

ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA E INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA*

Cancer Care and Continuous Technical Development

Poucos imaginam o desafio que representa para um cirurgião de cabeça e pescoço, há mais de quarenta anos dedicando-se à atividade assistencial, ver-se no exercício de uma função pública da relevância, abrangência e responsabilidade, como a de Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde. E, por conta disso, ver-se também na condição de defensor e gestor de recursos públicos e pronto para dissertar sobre temas tão desafiantes, estimulantes e abrangentes como o da incorporação tecnológica à prática médica. Nesse mister, muito ajuda a noção clara do que é técnica, oncológica, ética e bioeticamente correto de se aplicar e defender.

Quando se fala em Medicina, ainda se pensa muito em exames e em tratamentos. Uma das grandes necessidades que o Brasil tem é pensar também na prevenção de doenças crônicas e no que representa a tecnologia para tratá-las. Estamos falando sobre benefício e custo de tratamentos, pois ainda precisamos determinar a efetividade real do que estamos fazendo, em determinadas localizações e extensões do câncer. Isso porque na ausência de um tratamento efetivo, a eficácia terapêutica não pode ser avaliada em termos de anos de vida ganhos, mas somente em termos de número de casos tratados para os quais um tratamento efetivo precisaria existir. No INCOR, por exemplo, fez-se um estudo comparativo sobre o tratamento clínico, a angioplastia e a ponte de safena, em doentes de cardiopatia isquêmica, resultando esses três tratamentos num mesmo resultado. Assim, quando se é

dado escolher, há de se optar pelo mais barato, para que se possa beneficiar o máximo de doentes. Mais ainda, porque a incorporação tecnológica, na Medicina, sempre agrega custos, ao contrário do que acontece com as demais áreas do consumo de bens e serviços.

Nos países periféricos, como o Brasil, consumidores de idéias e de tecnologias criadas e comercializadas pelos chamados países desenvolvidos, a incorporação acrítica, inclusive por extemporânea, muito se dá por confundirmos resposta terapêutica com efetividade terapêutica. A incorporação tecnológica há de se dar ou para melhorar resultados já estabelecidos ou para resgatar doentes refratários a esses tratamentos. Na parte que se refere aos exames, por sua vez, a sua superutilização leva a que 80% a 90% deles tenham resultados normais ou negativos para o que foram solicitados. Esses são dois exemplos do que resulta a mercantilização de um bem público, como o é a saúde - lembrando-se, inclusive, que não há exame nem tratamento sem riscos ou efeitos colaterais.

Isso porque a pesquisa de resultados não pode se resumir a medidas de resposta subjetiva e objetiva, parcial ou total. Em termos de análise econômica, a adequada pesquisa de resultados inclui os seguintes parâmetros: Efetividade (funciona?); eficiência (o quão bem funciona?); e eficácia (a que custo funciona bem?), fazendo-se necessário acrescentar a equidade, cuja pergunta seria "Funciona bem a que custo e para quantos?"

A determinação adequada desses parâmetros, mesmo por meta-análises de

* Texto da apresentação feita por ocasião do II Seminário de Saúde e Previdência Social, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro-RJ, em agosto de 2001.

estudos randomizados, apresenta dificuldades, em decorrência da variabilidade de localizações anatômicas, de estratégias terapêuticas e de resultados terapêuticos do câncer. Porém, esse método de avaliação de resultados tem trazido grandes contribuições à prática oncológica, e permitido, por exemplo, analisar se vale diversificar a aplicação de condutas terapêuticas; definir o impacto positivo ou negativo dessas condutas sobre o intervalo livre de doença e a sobrevivência dos doentes; e dar credibilidade aos resultados divulgados.

A maioria dos estudos de que dispomos é só de resultados, sendo aqueles de resultados comparativos numa menor proporção. Os estudos sobre custos, que ainda representam uma minoria na literatura médica, também mais determinam do que comparam custos. Menos ainda há estudos sobre custos e resultados, que são aqueles que estabelecem, definitivamente, a validade de um procedimento diagnóstico ou terapêutico. Para uma avaliação completa, há de se considerar uma análise econômica igualmente completa. Esta considera qual método resulta no maior benefício (resposta terapêutica, por exemplo) ao menor custo (toxicidade, por exemplo) e a relação efetividade/custo (por exemplo, o aumento da sobrevida em cinco anos obtida por um novo tipo de tratamento, comparativamente a um tratamento anteriormente aplicado). Como, por exemplo, na análise de efetividade/custo, um ganho de vinte anos de vida por uma pessoa pode equivaler a um ano de vida ganhos por vinte pessoas, passou-se a considerar, também, a análise da utilidade/custo, como o *cost per quality-adjusted life year* (QUALY). Porém, no geral, nenhum método de avaliação tem incluído a influência da ação médico nos resultados dos estudos.

A simples disponibilidade de um produto ou equipamento não justifica a sua utilidade ou utilização. No caso do câncer, a diversidade tumoral em seus múltiplos aspectos (localizações, freqüências, comportamento biológico, estadiamento, terapêuticas aplicáveis e resultados a avaliar) e a relação entre o benefício e o custo dessa disponibilidade, em termos de freqüência e de resultados terapêuticos, determinam não só a necessidade como priorizam a

incorporação de novas tecnologias.

O Instituto Nacional de Câncer - INCA, do Ministério da Saúde, estimou para 2001 a ocorrência de 305.330 casos novos de câncer, em todo o Brasil. A freqüência dos tumores mais incidentes é, indubitavelmente, um dos principais fatores a determinar a necessidade de se dispor de tecnologias para superá-los. Embora isso não queira dizer que só se enfrenta tumores muito freqüentes se se dispuser de alta tecnologia - o câncer de pele, o mais incidente no nosso país, é uma prova disso.

Também para 2001, o INCA estimou que ocorrerão 117.550 mortes por câncer no Brasil. Ressalte-se que o câncer de pele, em primeiro lugar na incidência, representará, 1% dessas mortes. O inverso verifica-se com as leucemias: - 10º lugar em incidência, porém no 7º lugar em mortalidade. Por isso, se um tumor de baixa freqüência for muito letal, passa a ser a sua gravidade o fator a determinar essa necessidade.

O Brasil dispõe, praticamente, de tudo o que oferece a Medicina Moderna. Aqui, a questão prende-se a três pontos básicos: Primeiro, que a maioria dos problemas de saúde de uma população não depende de tecnologias de alta complexidade ou de última geração para sua prevenção ou controle. Segundo, que o acesso a essas tecnologias por quem delas necessita é dificultado pela oferta deficitária ou deficiente. Terceiro, que o seu uso indiscriminado aprofunda a má utilização e o déficit de oferta. No Brasil como um todo, há um déficit de centros de alta complexidade - que, presumidamente, têm o mínimo necessário para o tratamento do câncer, embora haja um superávit de unidades ofertadas, no âmbito do SUS: Há 268 unidades cadastradas para uma necessidade estimada de 232 centros.

A análise regional da cobertura dessa assistência também demonstra que ela precisa ser melhorada, no sentido de se reduzir a quantidade de brasileiros sem cobertura na sua área regional, com má cobertura (serviços isolados, por exemplo) ou cobertura aceitável (Centro de Alta Complexidade em Oncologia - CACON sem radioterapia, por exemplo). Um outro aspecto relevante é a distribuição regional dos tumores, que também passa a ser um fator determinante da necessidade de

se dispor de tecnologia em diferentes graus de complexidade e níveis de acesso, demandando uma criteriosa distribuição de oferta e uma cuidadosa organização do sistema de encaminhamento, atendimento e seguimentos de doentes. Da mesma forma que determina, para a implantação de um novo centro oncológico, especialmente pela disponibilidade de recursos humanos especializados e por conta da máxima utilização dos recursos financeiros, a opção por tecnologia de alta relação entre o benefício e o custo. Um exemplo desta última assertiva é a escolha pela unidade de cobalto (equipamento de alta utilidade e resolubilidade) e não de acelerador linear, para a criação de um novo centro em área de baixa cobertura, no âmbito do Projeto Expande, do Ministério da Saúde, sob a coordenação executiva do INCA.

Assim, o Brasil necessita tanto de aumentar a quantidade de CACON como de aumentar a qualidade da cobertura da assistência oncológica à sua população. A dependência tecnológica, entre nós, corre por conta de poucos profissionais capacitados, concentração nos grandes centros urbanos, acesso dificultado (distância e disponibilidade), a saúde como um bem de mercado, dependência de financiamento governamental para a própria prestação de serviços ao SUS, mentalidade da incorporação sem crítica, pesquisa incipiente sobre problemas nacionais, fácil manipulação do imaginário coletivo, baixo poder aquisitivo da população e defasagem de valor da moeda nacional.

A nossa maior dificuldade é superar a passividade com que enfrentamos essa situação de dependência, como se inevitável e insuperável ela fosse, e conscientizar-nos dos muitos aspectos que devem ser considerados para disponibilizar a Medicina Moderna aos que dela realmente se beneficiam: Os recursos serão crescentemente finitos, os avanços na ciência e tecnologia aumentam as possibilidades da assistência oncológica, esse contraste evolutivo demanda o estabelecimento de prioridades, esse estabelecimento deve ser feito com atribuição de responsabilidades e com critérios explícitos, e a avaliação econômica completa deve ser a base do estabelecimento de prioridades.

Também, temos de conscientizar-nos de que esse processo é dinâmico e envolve uma ampla interação de necessidades, obrigações e interesses: O Governo, por ser o agente regulador, financiador e comprador maior; a Indústria e Fornecedores, que exercem grande pressão inflacionária, para a incorporação dos seus produtos ou bens; as Instituições e os Profissionais da Saúde, que muito pressionam pela atualização da sua capacidade instalada, variedade de oferta de serviços e atualização técnico-científica; e o Doentes, por exigirem, sem o necessário poder crítico ou de discernimento, o que se lhes apresentam como a solução para o seu mal.

Como já dito, estudos de efetividade/custo são raros. Pelos dados apresentados em um estudo antigo, que mostra o custo *per capita* do PIB do tratamento de um câncer em qualquer localização, seja pela dependência tecnológica, seja pela menor valia da moeda nacional, seja pelos diagnósticos em estágios avançados, seja pelo menor poder aquisitivo da população, tratar um caso câncer em um país em desenvolvimento, caso do Brasil, sempre vai significar um custo *per capita* cem vezes maior do que seria nos Estados Unidos.

Esse mesmo estudo mostra que a eficácia do tratamento do câncer varia grandemente com a localização primária do tumor e com a idade do doente ao diagnóstico.

No Brasil, hoje, já conseguimos saber o quanto se gasta, mas ainda não o quanto custa o tratamento do câncer. Por exemplo, em internações pelo SUS, em 2000, gastamos mais de 19,7 milhões de reais com 26,5 mil procedimentos de quimioterapia. Esses valores representaram 0,2% de todos os procedimentos e cerca de 0,4% dos quase de 4,9 bilhões de reais dispendidos com internação hospitalar.

Já com serviços quimioterápicos ambulatoriais, também em 2000, o SUS gastou mais de 398,5 milhões de reais com 785 mil procedimentos. Esses valores representaram 0,04% de todos os procedimentos e cerca de 6,9% dos quase 5,7 bilhões de reais dispendidos com a assistência ambulatorial.

Isso sem contar com o investimento maciço que o Ministério da Saúde vem fazendo, em todo o Brasil: Cem milhões de dólares para reequipar 50 hospitais públicos

e filantrópicos, nas áreas de endoscopia, radiologia e radioterapia; investimento em quatro anos de R\$ 44 milhões para a criação de 20 centros de alta complexidade em oncologia, para uma boa cobertura a 14 milhões de brasileiros; atualização da tabela de procedimentos quimioterápicos a cada dois anos; e disponibilização de opiáceos para o controle da dor crônica.

Para terminar, alguns pontos de reflexão:

1) O que justifica a disparidade entre os percentuais de pagamento de quimioterapia de primeira e segunda linhas, inversamente distribuídas entre os prestadores públicos e privados (inclusive filantrópicos), de serviços oncológicos ao SUS? Houve quem, esquecendo-se de apresentar e comparar os resultados obtidos, alegasse dois fatores: Primeiro, a defasagem técnico-científica dos hospitais públicos; e, segundo, a falta de recursos para a incorporação de novos quimioterápicos. Alegações questionáveis, visto que, no INCA, por exemplo, a primeira linha é preponderante, testamos e incorporamos (criticamente) novos quimioterápicos e apresentamos resultados terapêuticos comparáveis aos dos grandes centros oncológicos internacionais.

2) A necessidade de incorporação tecnológica muito depende da disponibilidade de escolhas. Segundo Niels Neymark, da EORTC Health Economics Unit, "Se não há escolha a fazer, não há problema econômico a ser discutido. Se uma determinada doença só pode ser tratada com uma determinada terapêutica, inexistente problema econômico e, também, de análise econômica."

3) As pressões sobre os governos e as instituições médico-hospitalares bem refletem o quanto essas escolhas se complicam e se complicarão continuamente dado o lançamento contínuo de inúmeros novos medicamentos e equipamentos, o uso expandido de medicamentos já disponíveis, o envelhecimento populacional, os programas de detecção precoce de doenças crônicas e o aumento crescente de doentes.

4) Por conta disso é que financiadores e administradores, que sempre dispõem de recursos finitos, são pressionados para incorporar novos e caros medicamentos e equipamentos; a colaboração entre o hospital especializado e as autoridades judiciais e

sanitárias ajuda a avaliar o desenvolvimento de novas tecnologias e estabelecer prioridades para incorporação tecnológica; os obstáculos ao entendimento incluem os diferentes valores dados aos métodos e resultados de pesquisas; necessita-se de que haja maior investimento extra-governamental em serviços oncológicos; e decisões sobre a incorporação devem ser baseadas em evidências (informação sobre a efetividade do produto oferecido).

5) Hélio Jaguaribe, na Introdução do seu mais recente livro, analisa como o progresso técnico se dá de forma inconstante e descontínua. Normalmente, o que vivemos são visões cada vez mais reduzidas, aprofundadas, de um mesmo problema e versões diferentes de uma mesma proposta de solução.

6) Esta outra frase de Neymark é bem sugestiva dos dilemas que permeiam a aplicação de recursos na área da saúde, mais ainda no âmbito da assistência oncológica: "Em relação ao desejo dos seres humanos de satisfazer as suas necessidades, os recursos em qualquer sociedade, mesmo as mais ricas, são finitos. Vez que esses recursos não podem ser utilizados para diferentes ações ao mesmo tempo, é necessário ESCOLHER entre os usos possíveis para eles. Mas, no uso de uma certa parcela de recursos para uma ação particular, há de se escolher, ao mesmo tempo, que necessidades serão atendidas e que outras não o serão. O conceito central de custo implica, assim, no de que a OPORTUNIDADE DO CUSTO de uma ação é a utilidade ou satisfação que poderia ser obtida pelo emprego dos mesmos recursos em outras ações ou propósitos. Isso faz da avaliação econômica a ciência da escolha."

Temos de decidir: Queremos prevenir e detectar doenças e incluir um maior número de indivíduos, diagnosticando-os e tratando-os adequadamente, com a maior relação benefício/custo estabelecida, ou queremos, com os mesmos recursos, continuar tratando futilmente, como se diz em Bioética, um número bem menor de indivíduos?

Essa questão não só implica uma decisão bioética, como uma oportunidade de crescimento técnico-científico de desenvolver soluções para os nossos próprios problemas. Pois continuar aplicando e consumindo procedimentos ofertados, apenas esperando

a confirmação de erros e acertos, por incorporação passiva dessa oferta, em nada nos fará autores de nossa própria história médica e de saúde pública.

Jacob Kligerman

Diretor Geral

Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Angell M. Patients' Rights Bills and Other Futile Gestures. *NEJM* 342 (22): 1663-1664, 2000.

Cho MK, Shohara, R, Schissel A, Rennie, D. Policies on Faculty Conflicts of Interest at US Universities. *JAMA* 284 (17): 2203-2208, 2000.

DeAngelis CD. Conflict of Interest and Public Trust. *JAMA* 284 (17): 2237-2238, 2000.

Foy R, So J, Rous E, Scarffe H. Perspectives of commissioners and cancer specialists in

prioritising new cancer drugs: impact of the evidence threshold. *BMJ* 318: 456-459, 1999.

Jaguaribe H. Um Estudo Crítico da História. São Paulo. Editora Paz e Terra SA. 2001. Vol. I. 682p.

Neymark N. Assessing the Economic Value of Anticancer Therapies. Berlin. Springer-Verlag, 1998. 285p.

Neymark N (Guest Editor) et al. Health Economics. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 32 (2) (Special Issue), 1999. 173p.

Korn D. Conflicts of Interest in Biomedical Research. *JAMA* 284 (17): 2234-2237, 2000.

van der Schueren E; Kesteloot, K; Cleemput, I. Positioning statement: Economic evaluation in cancer care - Questions and answers on how to alleviate conflicts between rising needs & expectations and tightening budgets. Belgium. Federation of European Cancer Societies, 1998.

Young, R. Financial Indigestion. *JAMA* 284 (17): 2156-2157, 2000.