

## RELATÓRIO DE ATIVIDADE DE PESQUISA

# Estudo Estratégico:

## Potencialidades no Controle do Câncer

Rio de Janeiro, outubro de 2025



**Linha de pesquisa:** Futuro do Sistema de Saúde no Brasil

**Projeto:** Doenças Crônicas e Tecnologias em Saúde: Futuro das Tecnologias de Diagnóstico e Tratamento do Câncer

---

**Pesquisador Responsável:**

Fernando Manuel Bessa Fernandes

**Coordenação:**

José Gomes Temporão

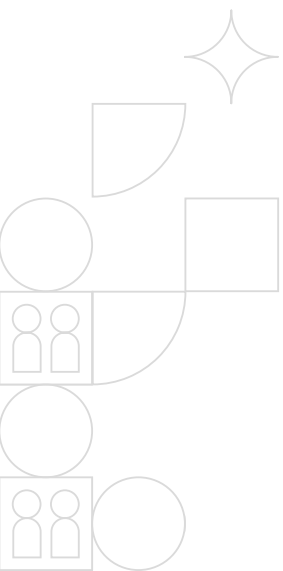
Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva

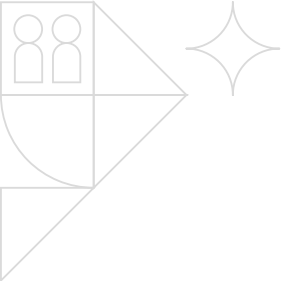
**Equipe:**

Antônio Tadeu Cheriff dos Santos

Mirian Miranda Cohen

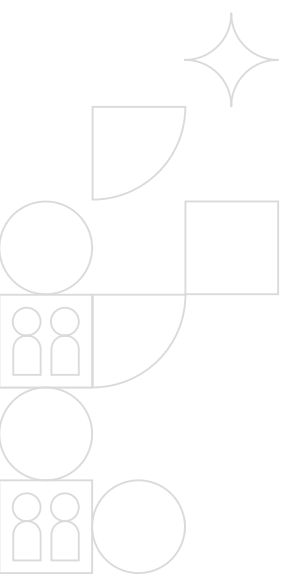
Walter Paulo Zoss





## Sumário

1. Apresentação.....	3
2. Questões apontando para desdobramentos.....	5
3. Passos teórico-metodológicos.....	7
4. Aspectos ético-práticos sobre a realização das entrevistas.....	9
5. Resultados.....	12
SUBTEMA 01: Desigualdades no Acesso.....	23
SUBTEMA 02: Inovações Tecnológicas.....	28
SUBTEMA 03: Financiamento.....	41
SUBTEMA 04: Comunicação e Informação.....	48
SUBTEMA 05: Papel dos Três Poderes e Esferas.....	65
SUBTEMA 06: Formação e Qualificação Profissional.....	70
SUBTEMA 07: Participação e Controle Social.....	82
SUBTEMA 08: Distinções entre Sistemas de Saúde.....	88
6. Recomendações para Políticas.....	100
APÊNDICE A.....	108
APÊNDICE B.....	110



## 1. Apresentação

Importantes avanços científicos e tecnológicos nos campos da biotecnologia, nanotecnologia e ciências de materiais trazem consigo a expectativa de inovações com potencial disruptivo e de transformação radical de diversas dimensões da vida social e dos processos de produção de bens e serviços. Alguns autores definem esse processo como a transição da “Sociedade do Conhecimento” para a “Sociedade Molecular”, a chamada “Terceira Era Foresight”.

Na área da Saúde, a expectativa é de que inovações tecnológicas poderão gerar impacto substantivo na prevenção, diagnóstico e tratamento de diversas doenças, com melhores resultados assistenciais e de qualidade de vida.

Por outro lado, tais inovações poderão trazer consigo a elevação exponencial dos custos, que já se anunciam como impeditivos de serem absorvidos pelos Sistemas de Saúde, especialmente aqueles de caráter universal, como o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como poderão trazer e potencializar questões envolvendo o acesso da população aos bens e serviços.

Além disso, a importância de ações de prevenção e promoção também é algo a se considerar, ainda mais num contexto global e local conforme tem se manifestado, de envelhecimento da população simultâneo ao crescimento de demandas por atenção e cuidado em faixas etárias mais jovens.

Com essa preocupação, o **Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho da Fiocruz (CEE-Fiocruz)** estabeleceu uma Linha de Pesquisa intitulada “**Futuro do Sistema de Saúde no Brasil**”, com a proposta de desenvolver diferentes atividades e estudos visando a investigação de modo a orientar a construção de políticas de saúde justas e sustentáveis a partir de análises e debates sobre temas específicos. Um deles é o tema do Câncer, dada a magnitude do desafio que se impõe para o Sistema de Saúde atualmente e para o futuro, em termos de oferta, distribuição e, especialmente, acesso aos serviços e recursos tecnológicos de diagnóstico e tratamento oncológico, considerando a profunda desigualdade do país.

Surgiu, assim, o Projeto “**Doenças Crônicas e Tecnologias em Saúde: Futuro das Tecnologias de Diagnóstico e Tratamento do Câncer (DCTS/CEE-Fiocruz)**”, levado adiante por um grupo de pesquisadores coordenado por José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde, e Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva, ex-Diretor do

Instituto Nacional do Câncer (INCA). A questão que orienta os trabalhos do DCTS/CEE-Fiocruz é: *“Como garantir que os pacientes com Câncer no SUS tenham acesso, em tempo adequado, a um tratamento que assegure uma vida com qualidade?”*.

A escolha do Câncer como tema não acontece à toa, dado que consiste na principal causa de morte em mais de 600 cidades brasileiras, segundo dados mais recentes do Observatório de Oncologia, iniciativa do movimento Todos Juntos Contra o Câncer (TJCC). E a Organização Mundial da Saúde (OMS), por intermédio da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) e Observatório Global do Câncer (GCO), também projeta cenário similar para as próximas duas décadas em termos globais.

É consensual, portanto, que a incidência de Câncer na população mundial tem alcançado níveis cada vez maiores, com o panorama brasileiro acompanhando esta tendência, havendo consequências e desdobramentos para as políticas públicas, para a provisão de serviços do SUS e do Sistema Suplementar (SS), e para o Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS).

Deve ser ressaltado que existem grandes potencialidades e oportunidades de incrementos e avanços na capacidade clínica, industrial, técnico-operacional e político-institucional brasileira, mesmo considerando as vicissitudes inerentes de fatores tais como entraves e barreiras jurídico-normativas, assimetrias e desigualdades da oferta de recursos e tecnologias, e as consequências da irrupção da pandemia de COVID-19, que impactaram o SUS e também a SS.

Daí, o conceito de “Acesso” ser central, posto que não se trata apenas de garantir a oferta de serviços, insumos, profissionais qualificados, tratamentos e medicamentos de última geração; trata-se de também garantir que a população, com toda a sua diversidade e heterogeneidade, tenha oportunidade de ser atendida conforme suas reais necessidades. Isso significa que se faz urgente e fundamental o desenvolvimento de reflexões qualificadas sobre essas potencialidades e oportunidades de incrementos e avanços no âmbito do Controle do Câncer no Brasil.

Inclusive, essa noção, a de “Controle” se apresenta mais adequada do que a noção belicista comumente adotada de “Combate”, posto que Câncer não é uma doença monolítica. Sua polissemia se manifesta em mais de cem tipos, com aspectos tão diferenciados que englobam desde aqueles tipos incuráveis que admitem tratamento em direção a uma cronificação, até aqueles que são, efetivamente, passíveis de cura mediante um medicamento e/ou vacina.

Logo, para que se produzam sólidas proposições e ações concretas e factíveis na resolução dos problemas de Saúde, questões das mais variadas naturezas sobre o tema que apontem desdobramentos podem ser exploradas de modo substancial e qualificado, preferencialmente aproveitando a diversidade e a riqueza de experiências e expertises compartilhadas de instituições, grupos e pessoas.

A promoção do estreitamento entre a realidade da Gestão e dos formuladores de políticas e a realidade do ambiente acadêmico e de pesquisa pode e deve ser cada vez mais estimulada e praticada, com o resultado do aprimoramento constante do conhecimento e da práxis.

Esta é a proposta de Estudo Estratégico aqui apresentada, como uma atividade de pesquisa protagonizada pelo Grupo DCTS/CEE-Fiocruz no período de 2025.

## 2. Questões apontando para desdobramentos

Nas últimas décadas, a atenção oncológica no Brasil e no mundo tem experimentado transformações de ordens variadas (tecnológicas, políticas, econômicas, sociais, culturais, etc.). Isto gera consequências diretas e indiretas para a vida dos pacientes, para o trabalho dos profissionais de Saúde e afins, para o CEIS e para o cotidiano de gestores na elaboração de políticas públicas. Especialmente para estes últimos, é mais que interessante obter evidências e subsídios para a tomada de decisões no SUS; é fundamental!

Este panorama traz um grande desafio para o Brasil, no âmbito das políticas públicas de enfrentamento ao Câncer, e torna-se vantajoso o estudo em profundidade de questões estratégicas nesta seara. Com esta percepção, o grupo DCTS/CEE-Fiocruz tem efetuado o debate de questões envolvendo aspectos variados no controle do Câncer no Brasil, na afirmação dos princípios e valores expressos na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), promulgada em 19 de dezembro de 2023.

Algumas questões foram levantadas de modo a apontar ricas possibilidades de desdobramentos, inclusive ensejando a elaboração do Estudo Estratégico:

1. Nos próximos anos, a Fiocruz e especificamente o CEE-Fiocruz devem fortalecer as suas linhas de pesquisa, de modo a consolidar a este último

- a sua condição de *Think Tank* da Saúde, ampliando o foco à pesquisa orientada para tecnologia, especialmente em decorrência da concepção do CEIS enquanto elemento de caráter fundamentalmente estratégico para o desenvolvimento do país, para além da área da Saúde. Como as questões relacionadas ao Controle do Câncer se inserem neste cenário?
2. Como e com que qualidade os oncologistas, profissionais e pacientes brasileiros tem vivenciado as transformações que a atenção oncológica tem significado nas últimas décadas com os avanços da Biotecnologia, Biomedicina e Medicina de Precisão? Qual a visão predominante sobre a situação atual e futura do acesso ao diagnóstico e tratamento do Câncer e que possíveis novos entendimentos podem surgir?
  3. Como o estudo comparado e o intercâmbio de experiências internacionais diversificadas de atenção oncológica pode ser coletivamente benéfico? E como a atenção oncológica realizada no Brasil pode se beneficiar a partir do conhecimento das experiências de países/sociedades, dos pontos de vista da prevenção e promoção da Saúde, das inovações tecnológicas, do financiamento/investimento/gastos/custos, e da legislação/normatização e políticas públicas – no caso brasileiro, considerando a SS e o SUS?
  4. Como garantir a Participação Social e o Controle Social nos diversos processos envolvendo a atenção oncológica no Brasil? Qual a experiência internacional neste aspecto e que contribuições podem ser captadas/adaptadas para a realidade brasileira?
  5. Como as múltiplas consequências da Pandemia de COVID-19 para o acesso ao diagnóstico e atenção oncológica podem ser enfrentadas? Que possível aprendizado se obteve, em âmbito internacional e na experiência brasileira de acesso, atendimento e Controle do Câncer e do ponto de vista do CEIS durante uma pandemia, dada a eventualidade de irrupções similares futuras?
  6. Que reflexões podem se originar, por exemplo, de um estudo comparado de experiências internacionais de atenção oncológica para o CEIS na realidade brasileira?
  7. Que conexões podem ser exploradas entre o CEIS e outras áreas (Educação, Esporte, Cultura, Meio Ambiente, etc.), considerando sua factibilidade em variados cenários político-econômicos?

8. Quais as possíveis recomendações para a formulação, implementação, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas relacionadas à questão do Acesso e do Controle do Câncer?

### 3. Passos teórico-metodológicos

A execução da proposta de Estudo Estratégico **“Potencialidades do Controle do Câncer no Brasil”** demandou como condição operacional fundamental o refinamento de reflexões de naturezas teórico-prática e político-institucional, a fim de buscar garantir a execução da proposta dentro de parâmetros de viabilidade realistas e convergentes com as necessidades e horizontes da Linha de Pesquisa. Neste sentido, fez-se necessário fundamentar teoricamente a noção de “Estudo Estratégico”.

#### Sobre “Estudo Estratégico”

Conforme aqui trabalhado, por **“Estudo Estratégico”** compreende-se um método de pesquisa social de abordagem qualitativa que lança mão principalmente da técnica de levantamento de informações de entrevista do tipo “aberta” com especialistas em temas estratégicos, a fim de produzir, sistematizar e analisar descrições e reflexões sobre as relações sociais que envolvem os temas abordados; neste movimento, também se fazem análises conjunturais e institucionais e geram-se subsídios para o processo de tomada de decisões, bem como recomendações para políticas públicas.

Trata-se de um método bastante prático, funcional e resolutivo para a Pesquisa Social no campo da Análise de Políticas (*Policy Analysis*) e da Sociologia Política, que se destaca por produzir com rapidez resultados potencialmente (re)orientadores dos rumos de ações, programas, políticas, já implementadas ou em vias de implementação e execução.

#### Objetivo do Estudo Estratégico

A proposta de Estudo Estratégico apresentada teve como objetivo analisar e problematizar, junto a um grupo de pessoas consideradas especialistas, subtemas considerados estratégicos, relacionados ao Controle e Acesso a diagnóstico e tratamento do Câncer no Brasil, de modo a contribuir com reflexões qualificadas para a compreensão do panorama atual e para o aperfeiçoamento de ações,

estratégias, programas e políticas. Também se considerou como ponto importante a investigação sobre como as inovações tecnológicas emergentes, como Biotecnologia e Medicina de Precisão, impactam o tratamento e o diagnóstico do câncer no Brasil, especialmente em termos de viabilidade para o SUS.

Deste modo, buscou-se examinar os desafios relacionados ao acesso desigual a tecnologias, serviços, insumos, medicamentos e vacinas, de modo a propor soluções e recomendações consistentes para mitigar esse problema, em direção ao reforço dos princípios do SUS, do preconizado na PNPCC e do bem-estar e qualidade de vida da população brasileira.

### **Passos Metodológicos de Operacionalização da Proposta**

Como primeiro passo de caráter metodológico de operacionalização da proposta de Estudo Estratégico, estabeleceu-se uma rotina de realização de reuniões periódicas de trabalho, em relação dinâmica participativa, entre os Coordenadores do grupo DCTS/CEE-Fiocruz e o pesquisador responsável, a fim de **(a)** Garantir alinhamento constante dos objetivos do Estudo Estratégico; e **(b)** Definir estratégias políticas de modo a assegurar a minimização de riscos ou dificuldades que possam afetar as atividades técnico-operacionais do Estudo Estratégico; **(c)** Consensuar os procedimentos e recursos necessários para a aplicação do método.

Assim, definiram-se os subtemas considerados estratégicos e sua quantidade, visto que seriam basilares para o desenvolvimento do método e condicional para o cálculo do tempo (cronograma) e dos recursos necessários para sua aplicação, e especialmente para a análise das informações levantadas.

Os subtemas foram definidos em oito: “Desigualdades no Acesso”, “Inovações Tecnológicas”, “Financiamento”, “Comunicação e Informação”, “Papel dos Três Poderes e Esferas”, “Formação e Qualificação Profissional”, “Participação e Controle Social” e “Distinções entre Sistemas”.

Em consonância à definição dos subtemas, foram identificados os especialistas a serem entrevistados. Por “especialistas”, entende-se que são as pessoas que reúnem informações, saberes e conhecimentos sobre um determinado subtema que, de alguma forma, transcendem os que a Gestão já domina e que possam agregar conhecimento novo ao tema do Câncer. O método preconizava o trabalho com dois especialistas por subtema, visto que em não se constituem em um conjunto

amplo e acessível de pessoas, mas por força das contingências de disponibilidade de agenda e de adequação de massa crítica do conteúdo de alguns subtemas, aproveitaram-se falas de especialistas em mais de um subtema.

Desta forma, foram selecionados 16 especialistas garantindo pelo menos um especialista por subtema, e 2 destes responderam a questões envolvendo mais de um subtema, perfazendo 20. Os especialistas foram contactados com o respaldo institucional da Coordenação do CEE-Fiocruz, apresentando a proposta de Estudo Estratégico, de modo a confirmar a possibilidade de participação e realizar o agendamento das entrevistas, as quais foram realizadas entre o mês de julho e de setembro de 2025.

Todas as entrevistas foram realizadas em modalidade presencial, com três exceções de dois tipos: dois especialistas, um em outro Estado do território nacional e um em outro país, concederam a entrevista remotamente, enquanto um dos especialistas optou por enviar por escrito suas respostas ao roteiro.

O conteúdo das gravações foi submetido a um aplicativo de transcrição e, em adição ao conteúdo enviado por escrito, sistematizado em formato padronizado para ser posteriormente analisado, tanto individualmente quanto em conjunto.

#### 4. Aspectos ético-práticos sobre a realização das entrevistas

As entrevistas foram realizadas por intermédio da aplicação de um roteiro (que consiste no instrumento de pesquisa típico da Entrevista de tipo aberto) adaptado pelo grupo DCTS/CEE-Fiocruz a partir da técnica “*Seven Questions*”, que foi originalmente elaborada e aplicada pelo *Government Office for Science* (GOS/UK) do Reino Unido (<https://www.gov.uk/government/organisations/government-office-for-science>).

De acordo com o documento parametrizador “*The Futures Toolkit*” (Office for Science UK Government. *The Futures Toolkit. Tool for Futures Thinking and Foresight Across UK Government. Edition 1.0.* Office for Science UK Government. 2017. 113p. Disponível em: <<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a821fdee5274a2e-8ab579ef/futures-toolkit-edition-1.pdf>>), o “*Seven Questions*” é uma técnica de entrevista cujos objetivos mais diretamente relacionados com a presente proposta de Estudo Estratégico são **i)** Identificar questões estratégicas sobre os temas enfocados;

ii) Engajar pessoas que, por algum motivo, **não** estejam ou não possam participar diretamente do processo de elaboração de políticas (*policy making*); iii) Levantar e refinar novos conhecimentos (*insights*) sobre os subtemas e iv) Identificar visões diversificadas e também conflitantes, enriquecendo as reflexões.

Cabe ressaltar que o método original desenvolvido pelo GOS/UK toma como foco exclusivo a prospecção de cenários futuros. Para tanto, busca subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas que gerem os cenários possíveis mais otimizados e/ou sejam capazes de superar as vicissitudes dos cenários possíveis menos favoráveis. Neste processo, busca-se identificar elementos já atualmente presentes no ambiente sociopolítico que possuam o potencial de compor e/ou influenciar fundamentalmente cenários futuros que demandarão acompanhamento, monitoramento, avaliação e ação pública/governamental.

Esta preocupação com cenários futuros evidentemente esteve presente nesta proposta de Estudo Estratégico, por força da vocação e inspiração que originaram a **linha de pesquisa “Futuro do Sistema de Saúde no Brasil”**. No entanto, a adaptação promovida pelo grupo DCTS/CEE-Fiocruz incorporou, também, a preocupação com a compreensão e análise aprofundada do “estado da arte” do grande tema do **Câncer no Brasil**.

Desta forma, o grupo DCTS/CEE-Fiocruz elaborou o roteiro de entrevista de tipo aberto intitulado **“Instrumento de Pesquisa Estratégico”**, com a finalidade de servir de orientação para os participantes de pesquisa especialistas a refletirem sobre os seus respectivos subtemas estratégicos a partir das seguintes Questões de Trabalho: “Estado da Arte”; “Avanços e Limites”; “Problemas Identificados”; “Mudanças com Potencial de Superação de Problemas”; “Mudanças Prioritárias”; “Cenários Possíveis de Mudança”; “Ações Programáticas e Pragmáticas”.

No processo de adaptação e sistematização, para facilitar a análise, as Questões de Trabalho foram condensadas em “Estado da Arte”, “Nós Críticos”, “Ações de Desatamento” e “Expectativas e Perspectivas”.

### **Aspectos Éticos:**

Por envolver seres humanos, portanto, antes do início do processo de coleta de dados, esta proposta de Estudo Estratégico foi submetida à apreciação e a aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CEP-FIOCRUZ/IOC), de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Cada entrevista foi gravada mediante a anuência dos participantes de pesquisa entrevistados e transcrita pelos pesquisadores do DCTS/CEE-Fiocruz, de modo a que consistisse em material de análise cujas características, especificidades, consensos, dissensos, problemas, soluções são evidenciados.

Aos participantes de pesquisa entrevistados, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) exposto na seção Apêndice deste relatório, de modo a que fossem prévia e formalmente informados sobre os objetivos do Estudo Estratégico e também sobre o caráter voluntário e sigiloso de sua participação, assegurando-lhes toda a garantia e salvaguarda de suas pessoas e dos quatro elementos da Bioética, a saber:

- A **Autonomia**, já representada pelo consentimento livre e esclarecido dos participantes de pesquisa que participam do Estudo Estratégico;
- A **Beneficência**, traduzida no compromisso dos pesquisadores em refletirem sobre suas ações e estratégias, de modo a planejar e efetuar procedimentos que tragam o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos participantes de pesquisa do Estudo Estratégico;
- A **Não-Maleficência**, que consiste na garantia de que serão adotadas contramedidas a fim de evitar danos previsíveis;
- e a **Justiça e Equidade**, a relevância social do Estudo Estratégico contida na premissa de que ele deve buscar trazer contribuições significativas para os participantes de pesquisa envolvidos, minimizando possíveis ônus ou responsabilidades.

A participação dos especialistas no Estudo Estratégico foi condicionada aos preceitos éticos em pesquisa com seres humanos expressos claramente no TCLE. Todas as providências e cautelas referentes à possibilidade de danos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural dos participantes de pesquisa, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente, foram observadas e tomadas por parte dos pesquisadores para evitar e/ou reduzir efeitos e condições danosas que pudessem advir.

Entre os riscos relacionados aos procedimentos a serem desenvolvidos com os participantes, figuravam, por exemplo, a estigmatização pela divulgação de quando houver acesso aos dados de identificação; Invasão de privacidade; Divulgação de dados confidenciais; Risco a segurança dos dados dos participantes; etc.

Como formas de minimização destes riscos, os pesquisadores garantiram o acesso aos resultados individuais e coletivos; Limitaram o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa; Garantiram a não violação e a integridade dos documentos; Asseguraram a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas; Asseguraram a anonimização dos dados; etc. Os pesquisadores se responsabilizaram pelo sigilo referente a dados pessoais dos participantes de pesquisa e por salvaguardar a integridade das falas registradas durante as entrevistas.

Ainda, o Estudo Estratégico significou benefícios para o conjunto da Sociedade, na medida, alcance e profundidade de seus resultados. Para a Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estudo Estratégico significou a oportunidade de refletir sobre caminhos e meios de aprofundamento e aperfeiçoamento de ações, estratégias, programas e políticas referentes ao controle do câncer no Brasil, dado que traz recomendações qualificadas de especialistas e visará produzir com rapidez resultados potencialmente (re)orientadores dos rumos a implementados ou em vias de implementação e execução.

Para os participantes de pesquisa, os benefícios encontraram-se na oportunidade de contribuir para o debate do tema e no subsídio de tomada de decisões governamentais e elaboração, implementação, execução e avaliação de iniciativas, ações, programas e políticas públicas relacionadas ao câncer.

## 5. Resultados

A fim de salvaguardar o anonimato dos especialistas, estabeleceu-se um código alfanumérico para cada um deles, obedecendo a um padrão sequencial correspondente a cada subtema, a fim de identificar os trechos de suas falas. Assim, o primeiro especialista respondente do primeiro subtema recebeu o código “E1”, e assim sucessivamente, seguindo a ordem preestabelecida.

Para uma visualização das respostas dos especialistas ao Instrumento de Pesquisa Estratégico que possibilitasse uma sistematização otimizada, procedeu-se a uma organização, sempre de acordo com cada subtema explorado, das falas transcritas de cada especialista, de modo a sistematizar trechos considerados fulcrais para as Questões de Trabalho.

Como passo final, foi feito um trabalho de sintetização dos trechos, conforme se pode observar nos **QUADROS PANORÂMICOS** a seguir.

**QUADRO PANORÂMICO.** Subtemas 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 e 08

<b>SUBTEMA: 01 DESIGUALDADES NO ACESSO</b>	
<b>Estado da arte</b>	<p><b>E1)</b> SUS enquanto Política garantidora de Acesso com Integralidade, mas com Riscos de Iniquidade, principalmente por conta da Judicialização;</p> <p><b>E1)</b> Intervenções e Estratégias compartilhadas para a Prevenção de Doenças variadas associadas ao Câncer.</p>
<b>Nós críticos</b>	<p><b>E1)</b> Cumprimento da Integralidade podendo levar à Judicialização, incidindo no Acesso e Financiamento;</p> <p><b>E1)</b> Burocratização na Atenção Primária como Barreira de Acesso;</p> <p><b>E1)</b> Regime de Funcionamento de Serviços na Atenção Primária como Barreira de Acesso;</p> <p><b>E1)</b> Excesso de Exames e Escassez de Racionalidade implicando em Possibilidade de Aumento de Riscos sem Benefícios;</p> <p><b>E2)</b> Fatores relacionados a Financiamento e Responsabilização incidindo sobre a Organização da Oferta de Serviços e Fluxos de Atendimento.</p>
<b>Ações de desatamento</b>	<p><b>E1)</b> Importância de Protocolos de Referência Urgente;</p> <p><b>E1)</b> Estratégias de Aperfeiçoamento de Comunicação;</p> <p><b>E1)</b> Estratégias de Aperfeiçoamento de Participação na Discussão Orçamentária, com Subsídio de Evidências Científicas;</p> <p><b>E1)</b> Avanços Tecnológicos no âmbito do Mundo do Trabalho são fundamentais para se garantir Acesso menos desigual;</p> <p><b>E1)</b> Estratégias de Captação e Cooptação de Atores Midiáticos para Disseminar Informação qualificada e vocalizar Demandas reais.</p>
<b>Expectativas e perspectivas</b>	<p><b>E1)</b> Otimismo, condicionado à Inserção da Saúde como prioritária no Modelo de Desenvolvimento adotado pelo País.</p>

---

**SUBTEMA: 02**  
**INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS**

---

- Estado da arte**
- E3)** Três Cenários Provocativos quanto ao Papel, Impactos e Possibilidades da Tecnologia relacionada ao Câncer: Avanço no Acesso proporcionado pela Tecnologia, Avanço Tecnológico com Acesso Restrito, Tecnologia sem Impacto Significativo para Mudança;
  - E4)** Avanços no Tripé Cirurgia, Radioterapia e Quimioterapia;
  - E5)** Oncologia como Segmento de Mercado principal do CEIS, demandando uma Visão Sistêmica.
- 
- Nós críticos**
- E3)** Questão Política do Capitalismo Cleptocrático, demandador de Lucratividade Máxima impactando a Circulação de Inovação a Equidade;
  - E4)** Custos de Incorporação de Tecnologias no SUS;
  - E4)** (In)Disponibilidade de Infraestrutura;
  - E5)** Ausência de uma Trajetória Tecnológica de Inovação para o Câncer seguindo uma Trajetória Tecnológica de Acessibilidade e com Sustentabilidade garantida, com Inteligência Competitiva;
  - E5)** Ausência de Capacidade Produtiva e Tecnológica para a Inovação de Insumos e Serviços relacionados ao Câncer.
- 
- Ações de desatamento**
- E3)** Estratégias com Enfoque Multidimensional, incidindo nas Áreas da Economia/Financiamento, Educação e Comunicação/Segurança de Dados;
  - E4)** Investimentos com Racionalidade;
  - E4)** Investimento no Diálogo Intersetorial e Interinstitucional;
  - E4)** Investimento numa Visão Construtiva da Judicialização;
  - E5)** Políticas Públicas de Inovação dotadas de uma Visão simultaneamente Sistêmica e Específica, agilmente responsivas a Demandas Prioritárias de Acordo com os Indicadores;
  - E5)** Necessidade de Imbricamento entre Atividades de Pesquisa e Inovação e a Assistência em Câncer, com o INCA orientando o Padrão nacional de Promoção, Prevenção e Assistência.
- 
- Expectativas e perspectivas**
- E3)** Otimismo, muito embora haja muito Trabalho a ser feito quanto a Estratégias de Controle do Câncer envolvendo Tecnologias “Hard” e “Soft”;
  - E4)** Otimismo com a PNPCC, muito embora seja necessário ainda ser feito um Trabalho de Estruturação dos Serviços para que a Lei possa ser cumprida na sua Integralidade;
  - E5)** Otimismo Cauteloso, compreendendo Prevenção e Controle do Câncer no Brasil como uma das frentes prioritárias que possam se beneficiar muito com as Tecnologias de Informação e representem uma frente de Inovação.
-

**SUBTEMA: 03  
FINANCIAMENTO**

<b>Estado da arte</b>	<p><b>E6)</b> Panorama de Atraso Estrutural diante da Complexidade do Trato com a Doença.</p>
<b>Nós críticos</b>	<p><b>E6)</b> Escassez de Mecanismos de Controle/Monitoramento da Efetividade, Eficiência, Eficácia e Condições de Uso de Novas Tecnologias;</p> <p><b>E6)</b> Escassez de Garantia de Uniformidade no Tratamento a fim de que a Navegação do Paciente seja mais bem Monitorada;</p> <p><b>E6)</b> Necessidade de Priorização de Investimentos;</p> <p><b>E7)</b> Atores relacionados a Organização da Oferta de Serviços e Fluxos de Atendimento e Responsabilização incidindo sobre o Financiamento;</p> <p><b>E7)</b> Necessidade de Racionalização da Utilização de Financiamento advindo de Emendas Parlamentares, de modo a alinhar com Planos Estratégicos e colocando Interesses Estruturais acima de Interesses Políticos;</p> <p><b>E7)</b> Financiamento inadequado à Realidade Orçamentária, desconsiderando Fatores ligados à Gestão, gerando Descompasso com Metas, Contratualizações e Objetivos;</p> <p><b>E8)</b> Desafio de se fazer Medicina personalizada e que seja Precisa em grande Escala, garantindo o Acesso integral e evitando Segmentação e Iniquidade;</p> <p><b>E8)</b> Ausência de uma trajetória tecnológica de Inovação para o Câncer seguindo uma Trajetória Tecnológica de Acessibilidade e com Sustentabilidade garantida, com Inteligência Competitiva.</p>
<b>Ações de desatamento</b>	<p><b>E6)</b> Estratégias de Priorização de Ações para Identificação de Gargalos no Acesso e Uso de Tecnologias;</p> <p><b>E6)</b> Estratégias para Desenvolvimento e Aperfeiçoamento de Mecanismos de Controle/Monitoramento.</p>
<b>Expectativas e perspectivas</b>	<p><b>E6)</b> Tendência ao Otimismo, desde que haja uma Visão em Perspectiva da Questão do Câncer como Problema de Saúde Pública que demanda cada vez mais Atenção.</p>

---

#### SUBTEMA: 04 COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

---

- Estado da arte**
- E9) Importância Fundamental dos Sistemas de Informação;
  - E9) Comunicação na Atualidade sob a Égide do Capitalismo de Dados;
  - E9) Gestão de Dados/Informação sob Riscos de Desinformação;
  - E10) Peso da Desinformação e *Fake News* predominando cada vez mais.
- 
- Nós críticos**
- E9) Acessibilidade da Linguagem;
  - E9) Ausência de Visão de Comunicação e Informação como bens públicos;
  - E9) Relação entre a Mediatização do Câncer pelas Mídias e as Políticas Públicas;
  - E10) A Atuação pouco qualificada da Imprensa/Mídias;
  - E10) Atuação das Sociedades Médicas fazendo apologia equivocada de Exames;
  - E10) Desconfiança e Descrença em Informações oficialmente institucionalizadas.
- 
- Ações de desatamento**
- E9) Importância da Ciência Aberta como Estratégia de Circulação de Dados e Informações;
  - E9) Necessidade de Afirmação de que o Conhecimento não é Propriedade e Exclusividade da Academia;
  - E9) Importância da Tecnologia e da IA na Comunicação;
  - E9) Estratégias Ágeis e Inteligentes de Comunicação no âmbito das Instâncias Governamentais;
  - E9) Estratégias para lidar com Desinformação e Notícias Falsas envolvendo o Câncer;
  - E10) Estratégias de Ações Escolares;
  - E10) Relação com Assessorias de Comunicação de Secretarias de Saúde;
  - E10) Estratégias de Ação Comunicativa Institucional/Governamental;
  - E10) Campanhas de Comunicação;
  - E10) Investimento no Preparo e Capacitação dos Profissionais de Comunicação Institucional/Governamental;
  - E10) Estabelecimento de Mecanismos de Qualificação da Relação entre Atores e Arenas;
  - E11) Necessidade de Protagonismo Institucional, Acadêmico e Científico no Debate, a fim de qualificá-lo junto a Imprensa e Redes Sociais.
- 
- Expectativas e perspectivas**
- E9) Realismo tendendo ao Pessimismo, dado que o Domínio da Informação se sobrepõe ao Bom Uso do Conhecimento;
  - E10) Otimismo moderado com o Papel das Mídias, Imprensa e Redes Sociais na Distinção do que é possível fazer nas Esferas Pública e Privada;
  - E10) Otimismo moderado quanto ao Papel da Formação Acadêmica e Profissional;
  - E10) Visão Pessimista quanto à Relação da Gestão Pública com as Mídias, Imprensa e Redes Sociais.
-

---

**SUBTEMA: 05**  
**PAPEL DOS TRÊS PODERES E ESFERAS**

---

<b>Estado da arte</b>	<b>E12)</b> Configuração Federativa do SUS como Esteio com Grande Potencialidade para Inspiração na Organização da Atenção ao Câncer;
	<b>E13)</b> Avanços Importantes com a PNPCC, com o Reconhecimento do Real Papel do INCA e da Necessidade de Considerar a Importância de Complexidades Inerentes, especialmente da Situação Epidemiológica que direciona a Priorização de Ações.
<b>Nós críticos</b>	<b>E12)</b> Questões envolvendo Consórcios de Saúde;
	<b>E12)</b> Questões envolvendo Configuração, Arranjos e Relações Interfederativas.
<b>Ações de desatamento</b>	<b>E12)</b> Estratégia de Planejamento de Ações e Políticas considerando as Características Federativas e as Especificidades Loco-regionais;
	<b>E12)</b> Estratégia de Rastreamento de determinados Tipos de Cânceres considerando a Questão Regional.
<b>Expectativas e perspectivas</b>	<b>E12)</b> Otimismo cauteloso, devido a Gargalos na Atenção Especializada e ao Risco de pulverizar Recursos para Serviços Privados.

---

---

**SUBTEMA: 06**  
**FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

---

**Estado da arte**

- E14)** Avanços, especialmente com a PNPCC, mas a Formação e Qualificação Profissional relacionada ao Câncer segue Lógica de Decisões Individuais, inexistindo uma Política Coesa e Articulada;
- E15)** Visão Holística como Elemento a considerar na Formação e Qualificação Profissional em Oncologia;
- E15)** Relações entre a Formação Profissional e Interesses de Mercado.

---

**Nós críticos**

- E14)** Ausência de um Documento Orientador da Coordenação do Modelo de Atenção ao Câncer considerando Diferenças Regionais, articulado a Órgãos Formadores;
  - E14)** Dualidade de Modelos de Formação Profissional sem Articulação com o Modelo de Atenção ao Câncer;
  - E15)** Promoção da Saúde como Elemento a considerar na Formação e Qualificação Profissional em Oncologia;
  - E15)** Desenvolvimento Tecnológico esvaziando a Importância do Aspecto Humano no Acolhimento, Prevenção e Cuidados Paliativos;
  - E15)** Relações entre Produção de Conhecimento e Interesses Corporativos impactando o Processo Formativo;
  - E15)** Impacto Demográfico como Dimensão Fundamental para a Adequação do Processo Formativo, do Sistema de Saúde e das Políticas Públicas;
  - E15)** Relações entre Inovações e Mídias impactando Interesses e Escolhas Profissionais;
  - E15)** Sucateamento do Ensino Profissional;
  - E15)** Crença no Desenvolvimento Tecnológico como Solução, sob a Égide da noção de Guerra contra o Câncer, desestimulando Carreiras Profissionais;
  - E15)** Ausência de Políticas de Estado e a Questão do Calendário Eleitoral.
-

---

**SUBTEMA: 06**  
**FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

---

- Ações de desatamento**
- E14)** Necessidade de Estabelecimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos para a Área de Câncer;
  - E14)** Necessidade de investimento em Formação e Qualificação Profissional visando assegurar a boa Qualidade da Comunicação e a Circulação Responsável de Informações;
  - E14)** Estratégias de Criação de Condições Atrativas à Formação na Área do Câncer;
  - E14)** Estratégia de Valorização de Carreiras da Saúde, enfatizando, principalmente, as áreas da Enfermagem e Psicologia;
  - E15)** Mudanças na Grade Curricular das Instituições de Formação valorizando Integralidade, Visão Holística, Humanista e com Interface com outras Especialidades;
  - E15)** Foco em Questões de Acesso são fundamentais no Planejamento de um Modelo de Atenção Oncológica para o País, sem deixar de lado as Soluções Tecnológicas na Saúde;
  - E15)** Processos Formativos regidos por uma Visão que privilegie a Importância das Discussões em Âmbito Local;
  - E15)** Valorização de Dados em Saúde, particularmente relacionados ao Câncer.
- 
- Expectativas e perspectivas**
- E14)** Otimismo Cauteloso, diante da Necessidade de Intervenção na Realidade considerando Inovações e Modificações nas Perspectivas Profissionais geradas pelo Desenvolvimento Tecnológico e Dificuldades de Ordem Político-Institucional na Saúde;
  - E15)** Otimismo moderado, diante da Necessidade de Aprofundamento da Vocacionalização Tripartite de Instituições no Trabalho em Rede, aproximando Saúde e Educação.

---

**SUBTEMA: 07**  
**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

---

**Estado da arte**

- E16)** Importância do Controle Social cada vez mais afirmada e consolidada;
- E17)** Cenário de Evolução.

---

**Nós críticos**

- E16)** Sincronicidade no Monitoramento de Políticas e Programas para assegurar o Papel Fiscalizatório do Controle Social;
- E16)** Questão do Financiamento;
- E16)** Sincronicidade no Monitoramento de Políticas e Programas para assegurar o Papel Deliberador do Controle Social;
- E17)** Necessidade de Aperfeiçoamento de Mecanismos de Participação e Controle Social;
- E17)** Questões Estruturais e Conjunturais envolvendo Compreensão de Direitos e Operacionalização, e de Capacidades Técnicas e Analíticas de Atores variados;
- E17)** Falta de Transparência das Decisões Públicas.

---

**Ações de desatamento**

- E16)** Importância da Capilarização do Controle Social e Gestão Participativa como Caminho e Meta a ser alcançada;
- E16)** Incrementar a Comunicação e o Trabalho em Rede dos Mecanismos de Participação Social para fortalecer o Controle Social;
- E17)** Investimento em Qualificação;
- E17)** Investimento em Educação Permanente;
- E17)** Investimento em Debate da PNPCC;
- E17)** Investimento em Transparência;
- E17)** Investimento no Debate sobre Responsabilidade Social, Democracia e Cidadania.

---

**Expectativas e perspectivas**

- E16)** Otimismo concreto, realista, diante do Cenário Político não muito Positivo, com Necessidade Constante de acumular Força Social e Política;
  - E17)** PNPCC ensejando Oportunidade de Reorganização de um Modelo de Participação e Controle Social;
  - E17)** Otimismo, devido à Perspectiva de Articulação das Instâncias de Gestão do Sistema de Saúde estimulada pela Relevância e Magnitude das Questões envolvendo o Câncer enquanto Problema de Saúde Pública.
-

---

**SUBTEMA: 08 DISTINÇÕES ENTRE SISTEMAS DE SAÚDE**

---

**Estado da arte**

- E18)** Avanços Globais e Brasileiros no Controle do Câncer;
  - E19)** Compreensão Crescente da Importância em se Investir na Prevenção que se insere no Âmbito do Controle, bem como da Fiscalização das Medidas;
  - E20)** Diversidade de Modelos de Atenção, com o SUS apresentando Elementos de Três Tipos, além das próprias Especificidades Nacionais e Locais.
- 

**Nós críticos**

- E18)** Financiamento, Desigualdades no Acesso, Falta de Integração entre Níveis de Atenção, Baixa Capacitação e Qualificação Profissional, Baixa Adesão a Programas de Rastreamento;
  - E19)** Risco de se adotar Modelos de Atenção, Rastreamento e Controle do Câncer de Países de Realidades diversas;
  - E19)** Atuação da Grande Mídia Corporativa reforçadora de Estereótipos e Preconceitos contra o SUS;
  - E19)** Parte significativa da População Brasileira é Afluente, não depende do SUS, não se identifica e deixa de fazer Pressão por Aperfeiçoamentos no Sistema;
  - E19)** Escassez de Investimentos e Concentração de Recursos, em adição a Conflitos de Interesses;
  - E19)** Configuração do SUS reunindo um Conjunto de Características de Países com Sistemas de Saúde mais e menos desenvolvidos complexificam a Busca por Soluções;
  - E20)** Dificuldades de Mobilidade/Acessibilidade como Questão de Acesso impactando a Detecção Precoce;
  - E20)** Dificuldades de Balanceamento entre Pressão advinda da Inovação Biomédica e a Capacidade Responsiva e Recursos dos Sistemas;
  - E20)** Brasil apresenta Elementos de Cenários comparáveis aos que enfrentam Países do Sul Global (Desigualdade Social) e Norte Europeu e EUA (Incorporação Tecnológica não dando conta dos Indicadores de Morbimortalidade);
  - E20)** Brasil apresenta Elementos de Cenário de Países da América Latina no que se refere a Consequências de uma Plataforma Neoliberal na Organização do Cuidado em Saúde;
  - E20)** Hibridismo do Cenário Brasileiro Conjugador de Elementos dos Três Grandes Cenários Globais.
-

---

### SUBTEMA: 08 DISTINÇÕES ENTRE SISTEMAS DE SAÚDE

---

#### Ações de desatamento

- E18)** Fortalecimento da Atenção Primária com Investimento no Uso de Algoritmos;
- E18)** Implementação Plena da PNPCC;
- E19)** Necessidade de Aperfeiçoamento de Fluxos e Rastreamento, possibilitado por uma Gestão da Informação eficiente da Jornada do Paciente no Sistema;
- E20)** Investimento em Sistemas Informativos de Base Populacional, Cooperação Técnico-Científica Sul-Sul e Complexos Industriais em Saúde;
- E20)** Oncologia Global considerando Aspectos Locais das Diversidades dos Territórios;

#### Expectativas e perspectivas

- E18)** Otimismo confiante na Ampliação do Uso de Algoritmos com uma Agenda Global Compartilhada de Fortalecimento da Pesquisa Básica, Populacional, Clínica e Translacional;
  - E19)** Otimismo Pragmático, com Desenvolvimento de Soluções Potencializadoras da Capacidade Operacional do SUS, ainda que a Demanda por uma Mudança Comportamental não seja totalmente suprida por apenas uma Política;
  - E20)** Pessimismo moderado, devido ao Foco dos Debates não contemplar as Causas das Causas do Câncer.
-

Como o Estudo Estratégico tem o propósito de ser propositivo e subsidiar não apenas o debate acadêmico, mas também e principalmente a tomada de decisões no âmbito da Gestão Pública e para os formuladores de políticas, as reflexões suscitadas pelas respostas dos especialistas para cada um dos oito subtemas foram compiladas e estão apresentadas a seguir:

## SUBTEMA 01: Desigualdades no Acesso

O **Estado da Arte** referente às Desigualdades no Acesso a diagnóstico e tratamento de Câncer no Brasil se caracterizou, segundo os especialistas entrevistados, de modo bastante satisfatório, ainda que o caminho seja passível de constante aperfeiçoamento, evidentemente.

Num país de dimensões continentais, com a obrigatoriedade estabelecida por Lei de oferecer atendimento universal e gratuito a uma população enorme, o SUS é compreendido enquanto Política garantidora de Acesso com Integralidade, mas que não está isento de sofrer riscos de iniquidade, principalmente por conta do fenômeno da Judicialização, que tem o condão de forçar os limites do sistema nos aspectos ético, jurídico e financeiro:

*“O primeiro ponto que acho importante colocar é que a maior política para garantir o Acesso da população brasileira ao atendimento em Saúde é o SUS. Então, a partir da instituição do SUS, a gente tem um grande aumento do Acesso à assistência ao Câncer, com a disseminação da Estratégia de Saúde da Família nas últimas décadas sendo o maior fator, talvez. E as iniciativas de formação de mais especialistas, no âmbito de uma política importante e atual, tem que ser vistas com cuidado, para que realmente haja uma boa formação garantidora de qualidade. Mas nessa questão da democratização do Acesso tem outra questão que vem imbricada: Se você aumenta o Acesso, tem que garantir a qualidade do atendimento ao paciente e a integralidade de toda a Linha de Cuidado, e também se soma a isso a pressão de incorporação das novas tecnologias, o que enseja ao longo do tempo uma dinâmica de Judicialização na Oncologia. Então, em muitos casos, acaba se tornando um Acesso privilegiado para quem consegue usar essa via, gerando iniquidade.” (E1)*

Em adição, o panorama de intervenções e estratégias compartilhadas para a Prevenção de doenças de variados tipos (genéticas/hereditárias, crônicas não transmissíveis, respiratórias, neurológicas, cardiovasculares, etc.) associadas a neoplasias é muito promissor. Isto corrobora a noção de que não se trata de uma

“cruzada” ou de uma empreitada que deva ser encarada com uma concepção belicista. De fato, o compartilhamento de estratégias demanda uma compreensão e uma prática racionais que primem pela adequação dos esforços, investimentos, insumos e recursos às reais necessidades de cada conjunto de agravos e de cada paciente, na linha da noção de Controle:

*“As estratégias de prevenção, inclusive, muitas vezes são compartilhadas para a prevenção de outras doenças como, por exemplo, as cardiovasculares e o tabagismo. Iniciativas para reduzir a prevalência e a cessação do tabagismo, então, são estratégias para prevenir não só o câncer de pulmão, como diversos outros cânceres que são associados ao tabagismo. E outras áreas que também são multidisciplinares e também afetam outras doenças, ligadas à alimentação e à nutrição, à parte de saúde ocupacional e ambiental, ao envelhecimento da população. Logo, são intervenções que requerem participação de outras áreas políticas que vão além da política setorial de Saúde.” (E1)*

Em se tratando de **Nós Críticos** relacionados ao subtema identificados pelos especialistas entrevistados, o próprio regime de funcionamento de serviços na Atenção Primária surgiu como um fator de dificuldade para a garantia do Acesso e Acessibilidade dos usuários do SUS. Dito de outra forma, percebe-se que fatores relacionados a financiamento e responsabilização relacionam-se com a organização da oferta de serviços e fluxos de atendimento:

*“Ao se pensar na Atenção Primária, é preciso considerar os serviços que só abrem no horário comercial, em dias úteis, já que esse regime de funcionamento impacta a vida das pessoas que não tem flexibilidade junto aos seus locais de trabalho. A flexibilidade, então, deve vir da parte dos serviços de Saúde da Atenção Primária.” (E1)*

*“Devido ao tamanho continental do Brasil, para os pacientes de pequenos municípios do interior que precisam de determinados tipos de exames e tratamentos, são necessários deslocamentos, às vezes muito grandes. Logo, para racionalizar e otimizar o atendimento, é preciso estabelecer a oferta num ponto estratégico, que sirva uma região. E aí, no bojo dessa questão logística, também entra a discussão do financiamento sob um ponto de vista político, pois se não se define de quem é a responsabilidade por aquele paciente que mora numa cidade e vai para outra se tratar, cria-se dificuldade. Esse fluxo deve ser claramente determinado, o que envolve uma engenharia política mais ou menos complicada, a depender do caso, porque os limites geográficos, às vezes, são fluidos ou, por outro lado, complexos por envolverem municípios de Estados diferentes.” (E2)*

Em conexão com o regime de funcionamento de serviços, o excesso de burocratização de ações que dificultam o atendimento dos pacientes foi citado como uma significativa barreira de Acesso:

*“Outra questão é a possibilidade de dificuldade de Acesso por conta da burocratização envolvendo rotinas na Atenção Primária que implicam muitos retornos e reconsultas antes de encaminhar para um especialista. Não se deve pensar na Atenção Primária como uma instância burocrática, mas se deve pensar em formas de agilizar o processo considerando esses aspectos. As Centrais de Regulação informatizadas, teoricamente, vem para melhorar o sistema e ajudar a otimizar o processo.” (E1)*

Também figurou como uma barreira de acesso a questão do financiamento, da custo-efetividade e da consequência de Judicialização. Ou seja, o cumprimento da Integralidade pode levar à Judicialização, impactando no Acesso e financiamento:

*“Um ponto importante a destacar é a questão do pagamento, pois o SUS regularmente atende em torno de 70% da população brasileira sem necessidade de pagamento de assistência, logo, não é uma política setorial para pessoas pobres. O SUS é um sistema cronicamente subfinanciado e com uma missão muito ampla. Se o orçamento é deficitário, insuficiente, então, são duas discussões. Uma, refere-se ao uso de tecnologias que não são adequadas, ou efetivas, ou não são custo-efetivas. E outra, refere-se à pressão para a incorporação de tecnologias, inovadoras ou não, forma inadequada. E quando a gente fala em Integralidade, pode se entender que tudo que um médico vai prescrever vai ser necessariamente ter que ser utilizado no SUS. Então, isso cria possibilidade de certa tensão de acesso a esses tratamentos, o que pode levar à Judicialização.” (E1)*

Finalmente, foi citado o excesso de exames e a escassez de racionalidade como fatores implicadores da possibilidade de aumento de riscos sem benefícios:

*“Outro problema no Brasil está nessa parte de confirmação de diagnóstico e também de qualidade de exames de rastreamento. Tem havido muita dificuldade ao longo dos anos de se implantar programas de qualidade, inclusive sem causar benefício e, em alguns casos, com aumento risco, como no caso dos exames que envolvem radiação, por exemplo. Portanto, é necessária racionalidade na garantia do Acesso, a fim de reduzir rastreamentos sem necessidade, sem uma indicação muito clara que aquilo reduz a mortalidade por aquele Câncer, além do que significam custo para o Sistema e geram impactos para as pessoas. Você tem excessos de exames sem indicação, gerando uma demanda excessiva, um custo de oportunidade e consequências indiretas, dificuldades de acesso daquilo que os pacientes realmente precisariam.” (E1)*

No que se refere a **Ações de Desatamento de Nós Críticos** relacionados ao subtema identificados pelos especialistas entrevistados, foi citada a importância da implementação de protocolos de referência urgente:

*“É importante haver protocolos de referência urgente para sinais e sintomas suspeitos de Câncer, inspirados em experiências internacionais tal qual a do NHS do Reino Unido, com um bom monitoramento considerando sinais bem inespecíficos. Isto demanda investimento na qualificação da formação dos profissionais para atuarem na Atenção Primária, buscando garantir a Integralidade de toda a Linha de Cuidado.” (E1)*

Também foi citada a importância da adoção de estratégias de aperfeiçoamento de Participação na discussão orçamentária, com subsídio de evidências científicas a fim de garantir qualificação adequada:

*“É necessária uma discussão ampla e transparente sobre a distribuição do orçamento na Saúde, com maior Participação Social e com evidências científicas para subsidiar, pois o que acontece atualmente é uma discussão muito endógena e isso gera dificuldade de acesso. Não se pode esquecer que as novas tecnologias que vão sendo incorporadas ao SUS tem impacto orçamentário.” (E1)*

Foram feitas reflexões sobre a questão dos avanços tecnológicos no âmbito do mundo do trabalho, fundamentais para se garantir Acesso menos desigual:

*“Uma questão óbvia de Acesso é se a Atenção Primária está bem distribuída geograficamente para a população. E uma crítica que se costuma fazer é a de que os médicos não querem ir para lugares do interior do país, mas isso é uma visão muito reducionista, simplificadora, pois todos os profissionais precisam de infraestrutura, de um plano de carreira, elementos que estimulem a fixação. Medicina não é sacerdócio, é formada por seres humanos. É uma questão mais complexa do que comumente se pensa. E hoje em dia, com o advento tecnológico do trabalho remoto, pode-se muitas vezes garantir o acesso à distância. Eu acho que essa questão do trabalho remoto tem uma tendência, se for bem planejado, de mudar um pouco essa conformação urbana no Brasil, daquele país todo concentrado no litoral, em grandes megalópoles. Por que não tentar essa mudança de paradigma do trabalho e revolucionar a forma como o espaço urbano é organizado, de modo a criar condições de acesso a quem mora em lugares distantes dos grandes centros?” (E1)*

A questão da Comunicação gerou reflexão e falas direcionadas à necessidade de desenvolvimento de estratégias de aperfeiçoamento e de captação e cooperação de atores midiáticos para disseminar informação qualificada e vocalizar demandas reais:

*“A gente tem que ser mais realista na nossa comunicação com a população, pois isso tem rebatimento na questão do Acesso e da Judicialização. Por exemplo, é necessário desconstruir a confusão conceitual enraizada na ideia de que Equidade significa tudo igual pra todo mundo. Você cria uma percepção de que as coisas são muito mais benéficas do que na verdade são. Não é bem isso, o princípio regente é o da adequação da oferta a cada um de acordo com suas necessidades.” (E1)*

*“Existe atualmente uma polifonia, com muita gente falando muita coisa não necessariamente pertinente ou científica. A questão da desinformação disseminada, das fake news se torna relevante. Por exemplo, youtubers, influencers, celebridades que dão informações relacionadas ao Câncer. Às vezes são boas, mas muitas vezes não, e as pessoas estão consumindo aquilo ali. É real e sério o risco representado pelos tratamentos alternativos que não têm eficácia ou tecnologias que são usadas inadequadamente e muitas pessoas acham que aquilo ali é o certo. Se a gente conseguir direcionar esses atores para exigir o que realmente vai impactar mais na Saúde delas, impactar mais na redução da incidência na mortalidade por Câncer, essa convergência de interesses pode ser muito positiva e benéfica para o interesse público, interesse da Saúde Coletiva.” (E1)*

Finalmente, em termos de **Expectativas e Perspectivas** relacionados ao subtema, houve otimismo, condicionado à inserção da Saúde como prioritária no modelo de desenvolvimento adotado pelo país:

*“Acho que a gente até poderia colocar uma expectativa otimista, se a gente não atrelasse a questões mais macro do país. Só que o Acesso à saúde está necessariamente imbricado com outras políticas e a questão macroeconômica do país e isso complexifica tudo. Acho que uma análise de cenários de Saúde não pode prescindir de considerar o panorama global. A questão do Complexo Econômico e Industrial da Saúde, por exemplo, se faz estratégica. Qual a autonomia que o país vai ter diante das inovações no tratamento oncológico? Isso vai determinar também o valor final e a possibilidade de incorporar essas tecnologias e vai ter um impacto no futuro do acesso a essas novas tecnologias. É premente mudar essa lógica de programas de rastreamento no nosso modelo oportunístico, organizado de base*



*populacional. Se isso realmente acontecer e for adiante, a gente vai migrar para um modelo muito mais efetivo e mais eficiente também que vai resultar em maior Acesso com qualidade. Então, todo esse contexto dos avanços tecnológicos torna-se uma grande preocupação do ponto de vista da reorganização dos espaços, da assistência remota, da teleconsulta ou avaliação de exames remotamente, como também no sentido de um maior espalhamento da oferta de serviços e melhor inserção das pessoas no espaço urbano, com uma expansão mais equilibrada. Tudo isso pode refletir em melhorias na qualidade de vida das pessoas na saúde e no Acesso à Saúde. Então, acho que depende desse modelo de desenvolvimento, de para onde o país vai caminhar nas próximas décadas, e se e como a Saúde se colocará como prioridade dentro do orçamento público.” (E1)*

## SUBTEMA 02: Inovações Tecnológicas

Quanto ao **Estado da Arte** deste subtema, os especialistas entrevistados discorreram sobre três cenários provocativos quanto ao papel, impactos e possibilidades da Tecnologia relacionada ao Câncer, sobre avanços no tripé cirurgia/radioterapia/quimioterapia e a Oncologia se consolidando como segmento de mercado principal do CEIS, demandando uma visão sistêmica, respectivamente:

*“A gente pode pensar em três cenários provocativos: No primeiro, a tecnologia vai fazer toda a diferença no controle do câncer, isso vai impactar na incidência, no tratamento, em toda a linha de cuidado do paciente, honestamente, e a gente vai ter recurso para isso. Esse seria um cenário ideal. Uma outra perspectiva é que realmente a tecnologia faz muita diferença nesse cenário, mas as pessoas não vão ter recurso para que todas as pessoas tenham acesso. Então isso vai agravar a disparidade, uma situação em que as pessoas vão ter uma exclusão do acesso às pessoas aquelas tecnologias que mudaram o desenvolvimento do câncer e que, portanto, não seria uma inovação concreta porque boa parte das pessoas não ia ter acesso. O terceiro cenário, seria que a tecnologia não vai fazer tanto impacto do ponto de vista da modificação final, porque ela não consegue capilarizar, porque ela, por alguma limitação, ela não consegue modificar os resultados. Mas a gente vai ter recurso para poder oferecer suporte e cuidados paliativos a todos. E o pior de todos os cenários é que a tecnologia não fez diferença e nem dinheiro para isso a gente tem acesso a cuidados paliativos a todos e é como se fosse um cenário em que a gente voltasse para instituições humanistas ou de caridade, dando conta dessa demanda que a estrutura oficial não consegue dar conta. Obviamente, isso é apenas uma reflexão inicial, mas isso não é da minha autoria. São dois autores que avaliam a farmacoeconomia na saúde e olhando*



*para o câncer como uma situação que, na realidade, pode acontecer isso. E você, de fato, já tem situações em que a tecnologia está disponível, mas as pessoas não têm acesso. Isso, quando você tem um sistema que, embora seja único, mas que tem uma capacidade de incorporação tecnológica diferente, você já tem essa realidade acontecendo. O que eu acho que o estado da arte não existe uma questão exclusiva. Porque se a gente tem uma fração evitável de câncer e o nosso século já está sendo conhecido como o século do comportamento, então, se você tem uma fração evitável de câncer que depende de comportamento e a gente não consegue modificar isso, a gente não consegue mexer no ambiente de maneira a favorecer um comportamento mais salutogênico, o estado da arte existe, mas ele não consegue ser executado. Então, a exemplo da Finlândia, que na década de 70, construiu um grande projeto de redução da mortalidade cardiovascular, e isso impactou também na incidência de câncer, da mortalidade por câncer, é precisa uma estratégia muito organizada para a gente poder mexer com fatores de risco, de educar a população, de alguma maneira, mexa no ambiente, porque não basta a educação, você tem que mexer no complexo econômico, você tem que favorecer com o ambiente de trabalho estratégias para mudar de risco, de comportamento, do ponto de vista que vai desde o controle de agrotóxico até um ticket para que uma pessoa possa fazer atividade física no ambiente de trabalho. Então é uma coisa muito grande, que vai muito além da saúde. Isso envolve uma sociedade como um todo. Então eu diria que o estado da arte vai desde intervenções do ponto de vista da fração evitável do câncer, para uma detecção precoce, para uma implementação dos tratamentos e da inovação que vem chegando com impacto na sobrevida até o cuidado de fim de vida. Então, acho que cada uma, ao longo de toda essa jornada, você terá propostas e incorporações tecnológicas que vão impactar. Então, um exemplo do cuidado de fim de vida, uma política nacional de cuidado paliativo, é uma tecnologia que precisa ser bem definido, bem renovado, para que a gente possa mudar isso, porque a realidade vai continuar sendo, as pessoas vão continuar morrendo de Câncer. E a gente não está muito bem na foto do ponto de vista da qualidade de morte. Então tem uma série de frentes que eu acho que precisam ser contempladas para a gente falar do estado da arte.” (E3)*

*“Acho que temos avanços em todas as áreas de tratamento do câncer. Se você imagina o tripé inicial, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, em termos de cirurgia, nós temos a questão da cirurgia minimamente invasiva, laparoscópica, robótica agora, inclusive com vários hospitais que atuam no SUS, tendo já ingressado na era da cirurgia robótica. De maneira semelhante, na radioterapia tem o advento da radiocirurgia estereotática extracraniana, que permite, em algumas situações,*



*fazer tratamentos radioterápicos muito concentrados, com menos toxicidades. Em termos de terapia sistêmica, ou quimioterapia, teve o advento da terapia-alvo nas últimas duas décadas, que mudou dramaticamente o cenário da quimioterapia antiga, porque agora os produtos são idealizados e projetados para ter uma atuação sobre moléculas que estão alteradas em células do câncer especificamente e não sobre células normais, diminuem a toxicidade, aumentam a eficácia e abrem a perspectiva, inclusive, do que a gente chama de tratamento agnóstico, que são tratamentos em que se está mais preocupado com a origem molecular do tumor do que com a origem anatômica. Então, por exemplo, alguns tumores de mama hoje têm um tratamento semelhante aos tumores de estômago, porque eles dividem a mesma característica molecular e assim por diante. Além desse tripé clássico, tem uma novidade importante na última década e eu considero relativamente nova, embora os estudos iniciais já tenham bastante tempo, estão se divulgando sua indicação agora, que é a imunoterapia, que é uma quarta estratégia de tratamento dos pacientes. A imunoterapia não está disponível para a maioria dos pacientes, mas para aqueles aproximadamente 5% a 10% que têm características de tumores desenvolvidos para imunoterapia, ela muda dramaticamente o resultado do tratamento. Em termos de tratamento, seria isso. Os avanços relevantes em termos oncológicos têm a ver com a imagem que, além de tomografias e ressonâncias que foram melhoradas, nós tivemos o advento do PET-SCAN. O PET-SCAN é importante porque agora começa a ser associado a um desenvolvimento de novos radiofármacos e começa a ter aplicações muito específicas para tumores neuroendócrinos, inclusive com associação a tratamentos com radioisótopos, que são utilizados conjugando uma partícula radioativa com algum tipo de componente direcionado à célula tumoral, e isso faz parte da Medicina Nuclear. E algo muito novo começa a ser disponibilizado, especialmente em serviços particulares, não tanto no público ainda, que é a biópsia líquida, com avaliação de fragmentos de DNA tumoral, permitindo que você faça diagnóstico precoce, acompanhamento de tratamento, diagnóstico de recorrência, etc. ainda muito novo em desenvolvimento, mas é algo que acho que terá um impacto significativo no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer no futuro. Então, tem muita coisa para falar, mas rapidamente serão esses tópicos.” (E4)*

*“A área de Oncologia, com certeza, é o segmento de mercado principal do Complexo Econômico da Saúde, atualmente. É uma área, talvez junto com as doenças raras, de maior interesse privado em termos internacionais. Os investimentos em inovação nessa área estão entre os que mais crescem, e as oportunidades tecnológicas são imensas. A Oncologia está entre as duas maiores cargas de doença do Brasil e do mundo, junto com as doenças do coração, e a projeção que*



*se tem é de em breve ser a maior, ou seja, de continuar com elevada importância para o Brasil e no contexto internacional, também. Dois fatores importantes que contribuem para este quadro de ampliação da demanda pela Oncologia são o envelhecimento populacional e o sucesso dos Sistemas de Saúde. Não é que o sucesso do Sistema de Saúde não vai reduzir a demanda por Câncer, porque, se viverem muitos e o quanto mais saudável viverem, pessoas que morreriam de outras causas acabarão tendo problemas de Câncer com o próprio processo de envelhecimento. Portanto, é uma doença que tem muita relação com hábitos de vida, com envelhecimento, e há demanda crescente por Inovação, por produção industrial e de serviços de Promoção, Prevenção e Assistência. Serviço não é só Assistência e produção não é só indústria, e quando a gente fala em Inovação, também não é só na indústria, é numa visão ampliada do sistema produtivo, do sistema de inovação, do sistema científico e tecnológico, os quais constantemente se qualificam para dar novas respostas para o diagnóstico, tratamento, Prevenção e Promoção ao Câncer. A mudança brutal que o Brasil teve com um programa bem sucedido de redução do fumo foi exemplar para o mundo. As inovações que tiveram mais impacto no Cuidado em Câncer no país foram todas as relacionadas às práticas sociais, culturais e normativas ligadas à questão do uso do tabaco, e foram mais importantes que qualquer produto biotecnológico. Mas o fato da política de redução do uso do tabaco sido ter sido bem-sucedida, certamente mudou o perfil de demanda dos próprios produtos e inovações para a Oncologia, já que não necessariamente se reduziu a demanda global por produção e por Inovação na área. O que há é um deslocamento e uma mudança no perfil da demanda, pois outros tipos de Câncer se tornam mais importantes do que os relacionados ao uso do tabaco. A pressão muda. Isso é ilustrativo do fato de que a Inovação institucional nas políticas públicas, numa visão mais ampla, social, tem uma influência decisiva no perfil e na demanda sobre a Inovação tecnológica, que está dentro de um sistema de Saúde e dentro de uma sociedade concreta que muda e é mudada de acordo com o perfil de Saúde e de doença dessa sociedade. A Inovação é voltada para atender às necessidades humanas determinadas pelas demandas da sociedade que, por sua vez, são transformadas pela própria Inovação, numa relação dialética. No caso do Câncer, não é diferente. Logo, a Inovação deve ser sistêmica, ainda que também contemple as especificidades dos tipos de Câncer.” (E5)*

Como um dos **Nós Críticos** do subtema, foi citada por um especialista entrevistado a questão política do “Capitalismo Cleptocrático”, demandador de lucratividade máxima, impactando a circulação de Inovação e a garantia de Equidade no Acesso:



*“O desafio é que a gente está lidando com uma questão que também é política. Não é puramente da bancada que o pesquisador descobre uma molécula e isso vai fazer diferença na doença instalada. É uma coisa que vai muito além disso. Vai desde questões de segurança nacional, de soberania, de acesso, de tentar envolver questões relacionadas à precificação de tecnologias, que isso depende de uma agência central. Como é que a gente concilia isso? O que a gente vê são drogas a preços injustificáveis, tecnologias novas que chegam com ganhos incrementais de saúde, muito aquém do que justificaria o preço que é cobrar por isso. Então, tem um pano de fundo, e essa expressão também não é minha, de um capitalismo cleptocrático em que todas as etapas do que diz respeito ao profissional de saúde, ao plano de saúde, à instituição que oferece o cuidado, à indústria farmacêutica, todas as entregas exigem uma lucratividade máxima. Então, é esse modelo capitalista predatório e impede a própria circulação da inovação, porque é impeditivo. Então, esse processo de tomada de decisão do gestor, onde ele vai botar o recurso, onde ele vai investir numa campanha de redução de risco, investir tecnologia numa menos densa. Fora da detecção precoce, ou se ele vai investir tudo em tratamentos paliativos, isso é o grande desafio. Então esse, eu diria que é um dos limitantes de a gente modificar esse jogo. E o que a gente está vendendo é exatamente isso. Os países do primeiro mundo, os países desenvolvidos, com uma incidência muito maior de câncer, mas de mortalidade nos países em desenvolvimento que predominam. Então, é de fato uma questão de acesso. As pessoas não estão tendo acesso. Os estágios estão sendo muito piores nesses outros ambientes. E eu acho que dentro desse ambiente, como você olha o Brasil, por exemplo, com essa dimensão continental, você vê isso de alguma maneira replicado aqui. Então, estados menos favorecidos e estados mais favorecidos com estágios avançados, totalmente diferente dentro do próprio SUS. Então, são questões políticas que precisarão ser resolvidas, e que eu acho que diz respeito a esse modelo capitalista que, de fato, não está dando certo.” (E3)*

Outras questões levantadas foram, respectivamente, os custos de incorporação de Tecnologias no SUS e a (in)disponibilidade de infraestrutura:

*“Talvez o maior desafio de disponibilidade dessas tecnologias no SUS sejam os custos de incorporação, que são muito altos para um país como os Estados Unidos, imagina na nossa realidade. Eu acho que esse tipo de situação costuma ir se acalmar e melhorar, os custos caem, as receitas começam a surgir, mas hoje o grande desafio é como acompanhar esse grande número de novas terapias e novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos com o orçamento que é limitado, obviamente, e tudo isso vem com custos muito elevados. Essa eu acho que*



*é uma discussão que está muito presente neste momento, que é o custo dessas terapias. Então, o primeiro fator limitante seria o custo.” (E4)*

*“Existe um segundo fator limitante, que é a disponibilidade de infraestrutura. E nós imaginamos dividir isso em algumas partes. Por exemplo, hoje você não tem no SUS como um todo, claro que existem certas ilhas de excelência onde isso pode ser disponibilizado, mas em termos estruturais você não tem laboratórios de anatomia molecular, por exemplo, disponíveis. No SUS, você consegue fazer a anatomia clássica, talvez imunohistoquímica, e vai ficar difícil você ir além disso. E muitas dessas novas terapias requerem que você tenha algo mais sofisticado, que seja sequenciamento genético, um teste mais caro, mais difícil, e essa disponibilidade não é tão ampla assim, não é nem uma questão financeira de não ter os laboratórios mesmo disponíveis em todas as situações. Então, esse é um problema que vai precisar ser avaliado, que é a disponibilidade de infraestrutura diagnóstica. O mesmo em termos de tratamento. Houve um avanço, por exemplo, nenhum número de equipamentos de radioterapia disponíveis no Brasil, mas ainda temos um déficit. E quando você está correndo atrás para tentar fechar esse déficit, você, obviamente, acaba tendo que ser econômico e nem todo equipamento que é adquirido tenha possibilidade de fazer radiocirurgia, por exemplo. E não precisa, a verdade é que não é todo o equipamento que precisa ter essa disponibilidade. Mas, de maneira geral, hoje você tem uma limitação de quanto serviço dispõe de um equipamento de radioterapia moderno e sofisticado o suficiente para fazer radiocirurgia. Robótica, nós estamos passando por um momento, acho que, de transformação. Ainda é uma tecnologia relativamente cara, mas existem vários novos participantes no mercado que estão começando a oferecer, caíram algumas patentes, então estão começando a oferecer equipamentos robóticos e certamente se espera que isso leve uma redução do custo. E aí nós vamos ter que ver, porque sim, é mais caro operar um paciente por robótica, mas ele sai do hospital mais rápido. Então, o que você economiza? Por um lado, será que seria o suficiente para você compensar o que você gasta do outro? São cálculos que vão ter que ser feitos com o tempo. Eu acho que isso são os fatores limitantes mais importantes da incorporação de novas tecnologias.” (E4)*

Também foram citados como elementos dificultadores a ausência de uma trajetória tecnológica de Inovação para o Câncer seguindo uma trajetória tecnológica de Acessibilidade e com Sustentabilidade garantida, com Inteligência Competitiva, assim como a ausência de capacidade produtiva e tecnológica para a Inovação de insumos e serviços relacionados ao Câncer:



*“Uma questão central é o custo da sustentabilidade das novas tecnologias voltadas para o Câncer, que é impagável no Brasil e no mundo e há risco de quebrar o sistema de Saúde junto com as doenças raras. Esse núcleo de doenças que demanda tecnologias de Inovação altamente sofisticadas, é uma grande ameaça aos sistemas universais de Saúde. A estrutura de mercado é oligopolista, as tecnologias para Câncer se concentram em poucas empresas, poucos países e com custos inacessíveis em termos globais. O problema existe em países como o Brasil, mas também na Inglaterra, na França, na Suécia. Ou seja, ninguém consegue mais pagar o tratamento, criando um risco imenso, principalmente para sistemas universais de saúde, de se instituir tratamento para rico e tratamento para pobre. Então, eu coloco como o maior desafio, a instituição de uma trajetória tecnológica de Inovação para o Câncer seguindo uma trajetória tecnológica de Acessibilidade e com sustentabilidade garantida, pois não dá para o Ministério da Saúde, BNDES, FINEP, OMS, etc. financiarem desigualdade. No início do fomento, no início do estímulo, é preciso haver alguns parâmetros que tenham uma visão integrada, e isso envolve inteligência competitiva de modo sério, entendendo para onde vai o Mercado e se posicionando estrategicamente, para aproveitar a sua diversidade e poder trabalhar visando o bem-estar coletivo.” (E5)*

*“O Brasil não tem capacidade produtiva e tecnológica de grande avanço para a produção e Inovação de insumos e serviços relacionados ao Câncer, e se não há uma base produtiva industrial, não adianta ter esforço de Inovação. Porque aí não é nem Inovação, é esforço de pesquisa. Inovação por definição é quando o produto vira mercado, ou quando o conhecimento vira produção e muda a vida das pessoas. Talvez o gargalo crítico para o Brasil seja a nossa dependência tecnológica, o déficit comercial em Saúde está entre os dois maiores déficits do Brasil como um todo, com a Oncologia ocupando o lugar de destaque.” (E5)*

Como **Ações de Desatamento de Nós Críticos** relacionados ao subtema, foi citada a necessidade de adoção de estratégias com enfoque multidimensional, incidindo nas áreas da Economia/Financiamento, Educação e Comunicação/Segurança de Dados:

*“Do ponto de vista do horizonte, de futuro, eu acho que tem uma base que diz respeito à Educação. Como é que a gente educa uma população em Saúde do ponto de vista de autocuidado, do ponto de vista de promoção de saúde, do ponto de vista de alertas que pode chamar a atenção, que a pessoa deve procurar uma estrutura de Saúde para poder esclarecer esse ou aquele sintoma. Eu acho que passa também pela formação do profissional, do profissional em todas as suas modalidades na área da Saúde, enfermagem, médicos, que a gente ainda*



*vive essa questão que tem uma obstinação terapêutica, que olha para os estágios negativos como derrota. E na realidade isso de alguma forma faz parte da nossa natureza. E está dentro também daquela concepção da guerra contra o Câncer, a própria concepção de combate, belicista, a busca pela bala de prata. Essa guerra contra o Câncer, aquele discurso clássico de Nixon, que coloca esse enfrentamento nesses termos. Então, o exercício da gente ter que aceitar a nossa natureza e lidar com ela, mobilizar o recurso para lidar com ela, vai ser uma coisa importante. Além da guerra ser uma intervenção inapropriada, a gente tem que parecer isso como uma questão complexa. Então, tratar de uma forma que tente reduzir e simplificar não vai dar conta, porque é uma questão de complexidade. Existe uma questão complexa que não adianta a gente procurar uma saída que simplifique ou que tente reduzir a questão porque a gente não vai sair do lugar. Então isso mexe com várias dimensões do campo social. Até mesmo porque o Câncer, enquanto agravo de Saúde, enquanto doença, ele é plural. Existem mais de 100 tipos de Câncer. Alguns curáveis, outros não. Enquanto a gente hierarquizar os saberes, o biológico, o tecnológico, ou botar num outro patamar a questão das exatas, das biológicas e das sociais, a gente não vai conseguir enfrentar isso. Então, acho que tem que ter um olhar holístico, quer dizer, com todas essas dimensões reunidas para que o problema seja enfrentado. Então, quando a gente pensa em mudança de comportamento da população, se você não olhar para a questão da Segurança, não adianta você querer estimular as pessoas a estarem na rua andando se elas não têm segurança para isso. Então, é uma questão complexa. Isso é mexe com Educação, mexe com Economia, mexe com transferência de renda, mexe com uma série de coisas que vão muito além do fenótipo neoplásico de uma célula que é capaz de gerar sofrimento e matar uma pessoa. Então, acho que o horizonte, ele convida a gente a uma reflexão de que não está dando certo, a estratégia não está dando certo e a gente precisa tocar em algumas questões, como por exemplo essa do preço da tecnologia, porque, enfim, simplesmente inviabiliza o exemplo da vacina do HPV, por exemplo. Quando ela foi lançada, o preço era de 100 dólares por dose. Ou seja, aquele valor só do insumo, na ocasião, era cinco vezes o valor total do Programa Nacional de Imunização. Então, não dá nem para se discutir uma incorporação de uma tecnologia com a perspectiva de gerar tanto benefício se a precificação dela chegou a esse ponto. Então, como é que as pessoas vão harmonizar a ideia de um sistema que está cada vez mais financiado, um sistema que, na verdade, são muitas corporações que prestam serviços de Saúde regidos por fundos que visam ao lucro. Então, é uma solução difícil de ser fechada. E aí eu acho que a Oncologia cai numa armadilha porque o apelo é muito grande. Aquela ideia do*

*coração, de quem desenvolve a tecnologia como a indústria farmacêutica e o profissional de Saúde que o que mais quer é essa ideia de combater o Câncer. Então as munições que são novas drogas, vistas dessa maneira, como algo que entra nessa lógica belicosa da gente estar numa luta, na realidade, contra a própria natureza. É uma guerra perdida. E quando você olha para os números, a fração evitável de Câncer no Brasil é algo em torno de 30%, 35%. Mas com essa incidência que vem escalando, talvez a fração evitável do Câncer seja maior. Então, isso muda conforme as projeções de, por exemplo, quanto você ganha quando investe em uma determinada intervenção. Nos Estados Unidos, a parcela evitável de Câncer é em torno de 60%. Você percebe um estilo de vida muito menos salutogênico e muito mais patogênico. Enfim, acho que é uma situação complexa que a gente tem que estar com todo o mundo reunido junto, não só a área da Saúde, para poder enfrentar. E do ponto de vista institucional, caberia então ao Ministério da Saúde puxar esse grande congraçamento de todas as entidades, mas também da própria Sociedade Civil organizada, o Ministério do Planejamento, o Ministério da Fazenda, etc. O Ministério da Saúde é necessário, mas não suficiente para dar conta dessa questão. Então é um desenho interministerial pela complexidade e eu acho que o Ministério da Saúde, obviamente, por estar ali na linha de frente, tem que puxar, mas só ele não consegue dar conta. A Secretaria de Controle do Câncer, a Coordenação Geral de Controle do Câncer (SGCAN), poderia ser o gatilho, sem dúvida. Eu acho que ela tem que alertar, convidar e animar essa discussão.” (E3)*

Foram citadas, ainda, a necessidade de investimentos com racionalidade, investimento no diálogo intersetorial e interinstitucional, bem como investimento numa visão construtiva da Judicialização, respectivamente:

*“No quadro das inovações tecnológicas, considerando os setores público e privado da Saúde, acho que eles poderiam atuar juntos em muitas situações. Vou usar um exemplo muito prático. O ápice da tecnologia de radioterapia são as unidades de partículas pesadas. No caso, o mais famoso é o próton, mas já tem, na Alemanha e no Japão, já tem equipamentos que usam carbono, são as unidades hadrônicas. São equipamentos que têm um altíssimo custo, não só de implantação, mas também de manutenção. Um equipamento desses vai custar, no mínimo, 250 milhões e vai ter um custo de mais ou menos 10% desse valor anual só de manutenção. É por isso que no Brasil não temos ainda um equipamento desses. Então, esse é um exemplo de que talvez o sistema público pudesse fazer algum tipo de parceria com o sistema privado, estabelecendo algum tipo de consórcio amplo em que instituições privadas e instituições públicas pudessem ser parceiras na instalação*



*de um equipamento que seria bom e necessário para o país inteiro, mas que não teria opções econômicas nem dentro do sistema público, nem no sistema privado independente. É um exemplo. Outro exemplo. Grandes conglomerados de saúde do Brasil, não sei se esse é um termo adequado, mas pega Rede D'Or, DASA, etc., têm laboratórios moleculares muito amplos que provavelmente possuem uma certa ociosidade de equipamento que poderia ser direcionada para pacientes do sistema público se houvesse um acordo com cobertura de custos, etc. Então, eu acho que há muitas oportunidades para participação conjunta. Certamente, nem tudo vai poder ser feito, porque, afinal de contas, são sistemas com características econômicas muito distintas. Mas eu acredito que existe uma oportunidade, sim, em termos de melhorar o acesso à biópsia, melhorar o acesso a tratamentos de altíssima tecnologia, que não são para todos. O importante é dar a quem precisa o que funciona, não é tudo para todo mundo, porque tudo não vai funcionar para todo mundo. Ou seja, talvez uma das palavras-chave nessa questão seja racionalidade. Há certas coisas que podem ser feitas assim. Racionalizar o sistema é sempre importante. No sistema público, o ritmo é um pouco mais lento e eu acredito que isso está associado também ao impacto econômico que todas essas novidades trazem. Então, não acho que tem que incorporar tudo para todo o mundo, mas acho que aquelas tecnologias que levam a uma mudança na perspectiva de cura ou que levam a uma perspectiva de controle da doença de longo prazo, eu teria uma esperança mais do que a expectativa que foi avaliada de uma maneira um pouco mais rápida.” (E4)*

*“A superação dos desafios não passa apenas pela ação do poder público, no caso do SUS, mas também na ação, no interesse das operadoras de saúde, do sistema de saúde suplementar. Poderia ser feito no sentido de se solidificar cada vez mais esse pensamento incomum de superação e desafio. Eu acho que tem que ter um pouco mais de diálogo, aumentar mais ainda o diálogo. Claro que existe esse diálogo, mas acho que pode aumentar mais um pouco. E as expectativas têm que ser temperadas, não adianta imaginarmos que vamos incorporar as novas tecnologias e não vai haver um aumento de gastos. Agora, por outro lado, tem que ter um diálogo com a Indústria, etc. Não pode se esperar que um país como o Brasil tenha disponibilidade de recursos iguais à Alemanha para fazer incorporação. Então, existem vários pontos em que acho que precisamos dialogar mais para fazer poder com que o campo avance à frente. Só há uma entidade no Brasil que tem a capacidade de trazer todos para dialogar juntos, só o Ministério da Saúde tem o tamanho e o peso político para trazer todas as entidades juntas para fazerem esse diálogo. Por exemplo, a gente tem o COSINCA, mas o COSINCA é limitado ao sistema público. Não inclui o sistema privado. A*



*Sociedade Brasileira de Oncologia está lá representada, mas estamos falando mais do sistema público mesmo. Eu acho que o Ministério poderia fazer, talvez, workshops, mas com um assunto, não adianta chamar todo o mundo sem um assunto, mas com um assunto muito bem estabelecido e tentar trazer a indústria, o Sistema de saúde suplementar, o sistema público, representantes dos pacientes, representantes médicos, e começar a ter uma discussão mais ampla. Às vezes pensamos em muita coisa que seria ideal, mas na hora da consolidação, da operacionalização, a gente enfrenta as dificuldades do cotidiano.” (E4)*

*“Em algumas situações a demora de incorporação leva a um desespero do indivíduo e ele busca a saída que está disponível, que é a Judicialização. Então, em algumas situações, um tipo de fármaco, de intervenção terapêutica, realmente funciona. Então, se compreende por que o público está buscando a Judicialização. Então, nesse sentido, ela é até positiva, porque ela força os entes pagadores a estudarem com cuidado a necessidade de incorporação. Sirva como um aviso, um alento. Eu acho que a Judicialização começa a ter um problema quando ela começa a trazer à baila o uso de tratamentos que não estão comprovados ou que não têm atividade. Aquela ideia de tudo para todo o mundo. É difícil de você falar, porque é um tema extremamente complexo, mas eu acho que tem sorte um esforço, inclusive das instâncias jurídicas, de tentar se adaptar a essa realidade. Então, eu acho que é uma realidade, não adianta dizer se eu gosto ou não gosto, a Judicialização é uma realidade do dia a dia. Mas é importante que as pessoas trabalhem para que o que sai da Judicialização sejam realmente decisões que dêem suporte a tratamentos que tenham base em evidências, não apenas numa expectativa. Todo mundo quer ter um tratamento melhor, mas nem sempre está disponível.” (E4)*

Também foram citadas a necessidade de elaboração e implementação de Políticas Públicas de Inovação dotadas de uma visão simultaneamente sistêmica e específica, agilmente responsivas a demandas prioritárias de acordo com os indicadores, e a necessidade de imbricamento entre atividades de Pesquisa e Inovação e a Assistência em Câncer, com o INCA se consolidando como orientador do padrão nacional de Promoção, Prevenção e Assistência:

*“A inovação em Câncer é líder em termos de investimento mundial em pesquisa e desenvolvimento. É líder em termos das PDPs e pedido no Brasil. Se você pegar todas as tecnologias da dita quarta revolução, tecnológica, nanotecnologia, inteligência artificial, genômica, etc., todas são muito cruciais. E por ser um segmento de mercado muito importante, tem sido uma área de prioridade do*



*investimento privado, o que pode ser bom, significa que estão investindo muito em Câncer. Só que o mercado gosta de dinheiro e de taxas de retorno. Se houver investimento em Ciência, mas não se mudar a visão vinda do Mercado, o conhecimento produzido não vai servir nenhuma mudança estrutural voltada para o bem coletivo. É necessário um olhar específico relativo a cada demanda vinda de todo e cada tipo de Câncer, com o cuidado em se priorizar os que requerem ações e políticas públicas mais urgentes considerando as mudanças e tendências de perfil demográfico, e as características locais do sistema de Saúde. Ou seja, tem que haver uma visão abrangente, sistêmica, mas agilmente responsiva às demandas específicas maiores e mais necessárias, de acordo com os indicadores.” (E5)*

*“É necessário quebrar o “vale da morte” entre a atividade de Pesquisa e Inovação e a Assistência em Câncer. Os institutos nacionais de serviços tais como o INTO e, principalmente o INCA, deveriam estar vinculados à Secretaria de Ciência e Tecnologia e não na Secretaria de Atenção à Saúde, porque a Assistência para eles é uma forma de dar o padrão tecnológico para o país. No caso do Câncer, o INCA deveria dar o padrão nacional de Promoção, Prevenção e Assistência, dizendo o que vale e o que não vale a pena fazer, o que é ou não sustentável.” (E5)*

Como **Expectativas e Perspectivas**, os especialistas entrevistados expressaram otimismo no geral referente ao subtema, muito embora haja muito trabalho a ser feito quanto a estratégias de Controle do Câncer envolvendo Tecnologias “Hard” e “Soft”:

*“Eu sou oncologista. Então, acho que por natureza tem um otimismo encarnado, está no DNA. Ao longo desses 30 anos de prática, embora muita coisa tenha mudado do ponto de vista das tecnologias que aumentaram a sobrevida de fato, a gente ainda tem muito trabalho pela frente. Porque se a gente pudesse investir, por exemplo, numa forma mais intensa do controle, por exemplo, do acesso ao tabaco, isso acho que impactar de uma maneira muito grande. Eu acho que a gente precisa reunir especialidades, porque não adianta a gente estar aqui discutindo o Controle do Câncer, a Sociedade de Cardiologia discutindo o controle da doença cardiovascular, a Sociedade de Endocrinologia discutindo a questão do Diabetes e de todo, quando na realidade os fatores de risco são comuns a todas essas questões e a gente precisa reunir esforços para que o poder seja mais estratégico, mais inteligente, mais aquela questão de um soft power que a gente precisa desenvolver para poder mudar essa questão de comportamento e que, portanto, é comportamento de fator de risco, é comportamento de obstinação terapêutica, é comportamento de uma Sociedade que não gosta de falar*

*da morte de jeito nenhum, que evita isso e acha isso uma derrota. É um tabu. Isso impacta na demanda por tratamentos. Então, eu acho que, com maior ou menor otimismo, a gente tem que investir nessa questão, de qualquer forma.” (E3)*

Do mesmo modo, foi ressaltado ser necessário ainda ser feito um Trabalho de Estruturação dos Serviços para que a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) possa ser cumprida na sua Integralidade:

*“Eu sou sempre um otimista, todo oncologista é otimista, eu vejo com muito otimismo a PNPCC, mas a verdade é que hoje, simplesmente passamos a letra da lei sem ter uma planificação em termos de estruturação dos serviços, ou seja, vamos ter dificuldades. Agora, precisa ter um trabalho de estruturação dos serviços para que a Lei possa ser cumprida na sua integralidade. Existe aquela ideia que é muito comum, é muito própria do senso comum quando se pensa em Medicina, e especificamente Câncer, e mais especificamente ainda, os tipos de tratamento incorporando inovações tecnológicas, que é uma ideia da bala de prata. A cura, a pílula mágica, ou a injeção, a vacina mágica que vai curar todos os homens. Eu acho que existem situações em que existe uma bala de prata. A bala de prata foi um termo cunhado por Paul Ehrlich no século XIX. Mas, por exemplo, o exemplo que eu dei da imunoterapia para tumores, colorretais, antes do tratamento, é muito próximo de uma bala de prata. Então, eu acho que é possível que você ter uma bala de prata para alguns tumores que estarão disponíveis ou não.” (E4)*

Finalmente, foi ressaltada a Prevenção e Controle do Câncer no Brasil como uma das frentes prioritárias que podem se beneficiar muito com as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), representando uma frente de Inovação com benesses para o Acesso, desde que haja esforço e investimento:

*“A manutenção do atual status quo não permitirá que se faça uma transformação estrutural que as pessoas precisam. Então, acho que a questão do financiamento tem que ser resolvida, assim como a produção local tem que aumentar de modo exponencial e, talvez, como maior desafio, esteja a quebra da barreira entre Assistência e Inovação. A expectativa envolvendo a PNPCC deve ser de cautela e de luta, porque enquanto não houver um fortalecimento da Política de Inovação e a pré-produção nacional, os problemas de curto prazo dominam a agenda de Saúde e do Câncer, ainda que por motivos legítimos, sob pena de continuidade de uma situação de dependência tecnológica. Então, é válido um otimismo cauteloso, realista, porque existe uma política para o CEIS, existe uma política*



*nacional para a Inovação de Saúde, existe a política da Nova Indústria Brasil, o Ministério aprovou 27 PDPs, mais de 30 programas de Inovação tecnológica local. O Brasil tem chance de reduzir as assimetrias e as iniquidades em Câncer e de entrar para o grupo de países com potencial concreto de Inovação. Mas tem que ter essas duas pré-condições. Preservação da mudança importante que foi feita, pois tinha sido quase descontinuada nos governos anteriores ao atual, e preparação para o aprofundamento da estratégia. Há perspectiva de que a Prevenção e o Controle do Câncer no Brasil, sem dúvida, configurem uma das frentes prioritárias que possam se beneficiar muito com as Tecnologias de Informação e representem uma frente de Inovação no subsistema de Informação, conectividade e inteligência artificial. A utilização de sistemas digitais, grandes bases de dados, big data, algoritmos generalizados na Atenção Primária, trazem imensas possibilidades. Mas é preciso que estes elementos tenham aderência ao perfil da nossa sociedade, ou seja, que sejam desenvolvidos no país e que tenham sustentabilidade.” (E5)*

### **SUBTEMA 03: Financiamento**

O **Estado da Arte** referente ao Financiamento para ações voltadas ao diagnóstico e tratamento do Câncer no Brasil, segundo os especialistas entrevistados, pode ser entendido em geral enquanto uma situação de atraso estrutural diante da complexidade do trato com a doença. Esse atraso se manifesta não apenas no sub-financiamento, mas pelas vicissitudes que o modelo de financiamento apresenta:

*“O que eu vejo hoje é que estamos passando por um processo de atraso estrutural muito grande, uma vez que o modelo proposto com a criação das autorizações de atendimento ambulatorial de alto custo (APAC), que tem a finalidade de financiar a partir de reembolsos pelos serviços prestados no tratamento oncológico, sempre foi motivo de muitas críticas, tendo em vista a falta de transparência relatada por muitos pesquisadores, inclusive assistência de uma forma geral, da forma como esses valores são estruturados e repassados. Porém, isso faz algum sentido à medida em que o tratamento da doença envolve uma complexidade muito grande e que requer uma flexibilidade no processo de tratamento e, conseqüentemente, no financiamento. Porém, faltava um endereçamento do que eventualmente estaria sendo utilizado no paciente, e isso traz um grande problema, porque com a chegada de tecnologias disruptivas e inovadoras com alto impacto econômico, fez com que esse modelo fosse colocado em xeque. Porque, de fato, o que a gente tem hoje é um sub-financiamento diante de uma série de tecnologias que o governo tem que ser*

*atualizado, mas de maneira descompassada com o modelo de financiamento, propriamente aqui. E causando, então, exatamente uma dificuldade por parte do gestor lá na ponta de implementar efetivamente essas tecnologias para o tratamento da doença.” (E6)*

Em termos de **Nós Críticos** referentes a este subtema do Financiamento, foi citada a escassez de mecanismos de controle/monitoramento da efetividade, eficiência, eficácia e condições de uso de novas tecnologias:

*“Uma das questões que precisam ser reavaliadas, que envolvem o modelo de financiamento, é a capacidade do Governo em se articular para criar mecanismos de controle para saber se as tecnologias que estão sendo empregadas estão chegando de fato até o paciente. Isso é o primeiro ponto. O Governo tem uma série de iniciativas, a exemplo da rede de Hospitais Sentinelas, com a questão da Farmacovigilância, principalmente olhando do ponto de vista, inclusive, de medicamentos, que poderiam, de alguma maneira, ajudar nessa interface para que garanta não só o acompanhamento da utilização da tecnologia, mas como também se ela está entregando o que ela se propõe entregar. Isso é um problema, porque não existe hoje um mecanismo estruturado que garanta que, ainda que o paciente tenha acesso à tecnologia, se aquela tecnologia de fato conseguiu entregar o que ela tem como propósito.” (E6)*

Outra dificuldade detectada foi a escassez de garantia de uniformidade no tratamento a fim de que a navegação do paciente seja mais bem monitorada:

*“Um outro aspecto desafiador é garantir uma maior uniformidade no tratamento, de maneira que você consiga ter um financiamento adequado para aquilo que você está propondo a disponibilizar. Isso tem a ver com o desenvolvimento e o aprimoramento do que já existe em termos de protocolos críticos e diretrizes terapêuticas alinhadas com a política e com as tecnologias incorporadas. Pensar nesse novo modelo de política abrange a questão do financiamento, como também a forma de Cuidado. Aí vem a questão da navegação do paciente, que só faz sentido porque, de fato, não houve uma estruturação adequada anteriormente. Porque se a gente conseguir ter um monitoramento, um fluxo adequado nos processos na rede de atenção do paciente, talvez a navegação fosse algo muito mais simples e resolutivo a curto prazo, o que de fato não tem se mostrado no momento. Então, isso também passa a ser um ponto de fragilidade dentro do sistema que exige uma necessidade de maior esforço para que você consiga, de fato, ter uma eficiência no investimento de recursos no tratamento da doença” (E6)*

Foi citada a ocorrência da incapacidade de priorização de investimentos como barreira de Acesso:

*“O aspecto que considero fundamental é a priorização de investimentos, porque traz uma série de desdobramentos. É um nó crítico a incapacidade, em muitas fases do processo, de se estabelecer o que é prioridade em termos de investimento e de avaliação tecnológica. Principalmente no cenário da Oncologia, a gente observa hoje um volume de produtos tecnológicos chegando cada vez mais precocemente no mercado, sem uma robustez na avaliação de sua eficácia, efetividade e segurança, e que acaba, de certa forma, também gerando uma insegurança por parte do tomador de decisão, que é o gestor, ficando sem saber se faz sentido incorporar ou não. E isso, obviamente, acaba gerando implicações, em função desse contexto, de um maior comprometimento também dos serviços, de uma forma geral, no sentido de estar colaborando no processo e no monitoramento da utilização dessas tecnologias.” (E6)*

Outra barreira de Acesso ligada ao subtema deriva da conjunção de fatores relacionados à organização da oferta de serviços e fluxos de atendimento e responsabilização incidindo sobre o Financiamento:

*“Devido ao tamanho continental do Brasil, para os pacientes de pequenos municípios do interior que precisam de determinados tipos de exames e tratamentos, são necessários deslocamentos, às vezes muito grandes. Logo, para racionalizar e otimizar o atendimento, é preciso estabelecer a oferta num ponto estratégico, que sirva uma região. E aí, no bojo dessa questão logística, também entra a discussão do financiamento sob um ponto de vista político, pois se não se define de quem é a responsabilidade por aquele paciente que mora numa cidade e vai para outra se tratar, cria-se dificuldade. Esse fluxo deve ser claramente determinado, o que envolve uma engenharia política mais ou menos complicada, a depender do caso, porque os limites geográficos, às vezes, são fluidos ou, por outro lado, complexos por envolverem municípios de Estados diferentes.” (E7)*

Foi apontada a necessidade de racionalização da utilização de Financiamento advindo de Emendas Parlamentares, de modo a alinhar com Planos Estratégicos e colocando interesses estruturais acima de interesses políticos:

*“É preciso rediscutir a questão do financiamento da Saúde. E quando eu digo financiamento, não é só aumentar. Não tenho a menor dúvida que há subfinanciamento, mas é fundamental a maneira como o Sistema está sendo financiado. A utilização de emendas parlamentares é um caminho pouquíssimo*



*estratégico, pois definem o interesse político acima de qualquer interesse estrutural. Cria-se uma situação na qual é necessário buscar emendas que estejam alinhadas com planos estratégicos dos Ministérios, das Secretarias, dos Secretários, dos Gestores, e não uma autonomia do parlamentar fazer o que quer com aquilo.” (E7)*

Outro nó crítico identificado foi o financiamento inadequado à realidade orçamentária, desconsiderando fatores ligados à Gestão, gerando descompasso com metas, contratualizações e objetivos:

*“São necessários modelos de financiamento que não sejam competitivos. Porque, o que acontece, hoje, é que existem instituições com um padrão melhor do que a outra, uma capacidade de captação de recursos diferente da outra, com planos orçamentários necessariamente diferentes. Então, é preciso adequação a uma realidade orçamentária, a uma meta a atingir. O financiamento tem que levar em consideração elementos ligados à Gestão. Por exemplo, atualmente, 60% do gasto de Oncologia no Brasil voltado para o Câncer de mama, mas a mortalidade não está caindo, diferente de outros países do mundo. Provavelmente, estamos colocando nossos recursos em fases erradas da doença, gastando mal, não modificando os indicadores. Há um descompasso entre o financiamento, a metas, a contratualizações e objetivos a atingir. É necessário repensar o que está sendo feito, pois alguma coisa está errada.” (E7)*

Também se falou no desafio de se fazer Medicina personalizada e que seja precisa em grande escala, garantindo o Acesso integral e evitando segmentação e iniquidade:

*“Não dá para pensar em termos de Financiamento apenas do Câncer. Eu acho que seria um erro absurdo, seria o sistema público estar reproduzindo a lógica do mercado. Há institutos de Saúde privados fechando diversas áreas para só focar na do Câncer, o que configura um sistema de Saúde sendo quebrado por uma lógica não sistêmica de Mercado. Por exemplo, nunca vai vir do Mercado uma proposta de Política de Controle do tabaco, pelo contrário, vai vir uma para ter mais tabaco e mais produto biológico, porque aí há muita procura e, conseqüentemente, muito lucro. Então, eu acho que a área de Câncer deve ser encarada como líder e exemplar na defesa do Orçamento Público. Esse é o desafio do Financiamento, garantir o acesso integral à Saúde previsto na Constituição sem gerar segmentação e iniquidade. Isso vale, inclusive, para o sistema privado, fazer uma Medicina personalizada e que ao mesmo tempo seja de grande base populacional, em grande escala e que seja precisa. A diversidade da população não pode ser confundida com desigualdade. São dois conceitos diferentes.” (E8)*

Fechando os nós críticos deste subtema, identificou-se a ausência de uma trajetória tecnológica de Inovação para o Câncer seguindo uma trajetória tecnológica de Acessibilidade e com sustentabilidade garantida, com inteligência competitiva:

*“Uma questão central é o custo da sustentabilidade das novas tecnologias voltadas para o Câncer, que é impagável no Brasil e no mundo e há risco de quebrar o sistema de Saúde junto com as doenças raras. Esse núcleo de doenças que demanda tecnologias de Inovação altamente sofisticadas, é uma grande ameaça aos sistemas universais de Saúde. A estrutura de mercado é oligopolista, as tecnologias para Câncer se concentram em poucas empresas, poucos países e com custos inacessíveis em termos globais. O problema existe em países como o Brasil, mas também na Inglaterra, na França, na Suécia. Ou seja, ninguém consegue mais pagar o tratamento, criando um risco imenso, principalmente para sistemas universais de saúde, de se instituir tratamento para rico e tratamento para pobre. Então, eu coloco como o maior desafio, a instituição de uma trajetória tecnológica de Inovação para o Câncer seguindo uma trajetória tecnológica de Acessibilidade e com sustentabilidade garantida, pois não dá para o Ministério da Saúde, BNDES, FINEP, OMS, etc. financiarem desigualdade. No início do fomento, no início do estímulo, é preciso haver alguns parâmetros que tenham uma visão integrada, e isso envolve inteligência competitiva de modo sério, entendendo para onde vai o Mercado e se posicionando estrategicamente, para aproveitar a sua diversidade e poder trabalhar visando o bem-estar coletivo.” (E8)*

Como **Ações de Desatamento de Nós Críticos** deste subtema, os especialistas entrevistados identificaram a necessidade de traçar estratégias de priorizadas e aperfeiçoamento de mecanismos de controle/monitoramento:

*“Voltando no contexto da priorização, é necessário se pensar em estratégias que de fato estejam alinhadas com as políticas e com os planos diretores, com os planos e metas que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo. Porque o Mercado, de uma forma geral, tem reforçado uma postura em que tem sido distribuída mundialmente uma amplificação de uma desigualdade sob o ponto de vista do acesso às tecnologias. Isso em diversas áreas, principalmente na Saúde e focada no Câncer. E aí quando você começa a olhar de uma maneira um pouco mais direcionado para o contexto da doença, por Linhas de Cuidado, por exemplo, você consegue, então, de alguma maneira, identificar gargalos que potencialmente podem estar colaborando e corroborando com iniciativas que talvez sejam mais efetivas, que não envolvam necessariamente aquela tecnologia inovadora. E isso é óbvio que vai exigir uma iniciativa mais proativa por parte do Governo.” (E6)*



*“Um caminho para a concretização desse mecanismo envolve um nível de complexidade de articulações que, na minha opinião, ainda fica um pouco indefinido pela forma que a Oncologia tem sido tratada. Então, você vê a criação de estruturas a nível de Ministério que estarão se articulando e a partir da definição de um modelo de financiamento, transferir responsabilidades e uma repactuação entre Estados e Municípios para que isso de fato aconteça. Mas sem sombra de dúvida, uma coisa que para mim ficar claro é uma necessidade de um maior comprometimento por parte dos gestores, de quem está lá na ponta, e que sejam cobrados nesse sentido, de dar esse retorno do que está sendo investido, de gerar essas informações, essas evidências do mundo real, que vão estar pautando uma possibilidade de reinvestimentos, uma negociação que entre os prestadores de serviço ou quem está fornecendo a tecnologia para que isso possa ser modulado de uma maneira mais flexível e permitir uma maior integração dentro dos serviços. Talvez a CGCAN seja o principal articulador desse processo e possa permitir uma maior capilaridade. Também há, por exemplo, a Rede Brasileira de Avaliação Tecnológica em Saúde (REBRATS), responsável por estar capilarizando a questão da capacitação, treinamento, sensibilização por parte do corpo assistencial, do serviço de saúde de uma forma geral, a fim de entender a importância de se ter critérios e avaliações sistematicamente organizados para que você possa trazer uma tecnologia, levando em consideração o benefício clínico e o custo envolvido nela. E para isso você também tem os núcleos das presenças, assim como os Hospitais Sentinela, fazendo um paralelo com a iniciativa da questão da Farmacovigilância, Técnico-Vigilância, Hemovigilância, que foi um trabalho que foi feito pelo Ministério. Esses núcleos de avaliação tecnológica também assumem responsabilidades nesse sentido, de acompanhar e auxiliar nesse monitoramento, dando um direcionamento para uma capacitação de profissionais que, de alguma maneira, estariam auxiliando nessa auditoria.” (E6)*

Como **Expectativas e Perspectivas** relacionadas a este subtema do Financiamento, foi declarada uma tendência ao otimismo, desde que haja uma visão em perspectiva da questão do Câncer como problema de Saúde Pública que demanda cada vez mais atenção:

*“Olha, eu tenho uma tendência a ser otimista dentro desse contexto. Porém, para que esse otimismo se solidifique, é necessário que esses conceitos consigam atingir um equilíbrio. Porque o que eu vejo hoje é uma expectativa muito alta dentro de uma perspectiva muito baixa. Uma diferença abissal entre essas condições, essas questões conceituais, principalmente em função de uma visão mercadológica que nós inserimos, sob o ponto de vista até cultural, de se encantar*



*pelo novo, se encantar pela inovação, entender que isso é algo que precisa ser quebrado, de qualquer forma, ao entender que há uma necessidade sobre o ponto de vista mais social e não é possível conseguirmos tudo para todos. E dentro de um contexto de possibilidades, que eu acho que rege a condição do ser humano, de pensar no que é possível, de trabalhar dentro dessa perspectiva. Porque se a gente pensar numa condição ideal, trazer a nossa expectativa como sendo o centro da nossa vontade, a gente vai se frustrar muito. Então, na minha opinião, a questão do financiamento, de fato, exige esse realinhamento, uma nova forma de olhar para o tratamento do Câncer diante da multiplicidade de possibilidades que existem em termos de tratamento, entendo que, de fato é importante considerar aquela tecnologia disruptiva que vai atender um subgrupo de pacientes, que se caracteriza até mesmo como uma doença rara. Pode até se dizer que, hoje, o Câncer se tornou um conjunto de doenças raras. Ao ponto de algumas pessoas defenderem, inclusive, o uso do plural quando se referem à doença – Cânceres - já que são mais de 100 tipos, alguns curáveis ou crônicos, outros não. E o quanto esses não curáveis poderiam ser curáveis à medida que de fato, conseguiram ser inovadoras de forma mais eficiente. Então, é necessário ter esse olhar cuidadoso para trás também, eu acho que faz com que a gente consiga ter uma perspectiva um pouco mais alinhada à expectativa do que a nova política pode trazer. No sentido de entender que precisa melhorar coisas que já estão rompidas, para que as pessoas possam pensar na inovação. E, às vezes, a impressão que me dá é que se poderia ser mais eficiente nesse sentido. Fazer mais, mesmo com o que é considerado um pouco, em termos de recurso, e recurso financeiro específico. Talvez, a ideia de se pensar num cobertor curto esteja na incapacidade de se olhar de uma forma um pouco mais distante, assim como o espectador olha para um quadro de Arte. Uma visão justamente, aí um trocadilho, em perspectiva. E de perceber que esse cobertor é um pouquinho maior do que se imagina. Ainda que, obviamente, que exija um redimensionamento e talvez até mesmo uma oportunidade de se entender que o Câncer é uma doença que tem ganhado um impacto na sociedade de forma plural, muito em vários sentidos, porque quando a gente fala do Câncer, a gente está falando só do paciente oncológico, mas sim, de todos os problemas que vão estar estruturalmente significativamente dificultando a estrutura daquela família e por aí vai. Mas isso talvez seja uma necessidade mesmo de trazer uma perspectiva mais ampla e proporcional ao problema. E aí isso atrapalha um pouco nos aspectos que envolvem a priorização. Eu vejo, à medida que isso sistematicamente venha a ser utilizado como um instrumento formal no processo de tomada de decisão, conseguir abandonar uma série de expectativas. E ao mesmo tempo, diminua*

*um pouco essa tensão sobre o acesso e o tratamento e por aí vai. Então, se a gente consegue aplicar recursos sob o ponto de vista objetivo, trazer uma visão mais integrada e conceitualmente estruturada faz com que não só quem está tomando a decisão por escolher isso e não aquilo seja mais seguro, está sendo oferecido aquilo, entender que naquele momento, ou naquelas circunstâncias, ou naquele contexto, é o melhor que pode ser feito. Desarranjos acabam dificultando a adoção de uma visão holística do problema e, conseqüentemente, trazem não só insegurança, mas também de injustiça. É interessante observar isso, porque talvez seja um aspecto que hoje, de alguma maneira, esteja muito latente na sociedade como um todo, porque não é só fora de discussão aqui no Brasil, mas também em países bem desenvolvidos, organizados e articulados nessa área como o Reino Unido, é entender que a Ciência, a evidência científica é apenas um componente que vai auxiliar a você dar um direcionamento isso para uma tomada de decisão. Que existem outros aspectos, sob o ponto de vista subjetivos e até mesmo afetivos, que têm que ser considerados para que as pessoas consigam, de fato, ter uma harmonização melhor sobre o processo de relacionamento mesmo no pensamento do nosso tema de financiamento adequado a essa proposição.” (E6)*

#### **SUBTEMA 04: Comunicação e Informação**

O papel da **Comunicação e da Informação** no que se refere ao tema da Oncologia é inegavelmente importante e complexo. Para efeito de sistematização dos aspectos inerentes e possíveis abordagens analíticas da atuação de profissionais de Comunicação e de outros atores e arenas relacionadas, torna-se útil estabelecer três grandes dimensões: A dimensão da “**Informação e Saúde**”, que trabalha com os sistemas de informação e bases de dados; A dimensão da “**Informação Científica e Tecnológica em Saúde**”, que trabalha com o material informativo de caráter científico que é produzido na área da Saúde de uma forma geral e em suas subáreas, investigando questões sobre o fluxo do conhecimento científico em revistas, repositórios e locais institucionais – físicos ou virtuais; A dimensão da “**Comunicação e Saúde**”, que trabalha com as relações em torno da atividade de comunicação, as relações de subjetividade e poder relativas à Saúde. Todas estas três dimensões foram contempladas nas falas dos especialistas entrevistados, que destacaram a importância fundamental dos Sistemas de Informação, a Comunicação na atualidade sob a égide do “Capitalismo de Dados”, e a Gestão de Dados/Informação sob riscos de desinformação:



*“Na questão da Informação e Saúde, não é novidade para ninguém a importância dos sistemas de informação. É a partir deles que a gente tem as análises, as avaliações, a formulação das políticas. Nem sempre os dados são consistentes, a gente sabe disso. Um país como o Brasil, de dimensões de profundas desigualdades que se aprofundam ainda mais com a questão tecnológica, ou seja, a gente viu na pandemia, quem tem acesso à tecnologia está num barco e quem não tem acesso à tecnologia está num bote furado, se afogando. Então a Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) serviu também para aumentar essa força. E a gente sabe o quanto no SUS a gente tem dificuldade de obter dados nacionais, representativos e confiáveis. Porque você tem cidades no interior, estados com menos estrutura, e a própria estrutura do SUS que envolve três entes. Três níveis de responsabilidade também dificultam que você tenha o compromisso de todos na purificação, no envio e no rigor dos dados, mas a gente sabe que o que a gente produz hoje, de uma forma geral, em algumas áreas, são dados importantes, fundamentais para que as políticas sejam traçadas.” (E9)*

*“Com as mudanças tecnológicas, se a gente antes tinha um cenário onde a radio-difusão e a imprensa tinham uma predominância, hoje você concorre também pelo que circula nas redes sociais e nas plataformas. E aí você lida com uma série de atores sem compromisso algum. Então, hoje a gente tem um cenário muito complexo que envolve religiões, opiniões políticas, que é quase uma religião em alguns casos. Você lida com diversos atores que têm interesses diversos, desde interesses nacionais até internacionais. E você tem uma estrutura de comunicação pública extremamente deficitária pela falta de tradição do país. Então a gente tem muito pouco a falar de comunicação pública do ponto de vista histórico. O rádio surge, as rádios clubes, depois ele é rapidamente adquirido pela atividade comercial, depois a gente vê a televisão surgindo, a experiência comercial, aí surgem algumas TVs educativas e só nos anos 2000 é que se fala de fato de uma comunicação pública quando o governo cria a EBC e a TV Brasil e as rádios públicas e faz uma grande empresa de comunicação pública. E assim mesmo com milhões de problemas conceituais. Porque internacionalmente há um debate sobre comunicação pública e comunicação estatal. A comunicação estatal é uma corrente de transmissão do governo que está naquele momento. A TV pública tem uma aura, apesar de ser financiada pelo Estado, e certamente tem uma influência. Mas ela tem uma equidistância; procura manter os governos e o mercado, de uma forma geral. Tem algumas experiências internacionais muito exitosas e onde você tem essas experiências exitosas, certamente essas TVs estão mais engajadas em políticas públicas que beneficiam também a saúde e suas diferentes perspectivas, inclusive a questão do câncer. A BBC seria um exemplo? Já não é*



*mais a mesma BBC que a gente está falando enquanto ideal, mas é um exemplo. E você tem toda a Europa ocidental dentro dessa tradição. O Japão também. Já nos países da Cortina de Ferro, eram experiências mais estatais mesmo. Então, quando você fala em mobilizar um país para o enfrentamento de alguma doença, antigamente, você tinha uma perspectiva campanhista, que sempre foi criticada, porque ela não lida com a realidade do dia a dia. Ainda mais o Brasil com diversas realidades econômicas, políticas, culturais. Então, você já tinha uma dificuldade. Hoje, a coisa ficou até muito mais complexa. Antigamente, você convencia o autor da novela de botar um determinado tema e aquilo tinha um efeito, inclusive, porque ia para as casas, para as residências, as pessoas conhecidas associadas aos personagens, etc. de certa forma tinha um efeito e hoje em dia não mais você tem esse monopólio. Você tem muitas outras vozes falando e não que seja uma coisa totalmente nova a coisa da desinformação, ela já era feita pelos próprios meios de comunicação com diferentes formas e com diferentes pesos. Mas hoje você tem as plataformas e, sobretudo, isso tudo alimentado por uma economia que hoje é baseada em dados, é baseada em comunicação e informação. Acho que essa é uma questão fundamental trazer para o debate. A monetização, a mineração de dados. A gente já vive há algum tempo, desde os anos 70 para cá, toda uma revolução tecnológica que foi acontecendo paulatinamente, que nos coloca dentro do que se chama a Sociedade da Informação. Alguns falam de Capitalismo Cognitivo, Capitalismo de Dados. Eu gosto de Capitalismo de Dados porque acho que exemplifica muito claramente qual é o interesse central. E hoje o dado é realmente uma questão fundamental.” (E9)*

*“Hoje, eu acho que a questão dos dados está como um elemento central da Economia Política e que também mexe com a Comunicação. Porque a Comunicação é alimentada dentro dessa perspectiva também. E essa complexificação de grupos, de WhatsApp, essas coisas que não existiam. Grupos, canais, comunidades, influências, YouTube, a monetização pesada disso. Então, hoje há um grande debate sobre a regulação, até teve um julgamento no Supremo que analisou o artigo 19 do Marco Civil da internet que avaliou um pouco essa questão da responsabilidade. Você tem um campo de futebol, abre o portão, o que aconteceu lá dentro não é sua responsabilidade. É um campo de futebol. Se você comete crime ali dentro, estupra, mata, rouba alguém, não é responsabilidade deles. E ao contrário, porque vai monetizar, fortalecer determinados perfis, arrecadar para determinados conteúdos. Muitas vezes, os conteúdos impulsionados são notícias falsas mesmo e que têm um alcance enorme. E aí entrou uma vez lá, já era. Você passa a ser seguido e perseguido por tema, por médico, por tipo de abordagem. E o que a gente vê muito é coisa do Dr. Google, que eu imagino que*



*aconteça para o caso de pessoas com câncer. E agora piorou, com a inteligência artificial isso piora mais ainda. Porque dá uma pseudo-confiabilidade ainda maior à informação que vem pela inteligência artificial. Então as pessoas começam a sentir certos sintomas e vão buscar opiniões rápidas. Você vai tentar marcar uma consulta, muitas vezes não consegue, mesmo com o plano de saúde. Consegue para daqui a um mês, daqui a um mês e meio. No SUS você tem situações diferentes. E a pessoa pega aquilo ali e joga no Google. Estou sentindo isso, estou sentindo isso. Tem que ser, acho que pode ser. Aí começa. É toda uma lógica do Google que vai te trazer certas informações que não necessariamente são as informações corretas primeiro. Então você tem um autodiagnóstico através das redes sociais, um diagnóstico pilotado por você em grandes plataformas, agora com inteligência artificial, isso deve gerar muito problema. Muita gente se considerando especialista, ou muita gente negando, questionando diagnósticos de médicos, etc.” (E9)*

Ainda sobre o Estado da Arte, falou-se com mais destaque sobre o peso da desinformação e das Fake News predominando cada vez mais:

*“Apesar de ser reconhecida a importância da Comunicação para a Oncologia, principalmente no que diz respeito à prevenção, me parece que há uma resistência e até mesmo um negacionismo, que por mais que a gente produza conteúdo de qualidade, é difícil essa informação qualificada ser transmitida, ser capilarizada. A gente procura sempre comunicar informações não só para a imprensa, que as pessoas consideram um importante captador de informação, mas também para os gestores de saúde. Mas parece que é preferível para a imprensa dizer que está faltando mamógrafo, está faltando profissional, está faltando vaga. Não estou dizendo que não está faltando, mas perde-se muita oportunidade de difundir a informação comprometida com a qualidade e gasta-se todo esse espaço na imprensa para dizer o que está faltando e nunca para dizer o que é bom, o que é saudável. Então, para mim, a Comunicação de uma forma geral no Brasil está atravessando um período de negacionismo, que parece que a gente bate num muro. Se você vem, às vezes, com uma informação meio boba, sem tanta importância, você encontra um espaço para divulgar aquilo, mas quando você traz a informação principalmente para a prevenção, ela tem uma resistência, como se fosse o quanto pior, melhor, mais ou menos nesse aspecto. Dá muito mais IBOPE, dá muito mais mídia, dá muito mais repercussão. Agora todo o mundo parece que vive em função dessa questão da visibilidade, curtidas e monetização, em vez de você estar buscando informar. Para mim, essa é a realidade que enfrentamos no Brasil em relação à Comunicação de uma forma geral e que se estende para a Oncologia.” (E10)*

Em termos de **Nós Críticos** referentes a este subtema, a questão da forma pela qual se transmitem as ideias e conceitos assume importância. A linguagem utilizada assume grande valor, podendo ser fator de desinformação, replicação, disseminação e ampliação de incorreções e distorções na compreensão sobre o Câncer:

*“Para mim, esse é o ponto-chave da discussão, o debate da linguagem simples. É uma caixa de Pandora, porque a linguagem simples é fundamental. Se você é um médico, um profissional de saúde que não dialoga com o paciente, você não consegue que ele entenda a situação real, pode ter dificuldades na adesão, pode não ter resultados em relação à prevenção. A questão da linguagem simples é uma coisa que a gente tem discutido bastante sobre isso, porque senão fica dialogando com as outras instituições, com outros pesquisadores, com uma elite intelectual, mas você não consegue falar com as pessoas e não sai da torre de marfim, não alcança a população, mesmo. Uma linguagem acessível, é fundamental. Você está produzindo sentido a partir do acúmulo da pessoa com a forma que você passa a mensagem e com todo o contexto. Então, a notícia sobre se você está com o câncer deve ser feita de forma que a pessoa não ache que vai morrer amanhã. Mas, ao mesmo tempo, você deve situar a gravidade daquela situação. Contribuí também para ilustrar essa situação da importância da linguagem, uma coisa mais mezinha, que é justamente a elaboração de receitas, a famosa letra de médico que a gente não entende aqueles rabiscos, garranchos. Hoje as pessoas até gosta das receitas digitais. Por conta disso, facilita a vida. Mas é isso, é mais dado que você está produzindo. E isso alimenta muito fortemente a indústria farmacêutica. Os planos de saúde, as estratégias dos planos.” (E9)*

Outro ponto levantado como nó crítico do subtema foi a ausência de visão de Comunicação e Informação como bens públicos, o que incide na relação entre a mediatização do Câncer pelas Mídias e as Políticas Públicas:

*“Evitar que você tenha dentro de um plano de saúde uma carga muito forte de pacientes com uma doença muito letal envolve a questão dos dados, da proteção de dados. Por exemplo, a história das farmácias com o registro do CPF. Você começa a ter o histórico de consumo de medicamento, você pode começar a fazer análises a partir daí. E hoje você tem farmácias associadas ao supermercado coletando dados juntos em programas de fidelidade, etc. Você sabe que o cara tem, o que toma de remédio. Então, você tem hipóteses e começa a juntar dados de preferências, de comportamentos, traçar os perfis e botar uma margem de segurança e eliminar as pessoas no plano de saúde, por exemplo, ou precificá-lo mais alto. Criar barreiras, verificar pré-disposição a doenças. Você começa*



*a criar cláusulas e determinações. Esse conflito público-privado é muito, muito violento. Redes privadas querendo ter acesso a dados públicos e isso vai deixando o cidadão totalmente numa situação mais vulnerável, praticamente uma propriedade com capacidade de consumo, que é isso que interessa. Com essas tecnologias preditivas, você pode chegar à conclusão de que com determinados tipos de dados, com múltiplos dados, você consegue antecipar que essa pessoa pode ter câncer. Então, a gente não está meio dessa malha de interesses e que junta as informações, a indústria farmacêutica, a influência junto aos médicos, todo esse conflito público-privado, acho que envolve a questão da informação hoje central. Na farmácia, o remédio custa R\$ 500, mas o laboratório dá um desconto de 50%, se você fizer um cadastro. E no cadastro diz qual é o médico, qual o CRM. Então, o dado hoje, com todas as tecnologias, ele é o insumo. Ele é o que vai te levar para algum lugar, para cura, para interesse econômico. Então, o grande nó crítico do papel da Comunicação e da Informação na Saúde e com o rebatimento para a oncologia, portanto, é justamente o controle, a produção. Talvez a gente possa caracterizar a ausência de uma concepção, de uma ideia de que a Comunicação e a Informação deveriam ser bens públicos e tratadas dessa forma, porque são centrais também para a Cidadania e para a Democracia. Então, por isso que eu insisto muito nessa tese da centralidade, porque hoje a Comunicação e a Informação definem a Política, a Economia, a Educação e a Saúde. Hoje, um governante pode dizer que não tem dados para determinadas coisas. Muito raro, são situações que você resolve rapidamente. Você tem hoje sem número de instrumentos e ainda tem isso, tem a questão das biometrias. Também é uma forma de controle muito forte. Então eu diria que é isso, são centrais para fortalecer a ideia de público, de comum, de coletivo.” (E9)*

*“O câncer é um tema que parece estar na moda. Mobiliza, né? Ele mobiliza, ele é impactante. E não só o câncer pela doença em si, mas muito mais pela suposta cura ou busca da cura. E essa questão, no bojo dessa discussão do nó crítico, ela me parece ser bastante importante, bastante estratégica, quando a gente pensa em termos de elaboração de políticas. Como elaborar políticas, como, por exemplo, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, que é considerada bastante avançada comparada com outras políticas de outros países, outras situações. Sobre o papel do poder público em suas três esferas, principalmente o Ministério da Saúde, tem outro conceito que eu acho que vale a pena trazer para a mesa, que é o conceito de Mediatização. Existe uma linha forte de análise na Comunicação que passa pela Mediatização. Ou seja, quando a mídia pega assunto específico e transforma isso em notícia ou pauta constante. Ela está produzindo certos sentidos sobre aquilo que ela está noticiando.*

*E aí também tem a forma de você vai narrar aquele acontecimento e aqueles fatos. Então, virou um termo muito característico do nosso tempo, a 'narrativa', que a gente não usava com tanto foco, mas hoje é fundamental, então é isso, a mídia define a narrativa, ela cria um contexto, ela diz se tem saída ou se não tem saída, quantas coisas, hoje de manhã eu estava ouvindo especialistas, eles adoram especialistas, o especialista falou é aquilo, está carimbado. É uma coisa complicada, ainda mais em relação à doenças como o câncer.” (E9)*

Foram também citados outros nós críticos que se inter-relacionam, tais como a atuação pouco qualificada da Imprensa/Mídias e a atuação das Sociedades Médicas fazendo apologia equivocada de exames:

*“Eu entendo que tem que ter muita picareta e britadeira para a gente roubar esse muro de desinformação e fake news. É preciso um relacionamento com as pessoas da imprensa, principalmente. Porque se a gente tenta construir isso com influenciador, eu acho que a gente vai passar o resto da vida tentando, e provavelmente não vai conseguir. E fazer um relacionamento de forma que o jornalista fique mais empático ao que precisa ser, de fato, divulgado. A construção desse caminho já foi tentada algumas vezes, convocando jornalistas para um workshop, mas a gente não tem grande repercussão, a adesão é muito baixa, é muito discreta a participação. Então, essa seria uma das formas que eu vejo de melhorar essa falta de empatia e essa falta de repercussão que a gente consegue. Agora, tem também outras formas, que seria a construção de materiais voltados para a imprensa. A gente faz muitos materiais voltados para o público final, que seria o consumidor comum, a pessoa comum, assim como a gente faz muito material para profissionais de saúde. E não tem um material voltado mais para o profissional de Jornalismo, de Comunicação de uma forma geral.” (E9)*

*“Eu vejo um desserviço muito grande prestado pelas próprias sociedades médicas que defendem a ideia de quanto mais exames, melhor. Para mim, é um nó crítico, porque isso chega nas mídias com muito mais eficácia do que as recomendações baseadas em evidências científicas. Então, eu acho que um nó crítico é desconstruir esse mito de quanto mais exame você faz, melhor, porque você está se prevenindo. Primeiro que exames não previnem coisa nenhuma, são métodos de detecção precoce. Sempre que se traz essa informação de que não precisa fazer tantos exames, a gente sempre ouve que é porque o Ministério da Saúde não tem dinheiro, então eles querem diminuir a periodicidade dos exames. E usa-se isso contra o Ministério e contra a informação atualizada que o INCA está tentando difundir. Não tem necessidade de ficar, vamos dizer assim, sustentando*

*o sistema, normalmente no caso da gente que usa mais o sistema privado do que o público, ficar sustentando o urologista, o ginecologista, o mastologista, se submetendo a uma quantidade enorme de exames quando isso não tem comprovação científica. Às vezes, muito pelo contrário. Você fica mais exposto a ficar se submetendo a raio-x ou fazer alguma biópsia, isso causa até um nível de ansiedade muito grande no paciente que está aguardando aquele resultado. E, às vezes, até mesmo, se for no sistema público, até mesmo ocupando o lugar de uma pessoa que tem um sintoma, um sinal, que aquela pessoa tem que ser investigada com maior prioridade e velocidade. Então, eu acho que, para mim, é um nó crítico a necessidade de desconstruir essa questão. Se está faltando mamógrafo, é por isso que as pessoas não fazem mamografia? Não é bem por isso. Há um mito, também, de pessoas que preferem não descobrir. Então, essa é uma barreira bastante significativa.” (E9)*

Fechando os nós críticos lembrados pelos especialistas sobre o subtema, chamaram a atenção para a situação de desconfiança e descrença em informações oficialmente institucionalizadas e a desinformação relacionada à Judicialização:

*“Agora, bem recentemente, a gente teve uma fala de uma instituição, a ANS, falando da redução da periodicidade da mamografia. Isso gerou um burburinho na imprensa e em tudo quanto foi lugar, e ninguém quer aceitar que seja uma questão científica. Então, é muito difícil você convencer as pessoas do que é verdade atualmente. A gente já tem tanta informação atualizada, consolidada, comprovada por zilhões de pesquisas científicas, e aí a pessoa não acredita naquilo, mas acredita mais nas propriedades da graviola, no que ela ouviu de um influenciador, uma atriz, um pastor, um BBB.” (E10)*

*“Você não vai gastar 200 mil com uma pessoa que judicializou o tratamento e vai aumentar a sobrevivência em três meses, deixando de tratar 200 pessoas com mil reais. É isso que a gente aprende. Quer dizer, nos últimos meses de vida do paciente é que se gastou a maior parte dos recursos com tratamento. Às vezes uma pessoa já está fora de possibilidade terapêutica e tem um investimento, porque a família, obviamente, vai tentar, a maioria pelo menos, querer salvar a vida daquela pessoa e entra na justiça para conseguir. Mas tudo tem custo e isso, muitas vezes, não é divulgado como deveria e poderia ser”. (E10)*

Como **Ações de Desatamento de Nós Críticos** deste subtema, os especialistas entrevistados citaram a importância da Ciência Aberta ser pensada e utilizada como estratégia de circulação de dados e informações, indo ao encontro da

necessidade de afirmação de que o Conhecimento não é propriedade e exclusividade da Academia:

*“A gente tem uma discussão mais geral, que é a importância da Ciência Aberta (Open Science; definição em <<https://en.unesco.org/news/draft-recommendation-open-science-its-way-final-adoption>>) hoje para a reprodução da Ciência, para se alcançar descobertas, conhecimentos importantes para o tratamento da própria doença. Então, a gente fala muito dessa questão da disponibilidade dos dados que são produzidos em instituições públicas, claro, evidentemente, dentro das regras de anonimização, etc., que há a possibilidade de circulação dessa informação para que o maior número de cientistas possa se apropriar dessa informação e produzir coisas novas.” (E9)*

*“É uma perspectiva que a gente acha também que ela é fundamental. Ou seja, o conhecimento não está sendo produzido só aqui dentro dos muros. Ele está sendo produzido aí fora e as pessoas também interagem com as questões efetivas do dia a dia do doente, ela é fundamental para que você encontre e faça a própria Ciência evoluir também. Ou seja, não é só no laboratório que você vai achar as soluções.” (E9)*

Foi considerada a utilização da Tecnologia e da Inteligência Artificial (IA) na Comunicação voltada para o Câncer;

*“Com o uso da inteligência artificial, você pensa esse fluxo também de uma forma mais ampla, eu acho que a tendência é a gente poder avançar mais rápido em cima de soluções, de diagnósticos, etc. Não que a tecnologia substitua, mas potencializa o trabalho que está sendo feito. O dado é a nossa matéria prima, principal. Então, ele precisa ser muito bem tratado, coletado, tratado, para que ele te traga informações mais precisas, para que você possa tratar. Essa é uma área também fundamental. E a Comunicação poderia falar em várias dimensões também, mas o fato é que hoje você trabalha em várias dimensões com várias fontes de informação. Isso é muito complicado na Comunicação. A gente está num momento de mudança de paradigma. Eu considero que, na verdade, a gente está num processo de mudança constante.” (E9)*

Também foi citada a necessidade de estabelecer estratégias ágeis e inteligentes de Ação Comunicativa no âmbito das instâncias governamentais, sendo frisada a necessidade de se aperfeiçoar a relação com as assessorias de Comunicação de Secretarias de Saúde dos níveis estadual e municipal, demandando investimento no preparo e capacitação dos profissionais de Comunicação institucional/governamental:



*“Tem um outro problema, que são as assessorias de comunicação governamentais. Hoje, não vou dizer no todo, porque a gente está falando de municípios, estados e o ente federal. Mas se pegar o ente federal, o Ministério, por exemplo, e as Secretarias de Saúde dos estados, das grandes capitais e das cidades principais, a Comunicação é dominada pelas agências. É um termo que já foi criado há algum tempo, que são Agências de Comunicação, não é agência de publicidade e nem mais assessoria de imprensa. E eles lidam com uma gama imensa de especialidades. E os governos lançam editais de contratação. Então você chega ao cúmulo de ter no Ministério da Saúde duas ou três agências, uma cuidando das redes sociais, outra cuidando da assessoria de imprensa, entendeu? É uma loucura, você tem três pessoas numa sala, cada uma de uma empresa diferente, fazendo uma coisa diferente. Como é que você unifica isso? A probabilidade de haver ruídos na comunicação é altíssima. E a formação dessas pessoas? Qual é o foco delas? Você tem uma Comunicação de órgãos governamentais pautada por concepções que não são necessariamente com preocupações que um público deveria ter, programáticas. Você fica com a visão do mercado. Então, você tem pessoas que trabalham em diversas mídias, você tem pessoas que são especialistas em debelar crises ou atuar em crises, tipos de escândalos e tal. Normalmente essas agências são capitaneadas por pessoas que trabalham na grande mídia. Tem o cara que foi editor de tal jornal, o cara que foi editor de outro jornal. É um caminho quase que natural. Como chegar a uma situação em que as pessoas podem afirmar que a Comunicação, vamos dizer, estatal, governamental, ela está realmente comprometida com o público? Você tem que investir. Qual o caminho? Você tem que investir primeiro, né? Você tem que investir numa Comunicação pública forte. O Brasil não faz isso. Não tem como você concorrer. Você tem que disputar audiência, não tem jeito. Tem que ter qualidade, tem que ter uma série de coisas que você não consegue ter. Agora, você pode ter alianças também com a própria Sociedade Civil. Você pode fomentar a diversidade na Comunicação também. Essa é uma questão fundamental. A falta de diversidade também é muito forte e isso acaba interferindo em várias dimensões. Tem muitas sutilezas nesse processo que complexificam ele. Como é que vou reverter uma situação que historicamente eu não construí? Tarefa inglória. Qual a solução hoje, não sei. Bala de prata, a solução imediata não existe.” (E9)*

*“Há uma rotatividade muito alta de profissionais de Comunicação que atuam na esfera pública nas instâncias governamentais eu diria que 85 a 90% não são servidores públicos, eles são contratados de agências de comunicação. Eles não têm um comprometimento com o sistema público, eles podem hoje atender uma indústria farmacêutica. E mês que vem eles passam a atender, por exemplo, o*



*Ministério da Saúde. Então eles chegam lá com a cabeça de quem veio ou da indústria farmacêutica, ou veio de uma empresa de eletricidade, ou veio de uma empresa de construção civil. Então eles não têm formação em Saúde, não têm tempo de absorver o assunto e começam já a ter que produzir o material que eles divulgam. Então, parece que precisa ter um treinamento, uma formação mais comprometida mesmo. Porque lidar com a Saúde Pública não é lidar com a saúde da sua família, sua saúde privada e tal. Você tem que saber o que a saúde pública significa. E isso é uma coisa que a gente vai adquirindo conhecimento, passando o tempo, mas é claro que se você também se empenha, ou tem oportunidade de aprender, ou se empenha em conhecer. Você não nasceu sabendo das informações, mas você também não pode chegar num órgão público com a cabeça de quem veio do mundo privado e achar que tudo aquilo que você encontrou enquanto frequentava uma indústria farmacêutica, por exemplo, é a realidade. E às vezes o profissional de Comunicação, por sua vez, também não entendeu tão bem ou também não tem a capacidade de destrinchar aquilo para uma linguagem mais acessível e às vezes até destrincha com uma coisa até equivocada. Pode até fazer uma adaptação achando que está acertando e fazer uma tradução equivocada.” (E10)*

*“Eu acho que realmente falta a gente consolidar melhor o nosso relacionamento com as assessorias de imprensa das Secretarias de Saúde, porque a gente não tem um contato mais direto. Então a gente também não sabe qual é a receptividade que nossos materiais têm fora da gestão da saúde, porque na gestão a gente sabe que só funciona com adesão. Mas a gente não pode ficar falando só para profissionais de saúde. A gente tem que, de fato, abranger o maior número de pessoas. E me parece que até hoje, apesar dessas coisas já terem melhorado muito, tem muita resistência. Então, mais uma vez, é um negacionismo. Ainda se associa à mortalidade, como se o câncer fosse aquela sentença de morte, como acredito que eu tenha sido e ainda é para alguns tipos, mas já foi muito pior. E as pessoas têm uma resistência até mesmo de abrir a mente para ouvir uma explicação. Então, eu acho que essa questão da iniciativa nas escolas está me parecendo, no momento, a coisa mais acertada a ser feita, porque você convencer os adultos é mais difícil.” (E10)*

*“O Ministério tem uma rede social bem forte, uma equipe grande que cuida só da parte digital, mas parece que eles têm pouca bagagem para responderem de pronto. Então, eles têm que consultar a técnica, eles não têm uma determinada autonomia, que no meu entendimento é porque falta certo conhecimento, porque eles não têm tempo, às vezes, para se preparar antes de assumir uma função*

*dessa magnitude, que é administrar as redes sociais do Ministério. Então, mais uma vez, eu acho que falta uma preparação, um entendimento de que precisa ter pessoas muito capacitadas para gerenciar a Comunicação. Porque ao considerar o tripé do tratamento do câncer, Prevenção, Comunicação e Tratamento, a Comunicação seria uma dessas perninhas aí. Então, eu acho que falta uma compreensão da importância da Comunicação. Eles não conseguem estar em todas as áreas, eles não conseguem frequentar todos os segmentos, embora a Saúde seja um dos maiores orçamentos do governo, mas eu acho que não tem o cuidado que deveria ter. O profissional de Comunicação do setor público, especialmente de saúde, tem que estar muito informado para estar pronto para responder com a cabeça da Saúde Pública, não com meias palavras. E no mundo da Comunicação, especificamente no mundo virtual, agilidade é fundamental. E aí, quando você está com a resposta pronta, aquela polêmica, ninguém já está lembrando. Já caducou, você já está falando de um outro assunto". (E10)*

A questão da desinformação e notícias falsas envolvendo o Câncer foi abordada, com a reflexão sobre estratégias institucionais para lidar com o problema, sugerindo-se estratégias de ação em âmbito escolar, campanhas inteligentes de Comunicação, estabelecimento de mecanismos de qualificação da relação entre atores e arenas, de modo a reforçar o protagonismo institucional, acadêmico e científico no debate, qualificando-o junto a imprensa e redes sociais:

*"Sobre a questão da propagação de desinformação e das notícias falsas relacionadas ao câncer como lidar com isso, do ponto de vista institucional? Como descascar esse pepino? Eu costumo fugir dessa pergunta, porque eu realmente não acredito que não haja nenhuma resposta eficaz para ela. Então é um caso perdido? Não, não é um caso perdido. A gente tem que enxugar gelo, tem que fazer essa disputa. Todo o trabalho de Comunicação que é feito pelo INCA, todo trabalho de Comunicação que é feito pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias relacionadas ao câncer, tem que ser feito. E entrar na disputa, denunciar. Tem que fazer uma disputa, isso não tem menor dúvida. Tem que fazer alianças. Você pega aquele influenciador, que se tornou um influenciador de esquerda, Felipe Neto. Você faz uma aliança com esse cara relacionada ao câncer infantil, pode ser uma estratégia eficaz, porque ele fala para o público, tem que ver como é que vai lidar com isso. Porque é assunto delicado. Essa é uma questão de Comunicação que deve ser um dilema toda vez que se pensa nisso. Mas eu acho que a solução é estrutural. Ela é apontada para o futuro. Preparar as novas gerações para lidar com esse ambiente cada vez mais complexo. Hoje, inclusive, uma das estratégias da Secretaria de Políticas Digitais da SECOM é um projeto que*



*está trabalhando com o MEC para implementar estratégias nas escolas. Você tem que formar cidadão sadio, com capacidade crítica. Até porque uma parte específica das fakenews são toscas. E elas têm aderência também porque são toscas, porque a gente vive num país com a educação muito frágil. Então, você fortalece a formação cidadã e forma esse cidadão para viver numa Sociedade da Informação. A gente está falando disso agora, fico imaginando em julho do ano que vem, como é que vai estar esse cenário com o avanço da inteligência artificial tão acelerado. Então a gente vai se aprofundar nesse cenário de desinformação. Porque as ferramentas que impulsionam, elas só crescem. E só aumenta o seu poder. E é exponencial. A quantidade de vídeo que está circulando já, com uma crise artificial, botando personagens determinadas coisas que não falaram. Então como é que se lida com isso? Acho que não tem uma solução. Claro, vamos regular as plataformas, vamos diminuir, mas às vezes uma notícia falsa é formatada para determinados públicos. Uma colcha de retalhos que engloba meias verdades, inclusive. Dá aquela aura de legitimidade, pega uma onda de questionamento sobre algumas coisas para envelopar aquela mensagem. Você já está propício a recebê-la. Você já entrou num ciclo de consumo de informação no modelo que você está fadado. A coisa já vai moldada para você. Por isso é tão importante a coisa do controle dos dados.” (E9)*

*“Uma outra coisa é levar essas informações difíceis para as escolas. Há algumas iniciativas inovadoras para o público todo do SUS. Parcerias entre o ICESP e outras instituições, um hospital, acho que é Amaral Carvalho, que fica em Jaú, enfim, outras instituições que têm algum tipo de programa para crianças a partir de 9, 10 anos. Inclusive tem até uma pesquisa que foi feita pela Universidade de Ouro Preto, que as crianças que foram expostas a uma explicação sobre HPV aumentaram a adesão à vacina. Então eu acho que essa intervenção nas escolas é muito pertinente. O INCA também tem um programa Saber Saúde, com os professores da rede pública trabalhando a questão da prevenção ao tabagismo junto aos alunos. Se você começa a ter mais contato com isso desde criança, vai diminuir a sua resistência. Quando você chegar na idade adulta, você entenderá o que pode ou não comer, etc., em função de deixar seu organismo mais ou menos vulnerável. De uma forma geral, a gente pega alguns textos muito voltados para profissionais de saúde e devemos falar em termos simples, acessíveis, palatáveis, que possam cativar a comunidade.” (E10)*

*“A gente busca fazer campanhas institucionais de comunicação com apelos, já que a gente não pode fazer uma propaganda como se faz para produtos, mas a gente tenta fazer uma publicidade atrativa de alguma forma. Ainda há um tabu,*



*um preconceito em se falar sobre câncer, inclusive as emissoras de TV só falam de câncer de segunda a sexta e no final de semana não se fala. A praxe é essa, os assuntos mais difíceis de lidar são veiculados na imprensa de segunda a sexta. No final de semana, são preparadas matérias mais para cima. Mas sempre sai, invariavelmente, se não todo dia, pelo menos dia sim, dia não, num deles pelo menos, sempre sai alguma matéria, só que não é veiculado de maneira precisa. Não é explicado, tintim por tintim, que aquele medicamento é experimental. Ele pode ter apresentado uma taxa de eficácia altíssima junto a um paciente com um determinado tipo de câncer de pulmão, mas é uma coisa bem pontual. A forma como é veiculado dá a entender para o leitor cidadão comum, que se descobriu a cura do câncer de pulmão, e não é isso, absolutamente. A bala de prata é quase uma utopia, quase um mito, que até pode existir com o avanço da medicina de precisão para determinados tipos de câncer, mas são muito caros, só pessoas de muito poder econômico aquisitivo que terão acesso. O povão mesmo não vai ter acesso. Sobre o papel da mídia corporativa, os grandes jornais têm aumentado a profusão de matérias, mas quando você vai ver, basicamente são matérias pagas. Então, entra em cena o poder econômico”. (E10)*

*“A desinformação é tão grande que o INCA às vezes recebe consultas da área de gestão e de políticos que querem fazer leis sobre o câncer, e normalmente não são oncologistas nem especialistas. Então, acontece uma sobreposição, às vezes já existe uma lei federal, aí vem um deputado querendo fazer uma lei estadual, e perde-se tempo e desperdiçam-se recursos para votar uma coisa que já existe. Às vezes é o contrário, há uma quantidade de projetos de lei que não servem para absolutamente nada e, às vezes, afrontam diretamente recomendações do Ministério. Então, o próprio Ministério poderia instituir uma força-tarefa, para não apenas desestimular a criação de leis que confrontem com as recomendações do Ministério, um lobby, no bom sentido, junto aos políticos, tanto no campo estadual quanto no federal, para poder orientar melhor quando essas proposições aparecerem. As Secretarias de Saúde estaduais e municipais também têm alguma comissão com bastante informação para estimular a criação e votação de leis inócuas ou até maléficas, dependendo do conteúdo e escopo”. (E10)*

*“Escolhem-se topos de discussão que simplificam muito o problema do Câncer, complicando o entendimento adequado. Por um lado, há uma certa expectativa reiterada da inovação tecnológica servir como uma bala mágica que vai eliminar o Câncer. Isso se enquadra numa perspectiva individualista, que se manifesta também ao se reafirmar a necessidade de certos cuidados com o estilo de vida, ignorando, por exemplo, o impacto de aspectos ambientais ou mesmo as dimensões*

*sociais, políticas e econômicas dos estilos de vida. Desresponsabiliza-se o coletivo em prol da afirmação de uma individualização. E articulado a isso, existe o peso da desinformação e falsas notícias geradas e reproduzidas pela atuação muitas vezes totalmente inadequada das mídias, redes sociais, etc. É um ponto central do Ministério, no caso a Secretaria específica para o Câncer e o INCA, tomarem a frente de um debate sobre como ganha espaço e disputa com essas narrativas nas redes sociais. A Sociedade Civil faz muito isso. Por exemplo, temos a ABRALE e o TJCC. E a ACT, que atua ativamente no sentido de fazer ações específicas de Educação, Informação e Saúde sobre fatores de risco, mas também fomentando, financiando várias instituições de jornalismo independentes para produzir narrativas com informação qualificada que contraponham a desinformação.” (E11)*

Como **Expectativas e Perspectivas** referentes ao subtema da Comunicação e Informação, os especialistas apresentaram certo otimismo moderado ou realismo tendendo ao pessimismo, dado que o domínio da informação se sobrepõe ao bom uso do conhecimento e mediante a distinção do que é possível fazer nas esferas pública e privada quanto ao papel das mídias, imprensa e redes sociais:

*“Hoje eu estou bem realista nesse momento, e meu realismo tende ao pessimismo, por um lado. Eu acho que, primeiro, a Ciência está avançando. E, certamente, com o desenvolvimento tecnológico, avançará cada vez com mais rapidez em relação à cura de diversos cânceres. E acho que isso é um ganho fabuloso. A priori é benéfico. E a informação é um insumo básico para isso. Então, acho que, nessa perspectiva, ok. Mas isso certamente é protegido pelo caminho de quem domina a informação e quem domina os estudos científicos. Uma outra coisa que eu acho importante é que a gente fala muito de Ciência Aberta, de abrir os dados, que isso é legal para circular, para produzir conhecimento em outros lugares. Pois é, as grandes instituições que investem em pesquisa, todas elas desabilitam livre acesso aos dados e aos resultados de pesquisa. Eles têm capacidade tecnológica de coletar todos esses dados, de tudo o que eles estão pensando, processar e tirar resultados concretos. A gente não tem, a gente está analisando tudo separado. Então, a Ciência está aberta, mas também precisa ser pensada à luz da soberania. Essa é uma questão muito importante, porque muitas vezes a Fundação Gates está investindo uma fortuna em pesquisas sobre o câncer no Brasil. Ótimo, maravilhoso. Só que a apropriação desses dados pode levar ao fortalecimento de determinadas indústrias farmacêuticas, que vão ter capacidade de se apropriar disso. Ou seja, a informação é um bem público, está sendo tratada como um bem público, mas quem tem capacidade real de se apropriar dela e transformar aquilo em solução vai precificar essa solução,*



*transforma em mercadoria. Não sei qual será o próximo passo do Capitalismo, mas o fato é que hoje a gente só vê tendências a aprofundar isso. E as elites não têm nenhum problema em criar mais igualdades, em descartar pessoas. Os últimos dados sobre concentração de renda no mundo e no Brasil, da pandemia para cá, são assustadores. Então, eu vejo muitas melhorias hoje, pelo menos na minha bolha, o câncer é muito associado à questão alimentar, agrotóxica e ultraprocessados. E esse é um caminho que o Capitalismo escolheu. Cada vez mais você vai encontrar ultraprocessado, mesmo que não tenha a cara de não é ultraprocessado. Então, o consumo dessas mercadorias que ajudam a produzir mais doenças, a tendência é ampliar. Então, assim, não sei, não consigo traçar isso, mas a minha visão é bastante negativa e acho que a gente não caminha, por exemplo, para a formação desse cidadão capaz de lidar no mundo de desinformação. Se a gente investe em Comunicação pública, mas é um investimento muito grande, o governo tem que querer contra a briga, tem que pegar o dinheiro e botar ali. O pensamento conservador de uma forma ampla é muito difícil de avançar, por isso que a Comunicação também é um instrumento central na luta pela hegemonia. Uma palavrinha chave que eu não tinha tratado ainda. Então, para brigar pela hegemonia, a gente tem muitas frentes e elas estão conectadas. Não adianta achar que a gente vai avançar numa sem avançar na outra. Tomara que a gente consiga.” (E9)*

*“A minha expectativa é que, de fato, possamos disponibilizar evidências científicas para a sociedade, divulgada por meio das mídias e por meio de profissionais de Comunicação. Obviamente, esses muitas vezes são pagos por laboratórios, com interesses econômicos e vão tentar vender essa noção de quanto mais terapias, procedimentos, medicamentos visando o prolongamento da vida do paciente, melhor, inclusive do ponto de vista do lucro. Melhor seria se eles entendessem que não é assim que funciona para a Saúde Pública. Isso pode funcionar para uma família com condições, mas poucas pessoas têm essa oportunidade. A minha expectativa seria de que os interesses econômicos não fossem tão fortes a ponto de sufocar a verdade e a informação baseada em evidência científica. Que eles, pelo menos, equilibrassem o serviço que eles podem prestar à população em geral e o que eles fazem para ganhar dinheiro, sem falar mentiras que podem estar matando pessoas, podem estar levando as pessoas à depressão porque não consegue fazer um exame em um intervalo de um mês. E isso também não é só para os influenciadores, mas a própria imprensa, ela tem que olhar com atenção onde está buscando as informações. Então, a imprensa tem um papel social extremamente importante. E isso vem se perdendo, ou já se perdeu, mas acho que ainda há uma possibilidade de ser retomado, haver um pouco mais de*

*empatia em vez de haver tanto sensacionalismo com essa questão da Saúde, que pode afetar qualquer pessoa, já que o câncer é uma doença democrática. Quer dizer, mesmo que você descubra, às vezes, precocemente, nem sempre, independente do seu poder aquisitivo, você pode fazer todos os tratamentos e não obter a cura. Então, eu acho que falta esse papel social aflorar pelo menos mais um dia. Isso eu acho que é uma perspectiva razoavelmente possível". (E10)*

Quanto ao papel da formação acadêmica e profissional, os especialistas expressaram otimismo moderado:

*"Não acho que seja a questão de investir em formação de profissionais de Comunicação da iniciativa privada. Penso que é mais uma questão da capacidade do Poder Público disponibilizar e sensibilizar a busca por informações qualificadas. Então é isso, tem um pessoal muito jovem no mercado, essa renovação, até pela questão que a remuneração já não é mais tão atraente como já foi para a imprensa, de uma maneira geral. Então, você vê nas redações pessoas recém-formadas, cruas, porque você só vai adquirir determinado conhecimento com a vivência. Então, não dá nem tempo esse profissional desenvolver um bom senso e um senso crítico, porque ele acabou de se formar, acabou de entrar no mercado e já está fazendo, às vezes, matérias mais densas, e ele vai acreditar naquilo ali, e vai passar aquilo. Mas esse não é um problema, então, do currículo de Jornalismo, porque a gente não aprende tanto na faculdade, a gente aprende mesmo na prática. Logo, é a vivência mesmo ali do dia a dia que você vai aprimorando, ou às vezes um chefe que você tem, que às vezes te explica uma coisa, te orienta, alguma coisa assim, então eu realmente não vejo a faculdade de Comunicação como culpada exclusiva disso não, porque ela própria já está impregnada de tanta inverdade, de tanta coisa que entrou no imaginário popular, daquela coisa que todo mundo acredita e não sabe de onde veio aquela informação típica do senso comum". (E10)*

Finalmente, foi expressa uma visão pessimista quanto à relação da gestão pública com as mídias, imprensa e redes sociais:

*"Eu realmente não tenho uma visão muito positiva do que nos aguarda, não. Infelizmente, eu estou vendo a coisa ir de mal a pior. Eu não consigo ver uma construção de relacionamentos mais próxima com a imprensa, a ponto da imprensa se solidarizar com o que a gente gostaria que fosse divulgado. Ainda persiste essa coisa do ruim é que é bom porque é o que vende e dá like. Então é essa questão. Até há um comedimento em relação a coisas muito escancaradamente absurdas e tal, mas é isso que as pessoas, de uma maneira geral, querem ver.*

*É claro que as pessoas gostariam de ver a cura do câncer. Mas eu realmente não tenho uma perspectiva positiva, não. Eu acho que a gente fica chovendo no molhado, água mole em pedra dura, mas parece que está muito dura a pedra, difícil de furar.” (E10)*

## SUBTEMA 05: Papel dos Três Poderes e Esferas

O **Estado da Arte** do subtema referente ao papel dos três poderes e esferas foi definido pelos especialistas com a configuração federativa do SUS compreendida como um esteio com grande potencialidade para inspiração na organização da Atenção ao Câncer. Foi citada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) como um dos avanços importantes, na medida em que se consolida o reconhecimento do real papel do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e da necessidade de considerar a importância de complexidades inerentes, especialmente da situação epidemiológica que direciona a priorização de ações estratégicas:

*“O SUS é um sistema federativo que garante a um só tempo a autonomia dos governos para a condução das suas políticas, a fim de que atendam melhor aos interesses dos seus cidadãos, dos territórios político-administrativos. Ao mesmo tempo, ele também tem uma partilha de responsabilidades, com atribuições e interdependências muito grandes. Inclusive, há mecanismos instituídos para garantir uma maior articulação entre os entes nos processos que envolvem as políticas de saúde e a gestão do SUS. O conjunto de políticas sociais no Brasil tem sido uma inspiração para outras políticas por esse arranjo federativo, porque realmente tem uma potencialidade bastante grande. Do ponto de vista da divisão de responsabilidades, acho que também a gente teve avanços no que tange a maior responsabilização dos Municípios na Atenção Primária. Certamente isso teve implicações positivas para o controle do Câncer, na medida em que você tem autoridades sanitárias municipais nos 5.570 municípios existentes. Você também tem em todo o Brasil algum postinho de saúde, a Unidade Básica de Saúde, ainda que possa funcionar com limitações também, com uma capilaridade incrível e um compartilhamento maior de atribuições entre Municípios, Estados e União, o que tange aos serviços de maior complexidade. Hoje a gente coloca tudo como Atenção Especializada os diferentes componentes que envolvem a complexidade média, todo o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, que se aplica também à área do Câncer e serviços de maior complexidade. Enfim, aí você tem um compartilhamento maior de responsabilidade dos Municípios de grande porte populacional, capitais, que concentram esses serviços*



*ou têm responsabilidade na gestão desses serviços, mas também os governos estaduais têm responsabilidade nesse âmbito e o próprio Governo Federal, haja vista aí o INCA, por exemplo, nessa área que é fundamental. Então, do ponto de vista de divisão de responsabilidades, acho que avançamos. Até porque, por exemplo, no ponto da complexidade média ou na Atenção Especializada, média, alta complexidade, seria difícil você dizer que tudo deveria ser descentralizado para os Municípios ou tudo deveria ser responsabilidade dos Estados, dada a especificidade da nossa Federação. Porque quando você fala Município, você está falando de realidades muito díspares do ponto de vista das condições institucionais e financeiras para arcar todas essas responsabilidades. É bom que haja um certo compartilhamento e não aquele reforço de uma descentralização para o Município, mas também não aquela descentralização focada no Estado. Do ponto de vista desse desenho, a potência do SUS é muito grande, mas fico pensando na área do Câncer, por exemplo, na Atenção Primária. A Atenção Primária na área do Câncer também requer apoio diagnóstico. Então, imputar uma grande responsabilidade aos Municípios sem ter um desenho regional para uma rede de serviços que possa apoiar o aprimoramento do diagnóstico do Câncer seria, assim, vamos dizer, um limite da responsabilidade de atribuição exclusiva do Município na Atenção Primária para o Controle do Câncer. Porque é o tipo de situação que você não resolve num Município isoladamente, você resolve numa região, com isso você tem que imputar responsabilidade entre entes governamentais, que sejam atuantes no mesmo nível, na mesma esfera, ou em diferentes esferas. Então, é essencial um arranjo mais coordenado e cooperativo, para você alcançar maior resolutividade na área do Câncer. Então, isso seria uma primeira questão em relação a esse estado da arte. Existem muitas potencialidades, por um lado, no sentido de você ter tido uma maior capilaridade dos serviços em função de uma atribuição maior dos Municípios na Atenção Primária, divisão de responsabilidades entre os outros na Atenção Especializada, mas talvez seja necessário avançar um pouco mais nesse desenho regional, em mecanismos que de fato conseguem garantir que essa rede de cuidado ela de fato opere em diferentes escalas regionais.” (E12)*

*“Eu acho que a gente conseguiu alguns avanços importantes com a PNPCC. O primeiro deles foi o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que a produção dessa política não era uma iniciativa do INCA. O INCA funciona como assessoria técnica, dando instrumentos para que a tomada de decisão seja feita em um ambiente central que controla recursos e tem a capacidade de fazer. Isso foi muito importante. Uma segunda coisa é a importância da situação epidemiológica que induz à priorização. O Câncer é uma prioridade porque se impôs*

*pela força da situação e também porque houve sensibilidade dos gestores. E, dada a complexidade das questões envolvendo Câncer, no momento em que se encontrem soluções de estruturação melhor, há possibilidade de reprodução e/ou adaptação para o atendimento a questões de outras doenças.” (E13)*

Enquanto **Nós Críticos**, foram citadas questões envolvendo a configuração, os arranjos e as relações interfederativas, bem como os Consórcios de Saúde:

*“A Pandemia de COVID-19 no Brasil evidenciou um quadro que muitos autores denominam ‘Descoordenação Federativa’. Nesse processo de descoordenação, é claro que ter espaços de negociação instituídos, ter outros arranjos operando, foi importante, porque foi uma resposta da Federação à ação deliberada do Governo Federal de se colocar contra as várias medidas sanitárias que eram necessárias e permitidas naquele momento. Então, frente a essa omissão deliberada do Governo Federal, a Federação reagiu, sem dúvida, os Estados tiveram uma importância grande, mas eu não acho que se configurou um novo arranjo federativo, porque a União continua tendo uma responsabilidade grande do ponto de vista jurídico-normativo. O que o Poder Executivo faz ainda importa demais. Ou seja, das três esferas, o papel da federal ainda é, com todos os percalços, mesmo com a Pandemia, fundamental. Acho que a Pandemia configurou um estado de descoordenação, omissão deliberada do governo federal, e isso causou uma ocorrência, mas não suficiente para alterar toda uma estrutura maior que mantém a nossa Federação. A maior parte dos Municípios e Estados são ainda fortemente dependentes de recursos que vêm do Governo Federal e também dessas políticas. Do ponto de vista do arranjo, mais geral, eu acho que se mantém. Agora, não temos mais o Presidencialismo de Coalizão não existe mais, pois a governabilidade do Executivo Federal é cada vez mais restrita em função de uma exacerbação do papel que o Legislativo hoje tem, do ponto de vista do próprio orçamento, por meio das emendas parlamentares. O Governo Federal tem mais dificuldade de governar, uma dificuldade muito maior do que aquele que tinha no passado, mas não necessariamente isso se deve à força de uma Federação, acho que isso está em outro âmbito, está no âmbito das relações entre Executivo e Legislativo. Não existe mais o presidencialismo de coalizão, o que temos hoje é um parlamento, um Congresso Nacional extremamente fortalecido sendo guiado por alto interesse também. E o papel do Judiciário é cada vez mais importante, sem dúvida, porque ele é aquele que conseguiu, de alguma forma minorar esses efeitos, mas que também está sendo o tempo todo acuado. Mas a gente vê como o papel do Supremo é importante, e é importante em qualquer Federação, mas ele está mediando muito mais, fazendo aqueles freios e contrapesos entre os Poderes Executivo e Legislativo.” (E12)*



*“Os Consórcios de Saúde são um instrumento de apoio à gestão regional, dado que a gente não tem uma única autoridade na escala regional em diferentes âmbitos, mas no SUS isso também aparece com clareza. A Região de Saúde não está sob a gestão de um Estado, ela envolve um conjunto de Municípios eventualmente, você tem uma estrutura descentralizada, desconcentrada, do próprio Estado, que opera na região, mas isso não é necessariamente garantido. Então, esse é um desafio do ponto de vista da governança regional do SUS. Múltiplas autoridades que operam na região não necessitam necessariamente de uma única estrutura de gestão. Você pode ter várias estruturas, inclusive, que dão suporte à rede. Aí eu penso em estruturas descentralizadas, desconcentradas do Governo Estadual, da Secretaria Estadual de Saúde, e em centrais de regulação, assim como os Consórcios. Os Consórcios, então, vêm como mais uma estrutura de apoio a essa gestão regional. O interessante dos Consórcios é que dão uma maior formalidade aos acordos intergovernamentais, pois passam pelas Assembleias Legislativas dos governos municipais e estaduais, se o governo estadual participa. Então, tem uma formalidade, tem uma institucionalidade para a previsão de serviços para uma população de referência regional, que envolve um conjunto de municípios, podendo ter ou não apoio dos governos estaduais, mas diretamente como ente envolvido. Mas o problema hoje dos Consórcios é que, muitas vezes, eles se mostram especificamente como mais um instrumento, mais um ator no âmbito desse arranjo, eu até denomino como um Complexo Regional de Governança. Os Consórcios têm suas estruturas próprias de hierarquia e poder, por exemplo, com um secretário executivo que anteriormente foi Secretário do Estado de Saúde que às vezes colide, inclusive, com a própria representação do Governo Estadual, da Secretaria Estadual de Saúde e com os prefeitos. Dependendo de como o Consórcios assumem responsabilidades na Região, pode haver lideranças que se destacam ou tem políticas questionadas, como se eles estivessem ocupando o espaço do próprio gestor. Então, acho que isso dificulta a incorporação dos Consórcios. Para os prefeitos que estão envolvidos no consorciamento, é uma experiência interessante, mas tem restrições, por conta dessas tensões e disputas. Mas é necessário articular melhor esse instrumento com outros que existem e se configuram no âmbito do próprio SUS. Então, como as decisões que são tomadas no âmbito das Comissões Intergestores regionais, ou eventualmente das Comissões Intergestores Bipartites, podem incorporar o Consórcio como um instrumento de apoio. Isso eu acho que ainda é um desafio colocado para os Consórcios, mas na atualidade não vejo um outro instrumento. Todos os outros instrumentos que foram pensados, mesmo o próprio COAP, que também queria dar maior segurança jurídica a esses acordos, mas não conseguiu avançar no país.” (E12)*

As **Ações de Desatamento de Nós Críticos** citadas foram estratégias de planejamento de ações e políticas considerando as características federativas e as especificidades loco-regionais e de rastreamento de determinados tipos de Cânceres considerando a questão regional:

*“A gente está se obrigando a ter um olhar mais direcionado para a Atenção ao Câncer e isso ocorre naturalmente por força da evolução do panorama, mas eu diria que o desafio maior está no reforço de ações e políticas públicas mais articuladas referentes também a outras doenças e condições crônicas, com uma divisão clara das responsabilidades dos entes federados envolvidos, considerando as características da nossa Federação, que é muito assimétrica, e as especificidades regionais do país. Assim, o esforço de uma articulação maior entre os entes do ponto de vista de um planejamento mais integrado, desde o nível subnacional, na constituição das redes de serviços de saúde, é bastante importante. Cada vez menos, eu acredito uma política única no Brasil. Ou, pelo menos, eu acho que a gente tem que ter esse esforço de uma política regional pensando no nacional. Porque a política regional faz parte de um esforço de desenvolvimento nacional, esse olhar diferenciado por investimentos que sejam necessários, estratégias, instrumentos mais adequados a essas diferentes realidades. Os princípios para o desenho do nosso sistema, o que a gente define como direitos e deveres, estão dados. Mas a organização e operacionalização das ações e políticas podem ter mecanismos e instrumentos diversos e inovadores. É bom lembrar que os serviços parecem ainda estar muito concentrados em determinados polos regionais no eixo Sul-Sudeste, e isso traz desafios enormes, principalmente para a Região Norte.” (E12)*

*“A complexidade, tanto no diagnóstico, no tratamento, nos cuidados paliativos, é muito grande. E você multiplica esse desafio quando traz a questão regional, geográfica, mesmo. Por exemplo, o rastreamento de Câncer do colo uterino é oportunístico, programático, campanhista, no âmbito de estratégias para prevenção. Daí, um dos problemas que se tem é a pulverização de exames, diagnósticos e tratamento em uma série de laboratórios que muitas vezes operam com uma qualidade ruim e não dão resultados adequados. É mais interessante ter unidades que agreguem, centros regionais, com fluxos mais claros de encaminhamento para cada um deles, especialmente dispersos para evitar concentração e vazios geográficos de cobertura.” (E12)*

Como **Expectativas e Perspectivas**, foi afirmado um otimismo cauteloso, devido a gargalos na Atenção Especializada e ao risco de pulverizar recursos para serviços privados:

*“Um dos maiores problemas que temos no SUS, atualmente, envolve uma Atenção Especializada, que na área do Câncer é fundamental. O Controle do Câncer precisa de todas as ações desde a promoção, prevenção, envolvendo alta tecnologia, serviços extremamente especializados, e mesmo a Atenção Primária requer um conjunto de serviços de apoio para, enfim, diagnosticar e tratar o Câncer em tempo oportuno, evitando que a doença possa se manifestar e/ou evoluir com maior gravidade. Então, isso é fundamental. Hoje, a gente tem muitos gargalos do ponto de vista dessa Atenção Especializada. Agora, temos aí uma Atenção Especializada colocada na agenda principal do Ministério da Saúde. Por mais que a gente possa ter críticas em relação ao desenho, quanto que isso possa privatizar ou pulverizar recursos para uma série de serviços privados que podem ser oferecidos por meio de contratações para dar conta e da capacidade do Estado de regular esses serviços, há uma perspectiva de ampliação da nossa capacidade de resposta, reduzindo filas e tudo mais. Eu acho que isso pode ter uma tendência de que efetivamente traga algum resultado positivo nesta área do Câncer também, dado que é importante que você tenha algumas especialidades garantidas nessa área para que você tenha uma resposta maior.” (E12)*

## SUBTEMA 06: Formação e Qualificação Profissional

O **Estado da Arte** do subtema foi delineado pelos especialistas como tendo avanços, especialmente com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), muito embora a formação e qualificação profissional relacionada ao Câncer seja vista como seguindo uma lógica de decisões individuais, inexistindo uma política coesa e articulada. Foi ressaltada a necessidade de adoção de uma visão holística como elemento a considerar, tendo em vista as relações existentes entre a formação profissional e interesses de mercado:

*“A impressão que eu tenho é que, em geral, a Formação e Qualificação de profissionais de Saúde no Brasil, com raras exceções, segue uma lógica de decisões individuais, sejam elas dos indivíduos, sejam das instituições. Ainda que no caso de algumas doenças transmissíveis e da Epidemiologia você tenha um plano estratégico um pouco mais articulado, de formação de quadros que possam ter responsabilidade ou atuação de pesquisa, também. No caso do controle de certas doenças transmissíveis, até há uma influência e incentivos por força de recursos de organismos internacionais. Mas no caso do Câncer, eu acho que não existe essa lógica, não existe uma articulação nem uma política estratégica, tendo em vista que o Câncer praticamente ocupa o primeiro lugar no caso da carga de doenças e como problema de Saúde Pública. Eu acho que a Formação se faz por decisões*



*individuais, sejam os médicos ou outros profissionais, de Enfermagem, Fisioterapia, etc. As instituições, obviamente, oferecem vagas no Rio, São Paulo, etc. Vagas de pré-residente, o pessoal de nível médio, de técnicos, de setor técnico, mesmo esses se perderam ao longo do tempo sem essa perspectiva estratégica. A única grande política estratégica de formação e qualificação de recursos humanos ocorreu no final dos anos 90, num projeto articulado do Ministério da Saúde e OPAS, com o PROFAE, um programa de formação e qualificação na área de Enfermagem, que trazia auxiliares e qualificava os técnicos. Fora disso, a gente tem tido iniciativas muito isoladas. A Pandemia mostrou isso, por exemplo, no campo da Epidemiologia. No caso dos infectologistas, dos intensivistas, etc., não se pensou em articular alternativas além de abrir concursos ou buscar no mercado um produto que não existia. Então, a ideia de pensar médio e longo prazo no campo de Recursos Humanos no Brasil, praticamente não ocorre. Há muitas iniciativas, mas todas elas isoladas e desarticuladas. E muitas de de curto prazo, de alcance curto. A iniciativa que mais teve sucesso desse ponto de vista, pensando no médio prazo, foi a decisão em 1972 dos Ministros de Saúde da América Latina de expandir as escolas médicas e depois a expansão, especialmente do setor privado, conectada a mais médicos. Foram dois momentos em que se expandiu de maneira articulada, explicitamente, se colocou recursos, se colocou investimentos, financiamento, de diversas maneiras, para expandir as escolas médicas. Os demais seguiram lógicas individuais, sejam os próprios profissionais, médicos, enfermeiros, etc., que buscavam a formação em escolas médicas, instituições que ampliavam oferta ou entravam no mercado, sejam elas educacionais ou, mais especificamente, instituições, enfim, hospitais e serviços de saúde que se expandem de maneira articulada no setor público e no setor privado, mais claramente nos últimos nas duas últimas décadas, especialmente na última década. Mas uma política nacional, em que você tenha claramente a prioridade para esta ou aquela patologia, ou esta ou aquela situação epidemiológica, ou prioridade, digamos, decorrente da tendência da carga da doença, ela não ocorre. Houve efetivamente uma expansão grande dos programas de residência a partir de 2010, em especial em algumas áreas, mas muito pressionada pela ausência de médicos dispostos ou disponíveis para trabalhar nas condições ou no mecanismo contratual existente. Eu mencionaria a Saúde da Família, por exemplo. A Enfermagem também um pouquinho, mas só. Agora, olhando a área de Câncer, essa articulação não existe.” (E14)*

*“A Oncologia é uma especialidade relativamente recente. Mas, ao longo do tempo, o problema do Câncer foi ganhando uma projeção maior no mundo e no Brasil, considerando três elementos: Primeiro, a transição demográfica de um lado,*



*ou seja, o envelhecimento da população, e como segundo elemento, a transição epidemiológica, com a gente saindo das doenças mais agudas para as doenças crônicas não transmissíveis. Isso caracteriza um panorama onde a questão do Câncer alcança protagonismo, já sendo a segunda maior causa de óbito no país, tendendo a ser a primeira causa de mortalidade. Obviamente, isso chama a atenção dos profissionais de Saúde, não só dos médicos, mas em todo um conjunto de profissionais, para voltarem o olhar para a Oncologia, bem como chama a atenção das pessoas que querem ingressar numa carreira da área da Saúde. Existe um terceiro elemento, a transição tecnológica, quer dizer, com um grande e paulatino aumento da capacidade de produção na área de Oncologia, com novos insumos, medicamentos e equipamentos de cirurgia, radioterapia, diagnósticos por imagem, com impacto muito grande no custo e no próprio campo de conhecimento, cuja expansão não é linear, é exponencial. Vai-se fragmentado e segmentando o olhar, com uma profusão de subespecializações, e com isso, perde-se um olhar holístico sobre o problema, a capacidade crítica. E o Câncer tem uma integralidade na sua linha de desenvolvimento, que vai desde a prevenção ao diagnóstico, a um plano de tratamento que também hoje implica com a variedade de alternativas terapêuticas, cirurgia, radioterapia, o tratamento sistêmico, quer seja com a quimioterapia convencional, com a imunoterapia, com a hormonioterapia, com os agentes alvos e dos cuidados paliativos. O conceito de cuidados paliativos, que não é o conceito de cuidados de fim de vida, mas é um conceito de cuidados que se iniciam quando você tem uma doença crônica, minimizando sequelas do tratamento, minimizando o sofrimento da própria doença até a sua solução ou o seu controle, melhorando a qualidade de vida quando você não consegue curar, pois muitas doenças crônicas nós controlamos, não curamos. Então você tem que ter esse olhar também e isso tudo trouxe reabilitação também, é um outro problema já que queremos devolver indivíduos à Sociedade, isso tudo representa uma complexidade de formação muito grande.” (E15)*

*“Eu acho que a nossa Formação virou um grande negócio, com números exagerados. Por exemplo, temos 22 faculdades de Medicina no Estado do Rio de Janeiro e um número de médicos formados maior do que o recomendado pela OMS. Então, temos tudo isso, mas nas grades curriculares não se cultiva um olhar holístico consciente, crítico a essa nova realidade epidemiológica, tecnológica, o sistema educacional continua formando. E no Brasil, isso se associa a uma outra questão: Como a gente tem um sistema híbrido, suplementar e público, e nem sempre o aspecto de competitividade é equilibrado, quer dizer, o sistema suplementar acaba sendo mais atrativo financeiramente, ou nas ofertas que elas podem ter de remuneração, isso cria também um desequilíbrio da inserção do profissional. Claro que*

*isso depende da especialidade. Os médicos vivenciam isso, talvez os enfermeiros e alguns outros menos, o fisioterapeuta tem um certo desequilíbrio, mas o fato que eu vejo é que hoje a gente precisa de um plano de carreira para esses profissionais, para fidelizá-los a uma visão pública, sendo necessário diminuir esse ambiente de competitividade tão desigual. Senão, você alavanca a participação em um dos sistemas para ascender ao outro, como se fosse um trampolim e estabelecendo uma hierarquização. Um fenômeno que estamos assistindo no Brasil é a concentração dos grandes empregadores. Temos o SUS como grande empregador e temos os grupos de Saúde Suplementar que hoje estão se organizando em blocos. Para enfrentar dilema do custo, precisa-se de escala. Para a escala, precisa-se ter uma potencialidade de muitos serviços. Isso foi provocando a fusão de pequenos serviços em grandes conglomerados, com maior poder de compra e também de impactar na contratação da mão de obra. Por isso eu acho que o plano de carreira para o SUS é uma coisa que atrai o olhar dos profissionais para o setor público, não mais como complementariedade, mas como uma alternativa. Então, se por um lado tem um lado ruim, também tem um lado bom.” (E15)*

Como **Nós Críticos**, os especialistas entrevistados identificaram a ausência de um documento orientador da coordenação do modelo de Atenção ao Câncer considerando diferenças regionais, articulado a Órgãos formadores. Também se falou na dualidade de modelos de formação profissional, sem articulação com o modelo de Atenção ao Câncer. Ainda, a questão da ausência de políticas de Estado foi vinculada à questão do calendário eleitoral:

*“O primeiro nó crítico seria a falta de coordenação do modelo de atenção ao Câncer considerando as enormes diferenças regionais e articulando com o que fazem os órgãos formadores, as universidades, os próprios institutos e hospitais terciários ou especializados. Então, o que eu quero dizer é que não basta uma política de formação isolada do que é o modelo de atenção, do que é o modelo de articulação dos diferentes níveis. É preciso clareza do que se espera que um profissional, digamos, na clínica de família possa fazer em relação à prevenção e a identificação precoce de casos e assim sucessivamente. Talvez a intenção disso esteja posta, mas não há um documento orientador disso e não há a tradução disto em metas e estratégias objetivas.” (E14)*

*“No Brasil, predominam dois modelos. Um, do mercado, literalmente, em que você tem uma multitude de instituições privadas e até algumas públicas oferecendo cursos de especialização, manutenção, disso, daquilo. Alguns mais sofisticados, com mais capacidade tecnológica, algumas especialidades. E outro, de*

*programas de formação incentivados e patrocinados pelo Ministério da Saúde e que se repetem nos Estados. Tem a UNASUS, que oferece cursos curtos ou programas, cada vez mais hoje online e em temas mais específicos, mas sem que tenha uma articulação em relação ao que aquele profissional faz. Existem algumas experiências interessantes desse tipo, mas esse é um modelo quase que descolado ou desarticulado com o modelo de atenção e sem que se constitua numa articulação mais sólida, com metas e avaliação. Não que esses cursos não tenham mecanismo de avaliação. Eu acho que a gente vem avançando bastante nisso. Mas nada diferente, digamos, do que o setor privado oferece, e a impressão que eu tenho é que não tem impacto suficiente. Você tem muita oferta, especialmente online, via Telessaúde, Teleeducação. Associada ou não com EAD, que se disseminou muito no Brasil, começa a ter uma regulação para a graduação, mas para a pós-graduação hoje é livre, de certa maneira, em termos de carga horária, métodos educacionais. Mas o que mais importante é a ausência de uma articulação.” (E14)*

*“Outra questão dificultadora que eu vejo no Brasil é o calendário eleitoral. O fato da gente ter, de 2 em 2 anos, plebiscitos que geram uma constante modificação de gestores e de projetos. Isso é muito ruim porque a implementação de políticas fica condicionada a determinantes políticos muito modificáveis. Muda a Gestão, mudam as prioridades, não há continuidade, e isso na Saúde não deveria acontecer, já que o objetivo é o bem-estar coletivo. Então, são necessárias políticas de Estado, e não de Governo, com um tempo de execução para ser possível entregar resultados independentes das modificações políticas. Ou seja, políticas que não sejam transitórias e que tenham uma maior interlocução tripartite, com todos os atores mais integrados, sinérgicos. Menos competitividade e mais cooperação.” (E15)*

Foi destacada a questão da Promoção da Saúde como elemento a considerar na formação e qualificação profissional em Oncologia, relacionando-se com o impacto demográfico visto como dimensão fundamental para a adequação do processo formativo, do Sistema de Saúde e das Políticas Públicas:

*“A questão da Promoção de Saúde é fundamental, diante da explosão do Câncer, não só pelo envelhecimento populacional, mas também pelo processo de urbanização, que concentra fatores de risco do meio ambiente e estilo de vida. Sedentarismo, exposição e consumo de poluentes e produtos sabidamente cancerígenos, alimentação não saudável, etc. E no ambiente rural, principalmente, o Câncer ocupacional devido à exposição de trabalhadores a agrotóxicos. Lidar*



*com isso contraria os interesses comerciais, porque a eliminação dos fatores de risco significaria eliminar determinantes comerciais por conta da própria configuração do setor produtivo brasileiro.” (E15)*

*“O impacto demográfico não pode ser esquecido. O envelhecimento vem e vai continuar vindo. Temos uma projeção de um aumento populacional no Brasil para os próximos 10 anos, na ordem de 9%. Mas, no momento, 59% da população está acima de 65 anos. O ritmo dessa transição no Brasil é muito acelerado e essa rapidez é ruim, porque significa menos tempo para organizar, preparar e adaptar o sistema de Saúde para essa mudança de perfil epidemiológico, bem como o sistema educacional.” (E15)*

Outras questões destacadas pelos especialistas enquanto pontos a superar abrangem o desenvolvimento tecnológico esvaziando a importância do aspecto humano no Acolhimento, Prevenção e Cuidados Paliativos, as relações entre produção de conhecimento e interesses corporativos impactando o processo formativo, e a crença no desenvolvimento tecnológico como solução, sob a égide da noção de guerra contra o Câncer, desestimulando carreiras profissionais:

*“A Oncologia Clínica teve um rápido desenvolvimento hegemônico a partir da metade do século passado para agora e, a partir do ano 2000, começamos a ter as terapias-alvo e a imunoterapia, o que fez com que, a cada ano, sejam aprovados, em média, 25 medicamentos, todos com preços muito altos. Isso cria um problema. Também se cria um problema no âmbito do conhecimento, pois, se antigamente eram necessários 10 anos para aprender sobre uma determinada medicação e sua utilização, seus impactos efetivos, compreender os seus defeitos a longo prazo, hoje estamos em processo de atualização contínua, com muita agilidade e muita informação ao mesmo tempo. Então fica tudo muito segmentado, e acho que isso é um problema, cria-se uma situação que deixa o SUS vulnerável às manipulações possíveis dentro dos interesses específicos, no caso, da indústria farmacêutica, o Big Pharma. O acolhimento, a prevenção, os cuidados de fim de vida ficam em segundo plano em relação à possibilidade quase mágica de tratamento e promessa de cura que o desenvolvimento tecnológico oferece. No processo formativo atual não há como não levar em conta as questões envolvendo as novas tecnologias. As novas gerações lidam com a tecnologia digital de maneira fluida, possuem um letramento quase natural, mas ao mesmo tempo é uma coisa que também nivela por baixo, pois temos uma geração que tende a olhar mais para telas do que para o paciente, o que faz com que a importância do acolhimento e cuidado humanizado seja cada vez maior.” (E15)*



*“Vivemos numa Sociedade onde a Saúde virou negócio. Então, hoje, analisando o processo de Formação médica do ponto de vista dos conteúdos e da forma de se relacionar com eles, percebemos que a produção do conhecimento na área de Oncologia ficou muito ligado aos interesses corporativos. Hoje, na sua grande maioria, os congressos de especialidades na área de Oncologia são patrocinados pela indústria. Ela é o grande contribuinte. Então, hoje você não tem uma autonomia nem sustentabilidade financeira na produção de um congresso apenas através de inscrição de participantes, o que também acaba por gerar vieses nos debates. A circulação do conhecimento acadêmico-científico produzido é feita principalmente por intermédio de publicações em revistas de grande impacto. E tanto estas quanto as instituições, grupos e pesquisadores estão regidos pela lógica do financiamento, o que faz com que prevaleça um viés de positividade nos estudos muito maior do que de negatividade, já que ninguém vai financiar algo que não seja o seu interesse. Aquilo se torna uma verdade e passa a influenciar com muito peso na Formação do profissional. E temos uma questão envolvendo as escolhas por carreiras profissionais na área de Oncologia é a do sistema de remuneração fee-for-service, ou seja, o modelo no qual se paga por serviço prestado. O que temos é que, sob essa perspectiva, a remuneração do profissional está ligada a uma produtividade que, por sua vez, está relacionada a interesses de empresas de saúde. Ligado a isso, é também importante a questão da propriedade dos dados científicos produzidos. Hoje, um laboratório que financiou uma determinada pesquisa, por exemplo, é o proprietário dos dados produzidos. Logo, ele usará aqueles dados conforme os seus interesses.” (E15)*

*“A ideia de desenvolvimento tecnológico é muito sedutora e nos leva à sensação de que se vive uma guerra contra o Câncer e que vamos achar a bala de prata, a solução de todos os problemas da doença. Só que, se é mesmo uma guerra, é uma guerra perdida achar que a tecnologia vai dar resposta para tudo. Ela não vai e a gente sabe que não vai, nem para a sustentabilidade do planeta, nem para a sustentabilidade individual dos pacientes, nem para a sustentabilidade econômica. Hoje, se está falando muito de Inteligência Artificial, como se ela fosse a solução mágica. E isso é tão complicado, porque está levando ao desincentivo de determinadas carreiras profissionais na área de Medicina, mesmo na área de Oncologia. A Patologia está sofrendo com isso, por exemplo. É claro que eu acho que a Inteligência Artificial vai ajudar muito, porque é um processo mecânico de leitura, é uma ferramenta, mas é manipulada por pessoas. Como toda e qualquer ferramenta, se for mal utilizada, produzirá dano.” (E15)*

Finalizando os Nós Críticos elencados pelos especialistas para o subtema, foram destacadas as relações entre inovações e mídias **impactando** interesses e escolhas profissionais e o sucateamento do ensino profissional:

*“A inovação em pesquisa na área Oncológica é uma área muito prioritária atualmente, porque existem interesses mercadológicos. Então, as grandes Farmas constituíram departamentos de pesquisa e inovação muito poderosos na área da Oncologia e, obviamente, isso vai retroalimentando o interesse e a visibilidade. A visibilidade ocorre principalmente nas mídias. Por exemplo, invariavelmente, toda semana os grandes jornais têm pelo menos uma reportagem divulgada sobre Oncologia. Câncer é assunto que desperta interesse. Hoje já não há aquela tendência a ocultar, pelo contrário, até se expõem pacientes justamente porque se confere um certo heroísmo no enfrentamento, o que é injusto para quem não foi bem-sucedido, depende do caso, mas isso tem um atrativo muito grande, e às vezes você apresenta alguma inovação que não está acessível a todo mundo, como uma solução imediata, mas que na verdade é proibitiva financeiramente falando, com funcionalidade específica para determinados casos e, com isso, acaba iludindo e causando frustração.” (E15)*

*“Um problema importante do atual processo de Formação é o sucateamento do Ensino Profissional, com a desvalorização da figura do professor universitário que enfrenta um quadro de má remuneração, pouco incentivo e baixo comprometimento dada a inexistência de plano de carreira, entre outros fatores.” (E15)*

Como **Ações de Desatamento de Nós Críticos** referentes ao subtema, os especialistas apontaram para a necessidade de estabelecimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos para a Área de Câncer, com investimento em formação e qualificação profissional visando assegurar a boa qualidade da Comunicação e a circulação responsável de informações, e foco em questões de Acesso, sem deixar de lado as soluções tecnológicas na Saúde. Neste sentido, os processos formativos devem ser regidos por uma visão que privilegie a importância das discussões em âmbito local, com a valorização de dados em Saúde, particularmente relacionados ao Câncer:

*“Penso haver necessidade de estabelecer um conjunto de diretrizes nacionais que pudéssemos chamar de política de recursos humanos para a área de Câncer e que traduzida em metas regionais, em articulação das instituições em clara definição dos níveis de Atenção. A responsabilidade por um documento orientador como esse deve ser compartilhada entre Ministério da Saúde e Ministério*



*da Educação, esse é um compartilhamento quase que natural. A gente tem esse campo da formação de recursos humanos em Saúde, ou de profissionais de Saúde, mundialmente compartilhado entre Saúde e Educação. Mas diferente de outras áreas, onde você tem uma clara preponderância da área da Educação, na área da Saúde no Brasil há que se levar em conta que a responsabilidade do sistema é pública, ainda que a prestação seja feita de forma mista, com importante participação do setor privado.” (E14)*

*“Considerando que hoje se precisa ter campanhas de marketing usando diferentes mídias, não é o mesmo profissional de Comunicação que faz propaganda pra vender cigarro que deverá fazer a campanha para reduzir o uso do tabaco. O profissional de Comunicação precisa ter uma imersão na Saúde Pública, que o outro não tem, é uma outra lógica. Claro que um profissional pode absorver, mudar, mas temos que ter também uma perspectiva de formação desses quadros estratégicos. Não basta só ir ao mercado e contratar. Então, é isso que tem que estar dentro de uma política de recursos humanos para a de câncer, de modo que você identifique os diferentes níveis de atenção, os diferentes níveis e tipos de intervenção e articular. É importante que o Conhecimento e a Informação circulem. Fazer isso exige ouvir especialistas e profissionais, mas também exige um conhecimento sobre o que se faz no mundo, não basta só o conhecimento clínico daquele problema. E é preciso juntar isso com o conhecimento produzido no mundo sobre Formação, sobre o estabelecimento de metas, de objetivos de médio e longo prazo. Também exige flexibilidade para que essa política seja possa ser alterada ao longo do tempo. Então, não pode ser uma lei, precisa ser um programa técnico, mesmo, que obviamente é baseado na legislação, mas é preciso esse esforço de articulação que junte os diferentes atores. Não vejo isso como uma ação só de especialistas de Saúde Pública ou especialistas clínicos. É preciso que as instituições que hoje têm experiência na Formação tenham participação nisso, porque eventualmente terão que se reajustar.” (E14)*

*“As soluções tecnológicas na Saúde, em particular relacionadas à Oncologia, são elementos facilitadores muito úteis que revolucionam a Formação dos profissionais e, inclusive, se tornaram imprescindíveis para se pensar e fazer um modelo de atenção oncológica para o país. Mas eu acho que as pessoas não estão discutindo as questões do Acesso. Por exemplo, por mais que se fale em Equidade, considerando os contratos que se fazem relacionados a programas de distribuição de serviços de Radioterapia, Tomografia, ou Ressonância Magnética, essenciais para a Oncologia, é preciso considerar o peso das diferenças regionais. O comprometimento da manutenção dos aparelhos tem que ser diferenciado,*



*porque é muito mais difícil encontrar em alguns locais a estruturação que existe em grandes centros.” (E15)*

*“A discussão sobre as soluções locais deve ser feita em oficinas locais, pois quem melhor conhece a realidade local são as próprias pessoas, os profissionais comprometidos, em contraste com o desenvolvimento de projetos centralizados, distantes da realidade. E tem que haver também um programa de fixação, estímulo para a fidelização com algum tipo de vinculação contratual e desenvolvimento de metas dos profissionais às iniciativas locais, sob pena de termos processos formadores para a Saúde Suplementar ou para outros grandes centros, a fuga de cérebros, concentrando pessoas em outros lugares.” (E15)*

*“Acho que a gente está começando a valorizar mais os dados em Saúde e, em particular, relativos ao Câncer. Isso é muito importante. Com registros melhores, com investimento em políticas de captação, sistematização, análise e divulgação de dados e informações, temos uma percepção melhor da realidade.” (E15)*

Também foram sugeridas estratégias de criação de condições atrativas à formação na área do Câncer, com valorização de carreiras da Saúde, enfatizando, principalmente, as áreas da Enfermagem e Psicologia. Isso implica em mudanças na grade curricular das instituições de formação valorizando integralidade, visão holística, humanista e com interface com outras especialidades:

*“Para que você possa trazer jovens para qualquer área de atuação profissional, é preciso levar em conta os fatores que envolvem a tomada de decisão. E lidar com isso de modo adequado no caso da Formação e Qualificação profissional na área do Câncer é identificar o que faz a escolha e criar condições. Por exemplo, a gente já sabe que não é só remuneração, há estudos que mostram isso, ainda que a remuneração seja importante como um atrativo. Só que ela tem limites, precisa estar associada com outras coisas. Então, dependendo de determinadas localidades onde o profissional vá trabalhar, talvez precise de transporte. Ter um carro, às vezes, faz toda a diferença, além de outros incentivos financeiros e não financeiros que podem estar associados. E no caso do Câncer, penso que é muito importante isso, porque determinadas áreas são mais pesadas, psicologicamente falando, tais como as que lidam com doentes terminais, pacientes mais complexos de você tratar no campo da Atenção Terciária, ou na Atenção Básica. O INCA teria um papel fundamental nessa situação. Se o INCA é, digamos, a cabeça do sistema de atenção ao Câncer no Brasil, evidentemente, não só na formação mesmo, mas, eu diria, nessa direção política. Política no sentido da política de*

*atenção ao Câncer. Mas eu acho que também precisa mapear aí que instituições acadêmicas têm experiência com isso e articular para contribuírem.” (E14)*

*“O papel do médico é evidentemente importante, mas quando se pensa em Atenção ao Câncer, há outras carreiras que têm uma responsabilidade talvez até maior. A Enfermagem sobressai, por exemplo, mas os cuidados psicológicos têm um peso enorme. Então, é importante o apoio não só ao paciente, como também à família, especialmente no mundo ocidental, em que você tem o sofrimento e a morte encarados com muito mais dificuldade do que outras culturas. Então, é preciso ter diferentes profissionais. A forma como a equipe se organiza, os tipos de profissionais, essa é uma questão importante que precisa estar incluída numa política de recursos humanos na área do Câncer.” (E14)*

*“Considerando as questões amplas e específicas da Oncologia, são necessárias mudanças na grade curricular das instituições de Formação dos profissionais em Saúde, no sentido de garantir que eles tenham uma visão valorizadora do princípio da Integralidade, que se preocupem com a Linha de Cuidado e a interface com outras especialidades. Por ser Oncologia uma especialidade recente, ainda não se consolidou uma definição curricular satisfatória do que cabe ao profissional. Não há um preparo para o conceito maior da visão holística mesmo do sistema de saúde, do que é o SUS, a compreensão da jornada da paciente e da construção do conhecimento, da pertinência da Regulação e o que é um fluxo regulatório, etc. Só que mexer nesse processo no ambiente universitário e acadêmico é contrapor a estrutura de poder. Mudanças culturais não são fáceis, mas isso está se impondo e, certamente, terá que ser feito, porque a Oncologia é uma atividade multiprofissional, portanto, necessária e essencialmente multidisciplinar.” (E15)*

Em termos de **Expectativas e Perspectivas** relacionadas ao subtema, os especialistas adotaram um otimismo bastante cauteloso, diante da necessidade de intervenção na realidade considerando inovações e modificações nas perspectivas profissionais geradas pelo desenvolvimento tecnológico e dificuldades de ordem político-institucional na Saúde, e da necessidade de aprofundamento da vocacionalização tripartite de instituições no trabalho em rede, aproximando Saúde e Educação:

*“Como a gente vive tempos muito turbulentos, é difícil pensar no futuro, mas tem algumas experiências fora do Brasil, especialmente na Europa, que podem nos ajudar a conformar esse futuro. Há um estudo patrocinado pela União Europeia congregando diferentes grupos de pesquisa e universidades de 15 países,*



*com o objetivo de pensar a formulação de políticas de planejamento e recursos humanos, mas não especificamente pelas profissões, mas pela demanda e oferta de habilidades e competências. O interessante desse estudo é que busca identificar elementos no futuro daqui a 15, 30 anos, não só de carga de doença, como também de perfil epidemiológico e demográfico associado, a organização dos serviços e das profissões. Então, é um esforço interessante de articular conhecimento para tentar identificar tendências partindo do princípio de que uma das melhores maneiras de olhar para o futuro é recuperar o que ocorreu no passado, considerando as inovações e modificações nas perspectivas profissionais que vem ocorrendo com o desenvolvimento tecnológico na Atenção à Saúde. Então, eu não sou entusiasta da ideia de que basta vontade política construir um futuro de médio e longo prazo. É necessário que você intervenha na realidade para que esse futuro possa acontecer, pois ele não vai acontecer naturalmente. Logo, é preciso haver articulação entre o conhecimento produzido, quem produz conhecimento, com quem efetivamente está executando essas coisas. Eu não vejo isso acontecendo no Brasil em curto prazo na área de Câncer. Talvez as prioridades de curto prazo estejam mais proeminentes, até é natural que isso ocorra, mas eu acho que você só muda o curso disso se você conseguir ter metas e intervenções propostas a médio e longo prazo. Você não consegue interferir, na realidade, só com respostas imediatas aos problemas que, obviamente, estão gritando, que precisam de respostas, mas que não podem inibir pensar a médio e longo prazo. Esse é, digamos, o desejo. Mas eu, francamente, não vejo isso ocorrendo, dada a conjuntura que a gente tem vivido no campo, digamos, político-institucional. E aí não estou nem falando política geral, estou dizendo no campo da Saúde.” (E14)*

*“Hoje não existe nenhuma instituição que possa trabalhar isoladamente na área do Câncer, não se pode esperar que tenha tudo numa só instituição. Quando se organiza melhor os fluxos, o resultado é muito melhor, mas é preciso vocacionar as instituições, trabalhar em rede, envolvendo todos os setores no processo de decisão, pactuando soluções, competências, responsabilidades com todo mundo. Com racionalidade e pragmatismo. A minha expectativa é que a gente forme profissionais para o SUS, porque esse é o problema. Sobre a possibilidade de concretizar isso, acho que a gente precisa, urgentemente, aproximar Saúde e Educação, porque o processo de formação curricular vai determinar muito da Formação e da busca desse profissional no seu futuro de prática clínica profissional. Essa aproximação tem que vir lá das universidades, pois as escolhas são feitas lá. Do ponto de vista da administração pública nas três esferas, federal, estadual e municipal, a participação nesse processo formativo voltado para o*



*SUS poderia auxiliar a Educação dando mais visibilidade ao processo de decisão compartilhada que as pessoas não têm. Eles não sabem muito quem decide o quê. Então a gente fala muito de tripartite, de competências, mas isso não está no alcance do olhar do profissional que exerce a profissão. Ele só olha o seu chefe imediato. Ele não consegue entender o sistema, o funcionamento e os caminhos de pressão. É preciso formar profissionais que entendam o que eles, enquanto profissionais na Saúde, em específico na Oncologia, podem efetivamente fazer.” (E15)*

## **SUBTEMA 07: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

O **Estado da Arte** do subtema foi visto pelos especialistas com a importância do Controle Social cada vez mais afirmada e consolidada, num cenário em evolução incremental da adesão aos instrumentos legais e mecanismos estruturais de Participação Social:

*“O Controle Social é Participação social, mas nem toda Participação Social é Controle Social para intervir e se manifestar e deliberar em torno das políticas públicas do campo da Saúde como faz o Conselho Nacional de Saúde (CNS). E hoje, dentre as 19 Comissões do CNS, existe a Comissão de Pessoas com Patologias, que se trata da questão da política do Câncer e dialoga com outras Comissões, como da Ciência, Tecnologia, Inovação e Assistência Farmacêutica, assim como com a Gestão Federal. A Oncologia ganhou agenda política nesse governo, através do Complexo Econômico e Industrial da Saúde (CEIS), principalmente pela compreensão da importância da autossuficiência nacional no campo da produção, dos insumos, etc. Precisamos que os Conselhos Estaduais e Municipais também tenham esses espaços, seja dentro da sua Comissão obrigatória de fiscalização, seja através de uma Comissão que venha a ser constituída de pessoas com patologias, ou mesmo dentro da Assistência Farmacêutica, para fazer o monitoramento da implementação da política no seu estado e nos seus municípios.” (E16)*

*“O cenário está ainda em evolução e requer uma combinação significativa entre incremento da adesão aos instrumentos e mecanismos de Participação e Controle Social e, por outro lado, a “profissionalização” dessas contribuições no sentido da efetividade e geração de valor equilibrada para a Sociedade e para o Ecossistema de Saúde. Apesar da previsão Constitucional e dos espaços atuais já instituídos de Participação Social no âmbito do SUS, por exemplo, sabemos que a efetividade da influência sobre a definição, desenho, implementação e*

*monitoramento das políticas públicas é ainda bastante limitada. Houve avanços em processos como o de Avaliação de Tecnologias de Saúde (ATS) no que tange à participação em consultas Públicas, contribuições como a “perspectiva dos pacientes”, que representa um espaço formal para que usuários do SUS, seus cuidadores e familiares compartilhem suas experiências e a importância real do impacto de uma doença ou tratamento, contribuindo para a tomada de decisões sobre as incorporações. Adicionalmente, houve também um incremento da Participação e Controle Social no âmbito do Poder Legislativo no que se refere às discussões sobre a Oncologia. Exemplo disso, é a crescente atuação colaborativa e com notória qualificação, dos representantes de comunidades de pacientes e grupos sociais junto às Comissões Parlamentares Especiais da temática (Saúde e Câncer), e aumento na contribuição das entidades da Sociedade Civil na construção de projetos de leis referentes às políticas da Atenção Oncológica, como o que originou p.e. a Lei nº 14.758/2023 a qual instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no Sistema Único de Saúde (PNPDC-SUS). Fatos estes que sinalizam para relativa ampliação da Participação Social.” (E17)*

Como o primeiro dos **Nós Críticos** do subtema, os especialistas indicaram a ausência de sincronicidade dos tempos da Gestão e do Controle Social no Monitoramento de Políticas e Programas para assegurar o papel deliberativo e fiscalizatório do Controle Social, conforme ilustra o caso da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Ligado a isso, foi assinalada a questão da transparência das decisões públicas:

*“O grande desafio é o Controle Social seguir na sua prerrogativa legal de fiscalização e monitorar as políticas em si e os programas que estão aí como instrumentos de execução das políticas públicas, dentre elas do próprio Câncer. Então, esse é um grande desafio, porque o tempo da Gestão não é o do Controle Social. E sabemos o quão acelerado está o Governo Federal para apresentar a mudança real na sociedade para o povo brasileiro e nós não conseguimos acompanhar no mesmo tempo essas questões.” (E16)*

*“A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, que foi aprovada em novembro de 2024, na verdade, não foi construída com o acompanhamento do Controle Social, desde a sua ideia, concepção, etc. Na verdade, foi mais uma política que, quando nos demos conta, o Controle Social foi atrás, correu, aí foi levada para a Comissão de Pessoas com Patologias, e daí levada para uma*



*Reunião Ordinária do Conselho Nacional para o seu posicionamento. E foram colocadas observações, mas foram observações de uma política que já estava dada. Então, na prática, não foi uma política construída com Controle Social. Eu defendo que toda e qualquer política do campo da saúde deveria ser uma resolução do Conselho Nacional de Saúde sob a compreensão de Gestão Participativa, assim como foi conseguido construir no caso da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde, que tiveram Conferências temáticas e são políticas que são resoluções do CNS. Sem querer engessar, e aí mais uma vez, a gente sabe que o tempo político de um governo é distinto do tempo político do Controle Social, mas eu acho que esse seria a máxima da Democracia Participativa. Acho que aí nós poderíamos realmente dizer que o Brasil implementa a Democracia Participativa, tendo as suas políticas de Saúde, que aí são construídas literalmente no Controle Social. Não necessariamente precisa ser uma Conferência, pode ser um Grupo de Trabalho, enfim, que a gente tenha aí uma resolução do CNS traduzindo essa política. Então, Acho que, sobre isso, ainda estamos longe.” (E16)*

*“A ausência de uma gestão transparente na Oncologia gera um ambiente de insegurança da sociedade sobre a priorização das políticas públicas e sociais para o enfrentamento e prevenção ao câncer, incompreensão sobre os esforços de implementação da PNPC e até a polarização entre Estado e Sociedade diante do objetivo que deveria ser único e compartilhado.” (E16)*

O financiamento surgiu como uma questão fundamental com a qual as entidades relacionadas à Participação e Controle Social se preocupam, no sentido de buscar a salvaguarda dos direitos da população a uma Atenção Oncológica inclusiva, equitativa e de qualidade:

*“Talvez o nó crítico que perpassa qualquer política se manifeste seja o financiamento. A gente ainda vive uma questão de subfinanciamento do SUS. Não conseguimos superar, apesar do esforço do Governo Federal de aplicar recursos financeiros para dar conta da sua agenda política. Apesar de ter um aporte diferenciado de recursos, nós sabemos que o subfinanciamento é uma prática real, concreta, frente a uma população que está envelhecendo cada vez mais, dentro das emergências sanitárias que estão aí à nossa porta, é uma realidade concreta e ainda não temos tantas soluções. Então, acho que o financiamento eu destacaria realmente como uma grande preocupação do Controle Social.” (E16)*

Fechando os Nós Críticos, os especialistas frisaram, ainda, a necessidade de aperfeiçoamento de mecanismos de Participação e Controle Social, preocupados

com questões estruturais e conjunturais envolvendo a compreensão de direitos e operacionalização, e de capacidades **técnicas** e analíticas de atores variados:

*“Entendo que há uma crise no Estado brasileiro e nas relações institucionais frente à Sociedade e suas necessidades básicas e emergentes. E isso desmobiliza e contribui para o desincentivo do engajamento da Sociedade sobre a atuação política e da Gestão Pública. Como desafio, destaco a urgência de estabelecermos de forma mais estruturada os mecanismos de Participação e Controle Social, bem como, aplicar formas efetivas de mensurar os potenciais impactos (e contribuições) que podem promover sobre as políticas públicas e as funções do Estado.” (E17)*

*“Entendimento sobre o conceito do direito em si à Participação e Controle; Condições de operacionalização; (Des)Qualificação das representações sociais nos espaços formais e, por fim, nas capacidades técnicas e analíticas do Estado e demais stakeholders do setor para avaliar adequadamente e compreender de fato a relevância das contribuições das intervenções sociais no contexto das políticas de saúde.” (E17)*

Como **Ações de Desatamento de Nós Críticos**, os especialistas falaram da importância da capilarização do Controle Social e Gestão Participativa como caminho e meta a ser alcançada, mediante o incremento da Comunicação e o trabalho em rede e capilarizado dos mecanismos de Participação Social para fortalecer o Controle Social:

*“O horizonte para o Controle Social é realmente tentar dar capilaridade à participação dos Conselhos de Saúde. Já na 17ª Conferência Nacional de Saúde foi lançada a campanha Conselhos Locais. Então, quanto mais disseminada nós tivermos a participação do Controle Social, desde as suas instâncias de prerrogativas legais, como Conselhos Locais, Municipais e Estaduais, de fato estará assegurada a participação do Controle Social nas diferentes instâncias dos governos. Afinal, quando a gente fala na redemocratização, a gente sempre fala da importância da conquista da participação da comunidade, mas acho que tem duas palavrinhas que às vezes a gente esquece, que é a Gestão Participativa. Isso é o que o Controle Social muito quer e deseja, mas sabe-se que as dificuldades políticas são as mais diversas, e isso se torna complicado.” (E16)*

*“Na verdade, acho que o que a gente precisa fazer é que funcione o que hoje está posto. Se a gente olhar o Governo Lula, existe a Secretaria Nacional de Participação Social (SNPS), que faz parte da Secretaria-Geral da Presidência da República.*

*Mas, na prática, isso acaba em algumas Secretarias com dificuldades, talvez, na implementação. E eu acho que, dentro do Ministério da Saúde, a SAES talvez esteja tendo mais dificuldade para isso. Os instrumentos já existem, eles não precisam ser criados. A gente tem CNS. O que a gente precisa é que o Governo faça acontecer e estreitar essas Secretarias para dentro do CNS. Porque se você olhar no campo do Câncer, em tudo quanto é evento, o CNS é convidado a estar lá numa mesa. Mas o debate da política em si acaba tendo um distanciamento muito grande. Então, acho que esse despertar de quem está no Governo seria importante. O que a gente precisa é estreitar a Comunicação, a forma pela qual essas instâncias já existentes se relacionam e incentivar para que trabalhem em rede. Então, acho que é para dentro do Governo, e do Governo para fora. E aí, quando no campo da Saúde, para mim, o para fora, o primeiro é o CNS.” (E16)*

Os especialistas também indicaram a necessidade de investimento na qualificação de quadros e em Educação Permanente:

*“Investimento em estratégias de instrumentalização e qualificação via Educação Permanente voltada a capacitação dos atores intervenientes da Participação Social nas instâncias do SUS e nas estruturas do Estado, dos Poderes e da Sociedade, para melhorar a Participação e Controle Social, com adoção/incentivo à Participação Social estruturada em estágios cada vez mais precoces do ciclo de desenvolvimento das políticas em Saúde.” (E16)*

*“Promoção de iniciativas de Educação Política e Cidadã permanente para a consolidação do entendimento do direito e da efetiva legitimidade da Participação e Controle Social, visando melhoria dos resultados de serviços públicos.” (E17)*

Por fim, os especialistas afirmaram ser importante e estratégico o investimento em ações de debate da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, enfatizando o aspecto da transparência no debate sobre responsabilidade social, Democracia e Cidadania:

*“Discussão ampliada sobre os desafios de implementação da PNPCC e demais estratégias para melhoria da Atenção Oncológica em um cenário de restrição orçamentária, envelhecimento populacional e crescimento exponencial da incidência e mortalidade por Câncer.” (E17)*

*“Ampliação da compreensão sobre a correlação entre os âmbitos de responsabilidade e competências dos poderes que atuam para a consecução das políticas em saúde em geral e na Oncologia, em particular, de modo a garantir transparência*

*sobre a atuação do Estado que os resultados e encaminhamentos provenientes de Participação Social formalmente instituída repercutam efetivamente sobre as tomadas de decisões na Gestão da Atenção Oncológica.” (E17)*

*“Amplificação do debate político e público sobre a importância da Participação e do Controle Social para a manutenção da Democracia e aprimoramento das políticas públicas de Saúde, reforçando a noção de responsabilidade social no exercício da Participação e Controle Social com foco em geração de valor, contribuição para aprimoramento das políticas e proteção dos direitos da pessoa e da coletividade.” (E17)*

A título de **Expectativas e Perspectivas** envolvendo o subtema, os especialistas declararam um otimismo concreto, realista, mesmo diante de um cenário político não muito positivo, com necessidade constante de acumular força social e política, com o advento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) ensejando oportunidade de reorganização de um modelo de Participação e Controle Social. Também por conta da perspectiva de articulação das instâncias de Gestão do Sistema de Saúde estimulada pela relevância e magnitude das questões envolvendo o Câncer enquanto problema de Saúde Pública:

*“Eu estou no campo do Suassuna, um realista concreto. Acho que o sonho e a cereja do bolo é que realmente a Democracia Participativa pudesse se constituir a partir dos instrumentos que nós criamos e que está posto. Agora, a perspectiva é de grandes desafios, porque eu acho que o cenário político não está positivo. O grande desafio é a gente acumular força social e política para mudar essa correlação de forças, saber quem somos, o que queremos e quem de fato a gente precisa se contrapor. A gente não pode se confundir nesse processo. Então, acho que em termos de perspectiva, acho que é nesse sentido, no sentido de saber que os desafios políticos não são pequenos e que se nós não acordarmos de que lado estamos e a nossa força precisa ganhar musculatura, no sentido de acreditar realmente em nós, na nossa força, e que é possível, mas essa mudança de chave tem que vir tanto dos Movimentos Sociais, do Controle Social, mas por que não dizer também por dentro do Governo Federal? Acho que é mais ou menos essa linha.” (E16)*

*“A nova Lei PNPCC criou um cenário de oportunidades para reorganizar, estruturar e aplicar um modelo de participação social e controle que deem vazão às necessidades apontadas e poderia ser um exemplo em construção. É preciso construir uma forma de gerir o Sistema com base em dados oficiais e evidências*



*de mundo real significativas, e com pactuação social para colaboração efetiva frente aos enormes desafios de priorização sobre os recursos, limitado financiamento, a universalidade, integralidade, equidade, diversidade e inclusão entre outros.” (E17)*

*“Os Cânceres constituem um problema de saúde pública global com relevância e magnitude expressivas. A perspectiva de tornar-se a principal causa de morte prematura globalmente nos próximos anos nos impõe uma resposta estratégica dos países de forma consistente. A complexidade das políticas e das intervenções de saúde na Oncologia ainda se somam ao desafio da aceleração no desenvolvimento de terapias avançadas e da medicina de precisão, ambas impactando enormemente nos custos futuros dos cuidados oncológicos. Ou seja, acredito no modelo de Participação Social e Controle na Oncologia com articulação das instâncias de gestão do Sistema de saúde, coordenação entre os poderes e instituições atuantes, e com a instrumentalização dos seus agentes. Esse modelo é possível e pode auxiliar inclusive na sustentabilidade do Sistema, mas é necessário investimento público permanente e engajamento da sociedade para melhor cumprimento das funções primordiais das políticas públicas.” (E17)*

## **SUBTEMA 08: Distinções entre Sistemas de Saúde**

O **Estado da Arte** do subtema foi classificado pelos especialistas como apresentando avanços globais e brasileiros no Controle do Câncer, com uma compreensão crescente da importância em se investir na Prevenção que se insere no âmbito do Controle, bem como da fiscalização das medidas e ações. Falou-se da diversidade de modelos de Atenção, com o SUS apresentando elementos dos três tipos relatados, além das próprias especificidades nacionais e loco-regionais:

*“Globalmente, o Controle do Câncer tem avançado com base em estratégias integradas que combinam prevenção primária, rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos. A OMS recomenda os chamados best buys — intervenções custo-efetivas como vacinação contra HPV e hepatite B, rastreamento de câncer de colo do útero, mama e colorretal, e controle de fatores de risco como tabagismo, dieta inadequada e sedentarismo. No Brasil, o SUS tem adotado medidas como a regulamentação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), a criação da Rede de Prevenção e Controle do Câncer e o Programa de Navegação para garantir diagnóstico rápido e acompanhamento individualizado. O sistema também utiliza ferramentas como o SISCAN para monitorar indicadores de detecção precoce, que tem o potencial*



*de impacto positivo na Saúde da população se implementados efetivamente nas populações-alvo, com controle de qualidade e monitoramento regulares. A metáfora da guerra contra o câncer tem sido criticada por simplificar uma condição complexa e por gerar expectativas irreais de cura. Essa abordagem pode estigmatizar pacientes que não vencem a doença. Em contraste, a noção de cronificação reconhece o câncer como uma condição que, em muitos casos, pode ser gerenciada ao longo do tempo com qualidade de vida, especialmente com os avanços em terapias-alvo e imunoterapia.” (E18)*

*“A história de Combate versus Controle relacionado ao Câncer não funciona. A gente não consegue combater todos os tipos de Câncer, pois não se trata de apenas uma doença homogênea. O fato é que existem alguns Cânceres que são preveníveis e alguns que você pode efetivamente eliminar. Agora, segundo a quarta edição do Código Europeu contra o Câncer, há 12 maneiras de se prevenir o Câncer, e calcula-se que atinja 40% dos Cânceres. Isso significa que, para os 60% restantes que não são preveníveis é necessário fazer detecção precoce para tentar aumentar a chance de cura, ou aplicar novas terapias que possam permitir que a doença se torne crônica, para que se consiga controlá-la por anos e anos, talvez. E existem alguns tipos de Câncer que não têm prevenção, e/ou que, infelizmente, não são curáveis. É importante ter na mente que prevenir é a melhor solução, mas quando se fala de Combate versus Controle, a Prevenção encaixa no Controle dos casos que não se consegue prevenir. Logo, o Controle abrange tudo isso: Os tipos de Cânceres que são preveníveis, os que se consegue fazer detecção precoce e muda-se o prognóstico do paciente, os que se cronificam, ou para os quais que se consegue oferecer a melhor qualidade de vida ao se controlarem os sintomas, a dor, oferecendo cuidado paliativo. Então, acho que os países que têm um sistema único de saúde, público, com acesso universal, conseguem implementar políticas públicas de Saúde que facilitam a Prevenção, que são mais eficientes no Controle. O Brasil sempre esteve na vanguarda da Prevenção primária de alguns agravos. A redução do Câncer relacionado ao fumo é um exemplo, a queda no consumo de tabaco no Brasil ainda não foi vista em nenhum outro lugar do mundo. A gente fez muito bem e poderia fazer ainda melhor se a fiscalização das medidas fosse mais efetiva. Então, a Política está lá, a implementação acontece, mas a fiscalização é a parte mais fraca. Ainda assim, o Brasil está numa situação privilegiada comparado a países que não tem um sistema de Saúde como o SUS.” (E19)*

*“Ao se falar sobre Controle ou Combate ao Câncer, é preciso considerar os modelos de atenção. Essencialmente, há sistemas que se caracterizam por ter*



*um grau de incorporação tecnológica avançado, por exemplo, o Reino Unido, e há sistemas que têm uma estrutura biomédica muito forte, como os Estados Unidos. É interessante porque quando se lança um olhar avaliativo para os países do sul global, observam-se elementos de comparação mais palpáveis com a nossa realidade brasileira. Inclusive, por exemplo, se a gente pensa na Ásia e na África de modo geral, na África subsaariana e no sul da Ásia, existem modelos de atenção oncológica que dialogam muito com sistema de saúde brasileiro, ainda que apresentem muitas diferenças. Por exemplo, a Índia, que é um país que tem um sistema de saúde provincial, então cada província muda bastante, o que seria mais próximo do sistema canadense, por exemplo. Existem províncias na Índia, por exemplo, a província de Kerala, que funcionam com um sistema pautado pela cobertura universal, e eles trabalham uma ideia de Controle do Câncer muito mais próxima do que se pratica no SUS, em níveis de atenção. Eles têm uma figura, inclusive, que é muito próxima, em termos conceituais, do que seriam os nossos ACSs, atores que vão nos territórios lidar com estratégias de detecção precoce de Câncer, fazer ações estratégicas de Educação e Saúde, mas também tem níveis que vão se levando até uma alta complexidade, que aí eu acho que é muito parecido ao caso brasileiro, porque na Índia você tem por um lado grande complexo hospitalar de alta tecnologia de base privada, principalmente, então você tem muitos hospitais de origem privada com acesso tecnológico muito grande, e tem um programa central que é da porta de entrada para esses hospitais, porque você tem uma população muito desigual como o Brasil, e aí tem uma grande dificuldade para você chegar até esses hospitais. Inclusive tem certa forma de atuação nos hospitais que isso, tem semelhanças e diferenças com o Brasil, porque os hospitais são muito ativos na conexão com essas redes, esses outros níveis de atenção. Por exemplo, esses profissionais, esses atores que eu mencionei que são um pouco semelhantes aos ACSs, lá na Índia eles são treinados em grandes hospitais localizados em grandes cidades. Então, isso é um perfil um pouco diferente do que se têm no Brasil, em que os hospitais privados, ainda que eles façam ações de capacitação, como o Albert Einstein, o Hospital do Câncer de Barretos, mas eles não fazem essa conexão com a rede comum. Por outro lado, você tem na África Subsaariana um sistema de atenção oncológica que é muito fruto das ações de saúde globais dos anos 90, que se concentraram em criar grandes hospitais de Câncer em pontos considerados estratégicos que ficam em alguns territórios. Por exemplo, na Tanzânia tem um hospital de Câncer no Monte Kilimanjaro, que, teoricamente, tem um raio de cobertura gigante. É outro cenário também de recursos mais escassos, de países que dependem muito da atuação de filantropia e de instituições do*

*âmbito global para poder financiar as ações. Você tem Estados que têm muito mais dificuldade de manter Políticas de Atenção Oncológica do que o Brasil. Um outro ponto que diferencia os sistemas de saúde da África subsaariana é que a criação de Políticas de Atenção Oncológica nesses países está diretamente ligada à cronificação do HIV, porque lá o processo de transformação de problemas envolvendo o Câncer em demanda de Saúde Pública ocorreu derivado do desenvolvimento de um certo controle da AIDS. Inclusive, há hospitais de Câncer que funcionam em antigos hospitais de Infectologia. Então, essas dinâmicas de diferentes sistemas de Saúde também dizem respeito a diferentes dinâmicas sociais entre esses países. Eu acho que, para discutir o aperfeiçoamento da Atenção Oncológica no Brasil, um país que serve para um diálogo muito bom é a Índia, por ter uma complexidade social semelhante e experimentar elementos de desigualdade social muito semelhantes aos que existem no Brasil, inclusive desigualdades regionais, bem como a assimetria público-privada.” (E20)*

Como **Nós Críticos**, foram citadas questões envolvendo financiamento, desigualdades no Acesso, falta de integração entre níveis de Atenção, baixa capacitação e qualificação profissional, baixa adesão a programas de rastreamento:

*“Alguns dos desafios enfrentados por vários sistemas de Saúde no mundo se referem ao financiamento inadequado dos serviços prioritários de Câncer, a desigualdades no acesso a diagnóstico e tratamento, fragmentação dos serviços, a falta de integração entre níveis de atenção, a escassez de profissionais capacitados, e baixa adesão a programas de rastreamento. Após a crise COVID, vários países se conscientizaram da dependência de outros países para em quimioterápicos e outros medicamentos de bases. Alguns países tomaram a iniciativa de diminuir a dependência de importação, como uma questão de soberania (e segurança) nacional. Na minha observação fragmentada do sistema (via literatura e discussões com profissionais de colegas trabalhando no sistema de Saúde), o que pude observar como desafios foram: cobertura desigual dos programas de rastreamento entre regiões, longos intervalos entre consulta, diagnóstico e início do tratamento, limitações na infraestrutura de radioterapia e oncologia clínica em algumas regiões/estados/municípios, dificuldades na integração entre atenção primária, secundária e especializada/super especializada, baixa adesão populacional aos programas preventivos como rastreamento.” (E18)*

Outro ponto ressaltado pelos especialistas foi a atuação das grandes mídias reforçadora de estereótipos e preconceitos contra o SUS, configurando uma situação no país onde parte significativa da população brasileira é afliente, não depende

do SUS, não se identifica e deixa de fazer pressão por aperfeiçoamentos no Sistema, em contraste com outros países como o Reino Unido:

*“É importante destacar a atuação da grande mídia corporativa, que se alia com outros interesses e acaba reforçando uma noção preconceituosa contra o SUS, de que é um plano de Saúde para pobre, de má qualidade, com serviços e instalações ruins, precário. É óbvio que o SUS não é perfeito, tem problemas e imperfeições, mas também tem ilhas de excelência e presta um papel fundamental, mesmo com todas as dificuldades. A Pandemia de COVID-19, por exemplo, foi o exemplo maior. Se não houvesse o SUS, não seriam 700 mil mortes, seriam mais.” (E19)*

*“Uma coisa que o Reino Unido tem muito forte é a história de como se decide, principalmente em Oncologia, onde se investem recursos para o tratamento. Volta aquela história sobre o Câncer se tornar uma doença crônica, ele se torna uma doença crônica com os medicamentos que são mais caros. E aí se tem um custo que aumenta muito no controle da doença avançada, que beneficia os pacientes, não vamos entrar nessa questão, mas, quando se tem um sistema como o SUS, num país como o Brasil onde pelo menos 20% da população tem uma Saúde complementar, que oferece essas drogas que são mais caras e tudo, começa a haver Desigualdade, e aí não tem um balizador, não tem um sistema como no Reino Unido, que decide em termos de custo efetividade. A gente tem que entender que há um limite para a incorporação de novas drogas e tecnologias. Então, por mais que hoje o Reino Unido às vezes tenha sido questionado em algumas decisões em relação a isso, principalmente na Oncologia, isso foi permitido desde que se oferecesse a mesma qualidade para muito mais pessoas. É preciso considerar que o sistema privado no Reino Unido é muito menor e muito menos expressivo do que o existente no Brasil. Então, eu acho que esse também é um fator importante, pois no Brasil ainda tem esse complicador de uma parte significativa da população que é uma população afluenta, que não depende do SUS. Isso enfraquece o SUS, porque quando você tem uma população que tem recursos não dependentes do SUS, ela não briga pelo sistema para aperfeiçoá-lo, já que ela não cria identidade.” (E19)*

Foi apontado o entrelaçamento de várias questões, tais como a do financiamento/subfinanciamento e provimento/escassez de recursos, as dificuldades de Acesso e Acessibilidade por conta da mobilidade das populações, e o difícil balanceamento entre a pressão advinda da inovação biomédica/tecnológica e a capacidade responsiva e disponibilidade de recursos dos Sistemas de Saúde:

*“Num quadro de escassez de investimentos, há um tempo de espera maior para confirmar diagnóstico, um tempo de espera maior para começar tratamento, há*

*um evidente conjunto de limitações significativas. Há um estudo do INCA, que identificou que o Brasil tem equipamento de mamografia suficiente para rastrear toda a população. Mas isso não acontece, porque há concentração dessas máquinas nas grandes cidades, notadamente na rede privada. E os interesses entram em conflito, inviabilizando PPPs.” (E19)*

*“O problema da mobilidade do cidadão até o serviço onde receberá atendimento é importante. É o que se chama de Atenção Oncológica nas margens, nas fronteiras. Por exemplo, na fronteira norte do Brasil, que tem uma grande dificuldade de acesso, é fundamental o papel de Unidades de Saúde hidroviárias. São instrumentos fundamentais para o sistema funcionar, semelhante ao que se tem na Índia, em regiões mais remotas. A dificuldade de mobilidade implica numa dificuldade de haver detecção precoce em regiões em que se demoram dias para poder chegar até a Unidade de Saúde mais próxima, tudo isso é um elemento que, pensando comparativamente entre Índia e Brasil, há semelhanças que merecem ser investigadas, para mútuo aperfeiçoamento.” (E20)*

*“A Inovação biomédica, principalmente o desenvolvimento da Telemedicina, Medicina de Precisão, personalizada, tem colocado uma pressão sobre sistemas de Saúde de países que antes não lidavam com a dificuldade de financiamento para a Atenção Oncológica. É o caso, por exemplo, da Noruega e da Dinamarca, países que historicamente têm uma rede de proteção e Atenção Oncológica muito forte. Nesses países, o Câncer emerge com uma doença de alta mortalidade e de alto impacto logo após a Segunda Guerra Mundial, o que ensejou a criação de hospitais e o estabelecimento de redes de Atenção Oncológica nos anos 50 e 60. Mas na última década, os oncologistas que lidam com Cânceres mais agressivos vem enfrentando dificuldades de lidar com o fato de que nem mesmo o orçamento público desses países consegue fornecer os melhores medicamentos e terapias de ponta. A dificuldade de lidar com a pressão da Inovação Biomédica é uma questão, nenhum orçamento público vai acompanhar o ritmo de desenvolvimento tecnológico, que por sua vez traz algo que não pode ser negado, traz expectativas para pacientes e para a sociedade que acabam por gerar Judicialização, por exemplo.” (E20)*

Fechando os Nós Críticos, os especialistas advertiram sobre o risco de se adotar modelos de Atenção, rastreamento e Controle do Câncer de países de realidades diversas. Chamou-se a atenção para o hibridismo do cenário brasileiro, que conjuga elementos de três grandes cenários globais, o que complexifica a busca por soluções, já que o SUS apresenta configuração que reúne características de Sistemas

de Saúde de países mais e menos desenvolvidos. O Brasil apresenta elementos de cenários comparáveis aos que enfrentam países do Norte Europeu e EUA (incorporação tecnológica não dando conta dos indicadores de Morbimortalidade) e do Sul Global (Desigualdade Social), com a ressalva de que, especialmente em países da América Latina, experimentam-se consequências de uma plataforma neoliberal na organização do Cuidado em Saúde:

*“Quando se fala de Controle do Câncer, eu acho que o grande modelo que todo o mundo quer, principalmente na área de rastreamento, é o de países da Europa. Talvez o modelo dos países nórdicos seja o que todo mundo olha, mas eles acabam sendo, na prática, um modelo utópico e desanimador para muitos países, porque trata-se de países ricos, com uma população relativamente pequena, com alto índice de Educação e Desenvolvimento Humano. Então, há uma série de fatores influenciando, não é só o sistema de Saúde, é como a população vê e acredita naquele sistema de Saúde. São Estados de Bem-Estar Social, onde se protegem os mais fracos, a desigualdade é baixa, e a sociedade se junta e acredita no bem comum. Já quando se observa o sul da Europa, há países com um sistema de Saúde que ainda é público, mas que não consegue oferecer todo o potencial que os sistemas dos países do norte, por diferentes motivos. E aí surgem semelhanças com o Brasil: A existência de um sistema que oferece, teoricamente, Saúde para todos, mas que não consegue oferecer tudo o que é possível oferecer em termos de Saúde para todos. O Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que tem sistema único de Saúde.” (E19)*

*“O SUS reúne algumas características que se assemelham a dos países europeus, principalmente do norte da Europa, mas também há outras características que se aproximam não só de países do sul da Europa, dos mediterrâneos ali, Portugal, Espanha, Itália, Grécia, mas africanos ou até a mesma Índia, por exemplo. Então, esse hibridismo do SUS é mais um fator desafiador, porque conjuga o melhor e o pior de vários mundos.” (E19)*

*“No panorama dos sistemas de Saúde globais, são três grandes cenários: Sistemas que lidam com desigualdades sociais muito extremas, como os de países da Ásia e África. Sistemas que lidam com a pressão da Inovação Biomédica muito intensa, como os de países do norte da Europa e os EUA. E sistemas que estão lidando com a construção de uma política de Atenção Oncológica em meio a uma plataforma neoliberal intensa, América Latina, sobretudo. No caso do Brasil, o sistema tenta operar com elementos dos três cenários.” (E20)*



*“No que se refere à Ásia e África, o impacto das desigualdades sociais é algo que guarda alguma semelhança com o Brasil. Por outro lado, pensando no norte da Europa, estão os países que têm condições socioeconômicas mais robustas. Esses são cenários extremos, bem diferentes. Por um lado, temos os EUA e países europeus que têm uma capacidade de incorporação tecnológica pelo Estado muito grande, e ainda assim não conseguem dar conta de reduzir a mortalidade ou morbidade pela doença. Por outro lado, há casos, por exemplo, da Tanzânia e de Uganda, bem diferentes do Brasil no sentido de serem muito mais extremos, principalmente por envolverem questões de conflitos étnicos.” (E20)*

*“Outro elemento que eu traria diz respeito a países da América Latina, e o Brasil dialoga fortemente com isso também, que tem sofrido consequências de certa plataforma neoliberal na organização do Cuidado da Saúde, com impacto para a área da Oncologia. Na Colômbia, por exemplo, a situação é curiosa, porque foi garantido o direito à Saúde em 1991, mas o sistema continua privado. Então, criou-se uma situação de esquizofrenia, ainda mais com uma decisão da Suprema Corte em 2008, porque apesar de haver o direito, não há como alcançar. Como consequência, a Judicialização se tornou prática social fundamental, meio que institucionalizada, até bem mais intensa do que ocorre no Brasil, porque não é só para medicamentos e/ou tratamentos mais sofisticados e caros, é para todo tipo de medicamento e tratamento.” (E20)*

Como **Ações de Desatamento de Nós Críticos**, os especialistas frisaram as necessidades estratégicas de fortalecimento da Atenção Primária com investimento no uso de algoritmos, do aperfeiçoamento de fluxos e rastreamento possibilitado por uma Gestão da informação eficiente da jornada do paciente no Sistema. Isto se possibilita e se potencializa com investimento em sistemas informativos de base populacional, cooperação técnico-científica Sul-Sul e Complexos Industriais em Saúde, além da adoção de uma visão de Oncologia Global considerando aspectos locais das diversidades dos territórios:

*“Experiências de países como Canadá, Reino Unido e países nórdicos (Noruega, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Islândia) apresentam semelhanças com o SUS por seus sistemas universais e foco em atenção primária. A Noruega, por exemplo, tem um registro nacional de câncer que supervisiona a implementação de programas de rastreamento populacional. A Suécia realizou a transição do rastreamento por citologia para testes de HPV com controle de qualidade centralizado, com a ambição de eliminar o Câncer de colo de útero num futuro próximo. Essas experiências podem ser adaptadas ao Brasil por meio de fortalecimento da*



*atenção primária, integração de registros populacionais (que parecem já estar sendo planejados atualmente pelo governo brasileiro a nível federal), capacitação contínua de profissionais de saúde em todos os níveis de atendimento e serviço, e potencialmente uso de algoritmos (incluindo inteligência artificial) de tomada de decisão em diferentes níveis de atendimento (local em serviços básicos de saúde, em hospitais secundários, terciários e hospitais por especialidades). Estes algoritmos teriam necessariamente que ser implementados em projetos pilotos para começar, com um controle de qualidade planejado desde o início do projeto e monitoramento contínuo.” (E18)*

*“Uma questão é mudar a mentalidade de como se faz o diagnóstico precoce e reorganizar a linha de cuidado, de modo a mapear a trajetória que o indivíduo perfaz em todas as etapas que passa no sistema de Saúde. O sistema europeu tem esse processo, é o que falta um pouco no Brasil, a gestão da Informação dentro do sistema de Saúde, para acompanhar e monitorar corretamente a jornada do paciente da porta de entrada até a porta de saída. Para fazer esse rastreamento, é preciso um sistema de Informação sólido. O modelo nórdico é fortemente baseado na Atenção Primária, por exemplo, com um sistema de rastreamento muito robusto que assegura uma Prevenção eficiente. Então, o paciente só vai para o especialista quando realmente precisar, e o especialista, assim que avalia que pode, manda de volta para o clínico geral da Atenção Primária. Em termos de SUS, é preciso discutir como melhorar o fluxo de modo a evitar gargalos.” (E19)*

*“Nas décadas de 60/70, houve uma mudança conceitual de como se compreende o trato de Câncer. A ênfase na Prevenção leva à ideia de Controle, em contraste com a ideia de Combate, base de uma Atenção Oncológica hospitalocêntrica. O advento dos CACONS e UNACONS representa a ideia de se fazer a Atenção Oncológica em nível secundário, com detecção precoce, Promoção da Saúde, só que, ainda assim, no Brasil predomina a Oncologia centrada em grandes hospitais especializados. A detecção vai ser quase sempre tardia, dificultada se você não tem uma base populacional. Registros de Câncer são fundamentais para poder organizar essa Atenção Oncológica. No Brasil, a maior parte dos registros de Câncer de base populacional é recente, pós-SUS, e há uma dificuldade de alimentação e manutenção muito grande, em termos de orçamento financeiro, enquanto os registros de base hospitalar são múltiplos e bem mais incluídos. Em comparação, observa-se que Dinamarca e a Suécia detém os principais registros de Câncer no mundo, com séries históricas e epidemiológicas mais longas e confiáveis. E aí como comparar Brasil com a Dinamarca? É tudo muito diferente, o tamanho, a estrutura social, a dimensão socioeconômica... Então, eu acho que a Índia é um*



*bom termo de comparação, por conta das características. A Índia apresenta dois elementos interessantes. É um país que tem insistido muito em tentar mudar o eixo de cooperação técnico-científica no Controle do Câncer, no que eles mesmos chamam de Cooperação Sul-Sul, buscando ser um polo de capacitação de profissionais na área da Oncologia. Há programas que levam médicos do Mali, Guiné, Gana, Tanzânia, por exemplo, para Formação nos grandes hospitais e Universidades indianas. Isso cria toda uma rede de cooperação e diálogo técnico-científico para pensar a Oncologia situada nos problemas da região, mais conectada com as realidades com características compartilhadas. Em paralelo, investe-se em complexos tecnológicos, industriais e de Saúde, a fim de produzir instrumentos e insumos ligados à Prevenção e tratamento do Câncer nessa região, estabelecendo cooperações com países da África, por exemplos.” (E20)*

*“Um outro ponto que também vale pensar é a incorporação ou a rotinização de tecnologias em grandes territórios. A gente precisa, em alguma medida, geografizar mais a Atenção Oncológica, de modo a transformar rotinas tecnológicas médicas, clínicas, de forma viável nesse território. Levar tecnologias com um certo grau de complexidade viável para territórios diferentes. Por exemplo, uma tecnologia que pode ser utilizada na UBS em Recife, mas pode ser utilizada na Unidade de Saúde Indígena na Amazônia. Logo, é preciso se pensar uma Oncologia Global que leve em conta as particularidades dos territórios, tornando-a mais local e pensar como essas diferenças locais constroem uma certa ideia global.” (E20)*

Finalmente, como ação fundamental para este subtema, os especialistas chamaram a atenção para a urgência da implementação plena da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC):

*“Implementação plena da PNPCC em todo o país, com fluxos assistenciais organizados, e monitoramento/controle de qualidade bem definidos, de forma contínua; expansão da rede de prevenção e controle do Câncer (com protocolos claros, incluindo monitoramento e controle de qualidade); fortalecimento da atenção primária com capacitação contínua de profissionais de Saúde; Uso de modelos de decisão regionalizados para otimizar recursos; monitoramento por sistemas como o SISCAN.” (E18)*

Em termos de **Expectativas e Perspectivas** para o subtema, os especialistas apresentaram otimismo pragmático com muitas ressalvas. A confiança na ampliação do uso de algoritmos com uma agenda global compartilhada de fortalecimento da pesquisa básica, populacional, clínica e translacional foi citada, bem como o

desenvolvimento de soluções potencializadoras da capacidade operacional do SUS, ainda que a demanda por uma mudança comportamental não seja totalmente suprida por apenas uma Política como a PNPC. Também foi frisada a preocupação com o foco dos debates não contemplar as causas das causas do Câncer:

*“Idealmente a maioria da população a nível mundial teria acesso universal ao diagnóstico precoce e tratamento de câncer, sem barreiras socioeconômicas e culturais, o que resultaria na redução das desigualdades em incidência, mortalidade e sobrevida a nível regional, nacional e internacional. Em termos de governança: todos os países desenvolveriam planos nacionais de controle do câncer (NCCPs), que incluiriam uma agenda de fortalecimento da pesquisa básica, populacional, clínica e translacional. Estes NCCPs devem necessariamente considerar a implementação, expansão e controle de qualidade de programas de rastreamento organizados, capacidade de avaliação de tecnologias quanto a custo-efetividade, capacidade de implementação de medidas custo-efetivas, capacitação de profissionais da atenção básica, secundária e terciária e especializada. Como mencionei acima, o uso de inteligência artificial (algoritmos) em diferentes níveis do sistema de saúde oferece oportunidades interessantes que tem o potencial de aumentar a qualidade de serviço a todos os níveis de atendimento, incluindo a navegação e acompanhamento de pacientes, mais estes devem ser implementados inicialmente em forma piloto com monitoramento e controle de qualidade bem planejados e implementados.” (E18)*

*“Como é que você fortalece o sistema, de modo que se torne mais eficiente? O SUS é muito grande, tem muita gente dependendo. Então, eu acho que a solução está no próprio SUS, porque senão a gente não resolve, a gente só vai resolver os 20% da população brasileira que tem plano de saúde, ou seja, que está no sistema suplementar. A minha expectativa é que 40% dos cânceres deixem de existir. O problema é que você tem que ter uma mudança de comportamento, uma Política, a expectativa é que ninguém precise aguardar para fazer o diagnóstico e o tratamento do Câncer. A perspectiva é que as linhas de cuidado em Oncologia tenham que ser repensadas e otimizadas. Elas têm que ter um sistema de informação forte, de tal maneira que, dentro da capacidade operacional do SUS, o paciente tenha o diagnóstico e o tratamento num prazo mais curto possível. É uma perspectiva, e isso já resolve muita coisa. E aí, quanto mais retorno positivo houver, quanto mais houver disseminada a percepção de que funciona, mais pessoas irão querer utilizar o serviço, e menos os profissionais de saúde se sentem frustrados, mais satisfeitos, num ciclo virtuoso. E eu acho que isso está dentro da perspectiva. A expectativa seria de lei dos 60 dias funcionar para todo*



*o mundo, quando a realidade é que funciona para metade. A perspectiva é que talvez possa funcionar para 75% ou 80% se você utilizar melhor a sua capacidade instalada. A expectativa é que todo o Câncer se torne prevenível ou crônico, mas isso é irrealista, pois não se consegue fazer diagnóstico precoce de todos os Cânceres que são capazes de serem feitos diagnósticos precoces, tratados inicialmente e oferecer uma chance de cura maior. Então, precisamos adotar um otimismo pragmático, pois pensamos que se pode melhorar, mas o sistema tem as suas amarras e a gente tem que trabalhar com o que está aí.” (E19)*

*“Eu diria que sou um pouco pessimista, mas não quanto aos resultados das Políticas. Eu acho que as Políticas, do jeito que elas estão sendo projetadas e se encaminhando, tendem a alcançar os resultados que almejam. Redução da mortalidade via capacidade maior de tratamento, passando pela cura de tipos específicos de Câncer, que são as promessas que a inovação biomédica traz, é válido, é importante. Mas isso não poderia ser o único foco. O debate sobre Controle é interessante, porque quando surgiu nos anos 70/80, uma chave central era a de que não basta reduzir Mortalidade, é preciso reduzir a Morbidade. Pelo menos no debate público e em vários circuitos especializados que eu acompanho, esse debate tem sido colocado em segundo plano ou até mesmo abandonado. Parece que a gente aceitou e naturalizou que vai ter um aumento na incidência de Câncer todos os anos, e isso se conecta com a ideia de cronificação. Em parte, meu pessimismo ocorre por isso, eu acho que o foco poderia englobar outras coisas, ele também envolve o fato de que a gente tem pensado muito sobre as causas do Câncer, essa coisa de você ter fatores de risco, esse mapeamento desenfreado de fatores de risco, que inclusive gera informações muitas vezes contraditórias, mas a gente não discute as causas das causas. O desenvolvimento mais recente da genética médica muito exitoso tem direcionado cada vez mais os estudos para coisas muito específicas no âmbito do gene, e aí a ideia de causa da causa vai para o espaço. Mas não que eu não sinta que uma estrutura de Políticas não vai dar certo. Acho que vai dar certo, mas eu acho que não será suficiente. Segundo Christopher Wilde, oncologista muito importante, ex-presidente da IARC, a gente tem que lidar com o Câncer cada vez mais com uma doença da diferença em dois sentidos. O sentido micro, a doença da diferença micromolecularmente falando, mas também macro, a doença da diferença social, a diferença regional, a diferença econômica. Então, eu acho que esse chamado ainda é vivo. Na expectativa, sou meio pessimista. E na perspectiva, acho que tem essa necessidade de uma prospecção maior. A recente morte da Preta Gil trouxe de volta uma discussão sobre Câncer em jovens adultos, essa ideia de romper um pouco a ideia de que o Câncer é uma doença só de idosos.*

*Mas ainda assim, apesar desse aspecto positivo do debate, trouxe ainda muito da aura do medo, do pânico, e não pensando na dimensão social complexa da doença. Sem falar na desinformação. Então, acho que é um exemplo de como a gente tem que ter uma virada social, eu diria assim. Eu acho que um oncologista mais tradicional talvez não goste dessa perspectiva, porque ele tem uma mirada clínica. No final das contas, segundo a filósofa da medicina Einmar Rimbaud, uma doença, na verdade, sempre é diferente, dependendo de quem está lidando com ela. O Câncer que um oncologista, um cirurgião oncológico lida, não é o mesmo que o epidemiologista lida, não é o mesmo que eu, historiador, cientista social, lido. Então, todo o mundo está lidando com doenças diferentes. Eu acho que o importante é que as pessoas tenham essa visão de complexidade.” (E20)*

## 6. Recomendações para políticas

O Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho da Fundação Oswaldo Cruz (CEE-Fiocruz), formalizado como instância de pensamento estratégico ligado diretamente à presidência da instituição, é o “Think Tank de Desenvolvimento e Saúde da Fiocruz”. Possui como missão contribuir para o enfrentamento dos desafios nacionais e para a Estratégia da Fiocruz do Futuro, em uma perspectiva que articula a Saúde, o Desenvolvimento, a Ciência, a Cidadania e a Democracia.

A produção crítica de conhecimento e a articulação com redes nacionais e internacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) posicionam o CEE/Fiocruz como um espaço privilegiado, para discutir as macro-tendências e contribuir significativamente no processo de formulação de uma agenda programática que inclua a construção de um saber estratégico e aplicável, de forma a gerar subsídios para a tomada de decisões institucionais que induzam e potencializem ações da Fiocruz, do Ministério da Saúde (MS) e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação do CEE-Fiocruz significou um movimento que pudesse reiterar e renovar de forma permanente o entendimento da Reforma Sanitária como processo civilizatório, incidindo sobre a própria trajetória do país. Orienta-se pelo conceito ampliado de Saúde, articulando conhecimentos produzidos na Fiocruz e em outros importantes centros e redes acadêmicas nacionais e internacionais, para analisar o presente, identificar cenários e pensar o futuro, com foco em temas estratégicos voltados ao desenvolvimento a favor dos Direitos Humanos e da Vida.

Atuando em uma instituição estratégica de Estado, multidisciplinar e intersetorial, de âmbito internacional, o CEE-Fiocruz busca promover a interação entre reflexão acadêmica e ação política, potencializando a presença da Fiocruz no debate público, em defesa de políticas públicas justas e sustentáveis.

No caso das questões envolvendo Câncer no Brasil, este tema polissêmico cada vez mais importante, os resultados das ações de pesquisa e as reflexões se revestem de valor não apenas para o âmbito acadêmico-científico, como também para o âmbito da Gestão e da tomada de decisões. Neste sentido, apresentam-se as seguintes recomendações para políticas oriundas do presente Estudo Estratégico, organizadas pelos subtemas trabalhados:

### **SUBTEMA 1: Desigualdades no Acesso**

- Investimento na implementação de protocolos de referência urgente para otimizar os fluxos;
- Adoção de estratégias de aperfeiçoamento de Participação na discussão orçamentária, com subsídio de evidências científicas a fim de garantir qualificação adequada;
- Investimento inteligente dos avanços tecnológicos no âmbito do mundo do trabalho para se garantir Acesso menos desigual, ao proporcionar condições atrativas para a fixação de profissionais médicos em locais fora dos grandes centros urbanos.
- Adoção de estratégias de aperfeiçoamento e de captação e cooptação de atores midiáticos para disseminar informação qualificada e vocalizar demandas reais.

### **SUBTEMA 2: Inovações Tecnológicas**

- Adoção de estratégias com enfoque multidimensional, incidindo nas áreas da Economia/Financiamento, Educação e Comunicação/Segurança de Dados;
- Investimentos com racionalidade no diálogo intersetorial e interinstitucional, bem como numa visão construtiva da Judicialização;
- Investimento na formulação e principalmente implementação de Políticas Públicas de Inovação dotadas de uma visão simultaneamente sistêmica e

específica, agilmente responsivas a demandas prioritárias de acordo com os indicadores, no reforço do imbricamento entre atividades de Pesquisa e Inovação e a Assistência em Câncer, com o INCA se consolidando como orientador do padrão nacional de Promoção, Prevenção e Assistência;

- Investimento na estruturação (infraestrutura, equipamentos, recursos humanos) dos Serviços de Saúde para que a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) possa ser cumprida na sua integralidade.

### **SUBTEMA 3: Financiamento**

- Adoção de estratégias de priorização de ações para identificação de gargalos no Acesso, em consonância com as políticas macro e os planos diretores, mediante o uso de tecnologias;
- Investimento no desenvolvimento e aperfeiçoamento de mecanismos de controle/monitoramento financeiro, pactuados de forma tripartite e articulados pela Coordenação-Geral de Controle do Câncer (CGCAN/MS) e com apoio técnico da Rede Brasileira de Avaliação Tecnológica em Saúde (REBRATS) na capacitação e qualificação no tema.

### **SUBTEMA 4: Comunicação e Informação**

- Adoção de estratégia de circulação de dados e informações por intermédio da Ciência Aberta, indo ao encontro da necessidade de afirmação de que o Conhecimento não é propriedade e exclusividade da Academia;
- Investimento na utilização da Tecnologia e da Inteligência Artificial (IA) na Comunicação voltada para o Câncer;
- Adoção de estratégias ágeis e inteligentes de Ação Comunicativa no âmbito das instâncias governamentais, visando aperfeiçoar a relação com as assessorias de Comunicação de Secretarias de Saúde dos níveis estadual e municipal, demandando investimento no preparo e capacitação dos profissionais de Comunicação institucional/governamental;
- Adoção de estratégias institucionais ágeis para lidar com o problema da desinformação e notícias falsas envolvendo o Câncer, com ação em âmbito escolar, campanhas inteligentes de Comunicação, estabelecimento de

mecanismos de qualificação da relação entre atores e arenas, de modo a reforçar o protagonismo institucional, acadêmico e científico no debate, qualificando-o junto a imprensa e redes sociais.

### **SUBTEMA 5: Papel dos Três Poderes e Esferas**

- Adoção de estratégias de planejamento de ações e políticas considerando as características federativas e as especificidades loco-regionais, com clara responsabilização dos entes envolvidos;
- Investimento no rastreamento de determinados tipos de Cânceres considerando a questão regional com articulação com outras doenças e condições crônicas.

### **SUBTEMA 6: Formação e Qualificação Profissional**

- Investimento na formulação e principalmente implementação de uma Política Nacional de Recursos Humanos para a Área de Câncer, com investimento em formação e qualificação profissional visando assegurar a boa qualidade da Comunicação e a circulação responsável de informações, e foco em questões de Acesso, sem deixar de lado as soluções tecnológicas na Saúde, com processos formativos regidos por uma visão que privilegie a importância das discussões em âmbito local, com a valorização de dados em Saúde, particularmente relacionados ao Câncer;
- Adoção de estratégias de criação de condições atrativas à formação na área do Câncer, com valorização de carreiras da Saúde, enfatizando, principalmente, as áreas da Enfermagem e Psicologia, mediante mudanças na grade curricular das instituições de formação valorizando integralidade, visão holística, humanista e com interface com outras especialidades.

### **SUBTEMA 7: Participação e Controle Social**

- Adoção de estratégias de capilarização do Controle Social e Gestão Participativa, mediante o incremento da Comunicação e o trabalho em rede dos mecanismos de Participação Social para fortalecer o Controle Social;
- Investimento na qualificação de quadros e em Educação Permanente dos atores intervenientes da Participação Social nas instâncias do SUS e nas

estruturas do Estado, dos Poderes e da Sociedade;

- Investimento em ações de debate da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNOCC), enfatizando o aspecto da transparência no debate sobre responsabilidade social, Democracia e Cidadania.

### **SUBTEMA 8: Distinções entre Sistemas de Saúde**

- Adoção de estratégias de fortalecimento da Atenção Primária com investimento no uso de algoritmos, do aperfeiçoamento de fluxos e rastreamento possibilitado por uma Gestão da informação eficiente da jornada do paciente no Sistema. Isto se possibilita e se potencializa com investimento em sistemas informativos de base populacional, cooperação técnico-científica Sul-Sul e Complexos Industriais em Saúde, além da adoção de uma visão de Oncologia Global considerando aspectos locais das diversidades dos territórios;
- Investimento na implementação plena da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), com fluxos assistenciais organizados, e monitoramento/controle de qualidade bem definidos, de forma contínua, com expansão da rede de prevenção e controle do Câncer (protocolos claros, incluindo monitoramento e controle de qualidade), com fortalecimento da atenção primária com capacitação contínua de profissionais de Saúde, com uso de modelos de decisão regionalizados para otimizar recursos, e com monitoramento por sistemas como o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

## Referências Bibliográficas

Barreto, M. **O Conhecimento Científico e Tecnológico como Evidência para Políticas e Atividades Regulatórias em Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2): Pgs. 329-338, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200010>>.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 510.** Brasília, 2016. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)>.

Cruz Neto, O. **O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação.** In Minayo M. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.* Petrópolis: Editora Vozes. 1998.

Gadelha CAG, Temporão JG. **Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.** *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23: Pp. 1891-902. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06482018>>.

Horgan D, et al. **Oncologia de precisão: uma perspectiva global sobre implementação e desenvolvimento de políticas.** *JCO Global Oncology Volume* 11, 2025. Disponível em: <<https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/GO-24-00416>>.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>.

Iriart JAB. **Medicina de precisão/medicina personalizada: análise crítica dos movimentos de transformação da biomedicina no início do século XXI.** *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(3):e00153118. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00153118>>.

Iriart JAB, Gibbon S. **As novas tecnologias biomédicas no cuidado ao câncer e o aumento das desigualdades em saúde no Brasil.** In: *Anais do 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde; João Pessoa. Paraíba. Brasil. Campinas: Galoá; 2019.* Disponível em: <<https://proceedings.science/8o-cbcshs/papers/as-novas-tecnologias-biomedicas-no-cuidado-ao-cancer-e-o-aumento-das-desigualdades-em-saude-no-brasil>>.

Noronha JC, Noronha GS, Pereira, TR, Costa AM. **Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos.** *Ciênc. saúde colet.* 2018; 23 (6). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05732018>>.

Office for Science UK Government. **The Futures Toolkit. Tool for Futures Thinking and Foresight Across UK Government.** Edition 1.0. 2017. 113p. Disponível em: <<https://atelierdesfuturs.org/wp-content/uploads/2023/02/futures-toolkit-edition-1.pdf>>.

Temporão JG, Santini LA, Santos ATC, Fernandes FMB, Zoss WP. **Desafios atuais e futuros do uso da medicina de precisão no acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer no Brasil.** Cad Saúde Pública 2022; 38(10). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT006122>>.

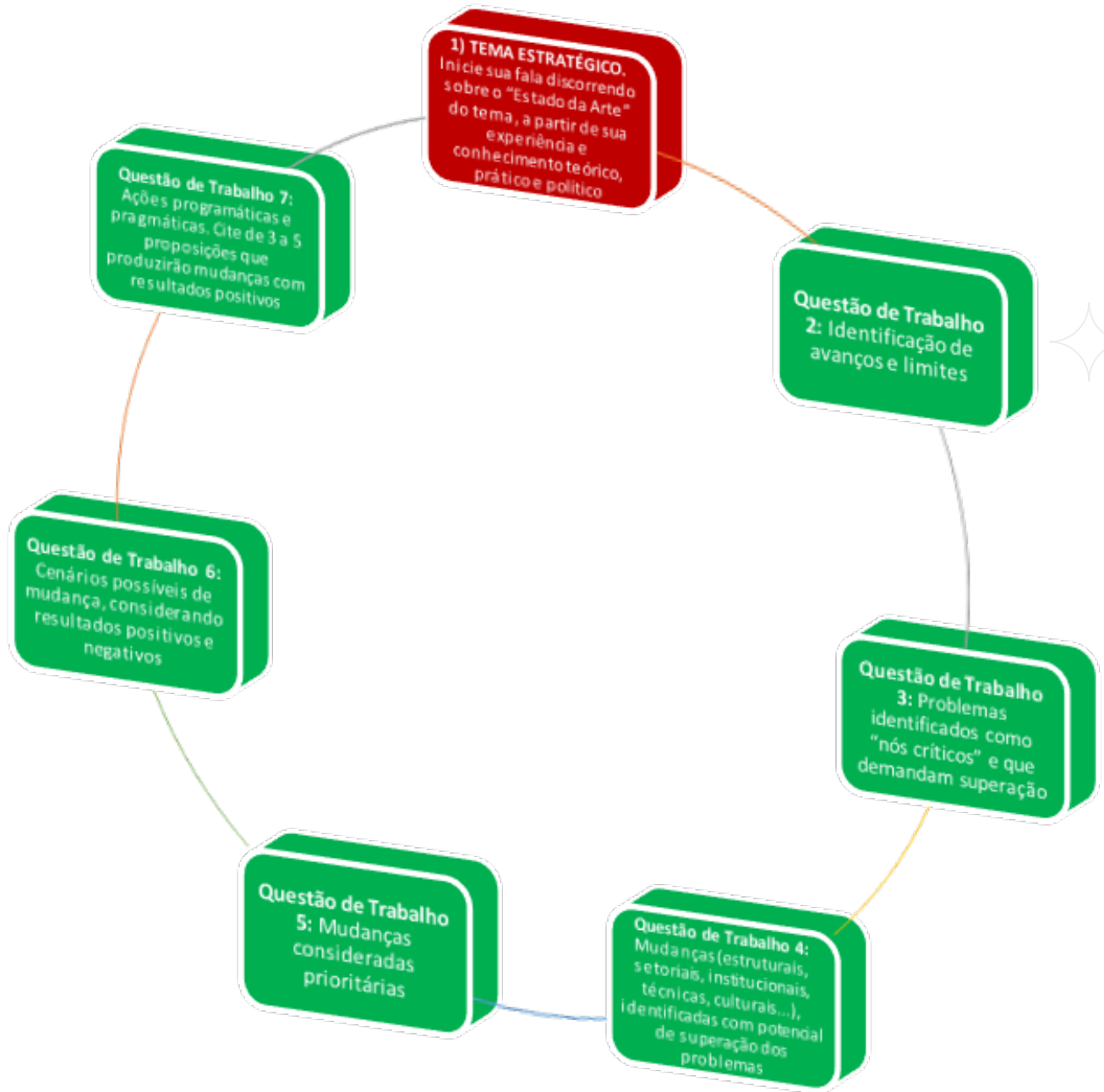
World Health Organisation. **WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.** Geneva: World Health Organisation, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>>.

## APÊNDICE A

### Instrumento de Pesquisa Estratégico

1. SUBTEMA ESTRATÉGICO. Inicie sua fala discorrendo o **“Estado da Arte”** do subtema, a partir de sua experiência e conhecimento teórico, prático e político.
2. Questão de Trabalho 2: Identificação de **avanços e limites**.
3. Questão de Trabalho 3: **Problemas identificados como “nós críticos”** e que demandam superação.
4. Questão de Trabalho 4: **Mudanças** (estruturais, setoriais, institucionais, técnicas, culturais...), identificadas com potencial de superação dos problemas.
5. Questão de Trabalho 5: **Mudanças consideradas prioritárias**.
6. Questão de Trabalho 6: **Cenários possíveis de mudança**, considerando resultados positivos e negativos.
7. Questão de Trabalho 7: **Ações programáticas e pragmáticas**. Cite de 3 a 5 proposições que produzirão mudanças com resultados positivos.

Os participantes de pesquisa iniciaram suas falas pela Questão de Trabalho 1 (discriminada na cor vermelha no diagrama abaixo). A partir daí, tiveram autonomia para escolher quais Questões de Trabalho seriam respondidas a seguir.



## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar do **Estudo Estratégico “Potencialidades do Controle do Câncer no Brasil”**, desenvolvido no âmbito do Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho, da Fundação Oswaldo Cruz (CEE/FIOCRUZ) pela Equipe de Pesquisa do grupo “Doenças Crônicas e Tecnologias em Saúde: Futuro das Tecnologias de Diagnóstico e Tratamento do Câncer” (DCTS/CEE-Fiocruz).

O **objetivo do Estudo Estratégico** é analisar e problematizar temas estratégicos relacionados ao controle e acesso a diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil, de modo a contribuir com reflexões qualificadas para a compreensão do panorama atual e o aperfeiçoamento de ações, estratégias, programas e políticas.

Sua colaboração neste Estudo Estratégico consistirá em conceder entrevista, mediante a aplicação de um roteiro de questões temáticas. A sua seleção se deve à sua expertise e conhecimento referentes ao objeto do Estudo Estratégico. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, é seu direito desistir de participar.

As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as outras entrevistas do Estudo Estratégico, e os resultados e/ou conclusões desta análise são de responsabilidade dos pesquisadores. A entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Mediante sua concordância, a gravação de sua entrevista será utilizada na forma de cortes em podcasts, o que implica em sua identificação. Você pode solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista e posteriormente durante o processo de elaboração dos cortes, com a garantia de descarte/exclusão do material, bem como a garantia de seu anonimato, caso assim desejar.

Todas as providências e cautelas referentes à possibilidade de danos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural dos participantes de pesquisa, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente, serão observadas e tomadas por parte dos pesquisadores para evitar e/ou reduzir efeitos e condições danosos que possam advir. Os pesquisadores se responsabilizam pelo sigilo referente a dados pessoais dos participantes de pesquisa e por salvaguardar a integridade das falas registradas durante as entrevistas.

Destaca-se que o roteiro a ser aplicado junto aos participantes de pesquisa é simples e voltado totalmente para o cumprimento do objetivo do Estudo Estratégico, e não envolve questões relacionadas a aspectos sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade,

crenças de cunho religioso. O foco do Estudo Estratégico absolutamente não se relaciona a aspectos referentes à vida pessoal/privada dos participantes de pesquisa.

Sua participação no Estudo Estratégico não lhe traz qualquer forma de gasto nem de remuneração. Na hipótese de ocorrência de gastos seus decorrentes da pesquisa, haverá ressarcimento. Na hipótese de qualquer dano decorrente de sua participação no Estudo Estratégico, é garantido o seu direito a indenização.

Este TCLE foi impresso em duas vias iguais e você receberá uma das vias assinadas, onde constam os dados do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz – CEP Fiocruz/IOC para que, a qualquer momento, possa tirar dúvidas sobre o Estudo Estratégico e sua participação.

Este Estudo Estratégico teve os aspectos relativos à Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos analisados e aprovados pelo CEP Fiocruz/IOC. Em caso de dúvidas sobre aspectos referentes aos seus direitos como participante do Estudo Estratégico ou para denúncias de abuso ou dano, procure CEP Fiocruz/IOC, conforme as informações de contato abaixo.

**CEP Fiocruz/IOC:**

Tel: (21) 3882-9011

E-mail: [cepfiocruz@ioc.fiocruz.br](mailto:cepfiocruz@ioc.fiocruz.br)

Site: <https://www.ioc.fiocruz.br/cep>

End: Av. Brasil, 4036, 7º andar – sala 705  
CEP 21040-361 – Maré - Rio de Janeiro/RJ

**Pesquisador Responsável:**

Fernando Manuel Bessa Fernandes

Tel: (21) 98179-9825

E-mail: [fernando.bessa@fiocruz.br](mailto:fernando.bessa@fiocruz.br)

End: Av. Brasil 4036, Expansão – Sala 1001  
CEP 21040-361 – Maré - Rio de Janeiro/RJ

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar, incluindo a liberação da gravação de minha entrevista para cortes de podcast. Caso eu manifeste a qualquer tempo por escrito ao pesquisador o desejo de participar do estudo sob anonimato, ficam garantidas a confidencialidade e o sigilo de minha identidade e da não divulgação de minha entrevista, sem a utilização de trechos para cortes de podcast. Estou ciente que posso contactar a qualquer momento o Comitê de Ética em pesquisa que aprovou este estudo, para tirar dúvidas e/ou fazer reclamações/denúncias.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_