

A SRA. MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Muito bom-dia!

Excelentíssimo Senhor Presidente do Supremo Tribunal, Ministro Gilmar Mendes; senhores e senhoras colegas da Mesa e demais senhores presentes.

A mim, coube-me falar especificamente sobre a rede de atenção oncológica, no tema maior da integralidade do sistema em termos de políticas públicas.

De imediato, declaro-me isenta de qualquer tipo ou natureza de conflito de interesses, seja pessoal, familiar, profissional ou científico.

O grande desafio no SUS para a questão da integralidade, da assistência ou também da atenção à saúde, de uma maneira geral, é a sua composição. Temos um sistema, na realidade, de financiamento público, mas em sua composição a maioria é de prestadores privados. Então, a autoridade pública, que é a gestora do SUS, ter condições de articular interesses tão diversos, públicos e privados, dentro de um sistema em que a maioria é de natureza privada, é o grande desafio para alcançar a integralidade do sistema.

Quando falamos da integralidade, não pensamos apenas em integralidade da assistência. Há de se pensar na integralidade do sistema, em si, que conjuga ações, atividades e políticas de promoção à saúde, de

prevenção à doença, de terapêutica de doenças e de cuidados paliativos.

Na assistência, isso ganha uma importância fundamental porque temos de buscar a integração de inúmeras especialidades e de inúmeras profissões para o atendimento a um tipo específico de doença ou condição.

De uma forma esquemática, observemos que a integralidade assistencial traduz muitas interfaces em que as duas principais, que são importantes para todas as áreas envolvidas, seriam a do diagnóstico e a dos cuidados paliativos. No geral, as demais se misturam de forma parcial, mas a grande diferença, em termos de integralidade, seria esta ligação entre o diagnóstico precoce e oportuno e o atendimento a pessoas que estejam em condições de necessidade de cuidados paliativos.

A análise da tabela de procedimentos no SUS nos ajuda a entender bem essa diferença. Quando pensamos em câncer, pela análise da tabela, vê-se que todos os procedimentos envolvidos nos oito grandes grupos em que essa tabela se organiza têm a ver com o câncer.

No entanto, quando falamos em oncologia - que, para o Brasil, de maneira geral, é tomada como sinônimo de câncer -, vemos que a integralidade assistencial depende de áreas e estruturas específicas. Dependendo da complexidade dessas estruturas, teremos exigências para o credenciamento e a habilitação dos

hospitais que cuidam especificamente dessa parte da atenção à saúde, em caso de câncer, chamada de oncologia. Essa complexidade estrutural é variável, dependendo da prevalência do tumor e da complexidade estrutural de que deriva.

Em termos resumidos, tudo isso, na área da oncologia, demanda uma grande complexidade pela própria natureza da doença câncer. Tratamos o câncer de acordo com a sua extensão atual, com a sua apresentação no organismo e, dependendo dessa extensão, temos de integrar diversas áreas assistenciais.

Isso fica mais claro quando vemos que, se quisermos dar uma integralidade assistencial ao câncer, temos de integrar procedimentos clínicos e cirúrgicos. E, mesmo dentro desses procedimentos clínicos, temos também de integrar áreas específicas de atendimento e de conhecimento: modalidade de radioterapia, de quimioterapia, de procedimentos especiais, de medicina nuclear terapêutica, alguns procedimentos gerais além da cirurgia.

Esse esquema serve para demonstrar como a quimioterapia, muito centrada ou basicamente centrada em medicamentos, também necessita de integração. Ela, isoladamente, ou medicamento isoladamente, pouco contribui

para os resultados de taxas de mortalidade por câncer em um país.

Esse esquema serve para demonstrar essa integração necessária entre a quimioterapia e as demais ações, ou demais especialidades que se fazem para a integração do tratamento do câncer, lamentando que, infelizmente, no nosso país, a maior parte dos tratamentos em quimioterapia tem finalidade paliativa. Como a quimioterapia demanda basicamente de medicamentos, vemos que ela se insere na assistência farmacêutica ao SUS de uma maneira bastante específica; não compõe programa de medicamento básico ou excepcional nem estratégico.

Vamos entender por que os medicamentos antineoplásicos são de fornecimento direto daquele hospital ou clínica habilitados para a atenção em oncologia. O porquê está aí: num processo que se iniciou em 1998, viu-se que havia duplo gasto do Sistema Único de Saúde. Por quê? Porque havia uma dispensação tanto pelo hospital como pelo Programa de Medicamentos Excepcionais.

Mas o mais importante nesse modelo - na quimioterapia - é a condição do doente e da sua doença. Então, quanto mais ágil, oportuno e direto o fornecimento, maior é a qualidade da prestação desse serviço, porque a quimioterapia pressupõe uma aplicação em períodos fixos, predeterminados, com doses variáveis (por superfície corporal) que podem mudar ao longo do tratamento e que têm

de estar o mais rápido possível à mão do doente. Isso porque o câncer, se não obedecidas essas condições básicas, ganha resistência e, em ganhando resistência, é perda do resultado terapêutico. Alguns exemplos de procedimentos quimioterápicos nos ajudam a entender porque o modelo, na quimioterapia, é por fornecimento de medicamento especificamente.

A tabela de procedimento do SUS é organizada por situações tumorais que dependem da extensão do tumor e da finalidade do tratamento. Não existe medicamento; o medicamento é de exclusiva responsabilidade e de autonomia de prescrição do hospital.

Aqui, para dar um exemplo, temos os casos de câncer de mama em que há os procedimentos com finalidade paliativa em diversas situações e linhas terapêuticas: na quimioterapia com finalidade prévia; na quimioterapia com finalidade dita profilática, para a prevenção da recidiva.

Então, notemos que em nenhum desses procedimentos há referência a medicamento. E por que isso? Simplesmente porque o mesmo tumor, aqui exemplificando por um grupo de doenças que se chama linfoma não-hodgkin, pode ser tratado com os mesmos medicamentos em várias combinações. A variedade de tumores, a variedade de apresentações, a variedade de períodos evolutivos em um só paciente é praticamente exigente de um processo descentralizado e focado na conduta institucional.

Bem, quais são as características de um tratamento de câncer no SUS?

Em primeiro lugar, todas as neoplasias malignas estão contempladas. Se elas têm indicação cirúrgica, indicação radioterápica, indicação quimioterápica ou hormonoterápica, aí está incluída. É com raríssimas exceções na quimioterapia. Eu diria uma exceção o caso de carcinoma de timo, por exemplo, por ser uma doença inclusive muito rara, hoje não existe ainda um procedimento específico de indicação sem grandes estudos pela raridade da doença. Todas as modalidades terapêuticas estão disponíveis.

Equipes e hospitais têm autonomia e responsabilidade pelo fornecimento dos medicamentos que prescrevem e das condutas que adotam. Existe total liberdade de padronização, aquisição, prescrição e fornecimento. Os antineoplásticos, no Brasil, têm isenção fiscal. Então, muitas vezes os valores que aparecem nas ações judiciais não são valores reais de aquisição; a maior parte das vezes esses valores ficam em torno de 40% a menos daquilo que é informado.

Existe uma exigência mínima de atendimento e não máxima. Quer dizer, o nosso padrão para habilitação dos hospitais é de uma exigência mínima, o que é interessante. Os prestadores de serviços ao SUS - repito -, na maioria privados, de natureza privada, defendem a manutenção desse

sistema, porque lhes dá muita autonomia e inclusive segurança de manutenção do fornecimento. Existe uma rede nacional organizada, dimensionada conforme a necessidade e a abrangência geográfica. A maior prestação de serviços - repito - é de prestadores privados, ou seja, tem muito mais autonomia do que a gente possa imaginar.

O acesso é universal na alta complexidade. No entanto, o que vemos de muito problemático é a integralidade assistencial no sistema - promoção, prevenção, tratamento e cuidados paliativos.

De 1998 para cá, quando esse modelo se iniciou, observa-se uma progressiva inclusão de pacientes e um progressivo aumento de gastos com os custeios. O investimento público é periódico para a manutenção e atualização tecnológica. O Ministério da Saúde absorve a maior parte dos gastos com equipamentos, e com a atualização de equipamentos - não com a manutenção -, mas, por exemplo, na radioterapia praticamente é o Ministério da Saúde que financia, que investe nisso.

Vemos um problema muito grave: a terceirização para serviços que lidam com procedimentos superavitários. E hoje nós temos no SUS mensalmente cerca de cento e sessenta mil doentes sob tratamento de quimioterapia. Então, não é uma questão simples, não é uma questão banal e os motivos e demandas judiciais que nós temos em oncologia são facilmente superáveis, porque nenhum sistema vai estar

inteiramente atualizado para tanto. Técnicas que não se tabelam, produtos da chamada medicina alternativa, linhas terapêuticas que nunca terminam - o tratamento chamado de **ad aeternum** ou indeterminado, infinito, isso não existe em oncologia -, novos medicamentos que se demandam por uma questão de valor em que o custo/benefício, o custo/utilidade e o custo/efetividade não estão estabelecidos, o fornecimento isolado de antineoplásicos e alternativas terapêuticas que são desconsideradas. Há sempre uma opção pelo mais claro e pelo que não está incorporado.

Então, lembrando que não há um fornecimento direto - Senhor Ministro, só uns poucos segundos, por favor -, de antineoplásico pelo Ministério da Saúde ou Secretária de Saúde.

E, para terminar, mostrando aqui, esquematicamente, como a assistência oncológica no SUS tem a sua rede, exceto pelo Estado de Roraima. Não existe Estado brasileiro sem uma cobertura de estrutura habilitada. Da mesma forma que o Ministério da Saúde não tem se omitido na questão do financiamento deste setor, haja vista a diferença em dez anos de custo, de gastos com isso, chamando a atenção para o grande aumento na parte de quimioterapia, ou seja, dos medicamentos antineoplásicos -

que passa de trezentos milhões a mais de um bilhão, dez anos depois.

Terminando, gostaria de dizer que resumir a questão da atenção oncológica no SUS a dinheiro, a gasto, a financeiro, é pouco. Temos de cuidar, obedecer ou observar a razão científica, mas a essa razão científica devem-se agregar conceitos morais, princípios morais, como a integralidade, que é um garantidor da qualidade e de melhores resultados.

Muito obrigada!