Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz
Antonio Ivo de Carvalho

CEE / ECOS - nº 3

Os Desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) no Controle do Câncer:

Fundamentos e Horizontes

APRESENTAÇÃO

Esta edição apresenta as exposições e reflexões da **Mesa 2**[1] do *Seminário Controle do Câncer no Século XXI: Desafios Globais e Soluções Locais*, realizado em novembro de 2025, pelo CEE-Fiocruz. A mesa teve como tema **Desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) no Controle do Câncer: fundamentos e horizontes** e discutiu as potencialidades e as contradições (aporias) do controle do câncer na Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase em como transformar a porta de entrada do SUS em eixo eficiente de prevenção e diagnóstico precoce.

A Atenção Primária à Saúde é compreendida como pilar central para o controle do câncer, entretanto, embora tenha papel estratégico como via principal de acesso ao sistema, é, hoje, um *gargalo crítico* que diminui e dificulta a eficiência do cuidado oncológico.

1 Composição da Mesa 2: Alessandro Jatobá, coordenador-adjunto do CEE-Fiocruz (mediação); Nina Melo, pesquisadora do TJCC-Abrale; Luiz Augusto Maltoni Jr., diretor executivo da Fundação do Câncer; Angela Fernandes Leal da Silva, Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde (Saps/MS); Ana Estela Haddad, secretária de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde (Seidigi/MS).

CONTEXTO

Os principais argumentos e ideias apresentados pelos palestrantes distribuíram-se por cinco temas:

1. O Cenário epidemiológico e a urgência da APS

As mortes por câncer no Brasil cresceram **mais de 120% desde 1996** e a doença deve se tornar a principal causa de morte no país até 2030.

- **Disparidades regionais:** Embora 83% das mortes estejam no Sul e Sudeste, os custos de tratamento são proporcionalmente mais altos no Nordeste devido a diagnósticos tardios.
- **O papel da APS:** A atenção primária é vista como o principal fator para superar barreiras de acesso. Estudos mostram que visitas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aumentam em 83% os procedimentos de rastreamento.

2. A Jornada do paciente e o diagnóstico tardio

Dois estudos de caso (câncer de colo do útero e câncer colorretal) ilustraram as falhas do sistema atual.

- **Câncer de colo do útero:** embora seja uma doença evitável, a vacinação contra o HPV ainda está abaixo da meta de 90%. Além disso, a maioria das pacientes é diagnosticada nos estágios 3 e 4, e mais de 80% iniciam o tratamento após os 60 dias previstos em lei.
- **Câncer colorretal:** é o segundo câncer mais incidente em homens e mulheres. O grande gargalo é a falta de exames anatomopatológicos (biópsias), que podem demorar meses por falta de patologistas, atrasando o início do tratamento.

3. Transição do rastreamento: oportunístico vs. organizado

Discutiu-se a necessidade de se mudar o modelo de rastreamento.

- **Rastreamento oportunístico:** é o modelo predominante, pelo qual o exame é oferecido apenas quando o paciente procura a unidade por outro motivo, não atingindo assim os mais vulneráveis.

- **Rastreamento organizado:** baseia-se em **convocação ativa** da população-alvo através de listas nominais e busca ativa pelos ACS.

4. Transformação digital e soberania de dados

Como a tecnologia pode integrar a rede.

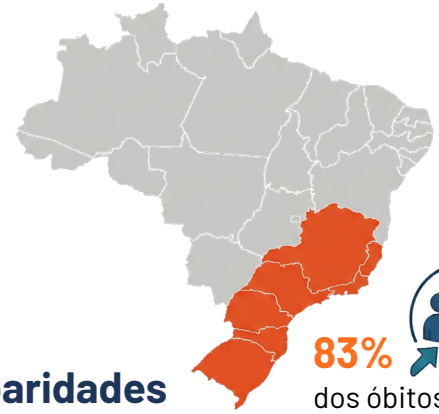
- **Interoperabilidade:** O principal desafio é integrar os dados para evitar a repetição de exames e a fragmentação do cuidado. A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) é a plataforma para que o histórico do paciente seja acessível tanto na APS quanto na atenção especializada.
- **Inteligência Artificial (IA):** proposta não apenas para diagnóstico, mas para a gestão, como na automação de prontuários (prontuário falado) para reduzir o burnout dos profissionais e na otimização da compra de medicamentos.
- **Soberania Digital:** o SUS, por sua escala, deve liderar um modelo de inovação com base na soberania nacional, garantindo que a tecnologia sirva à equidade.

5. Equidade e regionalização (aporias do sistema)

"Não adianta extrapolar uma única estratégia para o Brasil todo".

- **Contexto local:** na região Norte, o câncer de colo de útero é muito prevalente, enquanto no Sul o colorretal é maior.
- **Barreiras geográficas:** pacientes no Norte viajam horas para conseguir radioterapia, e estados como Amapá e Roraima carecem de infraestrutura básica. Apesar da presença da APS em todos os municípios brasileiros, persiste um vazio assistencial na rede de apoio, forçando, por exemplo, 64,4% das pacientes de câncer de colo de útero a buscarem tratamento fora de seu município de residência.
- **Contrarreferência:** destacou-se a dificuldade de o paciente retornar à APS após o tratamento hospitalar (remissão), reforçando que a APS deve ser a coordenadora do cuidado em todas as fases, o que ainda não é uma realidade plena nos territórios.

Disparidades Regionais



83%
dos óbitos concentrados no **Sul e Sudeste**

Custos de tratamento relativamente **mais altos** no **Nordeste**, devido a diagnósticos tardios

Papel da Atenção Primária

Visitas de Agentes Comunitários de Saúde **aumentam** em **83%** os procedimentos de rastreamento

Câncer de colo de útero

A vacinação contra o HPV ainda está **abaixo da meta** de **90%**

IMPLICAÇÕES (Aporias e Dificuldades)

Os participantes da Mesa 2 destacaram os seguintes impasses estruturais e lógicos (aporias) que limitam o funcionamento do sistema:

- **Atraso estrutural:** Para receber recursos, o hospital precisa tratar a doença instalada; porém, para ser eficiente, a APS deveria receber recursos financeiros, treinamento técnico e tecnologia, de modo a evitar que a doença chegue ao hospital. O mesmo vale para os pacientes em remissão.
- **Desafio territorial:** A fragilidade do paciente é agravada pelo custo e distância do deslocamento para centros especializados, tornando o acesso um obstáculo ao sucesso do tratamento.
- **Impacto profissional:** A ausência de ferramentas tecnológicas que simplifiquem e auxiliem o trabalho clínico na APS para o controle do câncer resulta em sobrecarga dos profissionais de saúde.

RECOMENDAÇÕES (Horizontes)

Para superar os impasses, os participantes da Mesa 2 propuseram uma coordenação tripartite entre governo, ciência e sociedade:

- **Governo:** Implementar a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), migrando para o rastreamento organizado, com financiamento baseado em equidade.
- **Ciência e Tecnologia:** Integrar sistemas digitais e utilizar inovações tecnológicas, para acelerar laudos diagnósticos, incluindo Inteligência Artificial, para apoio à decisão na ponta.
- **Sociedade:** Contribuir para o fortalecimento do papel da APS e do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elos de confiança para monitorar a continuidade do tratamento e combater a desinformação.

CONCLUSÕES

Os integrantes da Mesa 2 defenderam que o controle do câncer exige que a **APS deixe de ser apenas uma porta de entrada passiva** e se torne um sistema ativo de gestão de risco populacional, apoiado por dados integrados e políticas que possam fazer frente às profundas desigualdades regionais do Brasil. O papel ideal da APS é ser um escudo preventivo e o centro coordenador do cuidado. Contudo, sua efetividade está condicionada à superação da falta de ferramentas de gestão e à criação de uma rede de referência que responda em tempo hábil. A transição do modelo hospitalocêntrico para uma rede territorialmente distribuída exige que a unidade básica de saúde seja transformada em um centro de diagnóstico ágil, apoiado por tecnologia de ponta.

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho
Coordenação do CEE-Fiocruz: Rômulo Paes de Sousa
Coordenação-adjunta: Alessandro Jatobá
Coordenação de Comunicação: Eliane Bardanachvili
Autoria do documento: Grupo de Pesquisa Doenças Crônicas e Tecnologias de Saúde (DCTS/CEE--Fiocruz): José Gomes Temporão; Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva; Fernando Manuel Bessa Fernandes; Mirian Miranda Cohen; Walter Paulo Zoss (CEE-Fiocruz); Antônio Tadeu Cheriff dos Santos (NupeQuali/Inca).

Acesse as edições anteriores da série ECOS no site do CEE: https://cee.fiocruz.br/