperação técnica com o TCU**

- Apresentar, ao TCU, as ações propostas na Declaração e os mecanismos de monitoramento previstos.
- Formalizar uma cooperação técnica com o TCU para criação de rotina conjunta de auditorias periódicas de atenção oncológica no SUS.



Instituições Envolvidas

Alana
Aliança de Controle do Tabagismo
Amigos do Transplante de Medula Óssea
Arte Despertar
Associação Beneficente de Amparo a Doentes de Câncer
Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular
Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
Associação Brasileira de Medicina Farmacêutica
Associação Brasileira de Talassemia
Associação Brasileira do Atacado Farmacêutica
Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
Associação de Apoio à Criança com Câncer
Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí
Associação Estevam e Maria Kovacsik
Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora
Associação Médica Brasileira
Associação Viva e Deixe Viver
Câncer 360°
Casa da Mulher
Casa Hope
Casa Safira
Centro de Voluntariado de São Paulo
Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo
Doutores da Alegria
Eu Paciente
Federação Brasileira de Hemofilia
Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama
Fundação do Câncer
Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer
Grupo de Assistência à Criança com Câncer
Hospital Amaral Carvalho
Hospital do Câncer de Barretos
Hospital Pequeno Príncipe
Hospital Sírio-Libanês
Instituto Espaço de Vida
Instituto Filantropia
Instituto Lado a Lado pela Vida
Internacional Myeloma Foundation
Medico.com.vc
Onco News
Ordem dos Advogados do Brasil
Rede Onco Vida
Revista Onco&
Saúde da Próstata
Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos
Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia
Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
Sociedade Brasileira de Radioterapia
Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea
Vencer o Câncer



Referências

1. IARC. International Agency for Research on Cancer - GLOBOCAN 2012 [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 10]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx
2. ACS. American Cancer Society [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://www.cancer.org/>
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
4. INCA. Instituto Nacional do Câncer [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2>
5. BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. 1990. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
6. BRASIL. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990 [Internet]. 1990. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. . Diário Oficial da União, 05 out. 1988. Seção 1, p. 1 (anexo); 1988. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS no 874, de 16 de maio de 2013 [Internet]. 2013. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
9. TCU. Relatório de Auditoria Operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica (TC no 031.944/2010-8) [Internet]. 2010. Available from: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/Oncologia_-_relatorio_-_versao_final.pdf
10. TPE. Todos pela Educação [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://www.todospelaeducacao.org.br/>
11. WHO. Estimates for 2000–2012 [Internet]. Health statistics and information systems. 2015 [cited 2015 Jan 10]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde - TabNet [Internet]. Datasus. 2015 [cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
13. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2010. 176 p.
14. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 160 p.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
16. Malta DC, Silva Jr JB Da. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2014;23(3):389–98. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
17. BRASIL. Lei no 12.732, de 22 de novembro de 2012 [Internet]. 2012. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS no 876, de 16 de maio de 2013 [Internet]. 2013. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html
19. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Decreto Legislativo PDC no 1.293 [Internet]. 2014. Available from: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=593034>
20. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei PL No 5.722 [Internet]. 2013. Available from: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=579883>
21. ABRALE. Pesquisa de opinião sobre tratamento oncológico no SUS. São Paulo; 2015.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS no 140, de 27 de fevereiro de 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html



23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS no 741, de 19 de dezembro de 2005 [Internet]. 2005. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 931, de 10 de maio de 2012. 2012.
25. MPF. Seminário Direito e Saúde. In: Ministério Público Federal. Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde, editor. Rio de Janeiro; 2014. Available from: <http://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/6306;jsessionid=9hr7GF-SeXzupNAVU3xPD0K7.node3>
26. CNJ. Recomendação no 31, de 30 de março de 2010 [Internet]. 2010. Available from: http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS no 342, de 10 de março de 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0342_10_03_2014.html
28. Caldas JA. Menos é mais (e melhor). Revista da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia [Internet]. São Paulo; 2013 Dec;24–6. Available from: http://www.abrale.org.br/web/uploads/files/REVISTA_ABRILE_27_baixa.pdf
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS no 741, de 19 de dezembro de 2005 [Internet]. 2005. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 931, de 10 de maio de 2012. 2012.
25. MPF. Seminário Direito e Saúde. In: Ministério Público Federal. Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde, editor. Rio de Janeiro; 2014. Available from: <http://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/6306;jsessionid=9hr7GF-SeXzupNAVU3xPD0K7.node3>
26. CNJ. Recomendação no 31, de 30 de março de 2010 [Internet]. 2010. Available from: http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS no 342, de 10 de março de 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0342_10_03_2014.html
28. Caldas JA. Menos é mais (e melhor). Revista da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia [Internet]. São Paulo; 2013 Dec;24–6. Available from: http://www.abrale.org.br/web/uploads/files/REVISTA_ABRILE_27_baixa.pdf
29. CNS. Conselho Nacional de Saude. Relatório Final Grupo de Trabalho sobre Órteses e Próteses [Internet]. 2010. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/GT_orteseprtese.pdf
30. WHO. Traditional and complementary medicine [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/>
31. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS no 3.150, de 12 de dezembro de 2006. 2006.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS no 483, de 1o de abril de 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
33. BRASIL. Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012 [Internet]. 2012. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm
34. BRASIL. Emenda Constitucional no 86, de 17 de março de 2015 [Internet]. 2015. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm
35. CNS. Conselho Nacional de Saúde rejeita votação do Congresso Nacional contra o SUS [Internet]. 2015. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/CNS_PEC_358.pdf
36. DATAFOLHA. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde [Internet]. 2014. Available from: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>
37. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS no 346, de 23 de junho de 2008 [Internet]. 2008. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0346_23_06_2008.html
38. ANVISA. Resolução RDC nº 9, de 20 de fevereiro de 2015 [Internet]. 2015. Available from: http://www.anvisa.gov.br/areas/coges/legislacao/2015/RDC_09_2015.pdf
39. BRASIL. Lei no 12.401, de 28 de abril de 2011 [Internet]. 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm
40. Souza MA de, Carlo FS de, Miranda P. Educação permanente em saúde: estratégia de gestão para a melhor eficiência dos serviços de saúde. Rev Int em Saúde Coletiva [Internet]. 2006;6(6):87–110. Available from: <http://seerfuture.com.br/index.php/FIGESC/article/view/78/131>
41. ANS. ANS Tabnet. Informações em Saude Suplementar [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/#>
42. Kaseker C. Médicos de todo o Brasil denunciam interferências de planos de saúde. Revista da APM [Internet]. 2010 Dec;5–8. Available from: <http://www.apm.org.br/revista-apm.aspx>
43. ANS. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir/como-e-elaborado-o-rol-de-procedimentos>
44. TCU. Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde (TC no 032.624/2013-1) [Internet]. 2013. Available http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/032.624-2013-1_Fisc_Saude.pdf
45. TCU. Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde [Internet]. 2014 p. 248. Available from: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2678967.PDF>





TODOS
JUNTOS CONTRA
O CÂNCER

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