CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
DIRETORIA LEGISLATIVA
COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES

CÂNCER DE PRÓSTATA

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo Municipal
Área de Qualificação: Comissões / Sub-Área: Saúde Pública

ESTUDO TÉCNICO
JUNHO, 2013

ESTUDO TÉCNICO: "*CÂNCER DE PRÓSTATA"*

Objetivo do documento: O estudo solicitado visa subsidiar do ponto de vista teórico-conceitual e com base em legislação específica, a votação do Projeto de Lei nº 183/2013 de autoria do Vereador Tiago Correia, pelos membros da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar, Previdência e Seguridade Social.

1) CÂNCER DE PRÓSTATA: MAGNITUDE DO PROBLEMA

O câncer da próstata é a quarta causa de morte por neoplasias no Brasil, correspondendo a 6% do total de óbitos por este grupo nosológico. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Coeficiente de mortalidade vem apresentando acentuado ritmo de crescimento: cresceu 95,5% ao longo do período entre 1979 e 2004. Em números absolutos, é o **segundo tumor ocorrente no país**: em 2012, estimou-se a o aparecimento de 60 mil casos novos, precedido apenas pelo câncer de pele não-melanoma (134 mil casos novos). Nas regiões Sudeste (78/100 mil) e Nordeste (43/100 mil), o câncer da próstata é o mais incidente entre os homens.

Assim como em outros cânceres, a idade é um marcador de risco importante, ganhando um significado especial no câncer da próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam exponencialmente após a idade de 50 anos. Aproximadamente 62% dos casos de câncer da próstata diagnosticados no mundo acometem homens com 65 anos ou mais. História familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade é outro marcador de importância, podendo aumentar o risco de 3 a 10 vezes em relação à população em geral e podendo refletir tanto características herdadas quanto estilos de vida compartilhados entre os membros da família.

Com o crescimento da expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos novos aumente cerca de 60% até o ano de 2015. Raça/etnia e a história familiar da doença também são consideradas fatores de risco para esse tipo de neoplasia. O câncer da próstata é aproximadamente 1,6 vezes mais comum em homens negros do que em homens brancos. Os americanos, jamaicanos e caribenhos com descendência africana apresentam as mais altas taxas de incidência desse câncer do mundo, o que pode ser atribuído, em parte, à susceptibilidade genética (cerca de 5% a 10%). Todavia, é possível que essa diferença explique-se pela heterogeneidade do acesso, bem como pelos diferentes estilos de vida.

Quando detectado precocemente, há grande probabilidade de cura, além de que poderia reduzir os altos custos decorrentes do tratamento do câncer em estádios avançados ou da doença metastática. Porém, um dos maiores desafios no tocante à detecção precoce deste câncer é a falta de conhecimentos sobre a sua história natural. Uma elevada proporção de necrópsias apresentam câncer da próstata histologicamente evidenciado, embora a maioria seja microscópico, intracapsular e de tipo bem diferenciado. Até o momento não há evidências ou conhecimento suficientes que permitam prever quais destes tumores pequenos evoluirão para câncer invasivo. Deste

modo, mesmo ao detectar-se precocemente o câncer da próstata microscópico e de tipo bem diferenciado pelo rastreamento, não há dados que permitam determinar o seu prognóstico.

Estudos têm demonstrado que a adoção de Campanhas de Saúde Pública com ênfase no esclarecimento da população através de ações educativas individuais e coletivas e ampliação do acesso a exames complementares, têm alcançado êxito, visto que possibilitam o rastreamento de indivíduos com a doença instalada, inclusive em estágios iniciais, o que possibilita o diagnóstico precoce e eleição de medidas de prevenção e, consequente aumento da sobrevida e qualidade de vida da população acometida.

2) PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS: RESPONSABILIDADES CONSTITUCIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, fruto de exaustivos debates entre diversos atores sociais e políticos, representa no campo da saúde, a garantia de direitos sociais e a universalização de alguns direitos como atributos de cidadania e, simultaneamente, dever do Estado brasileiro. No que diz respeito à saúde, definiu no Título VIII – Da Ordem Social, no seu Capítulo II, Seção II, por meio dos arts. 196 a 200, as bases legais da intervenção da sociedade, da seguinte maneira:

> **Art. 196**. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e, ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, a partir da nova Constituição, a condição para ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é simplesmente precisar deles.

Além do princípio que concebe a saúde como direito, a Constituição Brasileira de 1988, qualificou o direito à saúde incluindo-o no conjunto dos Direitos Sociais. Isso significa que para a administração pública, a responsabilidade de elaborar programas operacionais que garantam que a atenção à saúde de toda a população habitante na área de abrangência de sua competência esteja assegurada, conforme suas atribuições constitucionais e legais. Para a população, significa a possibilidade de exigir, individual ou coletivamente, a consecução desse direito junto ao Poder Judiciário e ao Ministério Público, sempre que ele for negado.

O SUS, regulamentado pela Lei n^{o} 8.080/1990, reafirma os ideais do movimento da reforma sanitária, principalmente no tocante à descentralização, participação e integralidade, sendo este último destinado a conjugar ações direcionadas à materialização da saúde como direito e serviço de saúde. O princípio da “integralidade” como definição legal e institucional significa a garantia de conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos em todos os níveis de complexidade de assistência do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências

cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização. Conforme o *Manual de atuação do Ministério Público Federal em defesa do direito à saúde,* o princípio da integralidade:

> [...] refere-se tanto ao homem quanto ao Sistema de Saúde, reconhecendo que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade: as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, da mesma forma, constituem-se em um todo, não podendo ser divididas; as unidades constitutivas do Sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral (MPF, 2005, p.14).

O princípio-diretriz da descentralização permite maior aproximação com a realidade de cada localidade, de modo a tornar as políticas públicas mais efetivas por meio da incorporação da sociedade civil no processo de formulação, fiscalização e execução das políticas. Por essa razão, a descentralização é entendida como:

> [...] a distribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é da alçada de um município deve ser de responsabilidade do Governo Municipal; o que abrange um Estado ou região estadual deve estar sob responsabilidade do Governo Estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal (MPF, 2005, p.15).

A descentralização dos processos decisórios em saúde além de significar a possibilidade de se elaborarem projetos mais reais e compatíveis com cada realidade, é a probabilidade efetiva da comunidade interferir na concepção do sistema, na sua implementação, em seu funcionamento, na aplicação dos recursos, na avaliação de seus resultados e nos destinos da administração pública. Em relação à correta aplicação dos recursos, o gestor municipal deverá considerar as prioridades locais de atenção em saúde, ressaltando-se não apenas o quantitativo de pessoas atingidas pelo agravo ou doença, como também o risco de determinado grupo populacional vir a adoecer/morrer. Além disso, é fundamental o reconhecimento do potencial de gravidade de cada agravo/doença e nesse sentido, adotar-se-á uma perspectiva de atuação em parcela prioritária da população que necessita de intervenções e serviços efetivos e equânimes de saúde.

Por isso, tratou o constituinte (tanto o originário quanto o derivado) de estabelecer não só os deveres do Estado para com esse fundamental direito social – uma vez que intimamente ligado à garantia da vida e da dignidade humana, sem dúvida direitos prioritários em nossa ordem constitucional –, como também as fontes de custeio, já que a implementação de políticas públicas requerem recursos orçamentários para sua execução.

> **Art. 30.** Compete aos Municípios: [...]
> VII – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população; [...].
>
> **Art. 198**. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...]
>
> § 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (*Parágrafo único renumerado para § 1º pela EC n. 29, de 2000*.)
>
> § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:
>
> I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (*Incluído pela EC n. 29, de 2000*.)
> II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (*Incluído pela EC n. 29, de 2000*.)
> III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. *(§ 2º e incisos I a III acrescentados pela EC n. 29, de 2000*.)
>
> **Na Lei n. 8.142/1990**:
>
> **Art 4º** Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: [...]
> **V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento**.

A Emenda Constitucional n.29 (EC 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, vinculou os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados, obrigatoriamente, em ações e serviços públicos de saúde. Posteriormente, a Resolução n. 322/2003 aprovou diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional n.29 e a Lei Complementar 141/2012

regulamentou a aplicação anual dos valores mínimos em ações e serviços públicos de saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de estabelecer uma série de critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. Segundo a LC 141/2012, os valores mínimos a serem destinados pelos municípios compreendem 15% dos seus recursos próprios provenientes de impostos.

Segundo a Sexta Diretriz da **Resolução n. 322/2003**, para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

> I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
> II - vigilância sanitária;
> III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
> IV - educação para a saúde;
> V - saúde do trabalhador;
> VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
> VII - assistência farmacêutica;
> VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
> IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
> X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
> XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
> XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
> XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
> XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.
> XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

Com vistas a garantir a correta aplicação de recursos em saúde, o Grupo de Saúde do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça, com a participação de representantes do Grupo de Saúde do Ministério Público Federal, firmou o entendimento de rechaçar quaisquer tentativas dos gestores de mitigar os princípios da universalidade e da integralidade sem que se garanta, antes, o estrito cumprimento da Emenda Constitucional n. 29/2000.(MPF, 2008).

Atualmente, existem várias formas de atender às necessidades do usuário do SUS por meio dos gestores de saúde, utilizando os seguintes tipos de financiamento, quais sejam:

- Limite financeiro global do MAC ("teto"): de livre alocação dos recursos federais pelos respectivos gestores municipais e estaduais para o ressarcimento de procedimentos de média e alta complexidade contratados;
- FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação): são os recursos federais repassados, extra-teto ou não do estado ou município, com destinação especificada (para o ressarcimento de transplantes, por exemplo); e
- Recursos do Tesouro: município ou estado poderão alçar mão dos recursos do respectivo tesouro para financiar a necessidade local de saúde.

Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI), publicada em ato normativo específico.

Como o câncer é um conjunto de cerca de 100 diferentes doenças, por sua com tipos e subtipos tumorais vários, o seu controle demanda de todas as ações e serviços de saúde. Assim, em termos do orçamento do Ministério da Saúde, esse controle envolve todos os blocos de financiamento definidos pela Portaria GM/MS 204/2007. O orçamento do Ministério da Saúde, como o dos demais ministérios, é definido, anualmente, em Lei específica, tendo sido progressivamente crescente. Para que se tenha ideia desse crescimento, anota-se que, em 2006 foi de R$ 44,3 bilhões e, para 2012, de R$ 91,7 bilhões, chamando-se a atenção para que mais da metade são recursos gastos com a atenção especializada de média e alta complexidade (MAC) e assistência farmacêutica. Os órgãos e regulamentos que viabilizam o controle do câncer no SUS não diferem dos que estruturam e operacionalizam o próprio SUS, exceto por aqueles superespecializados, específicos da alta complexidade em oncologia, que são a cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia e iodoterapia do carcinoma diferenciado da tireoide.

Mais recentemente, o Pacto pela Saúde (2006), fortaleceu o processo de reorganização do financiamento da saúde possibilitando ao gestor programar com maior autonomia os níveis e modalidades de atenção, contando com blocos de recursos financeiros, de acordo com as necessidades das pessoas e da coletividade. Dessa forma, buscou-se estabelecer um financiamento compatível com as necessidades de saúde, por parte dos entes federados, expressos na luta pela regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional.

REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**: coletânea de textos. Brasília: Síntese, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº204/GM de 29 de janeiro de 2007**.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Financiamento da Saúde**: novos desafios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Brasília: 2011. Disponível em http://www.inca.gov.br

Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do Direito à Saúde.** Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2005.

Brasil. Ministério Público Federal. **Financiamento da saúde** - Grupo de Trabalho "Saúde": Alexandre Amaral Gavronski [et al.] – Brasília : Escola Superior do Ministério Público da União, 2008. Manuais de atuação ESMPU; v. 4. Disponível em http://www.esmpu.gov.br/linha-editorial/manuais-de-atuação

Berne, Robert M., Levy, Matthew N., Koeppen, Bruce M. e Staton. Bruce A.. **Fisiologia**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

Guyton, Arthur C. e Hall, John E.. **Tratado de Fisiologia Médica**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.