The Economist Intelligence Unit



CONTROLE DO CÂNCER, ACESSO E DESIGUALDADE NA AMÉRICA LATINA

Uma história de luz e sombra

Encomendado por:

Roche

ÍNDICE

2 Sobre este relatório

4 Sumário executivo

9 Introdução: o desafio do câncer na América Latina

23 CAPÍTULO 1
Escore Latino-Americano do Controle do Câncer (Latin America Cancer Control Scorecard, LACCS): o que caracteriza um controle do câncer de qualidade?

27 CAPÍTULO 2
Planos nacionais de controle do câncer: uma ferramenta não usada plenamente

32 CAPÍTULO 3
Dados do câncer: algum progresso, mas um percurso muito longo à frente

38 CAPÍTULO 4
Prevenção, triagem e detecção precoce: progresso e estase

46 CAPÍTULO 5
Orçamentos e recursos para o controle do câncer: insuficientes para o que nos aguarda

57 CAPÍTULO 6
A superação de ineficiências e desigualdades: ainda há muito a fazer apesar do progresso

67 Conclusão: centralização e descentralização

70 ANEXO: metodologia

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

SOBRE ESTE RELATÓRIO

O controle do câncer, acesso e desigualdade na América Latina: uma história de luz e sombra é um relatório da Economist Intelligence Unit, encomendado pela Roche, que examina as medidas de controle do câncer na América Latina. Ele examina detalhadamente tanto os aspectos positivos quanto os problemas atuais encarados pelos governos latino-americanos em sua luta contra o câncer e para oferecer prevenção e tratamento acessíveis às suas populações. Seu foco particular é em 12 países das Américas Central e do Sul selecionados por diversos fatores, incluindo tamanho e nível de desenvolvimento econômico: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai.

Este estudo também introduz uma importante ferramenta para a compreensão desta área pelas partes interessadas: o Escore Latino-Americano do Controle do Câncer (Latin America Cancer Control Scorecard, LACCS). O LACCS conta com uma importante pesquisa de documentos para classificar os 12 países estudados no que se refere ao seu desempenho em diferentes áreas de relevância direta para o acesso ao controle do câncer. Além do escore, este relatório também se baseia na sua própria pesquisa separada e substancial e também em 20 entrevistas com especialistas regionais e internacionais em câncer.

Agradecemos às pessoas a seguir (listadas em ordem alfabética) pela sua dedicação e pelas suas opiniões:

- Juan Pablo Barés, presidente da FUNDACANCER, Panamá
- Eduardo Cazap, fundador e primeiro presidente da Sociedade de Oncologia Médica Latino-Americana e do Caribe, Argentina
- Gonzalo Vargas Chacón, coordenador do Consenso Nacional de Especialistas en Cáncer, Costa Rica
- Alessandra Durstine, diretora do Catalyst Consulting Group, e ex-chefe de advocacia da American Cancer Society, EUA
- Jorge Jimenez de la Jara, professor de saúde pública da Universidade Católica do Chile e ex-ministro da saúde, Chile
- Felicia Knaul, professor do Department of Public Health Sciences da Miller School of Medicine; diretor do Institute for Advanced Study of the Americas, University of Miami; presidente e fundador da Tómatelo a Pecho, México e presidente da Union Latinoamericana Contra el Cáncer de la Mujer
- Gilberto de Lima Lopes, diretor médico para programas internacionais e diretor associado de oncologia global do Sylvester Comprehensive Cancer Centre, Miller School of Medicine, University of Miami
- Andre Cezar Medici, economista de saúde sênior do Banco Mundial, Brasil
- Alejandro Mohar, ex-diretor do Instituto Nacional de Cancerología (INCan), México
- Raul Murillo, diretor do Centro de Oncologia da Universidade Javeriana, Bogotá, Colômbia
- Roberto Pradier, diretor do Instituto Nacional do Câncer, Argentina

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

- Wilson Merino Rivadeneira, coordenador da Red Nacional de Organizaciones de Pacientes Oncológicos, Equador
- Arturo Rebollon, diretor do Registro Nacional do Câncer, Panamá
- Julio Rolón, diretor do Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), Paraguai
- Milton Soria, chefe da unidade de patologia do Instituto Nacional de Laboratorios en Salud, Bolívia
- Ted Trimble, diretor do Centre for Global Health do National Cancer Institute, EUA
- Alejandro Gaviria Uribe, ministro da saúde e proteção social, Colômbia
- Carlos Vallejos, diretor da Oncosalud, Peru
- Nilda Villacres, diretora executiva, conselho de saúde nacional, Equador
- Walter Paulo Zoss, diretor executivo da RINC/UNASUR -Rede dos Institutos e Instituições Nacionais de Câncer, Brasil

O relatório foi escrito por Paul Kielstra e editado por Martin Koehring, da Economist Intelligence Unit. O desenvolvimento do escore foi liderado por Elly O'Brien, da equipe de saúde da Economist Intelligence Unit.

Julho de 2017

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

SUMÁRIO EXECUTIVO

Na América Latina, o câncer e o seu controle apresentam contrastes com frequência intensos — ou, nas palavras de um especialista entrevistado neste estudo, "luz e sombra". Mudanças rápidas ocorrem junto a estases obstinadas, e progresso substancial em algumas áreas se mistura com necessidades ainda não atendidas e urgentes em outras. Trata-se também de uma questão com maior relevância política na região: sucessos passados no controle de doenças transmissíveis aumentaram o perfil relativo das doenças não transmissíveis.

Este estudo examina detalhadamente tanto os aspectos positivos quanto as lacunas ainda existentes encaradas pelos governos latino-americanos em sua luta contra o câncer e para oferecer prevenção e tratamento acessíveis às suas populações. Seu foco particular é em 12 países das Américas Central e do Sul selecionados por diversos fatores, incluindo seu tamanho e nível de desenvolvimento econômico. Esses países, denominados "países estudados", são Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai. Juntos, eles foram responsáveis por 92% da incidência de câncer e por 91% da mortalidade nas Américas Central e do Sul em 2012.

Este estudo também introduz uma importante ferramenta para a compreensão desta área pelas partes interessadas: o Escore Latino-Americano do Controle do Câncer (Latin America Cancer Control Scorecard, LACCS). O LACCS conta com uma importante pesquisa de documentos para classificar os 12 países estudados no que se refere ao seu desempenho em diferentes áreas de relevância direta para o acesso ao controle do câncer. Além do escore, este relatório também se baseia na sua própria pesquisa separada e substancial e também em 20 entrevistas com especialistas regionais e internacionais em câncer. Seus principais achados incluem o que segue.

O câncer já é a segunda maior causa de mortes da América Latina, e o fardo imposto por ele crescerá substancialmente nos próximos anos. Nos 12 países estudados, o câncer causa em média 19% de todos os óbitos, e em dois países ele é responsável por um quarto ou mais da mortalidade. Em grande parte em decorrência do envelhecimento e do crescimento da população, a incidência e — caso nada seja feito — a mortalidade em decorrência do câncer parecem fadadas a crescer de maneira substancial nas Américas Central e do Sul entre 2012 e 2035. Estima-se que o número de casos cresça 91% durante esse período, e que o número de mortes cresça 106%. E embora haja carência de bons dados, os custos econômicos para a região também estão fadados a aumentar de maneira significativa — isso vale tanto para custos diretos com a saúde (tais como medicamentos, hospitalização e diagnóstico) quanto para custos indiretos (por exemplo, perda de produtividade por mortalidade precoce e dias de trabalho perdidos).

Os contornos do desafio do câncer variam amplamente, e está evoluindo de maneira desigual tanto entre os países estudados quanto em cada um deles. A incidência padronizada pela idade difere de maneira marcante entre os países estudados, ela varia de 132 casos no México e 251 no Uruguai para cada 100.000 pessoas. Igualmente marcantes são as diferenças nos tipos de câncer que afetam cada população. A transição epidemiológica que normalmente acompanha o desenvolvimento econômico inclui um aumento do risco de certos tipos de câncer, tais como cânceres de mama e de próstata, e um declínio de outros tipos, incluindo os de fígado e estômago. Tais mudanças estão ocorrendo na América Latina, mas não de maneira consistente em toda a região. No Uruguai, por exemplo, o perfil do câncer é agora muito similar ao de países desenvolvidos, enquanto o da Bolívia é muito mais consistente com

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

o de países em desenvolvimento. Além disso, nesses países, esta mudança nos tipos de câncer está com frequência muito mais avançada em áreas urbanas e ricas do que em áreas rurais e mais pobres: Na Colômbia, por exemplo, a crescente incidência do câncer de mama é normalmente um problema muito maior nas cidades do que no interior. Dado que diferentes tipos de câncer com frequência exigem respostas diferentes, isso coloca os legisladores frente a desafios complexos.

Os resultados do câncer variam de maneira significativa na região. De acordo com especialistas entrevistados para este estudo, os países latino-americanos tendem a estar entre os países desenvolvidos e o resto do mundo em desenvolvimento em termos do controle do câncer. Isso se reflete na taxa média de mortalidade do câncer pela sua incidência — a taxa M:I —, uma medida bruta, mas disseminada, da eficiência dos sistemas de saúde em descobrir e tratar a doença. Em média, as taxas M:I da América do Sul (0,53) e da América Central (0,55) ficam a meio caminho entre as da União Europeia (0,40) e do sudeste da Ásia (0,67). As taxas dos países estudados, contudo, estão espalhadas em um amplo intervalo. A taxa da Costa Rica (0,47) está próxima da taxa da UE, e a da Bolívia (0,67) está muito próxima da taxa do sudeste da Ásia.

Há também grandes variações entre países em termos das iniciativas de controle do câncer. O LACCS examina as iniciativas de países em diversas áreas relevantes para o acesso ao controle do câncer, incluindo planejamento, iniciativas de prevenção, disponibilidade de tratamento, gastos e monitoramento. Ele se baseia em grande parte em políticas relacionadas ao acesso em vez de nos resultados. As pontuações dos países possuem uma ampla variação. O Uruguai e a Costa Rica, por exemplo, vêm em primeiro e segundo lugar com 23 e 22 dos 30 pontos possíveis, enquanto a Bolívia e o Paraguai alcançam somente sete e nove pontos, respectivamente. Até mesmo países que estão se saindo bem têm oportunidades de melhoria. O segundo lugar, a Costa Rica, por exemplo, é inesperadamente fraca na prevenção e no diagnóstico precoce, enquanto o terceiro colocado, o Chile, têm problemas no que se refere à qualidade dos dados. Mas problemas financeiros não são tudo. Ainda que as pontuações se correlacionem em alguma medida com o PIB per capita, o quadro completo é muito mais complexo. O Peru e a Colômbia, em particular, se saem muito melhor do que seria de se esperar dado o tamanho das suas economias — em grande parte em decorrência de planos minuciosos de controle do câncer.

A despeito da variação nas iniciativas de controle do câncer, muitos países em posições intermediárias demonstram desempenho geral similar. Poucos pontos separam a maioria dos países estudados na faixa intermediária do LACCS, com apenas quatro pontos separando oito países. Isso sugere que apesar dos primeiros e os últimos, a maior parte da região está mais ou menos na mesma situação no que se refere ao controle do câncer. Contudo, as pontuações referentes ao desempenho geral mascaram grandes diferenças entre países no que se refere a pontuações individuais no escore das seis principais áreas examinadas pelo LACCS: planejamento estratégico, monitoramento do desempenho, disponibilidade de medicamentos, disponibilidade de radioterapia, prevenção e detecção precoce e apoio financeiro.

Cinco áreas prioritárias

1. Planos nacionais de controle do câncer (PNCCs). Tradicionalmente, os PNCCs não receberam atenção significativa dos legisladores. Isso, contudo, vem mudando nos últimos anos. Frequentemente com a ajuda de organizações internacionais, diversos dos 12 países estudados implementaram ou

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

fortaleceram seus PNCCs, de maneira que quatro possuem hoje o que os pesquisadores do LACCS consideram como planos atualizados; enquanto isso, diversos outros países iniciaram esforços significativos nessa direção. O Plan Esperanza, do Peru, em particular, ainda que hoje expirado, é frequentemente citado por especialistas da região como um PNCC com chances de focar recursos. Diversos países, como a Argentina, por exemplo, não possuem nenhum plano. Além disso, falta frequentemente a compreensão do que um plano eficaz precisa conter, assim como recursos para tornar os PNCCs mais do que um sonho em diversos países.

2. Dados relacionados ao câncer: até recentemente, os países estudados tinham relativamente poucos registros de base populacional de câncer, que proporcionam informações essenciais para a elaboração de um controle eficaz do câncer e avaliação do impacto das iniciativas. Mas houve progresso nos últimos anos. México, Bolívia e Paraguai, por exemplo, ou instituíram novos registros ou começaram a fazê-lo, enquanto o Panamá está elevando a qualidade do seu registro nacional já existente. Enquanto isso, a Colômbia está criando um registro nacional extremamente minucioso. Mas ainda há um longo percurso pela frente. Somente 7% da população dos países do estudo vive em áreas nas quais há um registro demográfico minucioso dos casos. Além disso, as pessoas com atendimento nem sempre são representativas da população como um todo, e os dados de subgrupos importantes, como populações indígenas, às vezes não são coletados. Por fim, dos 12 países estudados, somente o México produz dados de alta qualidade sobre a taxa de mortalidade, enquanto em cinco países, tais informações são de baixa qualidade ou inexistentes. Com demasiada frequência, a falta de recursos e de apoios não financeiros, -como tornar a comunicação de casos de câncer uma exigência legal — impede o progresso necessário.

3. Prevenção e detecção precoce: a América Latina testemunhou um progresso marcante em certos aspectos específicos da prevenção do câncer, mas sua taxa continuamente elevada de diagnósticos tardios demonstra que ainda resta muito a ser feito. Existem numerosos programas de conscientização do câncer, mas a compreensão dos riscos e sintomas do câncer permanece básica demais e inadequada, especialmente fora dos grupos demográficos com melhor educação. A prevenção populacional — o uso de legislação para moldar o comportamento — viu a introdução de leis antitabagistas cada vez mais rigorosas. Mas iniciativas para expandir essa estratégia para outras áreas, como impostos sobre o açúcar, tiveram sucesso apenas parcial. Enquanto isso, iniciativas para interferir em certos agentes infecciosos que podem provocar certos cânceres específicos foram fortalecidas pela vacinação contra o papiloma vírus humano, a principal causa do câncer cervical. Por fim, exames preventivos como meio de detecção precoce têm um histórico misto. Eles não são apropriados para todos os cânceres. No caso de alguns cânceres, os custos os tornam inadequados em países menos economicamente desenvolvidos. Ainda que um número crescente de países da região tenha começado ou esteja planejando exames preventivos para o câncer colorretal, o câncer cervical e o câncer de mama são, na prática, os principais alvos de tais programas na América Latina. Problemas com a estrutura dos programas, a qualidade dos serviços, infraestrutura, continuidade e integração com outros serviços de saúde impedem o melhor uso dos exames preventivos em muitos dos países estudados.

4. Orçamentos e recursos: os orçamentos de saúde governamentais da América Latina são pequenos em comparação com os de países desenvolvidos. Além disso, o câncer em geral recebe uma prioridade baixa na distribuição desses recursos limitados. O resultado dessas escolhas orçamentárias é que a maioria dos países tem recursos insuficientes para as necessidades atuais no que se refere ao câncer, sem

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

mencionar as prováveis necessidades futuras, ou para implementar PNCCs. Especialistas em oncologia são raros. O número de enfermeiros especializados em oncologia treinados no Brasil, por exemplo, corresponde somente à metade do que o estado de São Paulo precisa. Somente o Uruguai e o Chile possuem equipamentos de radioterapia suficientes para tratar todos os pacientes do país, e em toda a região, tais equipamentos têm menor probabilidade de ser de ponta do que em muitos outros países em desenvolvimento. Já o acesso a medicamentos é, em média, é a área na qual os países estudados se saem pior em média. A aprovação regulatória e inclusão no formulário de terapias inovadoras — e, portanto, o acesso prático a elas — é lento, e os pacientes recorrem cada vez mais à justiça para obter medicamentos. Por fim, frequentemente faltam unidades de tratamento paliativo. Onde existem, elas estão normalmente mal integradas ao tratamento do câncer.

5. Ineficiências e desigualdades: a fragmentação é a praga do controle do câncer na América Latina. A história da expansão do acesso à saúde deixou muitos países da região com diversos sistemas de saúde paralelos. Ainda que seja possível alcançar bons resultados de saúde com diversos provedores, a falta disseminada de comunicação, sem mencionar interação entre esses sistemas na maioria dos países estudados indica que o tipo de prevenção, tratamento e cuidados paliativos que os pacientes podem obter depende do sistema ao qual eles podem acessar. Numa situação na qual os recursos já são insuficientes, isso pode ser uma questão de sobrevivência.

O problema é pior para aqueles incapazes de pagar um seguro de saúde particular ou de obter um seguro fornecido pelo empregador. Alguns países deste estudo, tais como a Costa Rica e o Brasil, possuem o que se qualificaria como sistema de saúde único. Outros estão realizando algumas iniciativas de graus variados de sucesso para atender as necessidades das pessoas não asseguradoras. Alguns estão criando modalidades de cobertura especializadas, tais como o Seguro Popular, do México; outros oferecem tratamento hospitalar gratuito em sistemas públicos, como o Paraguai e várias províncias da Argentina. Contudo, o controle do câncer nas áreas rurais continua a ser especialmente problemático. Essas áreas são com frequência as mais pobres dos países latino-americanos, com todos os problemas de cobertura que isso implica. Além disso, recursos humanos e equipamentos especializados para o controle do câncer continuam concentrados em áreas urbanas, o que torna o diagnóstico menos provável e acrescenta custos de deslocamento ao custo prático do tratamento para aqueles diagnosticados com câncer.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

MANUTENÇÃO DO RITMO: PRINCIPAIS ÁREAS NAS QUAIS OS LEGISLADORES PRECISAM GARANTIR QUE O PROGRESSO CONTINUE

Ainda que cada país tenha diferentes circunstâncias e necessidades, algumas considerações importantes precisam ser comuns a todos.

Planejamento e implementação: Planos Nacionais de Controle do Câncer (PNCCs) se tornaram muito mais comuns na América Latina nos últimos anos, mas ainda inexistem em alguns países; em outros, existem somente no papel. Os legisladores precisam garantir que os PNCCs se adequem a esta finalidade e disponham dos recursos disponíveis para a implementação dos mesmos. Os legisladores precisam garantir que os PNCCs se adequem a esta finalidade e disponham dos recursos disponíveis para sua implementação.

Monitoramento dos dados: os registros de dados melhoraram muito na região, mas a maioria dos países oferece somente um quadro parcial do desafio que enfrentam no que se refere ao câncer. Para montar uma resposta eficaz, os governos precisarão investir mais aqui.

Expansão do sucesso na prevenção e no diagnóstico precoce: os programas de vacinação contra o papiloma vírus humano (HPV) e a legislação antitabagista são conquistas importantes que salvarão vidas na região. Mas é necessário fazer mais. Combater a epidemia de obesidade, por exemplo, exigirá medidas educativas e potencialmente regulatórias, tais como impostos sobre o açúcar. Exames preventivos eficazes, nesse ínterim, exigirão programas melhor integrados ao sistema geral de saúde.

Gastar o necessário: ao analisar as prioridades, os legisladores precisam compreender que para resolver o problema atual do câncer e para se preparar para seu inevitável crescimento, os orçamentos do setor de saúde em geral e para os recursos humanos e equipamentos especializados de oncologia precisarão aumentar.

O rompimento de barreiras ao acesso: mais pessoas do que nunca na região estão obtendo serviços de saúde e tratamento do câncer. Com demasiada frequência, porém, os pobres, os habitantes de zonas rurais e as pessoas com a cobertura de saúde "errada" continuam a sofrer com controle insuficiente do câncer. A região está comprometida com múltiplos experimentos voltados à solução deste problema. Os legisladores precisam permanecer alertas a qualquer experimento que pareça relevante para as suas circunstâncias nacionais.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

INTRODUÇÃO: O DESAFIO DO CÂNCER NA AMÉRICA LATINA

Na América Latina, o câncer é um grande problema de saúde pública. De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), em 2012 (o último ano para o qual dados internacionais de incidência e prevalência comparáveis estão disponíveis), pouco mais de 1 milhão de pessoas desenvolveram a doença nas Américas Central e do Sul, e ela matou cerca de 550.000. Neste relatório específico, focamos em 12 países da região que representaram juntos 92% da incidência e 91% da mortalidade relacionada ao câncer nas Américas Central e do Sul em 2012: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai.

O que Roberto Pradier, diretor do Instituto Nacional do Câncer da Argentina, diz da situação no seu país se aplica a toda a região: "Cerca de 60.000 pessoas morrem todos os anos em decorrência do câncer. Esse é um número elevado e importante". Nos países analisados nesse estudo (os "países estudados"), o câncer foi responsável por pouco menos de uma em cada cinco mortes em 2015 (o último ano para o qual os dados do Global Burden of Disease, da OMS, permitem uma comparação entre diferentes causas de morte). O câncer também foi a segunda maior causa de mortalidade após a doença cardiovascular em todos esses países, exceto o México, onde o câncer ocupou a terceira colocação. Até 2012, a probabilidade de um habitante de um dos países estudados morrer de câncer antes da idade de 75 anos era cerca de uma em dez (veja a tabela 1).

Tabela 1: mortalidade pelo câncer nos países estudados

	1990		2015		
	Percentual de todas as mortes atribuíveis ao câncer	Colocação do câncer entre as causas de morte	Percentual de todas as mortes atribuíveis ao câncer	Colocação do câncer entre as causas de morte	Probabilidade de morrer de câncer antes dos 75 anos de idade
Argentina	21%	2ª	22%	2ª	12%
Bolívia	9%	4ª	15%	2ª	10%
Brasil	12%	3ª	17%	2ª	11%
Chile	21%	2ª	26%	2ª	11%
Colômbia	13%	3ª	19%	2ª	9%
Costa Rica	19%	2ª	23%	2º	9%
Equador	12%	3ª	18%	2ª	9%
México	10%	3ª	14%	3ª	7%
Panamá	15%	2ª	17%	2ª	8%
Paraguai	12%	3ª	17%	2ª	9%
Peru	10%	3ª	19%	2ª	9%
Uruguai	26%	2ª	27%	2ª	15%
Média	**15%**		**19%**		**10%**

Fontes: Institute for Health Metrics and Evaluation, *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015)*, GBD Results Tool. Disponível em: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool; International Agency for Research on Cancer (IARC); Global Cancer Observatory; Cancer Today. Disponível em: http://gco.iarc.fr/today.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Além do sofrimento humano, "o fardo financeiro associado ao câncer é imenso e crescente", nota Alejandro Gaviria Uribe, ministro da saúde e da proteção social da Colômbia. Sua dimensão, porém, é difícil de quantificar, ainda mais dado que a transição epidemiológica está alterando um quadro já complexo. Um estudo da Economist Intelligence Unit de 2009 descobriu que novos casos de câncer sozinhos custam às economias desses 12 países, incluindo custos médicos e perda de produtividade laboral, um total de US$ 4,2 bilhões ao ano.[1] Uma estimativa mais abrangente, mas menos robusta, mostrou que somente no Chile, o tempo de trabalho perdido em decorrência do câncer custa à economia US$ 3,5 bilhões por ano.[2] Já no Brasil, o gasto do sistema público de saúde em elementos centrais do tratamento — cirurgia do câncer, quimioterapia e radioterapia — cresceu 66% entre 2010 e 2015 e alcançou pouco mais de US$ 1 bilhão ao final do período.[3] Todos esses dados apontam para um fardo econômico substancial decorrente da doença, ainda que ele seja menor do que o custo frequentemente repetido, mas difícil de estimar, de US$ 153 bilhões por ano (no primeiro ano após o diagnóstico) para a América Latina.[4]

As médias e os números gerais (seja para incidência, mortalidade ou carga econômica) mascaram, porém, uma marcante diversidade. No México e na Bolívia, por exemplo, o câncer causa 15% das mortes, enquanto no Chile e no Uruguai ele é responsável por mais de um quarto delas. De maneira similar, a tabela 2 mostra que a incidência e a mortalidade padronizadas pela idade variam de acordo com o país. Já a prevalência de pacientes com câncer e sobreviventes é ainda mais diversa, e na extremidade superior é bastante substancial: no Uruguai, em 2012, mais de 1% da população tinha sido diagnosticada com um tipo de câncer nos cinco anos anteriores.

Tabela 2: incidência, mortalidade e prevalência do câncer nos países estudados, 2012 (de acordo com a idade, por cada 100.000 pessoas)

	Incidência	Mortalidade	Prevalência em cinco anos
Argentina	216,7	115,1	883,8
Bolívia	143,9	90,9	417,4
Brasil	205,5	103,7	720,7
Chile	175,7	103,0	660,0
Colômbia	160,6	85,0	501,2
Costa Rica	179,3	84,9	615,1
Equador	164,5	94,5	534,3
México	131,5	68,9	430,2
Panamá	148,4	79,1	498,0
Paraguai	147,5	91,6	446,9
Peru	154,5	92,1	462,7
Uruguai	251,0	144,8	1163,6

Observação: todos os cânceres excluindo câncer de pele diferente do melanoma.
Fonte: International Agency for Research on Cancer (IARC), Global Cancer Observatory, Cancer Today. Disponível em: http://gco.iarc.fr/today.

1. The Economist Intelligence Unit, *Breakaway: The global burden of cancer–challenges and opportunities*, 2009.

2. J Jimenez de la Jara *et al*, "A snapshot of cancer in Chile: analytical frameworks for developing a cancer policy", *BioMed Central (BMC)*, 2015 Jan 26;48:10.

3. "Em cinco anos, gasto com tratamento contra câncer cresceu 66%", *Estadão*, 15 de agosto de 2016. Disponível em: http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,em-cinco-anos-gasto-com-tratamento-contra-cancer-cresceu-66,10000069529

4. Institute for Health Metrics and Evaluation and World Bank, *The Global Burden of Diseases: Country Reports on Caribbean Countries*, 2013. Citado em: OPAS, Economic Dimensions of Noncommunicable Diseases in Latin America and the Caribbean, 2016.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Um desafio crescente

Sendo assim, observamos que o desafio do câncer na América Latina é claramente grande. A medida na qual ele pode estar aumentando depende da métrica. Em 1990, o câncer era responsável, em média, por 15% das mortes nos 12 países estudados e era a terceira ou quarta causa de morte em sete deles. Agora ele vem em segundo lugar dentre 11, o que o torna difícil de ser ignorado. Ted Trimble, diretor do Centre for Global Health do National Cancer Institute dos EUA, afirma: "Existe uma compreensão de que o câncer é um importante fardo social em termos de mortalidade e perda de produtividade econômica. A mensagem foi compreendida".

Esse crescente fardo relativo do câncer, contudo, se origina em parte de progresso em outras áreas. Décadas de iniciativas de saúde pública, em particular, que com frequência focaram na saúde e na vacinação materna e infantil, reduziram de maneira marcante o impacto de certas doenças. A Bolívia e o Peru, por exemplo, testemunharam as maiores ampliações da expectativa de vida média entre os países estudados entre 1990 e 2015. Eles ganharam 11,5 e 10,8 anos, respectivamente. Cada um deles se beneficiou substancialmente de reduções na mortalidade por diarreia, infecção do trato respiratório inferior e doenças neonatais, juntas responsáveis pelo equivalente a cinco anos de aumento da expectativa de vida na Bolívia e de 3,4 anos no Peru. Ainda que em países mais ricos da América Latina muitas dessas melhorias tenham sido realizadas anos atrás, mesmo a relativamente próspera Costa Rica experimentou um benefício equivalente a um ano de aumento da sua expectativa de vida como resultado do progresso na luta contra essas infecções.[5]

"Os sistemas de saúde da América Latina são, em muitos sentidos, vítimas do seu próprio sucesso. Uma vez que eles lidaram de maneira relativamente bem-sucedida com desafios de saúde que exigiram soluções mais simples, eles agora se deparam com doenças não transmissíveis mais complexas e crônicas, tais como o câncer", diz Felicia Knaul, professora do Department of Public Health Sciences da University of Miami, na Miller School of Medicine; diretora do Institute for Advanced Study; presidente e fundadora da Tómatelo a Pecho, no México, um grupo de conscientização e defesa de direitos de vítimas do câncer de mama, e presidente da Union Latinoamericana Contra el Cáncer de la Mujer.

Não está claro se o risco subjacente e agregado do câncer está aumentado. Dados de séries temporais relativos à incidência do câncer são difíceis de obter. O IARC oferece as estimativas nacionais de incidência mais respeitadas, mas uma vez que os seus métodos de cálculo mudaram com o tempo, comparações entre anos diferentes são inválidas. A melhor opção é comparar resultados de registros de câncer individuais ao longo do tempo, mas somente alguns poucos registros possuem dados utilizáveis nesse sentido.

Um estudo acadêmico recente projetou números nacionais usando tais dados. Ele estimou que entre 1997 e 2006, não houve alterações na incidência geral padronizada pela idade na Argentina, Brasil, Chile e Costa Rica.[6] Mas quando se considera o período de 1990-2007 e somente dados de séries temporais de todos os registros individuais da América Latina, há muito incluídos na série *Cancer Incidence in Five Continents* do IARC sobre o padrão em medição da qualidade do controle do câncer, obtemos um quadro um pouco diferente.[7] Entre as mulheres, a incidência padronizada pela idade claramente cresceu no registro brasileiro, mas parece estar estagnada nos registros da Colômbia e da Costa Rica, enquanto caiu e cresceu novamente no único registro do Equador. Em contraste, o registro brasileiro mostra novamente

5. Institute for Health Metrics and Evaluation, Life Expectancy & Probability of Death Data, visualisation. Disponível em: http://vizhub.healthdata.org/le/.

6. MS Sierra *et al*, "Cancer patterns and trends in Central and South America", *Cancer Epidemiology*, 2016 Sep;44 Suppl 1:S23-S42.

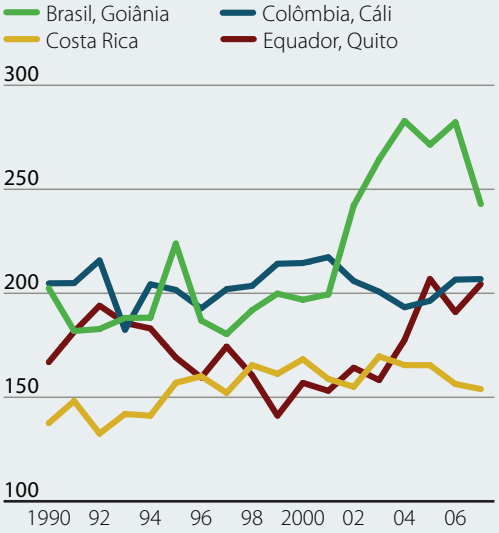
7. IARC, Cancer Incidence in Five Continents. Disponível em: http://ci5.iarc.fr/Default.aspx

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 1

Incidência de câncer, mulheres, em países selecionados da América Latina, 1990-2007 (padrão de idade de 0-85+)

(taxa por 100.000)

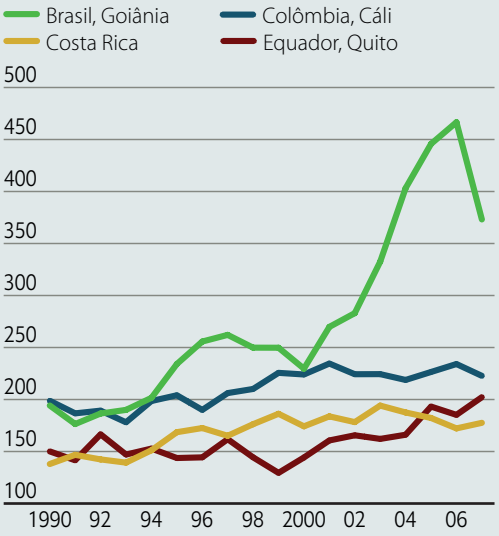


Fonte: IARC, Cancer Incidence in Five Continents. Disponível em: http://ci5.iarc.fr/Default.aspx.

Gráfico 2

Incidência de câncer, homens, países selecionados da América Latina, 1990-2007 (padrão de idade de 0-85+)

(taxa por 100.000)



Fonte: IARC, Cancer Incidence in Five Continents. Disponível em: http://ci5.iarc.fr/Default.aspx.

um crescimento marcante da incidência nos homens, enquanto os registros de outros países também mostram desvios para cima, mas misturados com fases de estabilização (veja os gráficos 1 e 2). Para o câncer em geral, a incidência padronizada pela idade parece se mostrar ou estável ou em leve crescimento.

Isso é consistente com o que os especialistas estão vendo em campo. Raul Murillo, diretor do Centro de Oncologia da Universidade Javeriana, em Bogotá, por exemplo, observa que "na América Latina, temos uma exposição crescente a certos fatores de risco. A incidência está crescendo." Parte do problema pode ser simplesmente uma falta de dados de qualidade — um problema significativo discutido com mais detalhes no capítulo 3.

Um fato mais importante é que um risco de câncer em crescimento rápido é automaticamente eliminado no cálculo da incidência padronizada pela idade. A América Latina está envelhecendo rapidamente tanto em decorrência do aumento da expectativa de vida quanto de taxas de natalidade ainda em queda. De acordo com dados populacionais das Nações Unidas, entre 2000 e 2015, a idade média da população nos 12 países estudados aumentou em média 4,5 anos; até 2030, ela terá aumentado mais cinco anos. Enquanto isso, a expectativa de vida em todos esses países, com exceção da Bolívia, já está acima dos 70 anos. Em sete deles, ela está acima dos 75, e está em 81,2 anos no Chile. Esses números não são muito diferentes dos números das regiões do mundo com as mais elevadas taxas de longevidade (América do Norte, Europa Ocidental e Australásia), atualmente com médias de 79-82 anos.[8]

A idade, contudo, é um importante fator de muitos cânceres. De acordo com isso, a incidência bruta do câncer — baseada no

8. *Nações Unidas, World Population Prospects: The 2015 Revision*, 2015.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 3

Incidência bruta de câncer, mulheres, em países selecionados da América Latina, 1990-2007 (idade 0-85+)

(taxa por 100.000)

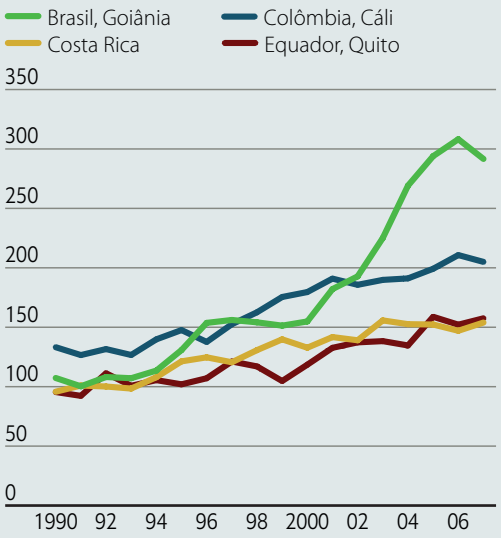


Fonte: IARC, Cancer Incidence in Five Continents. Disponível em: http://ci5.iarc.fr/Default.aspx.

Gráfico 4

Incidência bruta de câncer, homens, em países selecionados da América Latina, 1990-2007 (idade 0-85+)

(taxa por 100.000)



Fonte: IARC, Cancer Incidence in Five Continents. Disponível em: http://ci5.iarc.fr/Default.aspx

número factual de casos e não no número ajustado para refletir a demografia etária — já vem crescendo rapidamente há décadas tanto para homens quanto para mulheres nos registros da região (veja os gráficos 3 e 4). No que se refere ao futuro, estimativas do banco de dados Globocan, da IARC, baseadas somente na idade e no crescimento da população, mostram que até 2035 as Américas Central e do Sul poderão ter quase 2 milhões de novos casos de câncer, um aumento de 91% em comparação com 2015. O número de mortes, caso não ocorram mudanças da política de saúde, poderá alcançar aproximadamente 1,1 milhão até 2035, um aumento de 106%. Alejandro Mohar, ex-diretor do Instituto Nacional do Câncer do México (INCan), avalia que "este será um grande desafio".

Uma transição demográfica incompleta e desigual aumenta a complexidade deste quadro.

Um rápido aumento do total de casos já será difícil de combater. O fato de que os tipos de câncer envolvidos estão mudando (em alguns lugares, drasticamente) dificultará ainda mais a resposta à doença. E para complicar ainda mais a situação, essas mudanças estão ocorrendo em taxas diferentes entre os países da região e até mesmo dentro de cada um deles.

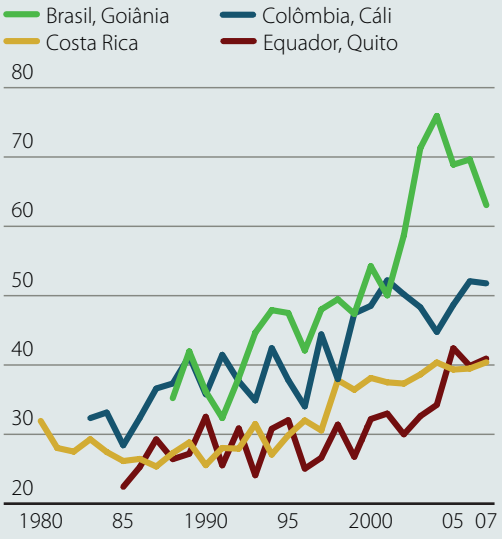
Boa parte da América Latina vem experimentando nas últimas décadas uma mescla de transições econômicas, demográficas e epidemiológicas, algo característico de economias em rápido crescimento. As reduções do fardo das doenças infecciosas e os aumentos da expectativa de vida apontados acima são parte dessa ampla transformação.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 5

Incidência de câncer em países selecionados da América Latina, 1990-2007 (padrão de idade de 0-85+)

(taxa por 100.000)



Fonte: IARC, Cancer Incidence in Five Continents. Disponível em: http://ci5.iarc.fr/Default.aspx

Além disso, as transições são em parte determinadas por mudanças comportamentais em ampla escala, o que tem um efeito direto sobre o risco de câncer e, portanto, sobre sua incidência.

Um exemplo é a mudança dos padrões de fertilidade. Assim como outras regiões que estão passando por rápido crescimento econômico, a América Latina experimentou uma queda significativa do número médio de filhos por mulher. Em nove dos 12 países estudados, por exemplo, esse número caiu em quase ou mais de 50% entre os períodos de 1975-1980 e 2010-2015; em oito países, ele continua a cair a uma taxa de mais de 1% ao ano. As três maiores exceções — Argentina, Chile e Uruguai — viram declínios proporcionalmente menores porque em 1975 a redução da fertilidade neles já estava muito mais avançada do que nos países vizinhos.

Ainda que uma fertilidade abaixo da média não deixe de apresentar vantagens em termos de saúde, ela aumenta o risco de câncer de mama. De maneira semelhante, essa mudança social ajuda a explicar o aumento contínuo da incidência padronizada pela idade da doença nos quatro registros latino-americanos do banco de dados do IARC, incluindo recentemente o de Quito, Equador, no qual a taxa de natalidade nacional permanece a terceira maior deste estudo (veja o gráfico 5).

Outros fatores associados ao desenvolvimento econômico também estão associados a um maior risco de câncer. A urbanização se correlacionou com uma maior incidência de dez cânceres em um estudo europeu.[9] Isso é altamente relevante no contexto latino-americano, pois nos 12 países estudados, em média mais de 10% da população total se mudou do interior para as cidades entre 1990 e 2015.[10]

O crescimento econômico também é frequentemente acompanhado de mudanças na dieta e reduções da atividade física. Um indicador indireto desses fatores é a proporção da população adulta com sobrepeso ou obesa. O aumento médio relativo deste número entre 1990 e 2013 em todos os 12 países estudados ficou acima de 25% tanto para os homens quanto para as mulheres, com os maiores aumentos ocorrendo nos países nos quais ter sobrepeso era a situação menos comum de início (veja a tabela 3). Somente a Argentina apresentou um (leve) declínio. Ao final deste período, em média 53% dos homens e 60% das mulheres desses países apresentavam sobrepeso. Os resultados não surpreendem. A obesidade foi associada a 12 tipos de câncer, e, em 2012, ela foi implicada em 2% de todos os cânceres em homens na América Latina e no Caribe e em 6,4% deles entre as mulheres[11, 12]

9. L Sharp *et al*, "Risk of Several Cancers is Higher in Urban Areas after Adjusting for Socioeconomic Status. Results from a Two-Country Population-Based Study of 18 Common Cancers", *Journal of Urban Health*, 2014 Jun;91(3):510-25; EIU calculations based on UN Population Division, *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision*, 2014.

10. De acordo com a população, usando o *World Urbanization Prospects da ONU: The 2014 Revision*, 2014.

11. Sierra *et al*, "Cancer patterns".

12. M Arnold *et al*, "Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study", *Lancet Oncology*, 2015 Jan;16(1):36-46.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Tabela 3: percentual de adultos com sobrepeso e obesos, 1990-2013.

	1990		2013		Mudança relativa 1990-2013	
	Homens adultos	Mulheres adultas	Homens adultos	Mulheres adultas	Homens adultos	Mulheres adultas
Argentina	57%	49%	56%	48%	-1%	-1%
Bolívia	50%	45%	52%	62%	4%	38%
Brasil	38%	44%	53%	58%	38%	33%
Chile	62%	58%	68%	64%	10%	10%
Colômbia	36%	50%	53%	57%	46%	14%
Costa Rica	50%	33%	55%	67%	10%	99%
Equador	38%	66%	40%	70%	7%	5%
México	56%	56%	67%	71%	20%	27%
Panamá	8%	15%	21%	31%	158%	105%
Paraguai	59%	70%	63%	73%	6%	4%
Peru	43%	51%	45%	67%	6%	30%
Uruguai	56%	50%	60%	53%	6%	6%
Média	**46%**	**49%**	**53%**	**60%**	**26%**	**31%**

Fontes: M Ng *et al*, "Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", *Lancet*, 2014; Economist Intelligence Unit calculations.

O resultado líquido de todas as mudanças relacionadas ao desenvolvimento econômico é normalmente um aumento dos cânceres mais comuns em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento, incluindo cânceres de mama, próstata e colorretais. Esta tendência é aparente, em maior ou menor medida, em países latino-americanos para os quais há dados disponíveis, tais como Argentina, Brasil, Costa Rica, Colômbia e Equador[13, 14]

As implicações dessa transição epidemiológica não são contudo, de completamente ruins no que se refere ao câncer. À medida que alguns cânceres se tornam mais comuns, outros tendem a declinar. São dignos de nota entre esses cânceres aqueles nos quais as causas comuns são infecções virais ou bacterianas específicas, tais como os cânceres de colo de útero (normalmente resultante do papiloma vírus humano, ou HPV), de fígado (normalmente causado pela hepatite B e C) e de estômago (frequentemente resultante da infecção por Helicobacter pylori). A vacinação, sempre que possível, e os efeitos gerais dos melhores padrões de saúde comumente disponíveis em países mais ricos, normalmente tornam essas infecções — assim como os cânceres delas decorrentes — menos comuns. Em alguma medida, isso está acontecendo na América Latina. Como os gráficos a seguir mostram, entre as mulheres, a incidência padronizada pela idade do câncer de mama está aumentando, enquanto a do câncer de colo de útero está diminuindo na Costa Rica e na Colômbia (veja o gráfico 6). De maneira similar, entre os homens, a incidência do câncer de próstata está aumentando, mas a do câncer de estômago está em declínio (veja o gráfico 7).

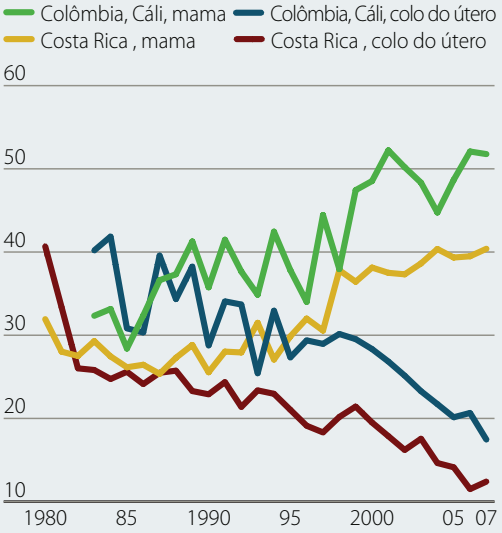
[13] Sierra *et al*, "Cancer patterns". J Ferlay *et al*, *Cancer Incidence in Five Continents*, *CI5plus*. IARC CancerBase No. 9 Time Trends online analysis, IARC, 2014.

[14] IARC, Cancer Incidence in Five Continents.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 6

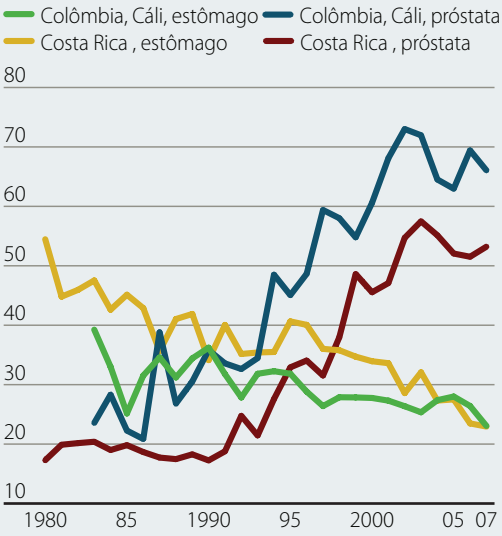
Incidência dos cânceres selecionados em mulheres de países selecionados da América Latina, 1980-2007 (padrão de idade de 0-85+)
(taxa por 100.000)



Fonte: IARC, Cancer Incidence in Five Continents. Disponível em: http://ci5.iarc.fr/Default.aspx.

Gráfico 7

Incidência dos cânceres selecionados em homens de países selecionados da América Latina, 1980-2007 (padrão de idade de 0-85+)
(taxa por 100.000)



Fonte: IARC, Cancer Incidence in Five Continents. Disponível em: http://ci5.iarc.fr/Default.aspx.

A mudança (no melhor dos casos, pequena) da incidência do câncer agregada e padronizada pela idade discutida antes, sugere que o aumento do risco de certas formas da doença tem sido aproximadamente equivalente ou vem sendo levemente superado pelo declínio das outras. O problema do controle do câncer na América Latina, contudo, é que a transição da dominância de certos tipos de câncer para outros se mostra tanto incompleta quanto altamente desigual.

Para começar, cânceres associados a níveis mais baixos de desenvolvimento estão longe de desaparecer. No Panamá, por exemplo, enquanto a incidência do câncer de próstata e do câncer de mama viu elevações substanciais entre 2000 e 2009 (mais de 2,5% ao ano), a incidência do câncer de fígado cresceu ainda mais rápido (4%), a câncer de estômago praticamente não caiu, e sua taxa padronizada pela idade se reduziu em apenas 0,6% ao ano.[15] De maneira mais geral, a melhor estimativa é que 17% dos cânceres na América do Sul e no México são causados por uma infecção. Isso está muito mais próximo da taxa média de países menos desenvolvidos do mundo inteiro (23%) do que das taxas médias da Europa (7%) e da América do Norte (3%).[16]

De maneira similar, os tipos de câncer consistentes com diferentes níveis de desenvolvimento econômico agora coexistem frequentemente entre aqueles com os níveis mais elevados de incidência nos países estudados. Em nove deles, os cânceres de mama e cervical são os dois tipos mais comuns da doença nas mulheres, sendo que o câncer cervical vem em primeiro lugar na Bolívia e no Peru. Entre os homens, os cânceres de próstata e de estômago vêm em primeiro e segundo lugar em cinco países

15. M Politis *et al*, "Trend Analysis of Cancer Mortality and Incidence in Panama, Using Joinpoint Regression Analysis", *Medicine*, 2015 Jun;94(24):e970.

16. C de Martel *et al*, "Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis", *Lancet Oncology*, 2012.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

em termos de incidência (veja a tabela 4). Como diz o Dr. Murillo, "na região, temos tanto cânceres associados à riqueza quando à pobreza. Temos um padrão misto e não estamos lidando particularmente bem com nenhum deles".

Tabela 4: cânceres com maior incidência, 2012

	Homens	Mulheres
Argentina	Próstata, pulmão	Mama, colo de útero
Bolívia	Próstata, colo de reto	Colo de útero, mama
Brasil	Próstata, pulmão	Mama, colo de útero
Chile	Próstata, estômago	Mama, colo de reto
Colômbia	Próstata, estômago	Mama, colo de útero
Costa Rica	Próstata, estômago	Mama, tireoide
Equador	Próstata, estômago	Mama, colo de útero
México	Próstata, pulmão	Mama, colo de útero
Panamá	Próstata, colo de reto	Mama, colo de útero
Paraguai	Próstata, pulmão	Mama, colo de útero
Peru	Próstata, estômago	Colo de útero, mama
Uruguai	Próstata, pulmão	Mama, colo de reto

Fonte: IARC, Cancer Incidence in Five Continents. Disponível em: http://ci5.iarc.fr/Default.aspx

A extensão da transição epidemiológica é altamente desigual em toda a região, o que aumenta a complexidade do problema. Considera-se, por exemplo, que o Uruguai realizou grande parte dessa passagem há duas décadas. A incidência dos cânceres de mama, próstata e de colo do reto ultrapassam de longe a dos cânceres de estômago e de colo de útero, ainda que a incidência dos dois últimos ainda seja claramente mais elevada do que números equivalente dos EUA e da Europa, por exemplo. Em contraste, de acordo com dados do IARC, o fardo do câncer na Bolívia é muito mais próximo do de um país em desenvolvimento (veja os gráficos 8 e 9). Dados não publicados de um novo registro da capital da Bolívia, La Paz, apoiam esta conclusão. Milton Soria, diretor da unidade de patologia do Instituto Nacional de Laboratorios en Salud, da Bolívia, explica: "Temos a menor incidência de câncer da América Latina, mas 25 a 30% dos cânceres são cervicais". Tais diferenças praticamente não surpreendem, uma vez que o PIB per capita do Uruguai é cinco vezes maior do que o da Bolívia.

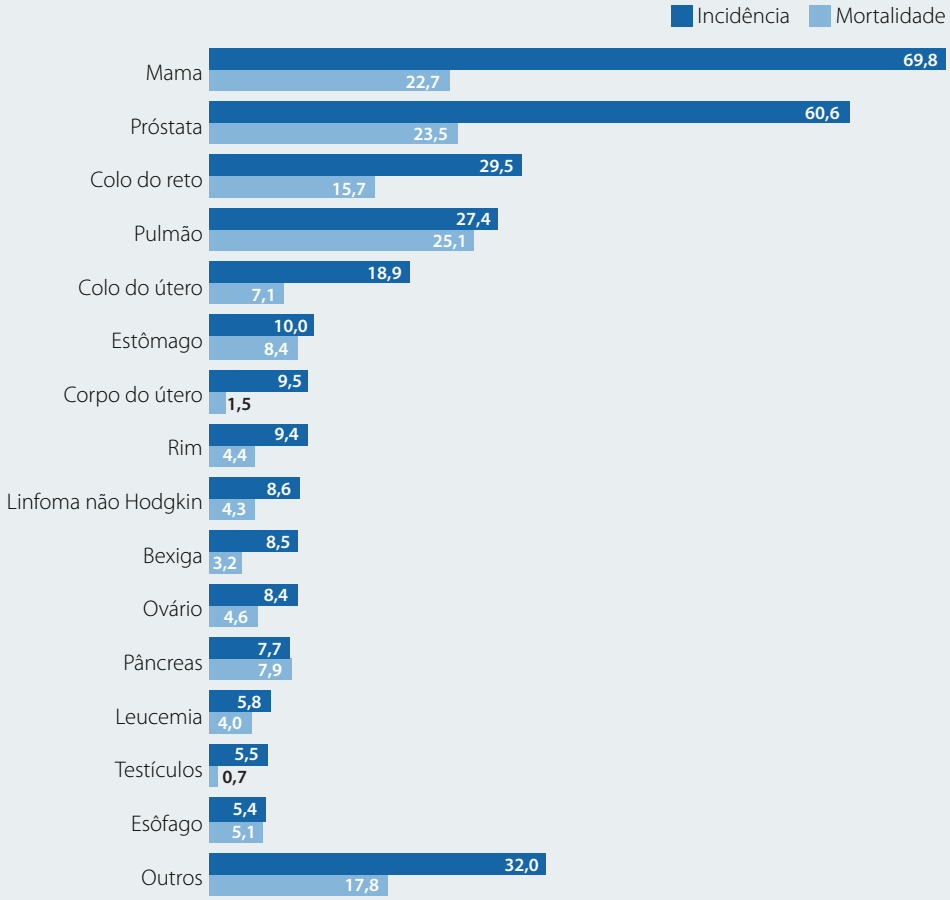
Variações pronunciadas até mesmo dentro do mesmo país

Há também diferenças acentuadas nos tipos de câncer que afetam as populações de alguns países, o que aumenta as dificuldades para os políticos. Jorge Jimenez, professor de saúde pública da Universidade Católica do Chile e ex-ministro da saúde, explica que o aumento geral da taxa bruta de câncer na região e em países individuais "oculta grandes disparidades relacionadas ao tipo de câncer, gênero, fatores socioeconômicos, étnicos e ambientais". Em seu próprio país, por exemplo, os dois registros de base populacional estabelecidos "mostram mesclas muito diferentes de tipos de cânceres relacionados a diferentes riscos ambientais, tais como maior exposição ao arsênico no norte e maiores níveis de pobreza no sul ajudando a explicar a maior incidência de câncer do estômago".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 8

Incidência e mortalidade dos cânceres selecionados para o Uruguai, 2012 (padrão de idade para ambos os sexos)



Fonte: IARC, Global Cancer Observatory, Cancer Today.

De maneira similar, na Costa Rica, que tem a menor incidência de câncer cervical da América Latina, há amplas variações entre diferentes províncias. Na relativamente pobre e rural Guanacaste, a incidência (52,38 por cada 100.000 habitantes, parcialmente ajustada para a estrutura da população) é 86% maior do que na província mais urbanizada e economicamente avançada de San José, que inclui a capital nacional (28,19 por cada 100.000 habitantes).[17] O resultado é um ambiente muito mais difícil para a política do câncer. Como observa o Dr. Murillo: "Precisamos de abordagens diferentes para populações diferentes".

Parte da explicação para essa diversidade na incidência dentro dos países é que o impacto do desenvolvimento econômico sobre a mudança social, e, portanto, sobre o risco de câncer, tem sido menor em certas áreas, especialmente nas zonas rurais. Na maioria dos países estudados, as taxas de fertilidade rurais, por exemplo, permanecem muito maiores do que as urbanas. Igualmente marcante é o fato de que o percentual de mulheres adolescentes que têm filhos também é frequentemente maior, o que ajuda a explicar por que a idade média do primeiro nascimento nesses países é mais próxima daquela da África e da Ásia em desenvolvimento do que da América do Norte e da Europa.[18, 19] A baixa

17. I Quirós Rojas, "The cervical cancer prevention programme in Costa Rica", *Ecancermedicalscience*, 2015; 9: 578.

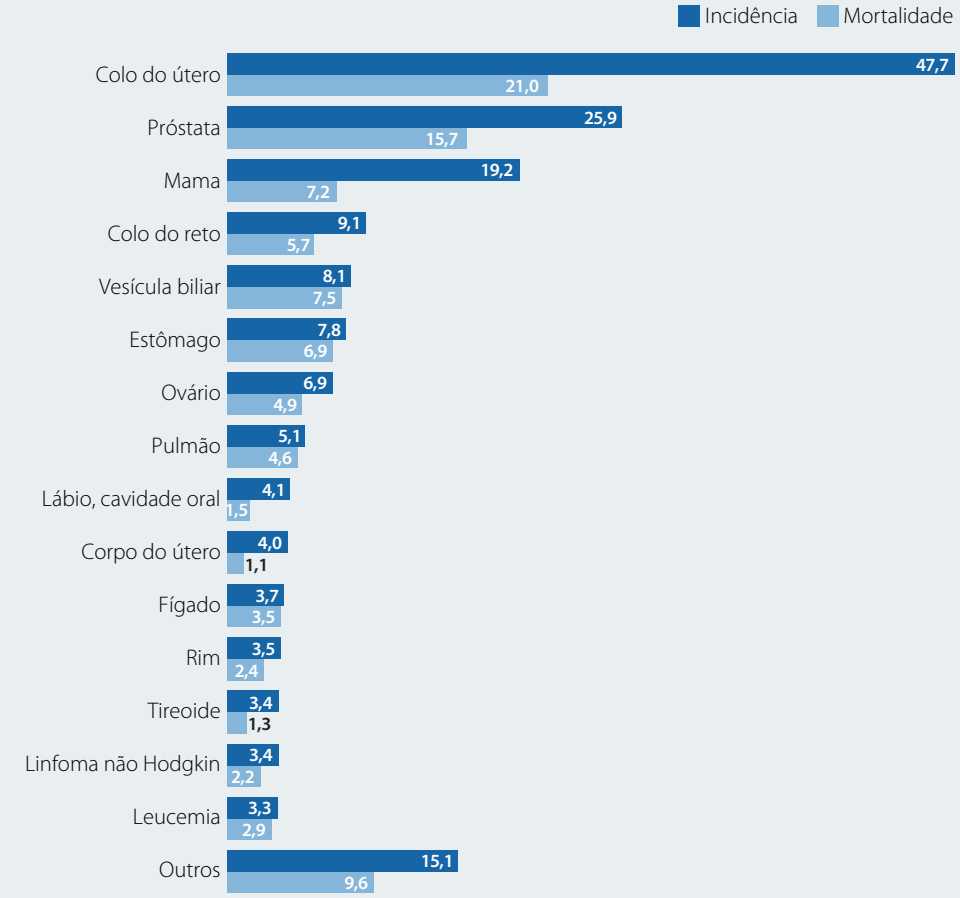
18. Population Reference Bureau, "The Urban-Rural Divide in Health and Development", Data Sheet, 2015. Disponível em: http://www.prb.org/pdf15/urban-rural-datasheet.pdf.

19. UN Population Division, *World Fertility Report 2013: Fertility at the Extremes*, 2013.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 9

Incidência e mortalidade dos cânceres selecionados para a Bolívia, 2012 (padrão de idade para ambos os sexos)



Fonte: IARC, Global Cancer Observatory, Cancer Today.

idade na época do primeiro nascimento, a despeito de colocar outros desafios potenciais à saúde, reduz o risco de câncer de mama. Por razões como essas, a situação da Colômbia não é incomum. "Temos um problema crescente com o câncer de mama em áreas urbanas, mas um problema pequeno em áreas rurais", observa o Dr. Murillo.

Ao mesmo tempo, os benefícios do desenvolvimento econômico, incluindo para a saúde, estão atingindo algumas partes da América Latina muito mais lentamente. Como observa a professora Knaul: "Essa é uma das regiões mais desiguais do mundo". Não surpreende que os cânceres da pobreza permaneçam comuns em áreas subnacionais específicas.

Por fim, a região produz anomalias ainda sem explicação no que se refere ao câncer. O Chile, por exemplo, apresenta algumas das incidências de câncer de vesícula biliar mais elevadas do mundo, com uma taxa padronizada pela idade em 2012 de 12,8 em cada 100.000 habitantes para as mulheres e de 6,3 para os homens, em comparação com médias globais de 2,3 e 2,1, respectivamente. A Bolívia também

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

apresenta níveis elevados de incidência desse câncer, mas o resto da região está muito mais próximo da incidência global. As razões ainda não foram completamente entendidas, ainda que diferenças sociais e étnicas pareçam, mais uma vez, estar implicadas: no Chile, aqueles que desenvolvem a doença têm probabilidade 26 vezes maior de vir da região rural mais pobre ao sul do que da região costeira ao norte. Além disso, características individuais como ser pobre, viver nas cidades e pertencer à etnia Mapuche são todos fatores associados a um risco maior.[20]

Um problema de crescente importância política

A vontade política de encarar o desafio crescente do câncer cresceu na América Latina, não somente no Uruguai, onde a reeleição à presidência em 2015 de um oncologista formado, Tabaré Vázquez, provavelmente manterá o câncer como uma prioridade. Ao nível regional, um importante sinal de progresso tem sido a existência desde 2011 da Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC), um organismo para a coordenação e cooperação na luta contra o câncer composto por representantes dos ministérios da saúde e institutos nacionais do câncer dos 12 países-membros da União de Nações Sul-Americanas (UNASUR) e de cinco países da América Central. De acordo com Walter Zoss, gerente executivo da RINC, a organização já é "um ótimo exemplo de como a colaboração regional permite que os países acelerem o progresso e melhorem os resultados ao promover a sinergia entre iniciativas, conhecimento técnico e recursos financeiros".

Já em nível nacional, Zoss acredita que "alguns países demonstraram forte compromisso político e realizaram melhorias substanciais". Ele cita como exemplos importantes iniciativas no Brasil, Colômbia, Equador e Peru, entre outros. Eduardo Cazap, fundador e primeiro presidente da Sociedade Latino-Americana e Caribenha de Oncologia Medica, concorda: "Nos últimos 15-20 anos, o ambiente político mudou em diversos países. Por muitos anos, o câncer não esteve na agende política ou mesmo na agenda do ministério da saúde. O câncer é muito caro, e foi dada prioridade a outras doenças". Agora, pelo menos em partes da região, há sinais de que o câncer está recebendo mais atenção.

Em contraste com o que acontece no Uruguai, o presidente do Paraguai, Horacio Cartes, é proprietário das maiores fábricas de cigarros do país, o que tem resultados previsíveis para as iniciativas antitabagismo. Na Bolívia, observa o Dr. Soria, "existe preocupação e também conscientização no que se refere à doença, mas não vontade política para lidar com o controle do câncer".

Tais preocupações têm pelo menos algum impacto em partes da América Latina de maneira que poderão aumentar a vontade política. "A pressão pública vem crescendo nos últimos anos. No geral, as ONGs (organizações não governamentais) relacionadas ao câncer são fracas em nossa região. Isso está mudando. Algumas estão ficando cada vez mais poderosas", de acordo com o Dr. Cazap, e atuando cada vez mais na defesa de direitos. Um bom exemplo é a recente criação da Red Nacional de Organizaciones de Pacientes Oncológicos, no Equador, uma coalizão de doze ONGs nacionais relacionadas ao câncer com o objetivo de mudar o perfil político da doença. "Nosso objetivo real" diz Wilson Merino Rivadeneira, o coordenador da rede, "é mudar a visão do problema".

Mais uma vez, a transição é somente parcial e está nos estágios iniciais. Alessandra Durstine é diretora da Catalyst Consulting e liderou anteriormente as iniciativas da American Cancer Society no sentido de apoiar o movimento de defesa de direitos na América Latina. Ela explica que ainda que a situação tenha

[20] M Andia *et al*, "Geographic variation of gallbladder cancer mortality and risk factors in Chile: a population-based ecologic study", *International Journal of Cancer*, 2008 Sep 15;123(6):1411-6.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

evoluído em parte, a maioria dos grupos de pacientes é pequena, depende de líderes individuais e foca no oferecimento de apoio a outros pacientes. Apenas relativamente poucas — geralmente envolvidas em cânceres de mama, hematológicos e pediátricos — começaram a fazer campanhas em assuntos políticos. Elas, porém, enfrentam problemas pela dificuldade de levantar fundos, pelo seu pequeno tamanho e pela necessidade de desenvolver capacidade de gestão e defesa de direitos. Talvez a maior dificuldade de todas seja que "grupos de defesa de direitos são vistos com suspeita pelos políticos e não representam um grande número de votos", conclui Durstine.

Resultados de saúde desiguais apontam para a necessidade de lidar melhor com o controle do câncer

A qualidade da resposta dos sistemas de saúde ao câncer é quase tão variada quanto o próprio desafio. Um indicador de sucesso relativamente bruto, mas comumente usado, é a taxa da mortalidade padronizada pela idade pela incidência padronizada pela idade, a taxa M:I (veja o gráfico 10). Ela parte do pressuposto de que dado um número similar de casos de câncer, um país com um programa de controle do câncer mais bem-sucedido terá menos mortes. Ainda que seja em certos aspectos simplistas — diferentes cânceres têm diferentes taxas de sobrevida, e nem todos os países apresentam predomínio dos mesmos tipos de câncer — foi demonstrado que ela é em muitos casos um indicador indireto razoável da sobrevida em cinco anos.[21] Além disso diferentemente de muitos dados que gostaríamos de ter a respeito do câncer, os números usados para calcular a taxa são de rápido acesso.

Tendo essas noções em mente, as taxas M:I nacionais revelam uma faixa substancial de resultados na América Latina. A taxa de 0,47 da Costa Rica, a melhor entre os países estudados, não está muito distante do número para a UE (0,40), ainda que fique muito atrás do número da América do Norte (0,33). No outro extremo do grupo estudado, a taxa de 0,63 da Bolívia é muito mais similar à taxa do sudeste da Ásia (0,67), ainda que confortavelmente à frente da taxa da África subsaariana (0,75). Isso não surpreende Gilberto de Lima Lopes, diretor médico para programas internacionais e diretor associado de oncologia global do Sylvester Comprehensive Cancer Centre, Miller School of Medicine, University of Miami: "No geral, a situação do câncer na América Latina se encontra mais ou menos a meio caminho entre os EUA e a Europa, por um lado, e regiões de baixa renda, por outro". Isso vale tanto para as iniciativas quanto para os resultados de saúde. O Dr. Cazap acredita que "com exceção da Europa e da América do Norte, a região mais ativa em iniciativas de controle do câncer é a América Latina, o que subentende, naturalmente, todos os conflitos e desafios de tal situação".

Contudo, as disparidades entre o melhor e o pior programa de controle do câncer da região permanecem marcantes, o que tem consequências fatais. A Bolívia, com a maior taxa M:I, possui a segunda menor incidência padronizada pela idade entre os países estudados, mas ocupa a oitava posição em termos da mortalidade. Essas diferenças — assim como aquelas referentes à incidência do câncer — também existem dentro de certos países. A professora Knaul explica: "Aqueles que gozam de acesso podem obter tratamento equiparável ao melhor tratamento disponível em qualquer lugar do mundo, mas em muitos países isso somente é possível para pouquíssimas pessoas".

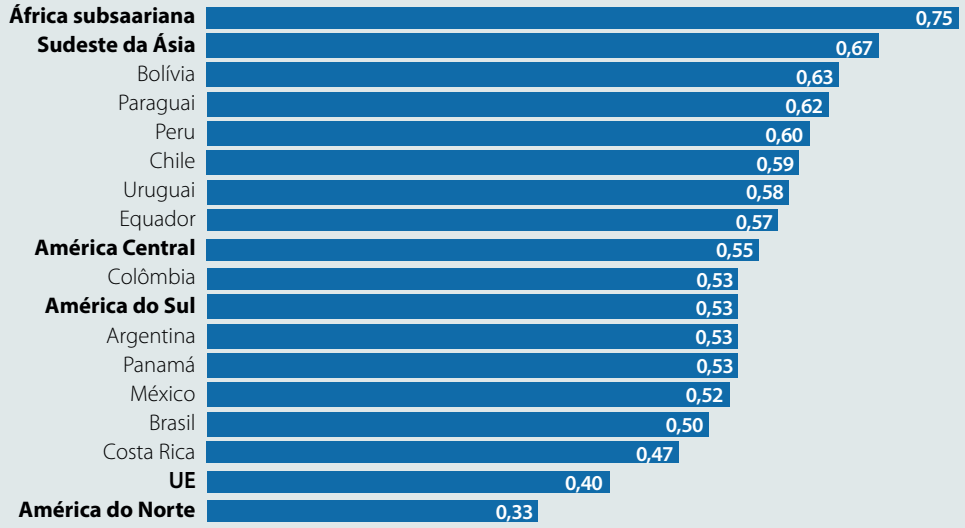
Os 12 países deste estudo, e os países da América Latina em geral, enfrentam um aumento rápido da incidência bruta do câncer, uma mudança profunda, mas desigual, dos tipos de câncer que compõe

[21] F Vostakolaei *et al*, "The validity of the mortality to incidence ratio as a proxy for site-specific cancer survival", *European Journal of Public Health*, 2011.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 10

Taxa de mortalidade geral para idades padronizadas em comparação com a incidência padronizada (taxa M:I) em países e regiões selecionadas, 2012



Fonte: IARC, Global Cancer Observatory, Cancer Today.

esse fardo, e um nível crescente de vontade política e popular para encarar este desafio em boa parte da região. Se eles responderão de maneira eficaz dependerá da medida na qual conseguirão reduzir a desigualdade de acesso e expandir os benefícios do controle do câncer para toda a população. Isso não poderá se limitar a mero tratamento médico, independentemente de quão importante ele seja. Esse acesso também precisa englobar a prevenção do câncer, exames preventivos e serviços de tratamento paliativo que atendam as necessidades da população em geral.

De acordo com isso, examinaremos no primeiro capítulo, como os países estudados estão se saindo na promoção do controle do câncer com base nos resultados do Escore Latino-Americano do Controle do Câncer (LACCS) da Economist Intelligence Unit. O escore foca em políticas e programas elaborados para reduzir a desigualdade no acesso aos serviços de controle do câncer na região. Capítulos subsequentes examinarão cinco áreas prioritárias relevadas pelo LACCS: 1) planos nacionais de controle do câncer; 2) dados relacionados ao câncer; 3) prevenção, exames preventivos e detecção precoce; 4) orçamentos e recursos para o controle do câncer e 5) a superação de ineficiências e desigualdades.

Inevitavelmente, boa parte da análise exigirá um exame mais detalhado da situação em países específicos — um grau de detalhe muito além do escopo deste relatório regional. Relatórios individuais para cada um dos 12 países estudados serão, portanto, disponibilizados separadamente.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

CAPÍTULO 1
O ESCORE LATINO-AMERICANO DO CONTROLE DO CÂNCER (LATIN AMERICA CANCER CONTROL SCORECARD, LACCS): O QUE CARACTERIZA UM CONTROLE DO CÂNCER DE QUALIDADE?

O controle do câncer é um problema multifacetado que exige uma solução multifacetada. O financiamento do tratamento é, obviamente, necessário, mas certamente não é suficiente. Os gastos precisam ser feitos de maneira apropriada, cobrir diversos serviços de cuidados primários e tratamento especializado devem ser disponibilizados para a maior gama possível de pessoas. Além disso, o acesso de toda população ao tratamento do câncer requer planejamento, coordenação e coleta adequada de dados, de maneira que as autoridades da área de saúde possam saber quais intervenções merecem prioridade, e atividades de prevenção e exames preventivos com o maior alcance possível.

Nenhuma dessas exigências é dispensável, e nenhuma ocorre por acidente. Elas são o resultado de escolhas políticas ativas. Assim, uma avaliação de como os países estão se saindo permitirá uma comparação muito geral da probabilidade das suas políticas promoverem acesso.

O escore

Para facilitar essa tarefa, a Economist Intelligence Unit criou o Escore Latino-Americano do Controle do Câncer (Latin America Cancer Control Scorecard, LACCS), um escore único que cobre políticas e programas elaborados para reduzir a desigualdade no acesso a serviços de controle do câncer. As seis áreas do LACCS são as seguintes:

- **Planejamento estratégico:** em particular, se existe um plano estratégico atualizado e se ele aborda especialmente a desigualdade de acesso.
- **Monitoramento do desempenho:** a qualidade dos registros de câncer, cujos dados são essenciais para a elaboração de uma política eficaz.
- **Disponibilidade dos medicamentos:** a disponibilidade de um grupo representativo dos principais medicamentos anticâncer.
- **Disponibilidade de radioterapia:** a disponibilidade de radioterapia de maneira geral e também no sistema público de saúde
- **Prevenção e detecção precoce:** a existência e o grau de prevenção e, quando apropriado, programas de exames preventivos e detecção precoce
- **Apoio financeiro:** a provisão de apoio financeiro e investimentos para ajudar as pessoas a custear o tratamento do câncer.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Em cada uma dessas áreas, dados foram coletados para diversos indicadores que consideramos terem maior probabilidade de refletir o desempenho nacional. No caso do monitoramento, por exemplo, há um ou mais registros, a extensão da população coberta e a qualidade dos dados. Para cada indicador, foram atribuídas pontuações. Essas pontuações foram transformadas em uma pontuação combinada entre cinco para cada área. Essas pontuações nas áreas, por sua vez, foram agregadas para criar uma pontuação geral do país (veja o gráfico 11). Uma descrição mais detalhada da metodologia pode ser encontrada no anexo deste estudo.

Inevitavelmente, os resultados de um procedimento como esse são imprecisos, mas uma classificação precisa de cada país não é o objetivo. Em vez disso, o objetivo é esboçar, em seus traços gerais, os pontos fortes e fracos dos países estudados e da região como um todo. Assim, os resultados se tornarão um ponto de partida útil para a discussão do controle do câncer e do acesso ao tratamento do câncer na América Latina.

Gráfico 11

Escore Latino-Americano do Controle do Câncer (Latin America Cancer Control Scorecard, LACCS) de 2017

	Planejamento estratégico	Monitoramento do desempenho	Disponibilidade de medicamentos	Disponibilidade de radioterapia	Prevenção e detecção precoce	Apoio financeiro	Pontuação do país (máx. 30)
	Pontuação	Pontuação	Pontuação	Pontuação	Pontuação	Pontuação	
Uruguai	4	5	3	4	3	4	**23**
Costa Rica	5	5	2	4	2	4	**22**
Chile	3	2	3	5	4	2	**18**
Brasil	3	3	3	2	4	2	**17**
México	4	3	3	1	3	3	**17**
Peru	4	3	2	1	3	3	**16**
Panamá	2	4	2	4	3	2	**16**
Colômbia	4	4	2	1	2	2	**15**
Argentina	3	3	2	3	3	2	**15**
Equador	1	4	3	3	3	1	**14**
Paraguai	3	2	1	2	2	2	**9**
Bolívia	2	1	2	1	1	1	**7**
Pontuação no domínio (máx. 60)	**38**	**38**	**25**	**31**	**33**	**26**	

Observação: as pontuações brutas em cada domínio foram normalizadas para uma escala de 1 a 5 (com 1 sendo o pior, e 5 sendo o melhor) de maneira a permitir comparações entre domínios. Por exemplo, o escore geral da Argentina é 14,46, o que foi arredondado para 14. A pontuação máxima de cada país é 30. A pontuação máxima em cada domínio é 60.
Fonte: The Economist Intelligence Unit, The Latin America Cancer Control Scorecard (LACCS), 2017.

Os relatórios dos países entrarão em maiores detalhes no que se refere aos pontos fortes e fracos das políticas de cada país para o controle do câncer. Contudo, três pontos gerais são dignos de nota. Em primeiro lugar, o dinheiro ajuda, mas as políticas escolhidas fazem a diferença. Em segundo lugar, até mesmo países que estão se saindo bem têm algo a aprender. Em terceiro lugar, a despeito da variação nas iniciativas de controle do câncer, muitos países demonstram desempenho geral similar.

O dinheiro ajuda, mas...

As políticas escolhidas fazem a diferença. As pontuações no LACCS se correlacionam de maneira estatisticamente significativa com a riqueza nacional. To gráfico a seguir, que mostra os resultados dos países em função de um logaritmo do PIB per capita de 2016, deixa isso bem claro.[22]

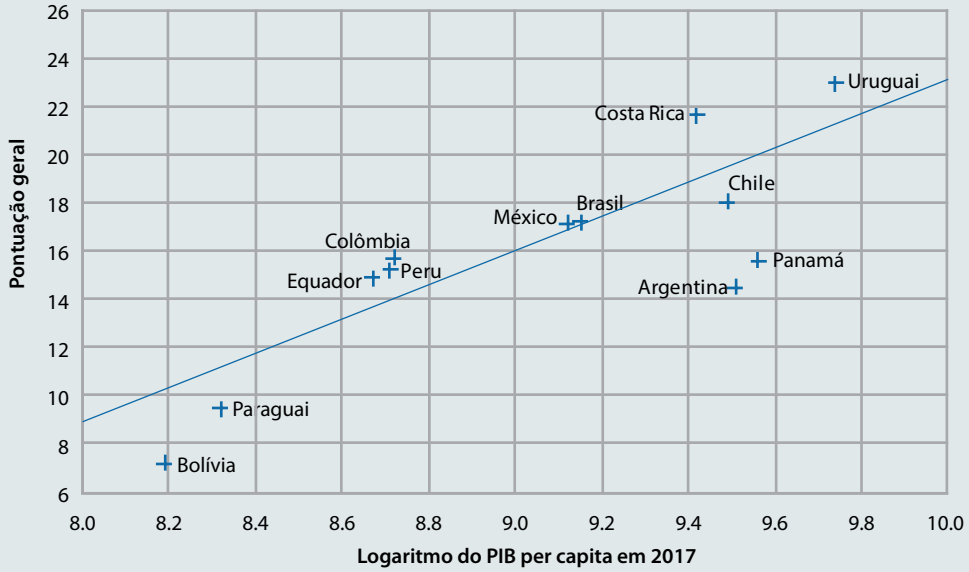
[22] É comum nas ciências sociais o uso do logaritmo da renda, uma vez que ele oferece um ajuste pelo impacto frequentemente grande de elevações pequenas da renda daqueles com finanças muito restringidas. Os resultados do escore e o PIB per capita ordinário também se correlacionam.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Isso não é surpreendente. Os sistemas de saúde de países com economias maiores têm maior probabilidade de possuir fundos para realizar alguns dos itens premiados no escore, como oferecer aparelhos de radioterapia. O ponto mais digno de nota, revelado no gráfico 12, é que o PIB não é necessariamente determinante do sucesso no controle do câncer.

Gráfico 12

PIB per capita e resultados no LACCS



Fonte: The Economist Intelligence Unit, The Latin America Cancer Control Scorecard (LACCS), 2017.

Tanto o Peru quanto a Colômbia se saem muito melhor no escore do que seria de se esperar considerando seu PIB per capita (como demonstrado pela distância deles acima da linha). Igualmente surpreendente é o fato de que eles têm a mesma pontuação geral que o Panamá e a Argentina, ainda que esses dois países tenham um PIB per capita mais ou menos duas vezes maior. Como será discutido mais abaixo, o Peru e a Colômbia são casos atípicos, uma vez que "o câncer é uma prioridade para o governo nacional", como explica Gavina no que se refere à Colômbia. De acordo com isso, ambos países desenvolveram e avançaram até certo ponto na implementação de políticas de controle do câncer de alta qualidade.

Ninguém é perfeito

Sem as ressalvas, seria muito fácil interpretar incorretamente as pontuações no LACCS. A tarefa é usar como parâmetros outros países da região, e não algum ideal global. Assim, uma pontuação igual a cinco em qualquer área deveria ser interpretada como um sinal de que o país se sai bem em comparação com outros países, não que ele não apresente falhas nessa área.

A pontuação geral de 22 e 23 de 30 pontos, respectivamente do Uruguai e da Costa Rica precisa ser interpretada nesse contexto. Esses resultados são robustos e consistentes com o controle do câncer nesses países, amplamente elogiado por parte dos especialistas entrevistados para este estudo. Apesar disso, quando avaliados tendo como parâmetro países com renda mais elevada, as pontuações desses países poderiam ser diferentes.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Além disso, mesmo quando comparados com vizinhos regionais, países no topo ou próximo dele no LACCS têm deficiências que precisam ser resolvidas. O país na segunda colocação, a Costa Rica, por exemplo, não se sai tão bem quanto muitos outros no quesito prevenção. "Nosso país é um dos melhores na América Latina), mas poderíamos estar melhor posicionados se aplicássemos melhores medidas para agir em conformidade com as recomendações internacionais de prevenção e diagnóstico precoce em países de riqueza média", observa Gonzalo Vargas, coordenador do Consenso Nacional de Especialistas em Câncer da Costa Rica. De maneira similar, o Chile, apensar de estar na terceira colocação, tem problemas com os seus dados.

Outro resultado surpreendente do escore é o surgimento de três agrupamentos claros. Os primeiros colocados foram Uruguai e Costa Rica; os últimos, Paraguai e Bolívia. Poucos pontos separam a maioria dos países estudados na faixa intermediária do LACCS. Apenas cinco pontos separam oito países, e três países receberam a mesma pontuação. Isso sugere que a maior parte da região, excluindo exceções extremamente positivas ou negativas, está mais ou menos na mesma situação no que se refere ao controle do câncer. Contudo, essas pontuações do desempenho geral mascaram grandes diferenças entre os países no que se refere a resultados individuais na pontuação nas seis áreas.

"A situação do câncer em nossa região está melhorando", diz o Dr. Cazap, "mesmo que ainda existam muitas lacunas e duplicações, frequentemente até dentro do mesmo país". Outros veem um quadro semelhante. Um estudo de 2015 do periódico médico *Lancet Oncology* descobriu um grau de progresso, até mesmo nos dois anos precedentes, em vários aspectos do controle do câncer. Isso surpreendeu os autores antes céticos, ainda que eles tenham notado muitos desafios remanescentes.[23] O escore e pesquisas de documentos adicionais também repetidamente apresentam este padrão: valioso progresso em diferentes áreas combinado com necessidades insistentes e substanciais. Como diz o professor Jimenez, há na América Latina "luz e sombras no problema do câncer".

Um exame mais detalhado de cinco problemas específicos de ampla relevância em boa parte da América Latina ilustra onde as coisas estão melhorando e em que grau as mudanças ainda são necessárias.

[23] K Strasser-Weippl *et al*, "Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean", *Lancet Oncology*, 2015 Oct;16(14):1405-38.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

CAPÍTULO 2
PLANOS NACIONAIS DE CONTROLE DO CÂNCER: UMA FERRAMENTA NÃO USADA PLENAMENTE

A OMS define um Plano Nacional de Controle do Câncer (PNCC) como "um programa de saúde pública elaborado para reduzir a incidência e a mortalidade do câncer e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer através da implementação sistemática e equitativa de estratégias baseadas em evidências para a prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis".[24] Essa descrição aponta para a natureza abrangente dos PNCCs, e a palavras "equitativa" no meio enfatiza a necessidade dos planos oferecerem amplo acesso à prevenção e ao tratamento.

Uma ideia que está ganhando popularidade

Idealmente, um PNCC não existe isolado, diz a professora Knaul. Eles precisam se integrar e ser fortalecidos por planos de saúde nacionais relacionados, incluindo planos e programas nacionais e subnacionais para formas específicas de câncer; aqueles voltados para grupos de risco específicos e fatores de risco comuns a diversas doenças não transmissíveis (DNTs), tais como obesidade e tabagismo; aqueles para acesso a controle da dor e cuidados paliativos e, o que é muito importante, aquelas políticas e reformas voltadas para a expansão da universalização da saúde de maneira mais geral. "O que se quer é PNCCs embutidos no fortalecimento do sistema geral de saúde e não apenas oferecendo financiamento para o câncer".

Ainda que não suficientes por si mesmos, os PNCCs são, como observa o Dr. Lopes, "de fundamental importância" para o controle do câncer. Sem eles, você não pode saber para onde ir e não consegue avançar. O Dr. Murillo acrescenta que um plano também é essencial para compreender todos os aspectos do desafio do câncer. O controle do tabaco, por exemplo, envolve legislação frequentemente mais fora do sistema de saúde do que dentro dele. "Se quisermos influenciar alguns desses temas, precisamos de uma ampla política de controle". De acordo com o Dr. Mohar, um dos "maiores pontos fortes" de um esboço avançado atual de um plano mexicano de controle do câncer é o fato de que ele, caso adotado, capacitaria o governo a falar do câncer com a "mensagem homogênea" de que o público precisa — outro resultado da visão multissetorial dos problemas do câncer que PNCCs possibilitam. Por fim, um plano formal é valioso para a manutenção do financiamento do controle do câncer e pode, acrescenta o Dr. Mohar, "otimizar o uso de recursos escassos". Noutras palavras, a desigualdade não será combatida por acaso.

O planejamento do controle do câncer na América Latina viu melhorias nos últimos anos. "Historicamente", observa Andre Medici, economista sênior do Banco Mundial, "na maioria dos casos, os sistemas de saúde de países latino-americanos não apresentaram bons processos de planejamento do controle do câncer, mas muitos governos e instituições públicas começaram a se conscientizar das implicações negativas". Em 2013, a maioria dos países da região ainda não tinha um PNCC coeso, ainda que diversos estivessem sendo preparados, e planos subnacionais, assim como aqueles focados em cânceres específicos, existissem em diversos países.[25]

[24] OMS, *National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines*, 2002.

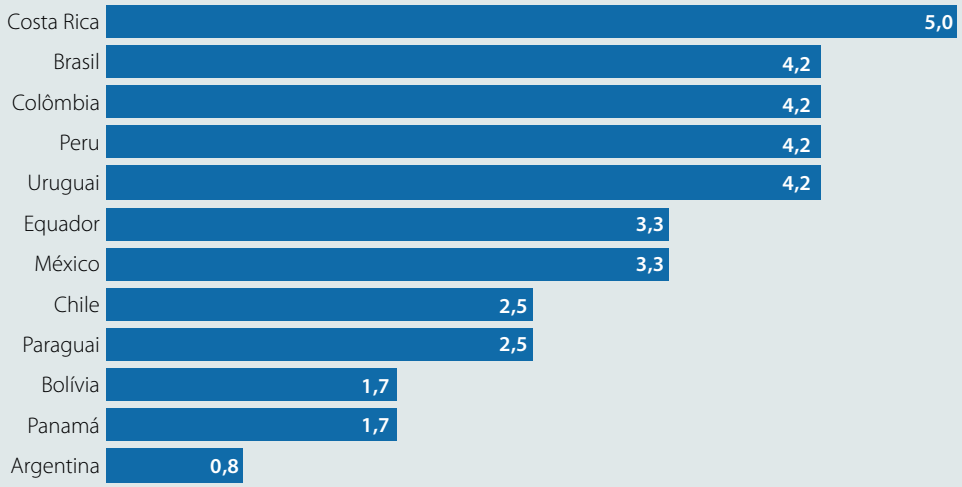
[25] Paul Goss *et al*, "Planning cancer control in Latin America and the Caribbean", *Lancet Oncology*, 2013 Apr;14(5):391-436.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Em nossa pesquisa, porém, cinco dos 12 países estudados apresentam atualmente PNCCs abrangentes (sendo que a Costa Rica tem o plano mais abrangente); no caso do Brasil, há um plano de combate a doenças não transmissíveis com detalhadas cláusulas para combater o câncer (veja o gráfico 13). O PNCC mexicano está, enquanto isso, aguardando aprovação. O ministério da saúde peruano está analisando os resultados do seu plano recente com o objetivo de planejar outro. O Panamá está no meio da revisão do seu plano. O plano nacional de controle do câncer equatoriano também foi aprovado pelo ministério da saúde.[26] De maneira similar, um estudo recente na *Lancet Oncology*, que usou dados de pesquisa da OMS com uma definição de plano de controle do câncer mais inclusiva que a nossa, descobriu que em 2010, nove dos 12 países estudados tinham planos, mas o número tinha crescido para dez em 2014..[27]

Gráfico 13

Resultados no domínio "Planejamento estratégico" do LACCS, 2017



Observação: este domínio examina o plano estratégico vigente para serviços relacionados ao câncer, incluindo se ele tem provisões especiais para o combate à desigualdade. As pontuações brutas em cada domínio foram normalizadas a uma escala de 1 a 5 (com 1 sendo o pior, e 5 sendo o melhor) de maneira a permitir comparações entre domínios.

Fonte: The Economist Intelligence Unit, The Latin America Cancer Control Scorecard (LACCS), 2017.

Isso não é surpreendente. O Dr. Timble vem observando "um crescente interesse no desenvolvimento de planos de controle do câncer nos países". No Equador, uma ONG tentou até mesmo dar o pontapé inicial no processo. Merino explica que essa coalizão de defesa dos direitos dos pacientes criou um acordo nacional contra o câncer com dez pontos e que cobre áreas tais como melhorias no monitoramento, pesquisa, prevenção, tratamento, equidade no tratamento e apoio ao paciente. Noutras palavras, o ponto central de um PNCC. A organização buscou obter o comprometimento de todos os candidatos da recente eleição presidencial equatoriana. Ela conseguiu obter o compromisso de vários, incluindo do eventual vencedor, Lenín Moreno. Merino explica que "o governo não assumiu a responsabilidade porque não tem informações suficientes. Assim, o trabalho coordenado de organizações de pacientes é fundamental." Logo após a eleição de 2017, o Ministério da Saúde Pública do Equador publicou um PNCC que cobria muitas dessas áreas, ainda que não existam evidências de vínculos entre o plano e o acordo nacional. De acordo com Nilda Villacres, diretora executiva do conselho de saúde nacional do Equador, os principais pontos do novo plano do câncer são melhorar as medidas preventivas, com aumento da triagem e detecção precoce e promover tratamento com base em evidência, reabilitação

26. Ministerio de Salud Pública, *Estrategia Nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador*, April 2017. Disponível em: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf

27. Strasser-Weippl *et al*, "Progress and remaining challenges".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

e tratamento paliativo. "A estratégia fornece uma estrutura forte para o plano de saúde integrado, com prioridade dada à promoção da saúde e detecção precoce", ela disse. "O impacto será visto na qualidade de vida e economia de recursos".

Crescente apoio internacional

Com o crescente interesse, os países que estão desenvolvendo ou aprimorando seus PNCCs na região conseguiram atrair crescente apoio internacional. A Organização Pan-americana de Saúde (PAHO), por exemplo, forneceu auxílio para o México, Panamá, Honduras e Nicarágua.[28]

Enquanto isso, o Programa de Ação para a Terapia do Câncer (Programme of Action for Cancer Therapy, PACT) da Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA) vem organizando missões denominadas ImPACT na Bolívia, Colômbia, Panamá e Peru desde 2011. Essas missões foram elaboradas para oferecer uma visão geral da situação para o controle do câncer como ferramenta do desenvolvimento de melhores estratégias, em geral embutidas em PNCCs.

Ademais, o Centre for Global Health do National Cancer Institute dos EUA vem organizando fóruns de liderança no controle do câncer para a América Latina e trabalhou no sentido de apoiar o desenvolvimento de PNCCs no Peru e no México, por exemplo.

Todas as três instituições ajudaram a fundar a International Cancer Control Partnership, estabelecida com o propósito expresso de ajudar na criação de planos com bom financiamento e eficazes de controle do câncer. A professora Knaul observa que "muitas instituições e atores globais vêm investindo muito trabalho de qualidade no oferecimento de apoio técnico necessário para os PNCCs da América Latina. Isso é exatamente o tipo de bem público global que permite que países desenvolvam e implementem planos de controle do câncer abrangentes, de alta qualidade e bem-sucedidos."

Essa atividade importa. Onde PNCCs foram plenamente planejados e implementados, eles apoiaram importantes melhorias. Zoss, por exemplo, diz que o PNCC da Colômbia, que cobre o período de 2012-21, junto com a legislação que determinou os padrões de serviços abrangentes de controle do câncer, trouxe "significativo progresso nos últimos anos". O Dr. Murillo acrescenta que a introdução de um programa de vacinação contra o HPV em 2013, assim como melhores medidas de controle do tabaco — incluindo um aumento de imposto recente que triplicará o preço de produtos derivados do tabaco — são "dois importantes benefícios decorrentes do plano".

Olhando além de conquistas específicas, um dos pontos mais fortes do plano foi que "ele ajudou a focar os esforços de todos os agentes em um sistema complexo e descentralizado", de acordo com Gaviria.

Outro exemplo comumente citado de PNCC eficaz na região é o Plan Esperanza, do Peru. Ainda que sua agenda detalhada tenha terminado em 2016, seus objetivos gerais foram reduzir drasticamente os cânceres em estágio terminal mediante aumento da prevenção, melhores exames preventivos e também melhor tratamento. A última medida deveria ser obtida mediante o treinamento apropriado de especialistas em cuidados primários e mediante a expansão de serviços especializados e da infraestrutura. Ao mesmo tempo, o Plan Esperanza tentou expandir o acesso de duas maneiras. Em primeiro lugar, ele ofereceu mais fundos para o tratamento do câncer ao sistema público de saúde, que trata da maioria da população, incluindo a cobertura de todos os custos com tratamentos e

[28] PAHO, *Accomplishments with Countries in Latin America and the Caribbean: Highlights of Region-Wide Activities*. Disponível em: http://www.paho.org/panamericanforum/wp-content/uploads/2013/02/s-cancers.pdf

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

com medicamentos para os cânceres relevantes. Mas o Peru, junto com boa parte da região, é lento na aprovação de terapias de ponta, o que limita o acesso. Em segundo lugar, o Peru expandiu suas iniciativas preexistentes de descentralização do tratamento do câncer de maneira a aumentar a oferta de tratamento fora de Lima, a capital do país.[29, 30, 31]

Espaço para melhoria

Isso é o que pode acontecer quando um PNCC eficaz recebe apoio político e financiamento. Infelizmente, como destaca Carlos Vallejos, diretor da clínica Oncosalud, do Peru, o Plan Esperanza "é único e provavelmente o mais robusto desta parte da América Latina". Em outras partes, o uso de planos deixa a desejar em boa parte da América Latina.

Para começar, a existência de um PNCC não garante que ele seja apropriado. O Dr. Cazap acredita que "em boa parte da região, não há uma compreensão clara do que um PNCC representa. Alguns países têm programas para cânceres individuais e acham que isso é um plano; outros consideram que o tema é relevante somente para o ministério da saúde. Resta um problema referente à compreensão das reais necessidades e da relevância dos PNCCs".

Sem mencionar que os planos existentes nem sempre são atuais. O professor Jimenez observa: "Alguns países têm planos antigos e obsoletos que não refletem as novas realidades do controle do câncer". O Dr. Soria, por exemplo, cita o exemplo do seu próprio país: "Na Bolívia há um plano escrito antigo, desatualizado. Temos tentado realizar o controle do câncer, mas sem um foco abrangente, somente tratamento. Há um problema real em fazer as pessoas entenderem que precisa haver um programa de controle". Até mesmo países com PNCCs mais eficazes precisam encarar a necessidade de revisão contínua. A despeito dos benefícios do Plan Esperanza, a agenda detalhada dele terminou em 2016. Nenhum plano de acompanhamento foi divulgado porque os representantes do governo ainda estão estudando os resultados de esforços anteriores, o que explica por que a LACCS não dá nota máxima ao Peru neste domínio.

Mesmo quando estão atualizados e são adequados, planos apropriados nem sempre são implementados. O Dr. Lopes explica: "O maior problema com os PNCCs na região é que eles são planejados mas com frequência acabam em uma gaveta". De maneira similar, o Dr. Timble nota que "tem sido uma luta, especialmente após a depressão financeira do início deste século, encontrar dinheiro para implementar um número crescente de PNCCs". O novo plano do Equador, por exemplo, ainda que altamente detalhado, dá pouco espaço para como ele será financiado, e diz meramente que os fundos virão de diversos orçamentos gerais de saúde. Apesar de possível, problemas antigos de financiamento para o câncer no país levantam dúvidas.[32] Também não é fácil monitorar como ou se o dinheiro destinado está realmente sendo utilizado na área da saúde da região. Um estudo que acompanhou os gastos da implementação de políticas de saúde materna em cinco países latino-americanos, incluindo Costa Rica, Panamá e Peru, demonstrou que somente no último país a maioria das informações relevantes estava publicamente disponível.[33]

29. T Vidaurre *et al*, "Plan Esperanza: A model for cancer prevention and control in Peru", *Cancer Control*, 2015.

30. C Vallejos, "National Plan for Prevention, Early Detection, and Cancer Control in Peru", *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 2013.

31. Peru Ministry of Health, *Plan Esperanza: Plan Nacional Para la Atención Integral del Cáncer y el Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú*, 2012.

32. N Villacrés, "Análisis del financiamiento de la atención del cáncer en el Ecuador: un reto para el Sistema Nacional de Salud", *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 2016.

33. L Malajovich *et al*, "Budget transparency on maternal health spending: a case study in five Latin American countries", *Reproductive Health Matters*, 2012 Jun;20(39):185-95.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

De fato, uma falta de resultados comprovados fez até agora com que a Lancet Oncology Commission for Latin America, em seu relatório de 2013, expressasse reservas sobre o crescente número de PNCCs na região. Ela disse: "Informações são escassas no que se refere à implementação, ao sucesso e às deficiências de tais planos. Além disso, muitos PNCCs não têm uma abordagem abrangente e sistêmica".[34] Não se pode dar a implementação como certa simplesmente com base em boas intenções.

Como destacado pelo LACCS, um problema ainda maior em muitos países é a falta de qualquer plano substancial, com a doença misturada nas provisões feitas para outros problemas de saúde, tais como as DNTs em geral. Ainda que o câncer pelo menos esteja recebendo atenção nesses países, como aponta o Dr. Vallejos, ser "somente mais uma DNT não é benéfico para o controle do câncer". Tão importante quanto melhorar o acesso, ainda que planos de controle do câncer (e planos mais gerais) da região quase sempre mencionem problemas de equidade, somente quatro lhe dão suficiente atenção para merecer pontuação máxima para esta subcategoria da área "planejamento estratégico".

Questões estruturais e práticas obstruem a criação e a implementação de planos. Na Argentina, a saúde é responsabilidade constitucional dos 24 governos provinciais. "O principal problema do ministério da saúde", diz o Dr. Pradier, "é convencer diferentes províncias a seguir essas políticas governamentais". Tais desafios podem variar substancialmente de país a país, dadas as diferenças de governança, sistemas de saúde e até mesmo o tamanho dos países. O Dr. Cazap nota, no que se refere ao planejamento e ao controle do câncer de maneira mais geral: "Em países pequenos e homogêneos como o Uruguai e a Costa Rica, com menos de 10 milhões de pessoas, é mais fácil criar um sistema coordenado e integrado. No Brasil, na Argentina e no México, que têm grandes populações e estrutura federal, é muito mais complicado realizar um aumento da escala". Por fim, acrescenta o prof. Jimenez, o problema da fragmentação da saúde — discutido no capítulo 6, torna "a coordenação e o planejamento unificado difícil".

Um problema final da região, porém, que pode explicar parte da fraqueza na criação e implementação de PNCCs, é que enquanto eles cresceram em número, a justificativa intelectual deles não se impôs universalmente. Isso é especialmente preocupante dada a importância desses planos, como discutido acima. O Dr. Cazap destaca que para desenvolver e implementar planos, "precisa-se de decisões políticas e financiamento, o que nem sempre acontece na nossa região". Ele lembra que na Argentina, os esforços do Instituto Nacional do Câncer no sentido de promover um PNCC foram frustrados porque "colegas não acreditavam que precisávamos de um, uma vez que temos um Instituto Nacional do Câncer e bons programas para diferentes cânceres. Não conseguimos convencê-los de que se tratava de mais do que uma lista de programas e ações limitadas a ministérios da saúde".

Em conclusão, PNCCs são fundamentais para um bom controle do câncer e, como o Peru demonstrou, um fator potencialmente importante na facilitação do acesso à saúde. Em boa parte da região, contudo, eles precisam de fortalecimento e implementação genuína para que o controle do câncer se torne acessível aos muitos que dele precisam.

34. Strasser-Weippl *et al*, "Progress and remaining challenges".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

CAPÍTULO 3
DADOS DO CÂNCER: ALGUM PROGRESSO, MAS UM PERCURSO MUITO LONGO À FRENTE

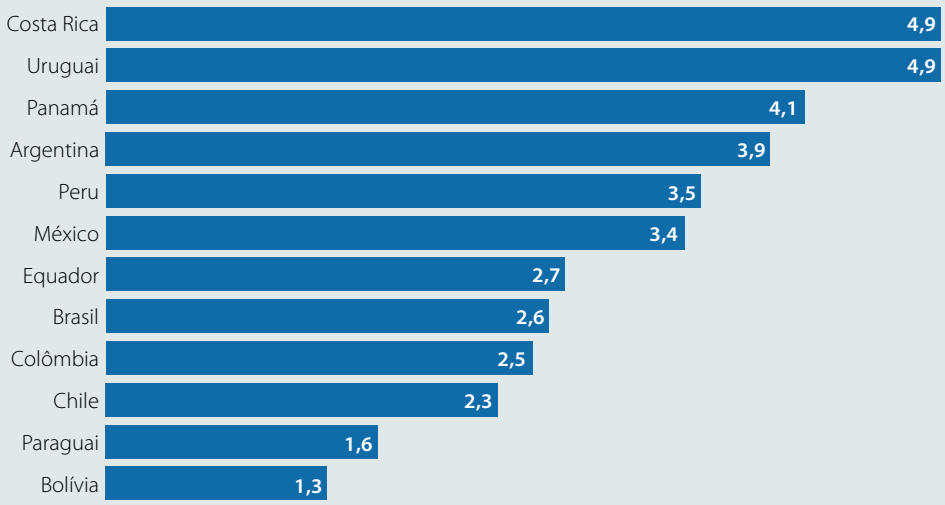
Pode não ser muito óbvio o vínculo entre o tema potencialmente árido da análise estatística e o tema intrinsecamente emocional da garantia do acesso de importância vital ao tratamento do câncer. Mas esse vínculo é, ainda assim, profundo: compreender a extensão do problema é essencial para abordá-lo de maneira eficaz.

O que o professor Jimenez diz do Chile poderia se aplicar a boa parte da América Latina: "Sabemos que o número de casos de câncer está crescendo, mas temos muitas incertezas no que se refere à coleta e à confiabilidade dos dados. Assim, não temos certeza sobre onde e como aplicar esforços no planejamento e no oferecimento de serviços. Isso leva a diagnósticos tardios e tratamentos ineficazes". O Chile na verdade possui atualmente diversos bons registros de câncer individuais, ainda que eles cubram somente uma pequena parte da população (o que explica a pontuação fraca do país no monitoramento do desempenho do LACCs; veja abaixo). Outros países do estudo se saíram pior.

O quadro dos dados também apresenta um lado positivo. O LACCS indica que o monitoramento dos dados do câncer é uma área de relativa força no controle do câncer, com os 12 países alcançando uma pontuação agregada de 38 de 60 pontos — a maior pontuação conjunta (junto com a área "planejamento estratégico") entre todos os seis domínios (veja o gráfico 14). Assim como ocorre com os PNCCs, isso

Gráfico 14

Resultados no domínio "Monitoramento do desempenho" do LACCS, 2017



Observação: este domínio examina a qualidade e a quantidade dos dados relacionados ao câncer coletados pelos registros. As pontuações brutas em cada domínio foram normalizadas a uma escala de 1 a 5 (com 1 sendo o pior, e 5 sendo o melhor) de maneira a permitir comparações entre domínios.
Fonte: The Economist Intelligence Unit, The Latin America Cancer Control Scorecard (LACCS), 2017.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

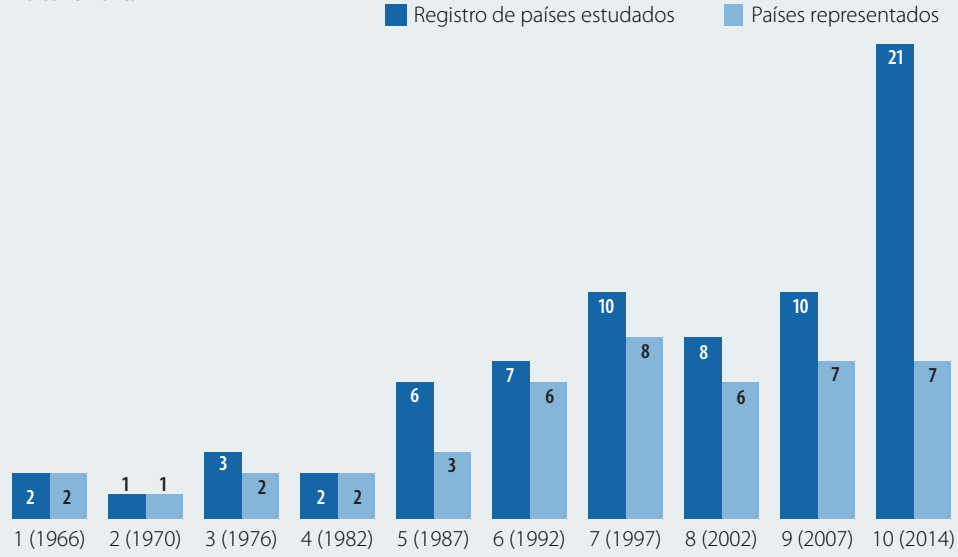
reflete um progresso inegável nos últimos anos na América Latina. Apesar disso, é importante não exagerar o progresso feito por esses países. Como diz o professor Jimenez, as implicações da atual incerteza sobre o quadro do câncer na América Latina continuam a ser um dos seus "maiores problemas no que se refere ao controle do câncer".

Numerosos sinais de progresso

De acordo com o Dr. Timble, "a maioria dos países da América Latina está trabalhando para fortalecer registros de câncer e vínculos com registros de óbitos." Os dados lhe dão razão. *Cancer in Five Continents* (CI5) — a avaliação periódica e detalhada da incidência, mortalidade e prevalência mundial do câncer elaborada pelo IARC— contém informações somente dos registros que satisfazem os padrões de qualidade do IARC. A última edição, o volume 10, inclui 21 registros dos países estudados, mais do que o dobro do número constante de qualquer um dos volumes anteriores (veja o gráfico 15).

Gráfico 15

Registros de países estudados representados em cada volume de *Cancer in Five Continents*



Fonte: IARC, *Cancer in Five Continents.*

Isso na verdade não faz jus ao progresso alcançado até agora. Ainda que publicado em 2014, o volume 10 cobre dados somente até 2007. Desde então, o número de registros se expandiu. A Bolívia, por exemplo, estabeleceu seu primeiro registro de base populacional em 2011. O México estabeleceu um registro limitado de base populacional no estado de Jalisco e um registro completo de base populacional em Merida, a capital do estado de Yucatán. Ele também planeja criar outros registros completos, incluindo em Guadalajara, Monterrey e Puebla. No que se refere ao futuro, o Paraguai começou a trabalhar este ano no desenvolvimento de um registro nacional, diz Julio Rolón, diretor no Instituto Nacional do Câncer do Paraguai (INCAN). O Panamá, nesse ínterim, vem lidando ativamente com problemas no seu registro nacional que impediram que os dados entrassem no CI5. Em 2012, um novo registro eletrônico foi criado,

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

e outras melhorias vêm ocorrendo. Arturo Rebollon, o diretor do registro nacional, diz que "a meta atual é ter dados atualizados e de alta qualidade até 2018 para serem incluídos no próximo relatório do IARC".

A Colômbia, por sua vez, está tentando usar uma gama mais ampla de fontes além de registros para melhor compreender seu desafio em termos do câncer. Em 2012, ela criou o Observatório Colombiano do Câncer, que combina dados dos cinco registros do país. Eles cobrem 12% da população e inclui dados nacionais de diversas fontes governamentais. Esses dados são inseridos em um novo sistema nacional, o SISPRO, que integra informações relacionadas à proteção social. As fontes incluem o departamento de estatísticas vitais, diversos programas de saúde específicos (tais como aqueles concentrados nos cânceres de mama e cervical) e informações de pagamento do Fundo para Doenças de Custo Elevado (CAC, que paga pelo tratamento de diversos cânceres comuns).[35]

Em 2014, esse quadro foi incrementado pela criação de um novo registro controlado pelo próprio CAC. Todas as seguradoras e provedores de saúde dos países precisam se reportar a ele. Atualmente, diz Gaviria, o registro coleta 183 variáveis de cada caso, incluindo informações sociodemográficas, clínicas e administrativas.

O potencial é enorme. Agora, em teoria, cada caso de câncer deveria acabar sendo registrado em detalhe de maneira a permitir uma visão da doença que abrangesse toda a Colômbia. As dificuldades iniciais, porém, vêm sendo significativas. Os dados governamentais mostram, em especial, uma taxa de incidência muito menor — em alguns casos, meramente um oitavo daquela assinalada nos registros. Esse é o caso ainda que quatro dos cinco registros da Colômbia sejam de qualidade suficiente para aparecer no CI5 atual.[36] O Dr. Murillo observa: "No momento, o sistema precisa melhorar muito, mas no longo prazo ele poderá se tornar uma importante fonte de informações para o controle do câncer".

Maior cooperação internacional para incrementar a qualidade dos dados

A região também está testemunhando significativa cooperação internacional para aumentar a qualidade dos dados. Isso não exige a mera importação de conhecimento de fora: a América Latina tem centros de excelência de tradição. O registro de Cáli, na Colômbia, por exemplo, data de 1962 e é o único do mundo em desenvolvimento que contribuiu com dados para todos os volumes do CI5. O registro de câncer da Costa Rica, por outro lado, goza de cobertura nacional desde 1980.

Nos últimos anos, esforços para compartilhar melhores práticas dentro e fora da região incluíram a criação do RINC e de um grupo de trabalho para registros de câncer, em 2013. Este demonstrou ser um precursor da Global Initiative for Cancer Registry Development (GICR) — um grupo de múltiplos atores liderado pelo IARC — que estabeleceu o Latin American Hub for Cancer Registries, em agosto de 2016. Um de diversos centros regionais, ele também conta com a participação ativa da RINC e da OPAS e oferecerá assistência técnica e treinamento para melhorar os registros de câncer da região. A iniciativa, coordenada pelo Instituto Nacional do Câncer da Argentina (INC), é uma das razões pelas quais o diretor do INC, o Dr. Pradier, acredita, no que se refere aos dados relacionados ao câncer, "a situação na América Latina está mudando. Estou otimista".

35. ML Ospina *et al*, "Observatorio Nacional de Cáncer Colombia", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2015.

36. L Eduardo Bravo, "Estimating the incidence and mortality of cancer in Colombia: What are the best data for public policies?", *Colombia Médica*, 2016 Apr-Jun; 47(2): 71–73.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Mas ainda há muito a fazer

Esse progresso inegável, contudo, não deve ocultar as mudanças em andamento na área de monitoramento e uso de dados sobre o câncer na região. Para começar, melhorias recentes ocorreram no contexto de esforços iniciais muito esparsos. Como explica Zoss: "Os dados sobre o câncer devem ser interpretados com cautela na América Latina, pois os governos tradicionalmente prestam pouca atenção à implementação de sistemas". Até 2011, somente 21% dos países de toda a região, incluindo o Caribe relataram a existência de qualquer registro de câncer de base populacional, um número que tinha crescido para 67% em 2014.[37]

A existência dessas instituições, contudo, não necessariamente significa cobertura prática. No geral, em 2014, somente 20% dos habitantes da América Latina viviam em áreas com um registro de câncer de base populacional, e somente 7% viviam em áreas com registros considerados de alta qualidade. Na América do Norte, em contraste, o número é de 83%; na Europa, de 60% e em crescimento.[38, 39]

Análise para o LACCS mostra que somente quatro dos 12 países estudados tinham registros de câncer de base populacional (Argentina, Costa Rica, Panamá e Uruguai), e que outros três países tinham registros de base hospitalar (Equador, México e Peru). Dados de 2014 mostram que somente três países tinham mais do que aproximadamente 10% da sua população coberta por registros de base populacional de alta qualidade. Além disso, a proporção geral da população total desses 12 países coberta por tais registros era de cerca de 7%.[40] Como resultado, na subcategoria "cobertura por registros" da área "monitoramento do desempenho" do LACCS, somente Costa Rica, Panamá e Uruguai obtiveram as pontuações mais elevadas. O Dr. Lopes acredita que "ainda não temos todos os registros de base populacional de que precisamos. Existe uma enorme necessidade de melhoria em todos os níveis".

Outro problema que não pode ser resolvido — pelo menos não imediatamente — pelo recente aumento do número de registros, é a continuidade dos dados. O Dr. Cazap observa: "Precisamos de dados bons e confiáveis de um intervalo temporal [para entender a situação do câncer]. Mesmo até poucos anos atrás, isso era um problema. Se você procurasse dados cobrindo os últimos 20 anos, eles não existiriam em nível nacional, ainda que houvesse nas cidades ou províncias". O IARC possui dados de longas séries temporais de somente quatro registros da região. Ainda que um maior número de registros deve ajudar a diminuir esse problema com o tempo, não há garantia: de todos os 32 registros desses 12 países que apareceram no volume CI5, 11 não estão mais incluídos, o que indica que seu padrão de qualidade caiu ou que eles pararam de operar.

Por fim, os dados de mortalidade são tão importantes quanto os dados de incidência para se compreender a natureza exata do desafio que o câncer representa em um determinado país. Contudo, a coleta desses dados é em geral responsabilidade de quem coleta estatísticas vitais, em vez de daqueles que são primariamente responsáveis pelo controle do câncer. Aqui, também, boa parte da região precisa trabalhar. Dos 12 países deste estudo, o IARC avalia somente o México como possuindo dados de mortalidade de alta qualidade. Quatro países têm dados de baixa qualidade, e a Bolívia não possui absolutamente nenhuma informação confiável (veja a tabela 5). No domínio "monitoramento do desempenho", do LACCS, somente a Costa Rica e o Uruguai receberam as pontuações mais elevadas na subcategoria "qualidade dos dados" (que avalia a qualidade tanto dos dados de incidência quanto de mortalidade). O resumo do Dr. Murillo é apropriado: "A maioria dos países latino-americanos precisa fazer um esforço para obter não apenas

[37] Strasser-Weippl *et al*, "Progress and remaining challenges".

[38] M Piñeros *et al*, "Cancer registration for cancer control in Latin America: a status and progress report", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2017.

[39] A Forsea, "Cancer registries in Europe – going forward is the only option", *Ecancermedicalscience*, 2016.

[40] M Piñeros *et al*, "Cancer registration for cancer control in Latin America".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Tabela 5: avaliação da qualidade dos dados de mortalidade do Globocan Cancer Atlas

México	Registro vital completo de qualidade **elevada**
Brasil	Registro vital completo de qualidade **média**
Chile	Registro vital completo de qualidade **média**
Colômbia	Registro vital completo de qualidade **média**
Costa Rica	Registro vital completo de qualidade **média**
Panamá	Registro vital completo de qualidade **média**
Uruguai	Registro vital completo de qualidade **média**
Argentina	Registro vital completo de qualidade **baixa**
Equador	Registro vital completo de qualidade **baixa**
Paraguai	Registro vital completo de qualidade **baixa**
Peru	Registro vital completo de qualidade **baixa**
Bolívia	**Nenhum dado**

Fonte: IARC, banco de dados Globocan.

melhores dados de incidência, mas também dados nacionais de mortalidade. A região pode melhorar muito".

Algumas das dificuldades para melhorar o registro são similares àquelas que impedem PNCCs. Para começar, países menores têm vantagens no que se refere a registros de câncer. Tanto a Costa Rica quanto o Uruguai têm registros nacionais que cobrem 100% da população e aparecem no estudo CI5, um grupo ao qual o Panamá espera se unir em breve.

Países fisicamente maiores e mais populosos simplesmente têm maiores dificuldades para coletar dados. Parte da razão, novamente é, de acordo com o professor Jimenez, a superação da distância geográfica. Os desafios da fragmentação governamental em países maiores é outro fator. O Dr. Pradier explica que das 24 províncias da Argentina, 23 têm pelo menos um registro de base populacional. No geral, eles cobrem cerca de 30% da população, mas, infelizmente, não coletam todos os mesmos dados nem estruturam seus dados da mesma maneira mesmo quando os dados são iguais. Seus padrões de qualidade também variam, e até mesmo o câncer ser uma doença passível de comunicação ou não depende de legislação provinciana, não federal. Obter uma visão geral válida para todo o país é, portanto, muito difícil, observa o Dr. Pradler. A Argentina arranja dados de registros hospitalares de todo o país, de maneira similar ao National Cancer Database dos EUA. Esses dados, porém, "não são úteis para informar sobre incidências, mas para a qualidade do tratamento".

Desigualdade no que se refere a quem passa pelo processo

Numa tentativa de melhoria, os países não precisam almejar cobertura completa. Como diz a professora Knaul: "Não é necessário incluir todas as cidades, mas são desejáveis informações dos principais lugares, de maneira a se poder projetar necessidades e o progresso do país". A pergunta fundamental é se os dados disponíveis são suficientemente representativos e granulares. Ainda que alguns países da região tenham um equilíbrio defensável, é muito comum os problemas permanecerem. No Chile, por exemplo, a representatividade dos registros não importa, porque eles cobrem somente 7% da população. As estimativas nacionais de incidência se baseiam com frequência, em vez disso, em dados de mortalidade.[41]

Enquanto isso, os dois registros do Equador — de Quito e Cuenca — cobrem cerca de um oitavo da população, mais do que todos os países estudados, exceto pelos três com registros nacionais. Ambos os registros do Equador, contudo, cobrem predominantemente moradores urbanos, enquanto mais de um terço da população do país é rural.

Além disso, os registros nem sempre coletam informações fundamentais de certos grupos, tais como populações indígenas, por exemplo, que representam coletivamente 8% da população latino-americana. Como mostram estudos do Chile, a ancestralidade indígena se correlaciona com risco para alguns

41. Jimenez de la Jara *et al*, "A snapshot of cancer in Chile: analytical frameworks for developing a cancer policy", *BioMed Central*, 2015.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

cânceres.[42] Apesar disso, um estudo de 2014 descobriu que nos países que ele pesquisou, somente diversos registros brasileiros definitivamente coletavam dados sobre a etnia indígena dos pacientes, ainda que povos indígenas componham um percentual menor da população brasileira do que na maioria dos outros países da região. Na Argentina, Bolívia, Colômbia, Equador e Peru, como o estudo descobriu, tais dados ou definitivamente não eram coletados ou comunicados. Com a possível exceção do Chile, eles não pareciam ser coletados em nenhum outro lugar.[43]

Igualmente preocupante é o fato de que os sistemas de vigilância atuais parecem não abranger alguns cânceres entre aqueles com status socioeconômico mais baixo, como destaca o Dr. Medici. "A cobertura e o registro de casos de câncer estão aumentando, mas o número de casos de câncer entre os pobres deveria ser maior, o que não é o caso na classe média".

42. M Andia *et al*, "Geographic variation of gallbladder cancer mortality and risk factors in Chile: a population-based ecologic study", *International Journal of Cancer*, 2008.

43. S Moore *et al*, "Cancer in indigenous people in Latin America and the Caribbean: a review", *Cancer Medicine*, 2014.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

CAPÍTULO 4
PREVENÇÃO, EXAME E DETECÇÃO PRECOCE: PROGRESSO E ESTASE

A prevenção, exame e a detecção precoce têm metas sobrepostas: evitar o câncer completamente ou tratá-lo quando as chances de sucesso são as maiores possíveis. Apesar das finalidades em comum, eles assumem diferentes formas. A prevenção pode ser primária, para impedir o desenvolvimento da doença, ou secundária, para eliminar precursores conhecidos do câncer. De forma semelhante, é possível usar o exame para notar alterações precoces que podem se desenvolver no câncer ou para a doença em si. Por fim, a detecção precoce pode envolver exame baseado em população, políticas de examinação oportunista por profissionais da saúde ou até mesmo conscientização do público aos possíveis sinais do câncer. Cada um tem o seu papel e, consequentemente, custos e benefícios.

Dr. Medici aponta que as dificuldades econômicas enfrentadas pelos países latino-americanos atualmente já estão "desafiando os custos totais com a saúde e, provavelmente, podem afetar programas associados ao controle do câncer". Um componente importante da solução, sempre que os benefícios superam as despesas, é aumentar os gastos com as "prioridades de educação sobre o câncer, prevenção e detecção precoce em sistemas de saúde primários. Os custos incorridos por esses fatores são desprezíveis quando comparados aos custos mais elevados do tratamento".

Em alguma medida, isso está acontecendo. Os principais aspectos da prevenção estão melhorando em diversos países latino-americanos, como o controle antitabagismo e aumento na vacinação contra HPV. Este é uma área com pontuação global moderada no LACCS (veja tabela 16). Novamente, o quadro não é uniforme. Importantes elementos deste campo, como enfrentar a crescente obesidade na região ou fazer com que os programas de exame existentes atendam a toda a população com eficiência, permanecem sendo desafios substanciais.

Educação e conscientização pública

Uma população bem informada é a ferramenta mais eficiente para prevenir o câncer e aumentar a detecção precoce da doença. Ela auxilia em todos os aspectos, da redução de riscos ao encorajamento de investigações de sintomas em potencial e participação de exames.

Na América Latina, certamente existem programas informativos, onde programas nacionais de prevenção contra o câncer de mama e do colo de útero são comuns. Infelizmente, todos os esforços educativos tiveram um impacto na maior parte limitado. Os dados existentes sobre a compreensão do público acerca do câncer na América Latina são preocupantes. Por exemplo, uma pesquisa envolvendo alunas universitárias na Colômbia, que deveriam estar melhor informadas do que a população como um todo, revelou que menos de 10% reconheciam o álcool, falta de exercícios físicos ou o tabagismo como fatores associados a um maior risco de câncer de mama; esta fatia foi notadamente menor do que a média para suas colegas nos 24 países de baixa e média renda estudados.[44] De forma semelhante, em um estudo em uma universidade brasileira, "o nível de conhecimento sobre o câncer oral observado não foi satisfatório de forma alguma".[45]

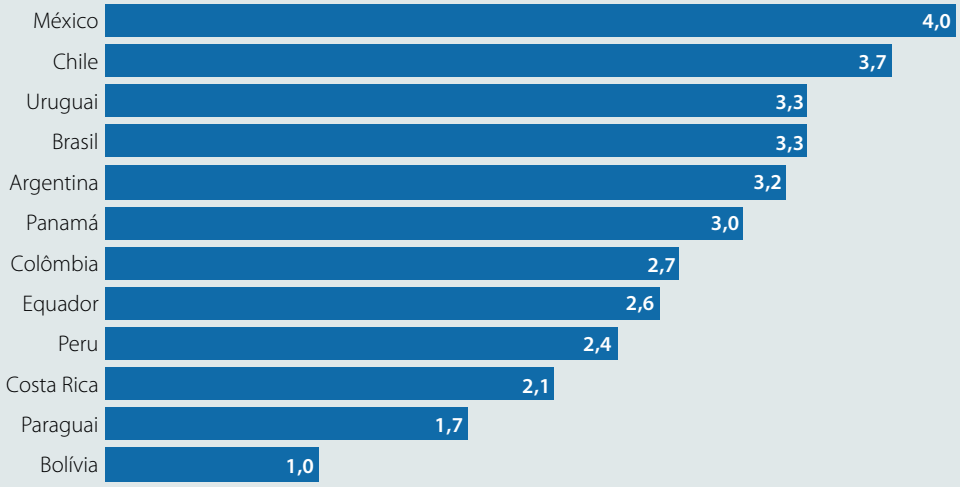
[44] K Peltzer and S Pengpid, "Awareness of Breast Cancer Risk among Female University Students from 24 Low, Middle Income and Emerging Economy Countries", *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2014.

[45] C Comunian *et al*, "Basic knowledge on oral cancer among a specific Brazilian population", *Revista Odontologia Clínico-Científica*, 2011.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 16

Resultados no domínio "Prevenção e detecção precoce" do LACCS, 2017



Observação: este domínio examina em que medida o sistema de saúde evoluiu de um foco no diagnóstico e tratamento em direção à prevenção, triagem e detecção precoce. As pontuações brutas em cada domínio foram normalizadas a uma escala de 1 a 5 (com 1 sendo o pior, e 5 sendo o melhor) de maneira a permitir comparações entre domínios.

Fonte: The Economist Intelligence Unit, The Latin America Cancer Control Scorecard (LACCS), 2017.

Outras pesquisas mostram um quadro mais positivo. Em uma pesquisa com mulheres adultas na cidade relativamente desenvolvida de Florianópolis, as entrevistadas demonstraram uma compreensão bem difundida sobre os princípios básicos da mamografia; porém, mesmo aqui, quase metade das participantes com menos de 60 anos de idade consideravam—incorretamente—que o exame as protegeria contra o câncer, e 93% acreditavam que ele só era relevante para aquelas com histórico familiar de câncer de mama.[46] Entretanto, esses resultados podem superestimar o nível de conhecimento da população, já que diversos estudos na região indicam que o desenvolvimento e o conhecimento sobre o câncer estão fortemente correlacionados.[47]

Considerando a região como um todo, Dr. Lopes observou: "Aqueles com maior nível de escolaridade possuem uma ideia mais precisa sobre os fatores de risco, mas ainda existem muitos equívocos (entre todos os grupos). O elo entre a infecção e a doença não é bem conhecido; por exemplo, as pessoas pensam que alimentos orgânicos vão protegê-las". De fato, em uma pesquisa global com especialistas em câncer de mama, os participantes da América Latina foram mais propensos a indicar maior necessidade de educação do público que seus colegas de outras regiões.[48] O equívoco não está restrito ao público geral, adiciona Zoss: "Há também uma falta de informação e educação sobre o câncer mesmo entre clínicos gerais no nível primário do setor de saúde, sobre aspectos como sintomas precoces".

Provavelmente, o pior aspecto desta falta de compreensão é que, como explica Zoss, "o câncer ainda tem o estigma de sentença de morte para uma grande parcela da população". Consequentemente, como coloca um artigo da *Lancet Oncology* permanece "uma visão cultural generalizada e profundamente enraizada do câncer como tabu".[49]

46. I Schneider *et al*, "Knowledge about mammography and associated factors: population surveys with female adults and elderly", *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2013.

47. A Ferreira de Araújo Jerônimo *et al*, "Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: an integrative revision of Latin American studies", *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.

48. J Bridges *et al*, "Identifying important breast cancer control strategies in Asia, Latin America and the Middle East/North Africa", *BMC Health Services Research*, 2013.

49. Goss *et al*, "Planning cancer control in Latin America".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Isto, aliado à já presente falta de conhecimento sobre o câncer, impede a disposição para participar do exame — ou mesmo consultar um médico, o que ajuda a explicar as altas taxas de apresentação em estágio tardio na região.[50] Como contraste, uma análise de diversos estudos de custo sobre intervenções de câncer de mama no México constatou que a solução com mais custo-benefício seria uma campanha de conscientização nos meios de comunicação em prol da mamografia.[51] Como aponta o Dr. Lopes: "Ainda existe uma grande necessidade de aumentar a conscientização acerca do câncer".

Prevenção da população

A educação não é única forma de desencorajar as pessoas de participarem de atividades com maior risco de câncer. Uma regulamentação adequada é cada vez mais atraente para agentes de saúde pública ao redor do mundo frustrados com a incapacidade de campanhas informativas de afetar comportamentos por conta própria.[52] Esta abordagem tem a vantagem de não ser cara — de fato, ela pode até mesmo gerar receita — e de reduzir a desigualdade. Ela melhora a saúde da população como um todo, e não apenas de classes privilegiadas socioeconomicamente.

Um exemplo notável na América Latina é a série de esforços antitabagismo cada vez mais rigorosos desde a entrada em vigor da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2005. Inevitavelmente, os esforços variam conforme o país: a Argentina, único país não signatário da convenção, e o Paraguai, por exemplo, tendem a ficar para trás devido às indústrias nacionais do tabaco politicamente influentes. Apesar disso, a grande maioria dos países estudados reforçou substancialmente sua legislação nesse campo. Agora, a norma são transportes públicos como zona onde é proibido fumar, e proibições contra o fumo em locais públicos agora são a regra, e não a exceção.[53, 54] Enquanto isso, a Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Paraguai, Peru e Uruguai, através do organismo de comércio MERCOSUL, estão trabalhando para reduzir a publicidade e contrabando de tabaco transnacionais.[55] Mesmo os países menos ativos no controle do tabaco fizeram certo progresso: a Argentina aumentou as restrições em 2011 e, mais recentemente, através do aumento de impostos, viu o preço dos cigarros aumentar em 50% no início de 2017.

Como era previsível, o número de fumantes caiu visivelmente em todos os 12 países estudados entre 2000 e 2015. Em um extremo, no Panamá, seu número caiu em mais da metade (de 15,4% dos adultos para 6,6%). Mesmo a Argentina observou uma queda de 38% em 2000 para 23% em 2015, e o Paraguai de 30% para 18% no mesmo período, sugerindo que algo além da política está ajudando a promover uma importante mudança social.[56]

Em parte, como resultado desses esforços, apenas quatro países (Bolívia, Colômbia, Paraguai e Peru) não recebem as pontuações mais altas na subcategoria "desencorajar o tabagismo" na área "prevenção e detecção precoce" do LACCS, com base na fatia do preço de varejo contabilizada para fins tributários.

Outros riscos de câncer crescentes, entretanto, estão recebendo menos atenção, como o aumento da gordura abdominal na região. Alguns países estão enfrentando esse problema de frente. O México, em particular, tem uma Estratégia Nacional para a Prevenção e Controle de Sobrepeso, Obesidade e Diabetes de alto perfil, que inclui não apenas a promoção da saúde, mas levou também a tributos sobre bebidas açucaradas. Assim, o México está entre os poucos países (junto com o Chile) que recebem as maiores notas na subcategoria "reduzir o consumo de açúcar" na área "prevenção e detecção precoce" do

50. L Teixeira, "From gynaecology offices to screening campaigns: a brief history of cervical cancer prevention in Brazil", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2015.

51. D Watkins *et al*, "The Cost-Effectiveness of Interventions and Policies for Noncommunicable Diseases and Their Risk Factors in the Latin America and Caribbean Region: A Systematic Literature Review", chapter 8 in PAHO, *Economic Dimensions of Noncommunicable Diseases in Latin America and the Caribbean*, 2016.

52. The Economist Intelligence Unit, *The Heart of the Matter: Rethinking prevention of cardiovascular disease*, 2013.

53. E M Sebrié *et al*, "Smokefree Policies in Latin America and the Caribbean: Making Progress", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2012.

54. Strasser-Weippl *et al*, "Progress and remaining challenges".

55. "Stubbed out: Smoking in Latin America", *The Economist*, March 30th 2013.

56. OMS, *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*, 2015.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

LACCS. Com a proporção mais elevada da população com sobrepeso ou obesa entre os países estudados e uma prevalência de diabetes que dobrou a cada década desde 1960, o México tem poucas escolhas.[57] Por outro lado, o Equador instituiu rotulagem para alimentos a fim de alertar os consumidores acerca do seu teor de açúcares, gorduras saturadas e sal.

Dito isso, outros países estudados não estão tomando a iniciativa. De fato, o número de países sem qualquer política sobre o controle da obesidade subiu de três em 2011 para quatro em 2014.[58] De forma mais geral, o aumento na proporção da população que está em sobrepeso (ver Introdução) sugere que os esforços nesta área são muito menos eficientes que as iniciativas antitabagismo.

Parte do problema é o aspecto prático. Este tipo de regulamentação, em geral, exige cooperação entre diferentes ministérios do governo. A iniciativa da Colômbia para encerrar a pulverização aérea de glifosato para controlar plantas de coca, por exemplo, embora projetada para reduzir o risco de câncer, teve implicações que envolveram os serviços de segurança e até mesmo o Ministério de Relações Exteriores.

Além disso, a regulamentação pode esbarrar em considerável oposição política. Dr. Mohar observa que a batalha contra as empresas de tabaco é agora "exatamente igual para o setor que produz junk food. Este é um grande problema". A Colômbia, por sua vez, viu seu Congresso (parlamento) vetar um tributo de 20% sobre bebidas açucaradas em dezembro de 2016; anteriormente, ele havia vetado uma proibição completa sobre asbestos. "Em geral, fatos por si só são insuficientes nestes debates", diz Gaviria. "Os lobbies industriais são poderosos. Felizmente, os debates em si já aumentam a conscientização do público".

Outro desafio para a prevenção da população é o fato de que a regulamentação, embora uma ferramenta poderosa, raramente seja suficiente por si só. Na prática, a prevenção da população funciona melhor quando ajuda as pessoas a mudarem comportamentos que elas reconhecem como não sendo saudáveis. Em outras palavras, ela precisa trabalhar junto com a educação, e não em substituição a tal.[59]

Isto será relevante para a regulamentação do açúcar e outros riscos de câncer. A compreensão acerca dos perigos do tabaco está bem difundida. Entretanto, Zoss observa que uma falta de compreensão acerca das implicações da dieta sobre o câncer "também é um grande problema na região". O Dr. Trimble acrescenta: "As pessoas compreendem a importância da dieta e do exercício físico para reduzir o risco de diabetes, mas não há, necessariamente, na consciência popular, um elo reconhecido com o câncer. Deve haver maior educação do público". Mesmo quando os benefícios à saúde são evidentes em outras áreas, as populações podem não estar preparadas para aceitar "ajuda" regulatória para alterar seu comportamento.

Combate às doenças infecciosas

Outra área-chave em potencial para a prevenção é enfrentar as condições infecciosas que levam a mais de um em seis casos de câncer na América Latina. Intervenções adequadas nem sempre estão disponíveis. Por exemplo, o câncer de estômago, um problema atual na região, pode teoricamente ser reduzido pela erradicação da infecção pelo H. pylori na população. Estudos conduzidos na Ásia mostram que isso é possivelmente promissor, mas ainda resta demonstrar de forma conclusiva que tal abordagem é eficiente, ou ainda custo-eficiente, na América Latina.[60]

57. R Meza *et al*, "Burden of Type 2 Diabetes in Mexico: Past, Current and Future Prevalence and Incidence Rates", *Preventative Medicine*, 2015.

58. Strasser-Weippl *et al*, "Progress and remaining challenges".

59. The Economist Intelligence Unit, *The Heart of the Matter: Rethinking prevention of cardiovascular disease*, 2013.

60. A Ford *et al*, "Helicobacter pylori eradication therapy to prevent gastric cancer in healthy asymptomatic infected individuals: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials", *BMJ*, 2014.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Por contraste, a região tem há muito uma ferramenta valiosa para a prevenção de alguns cânceres de fígado. A vacina contra a hepatite B foi introduzida na América Latina nas décadas de 1980 e 1990. Atualmente, 90% ou mais das crianças recebem a dose completa em nove países estudados, e nos outros três — Equador, México e Panamá — o número é de 70%. Faltam evidências conclusivas de um forte impacto sobre a incidência do câncer de fígado na região, embora ela tenha reduzido após o início dos programas de vacinação.[61, 62] Dito isso, a incidência relativamente baixa deste tipo de câncer nos países estudados, em comparação à média global, indica que a melhoria, embora seja bem-vinda, apresentaria benefícios limitados para a saúde pública.

O impacto em potencial das vacinas contra o HPV é muito superior. O câncer do colo de útero ainda é o segundo principal câncer causador de morte entre as mulheres latino-americanas, e esta intervenção pode prevenir os genótipos do HPV que causam 70% desse problema. Como era de se esperar, o Dr. Cazap observa: "a vacina foi introduzida com facilidade na região". Desde 2008, dez países estudados passaram a oferecê-la a garotas como parte dos programas nacionais de vacinação pública.[63] Dos outros, a Bolívia iniciará as vacinações contra HPV ainda este ano, afirma o Dr. Soria, colocando a Costa Rica como único caso à parte. Por outro lado, o Brasil e a Argentina estão implantando as vacinas para os garotos também, e o Panamá planeja fazê-lo em breve.

Apesar do forte apoio político em prol da vacina, algumas questões práticas merecem atenção. Em particular, onde os países possuem dados, a percentagem da população-alvo que recebe a primeira dose da vacina é muito alta, em geral acima de 90%. Na terceira dose, entretanto, o valor cai significativamente para cerca de 50% a 67%. Uma estratégia, em estágio de adoção pela Argentina, é usar um protocolo de duas doses, em vez de três — uma abordagem recomendada pela OMS se a pessoa tiver menos de 14 anos de idade.[64] Seja qual for a melhor solução, este é um problema que as autoridades de saúde pública terão que enfrentar para aproveitar todo o potencial da vacina.

Os países latino-americanos provavelmente serão capazes de resolver essas dificuldades práticas. Embora não sejam perfeitos, os diversos programas nacionais de vacinação eficientes na região para uma gama de doenças, incluindo HPV, foram tomados como modelos globais e, conforme uma estimativa, os esforços de imunização de crianças por si só aumentaram a expectativa de vida na América Latina em 15 anos.[65, 66, 67] Utilizar a infraestrutura existente ou expandi-la para ofertar a vacinação contra o HPV deve, portanto, não ser um fardo excessivo, e o custo da vacinação em si é menor agora. Além disso, é um processo discreto: assim que duas, no máximo três, injeções são aplicadas, ele está concluído. Este é o tipo de intervenção médica a qual os sistemas de saúde da América Latina provaram serem capazes de executar no passado.

Exame e detecção precoce

O mesmo registro de sucesso relativo não se aplica ao exame de câncer, porque seus requisitos notadamente diferentes chocam-se contra as fraquezas estruturais profundas e de longa data nos sistemas de saúde da região. Por um lado, observa o Dr. Murillo, "não é possível garantir o diagnóstico precoce sem algum tipo de exame". Por outro lado, selecionar um tipo de exame adequado pode ser um processo complexo, dependendo do tipo de câncer. Para começar, o exame eficiente da população demanda um processo minimamente invasivo que detecta uma doença ou seus precursores com

61. WHO, WHO-UNICEF estimates of HepB3 coverage, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragehepb3.html

62. Sierra *et al*, "Cancer patterns and trends in Central and South America".

63. B Bychkovsky *et al*, "Cervical Cancer Control in Latin America: A Call to Action", *Cancer*, 2016.

64. Ibid.

65. R Ulloa-Gutierrez, "Vaccine-preventable diseases and their impact on Latin American children", *Expert Reviews Vaccines*, 2011.

66. S Trumbo *et al*, "Vaccination legislation in Latin America and the Caribbean", *Journal of Public Health Policy*, 2013.

67. "Affordable vaccines key to scale up HPV vaccination and prevent thousands of avoidable cervical cancers", IARC, Press Release 250, February 2nd 2017. Disponível em: http://ecancer.org/news/10959-affordable-vaccines-key-to-scale-up-hpv-vaccination-and-prevent-thousands-of-avoidable-cervical-cancers.php

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

precisão satisfatória; uma proporção suficiente da população afetada por uma condição para tornar o exame vantajoso; a capacidade do sistema de saúde de intervir, caso o exame resulte positivo; e intervenções de exame e uso de exames e tratamentos precoces suficientemente baratos, de modo que o custo geral seja inferior ao tratamento direto da doença em estágio pleno.

Na prática, mesmo em países desenvolvidos, o requisito de precisão restringe o uso do exame a algumas poucas regiões conhecidas pela incidência de câncer. Os mais comuns, internacionalmente, são o de colo de útero, mama, cólon ou reto e estômago. Em seguida, como explica o Dr. Murillo, o "exame é caro, e nós devemos basear sua utilização na relação entre custos e benefícios". Zoss concorda: "Alguns métodos de exame vantajosos em países de alta renda simplesmente não podem ser aplicados em situações de recursos limitados". É difícil enfatizar o suficiente o efeito que a economia possui sobre as políticas da região. Dr. Murillo, por exemplo, observa que um dos maiores desafios recentes aos programas de exame da Colômbia foi a queda no valor de sua moeda em relação ao dólar americano, em que muito do equipamento utilizado é cotado. "Você pode planejar, mas se seu orçamento cai em 30% dessa forma, não é possível fazer nada a respeito".

Um exemplo claro de como o custo torna o exame proibitivo é o câncer de estômago, do qual a América Central e do Sul apresentam algumas das maiores taxas de incidência no mundo.[68] Nenhum país da região tem um programa que abranja toda a população para isso, apesar de um estudo na Costa Rica utilizando exame de raios-X ter constatado que isso pode reduzir a taxa de mortalidade em 50%.[69] O alto custo, entretanto, torna a intervenção insustentável, exceto para populações específicas, como o programa chileno para avaliar os indivíduos acima de 40 anos com histórico familiar da doença e uma úlcera existente.[70]

Até a data, as considerações de custo também afetaram a resposta ao câncer de cólon e reto, que aumenta notavelmente com a adoção de um estilo de vida análogo ao dos países desenvolvidos. Atualmente, afirma o Dr. Murillo, "fazer o exame de cólon e reto não traria vantagem de custo-benefício para a maioria dos países da região; entretanto, eles devem considerar o momento ideal para iniciar a prática" — porque o risco para essas populações está em crescimento e porque o aumento do PIB torna a intervenção mais acessível financeiramente. Entre os países estudados, apenas o Uruguai e a Argentina organizaram até o momento programas nacionais de exame de câncer do cólon e reto, embora o Brasil, Chile e Equador tenham conduzido pilotos.[71] O Paraguai também deu início a um único programa de testes análogo este ano, afirma o Dr. Rolón. Esse é um exemplo claro de como bons dados de registro são necessários para boas políticas.

Na prática, o exame na América Latina está fortemente relacionado ao câncer do colo de útero e, em menor grau, apesar de significativo, ao câncer de mama. Uma análise próxima de ambos revela o problema e o potencial do exame na região.

O exame voltado para os dois tipos de câncer mais comuns que afetam as mulheres na América Latina possui um grande potencial evidente. Infelizmente, os programas costumam não fazer jus a esse potencial. Estudos de instituições específicas no Brasil, Colômbia e Chile, por exemplo, constataram que a proporção de mulheres que apresentavam-se com câncer do colo do útero no estágio 1 — quando as chances de tratamento são as melhores — estava em cerca de 20%, equivalente a quase metade da proporção global de 42%.[72]

68. Monica Sierra *et al*, "Stomach cancer burden in Central and South America", *Clinical Epidemiology*, 2016.

69. Y Yuan, "A survey and evaluation of population-based screening for gastric cancer", *Cancer Biology and Medicine*, 2013.

70. Ibid.

71. M Sierra and D Forman, "Burden of colorectal cancer in Central and South America", *Cancer Epidemiology*, 2016.

72. Bychkovsky *et al*, "Cervical Cancer Control in Latin America."

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Cada um dos 12 países estudados possui um programa nacional estabelecido para exame do câncer do colo de útero, sendo que todos oferecem a técnica de exame tradicional, conhecida como Teste de Papanicolaou, através do sistema público de saúde. Um método mais recente é a Inspeção Visual através do Ácido Acético (VIA). Este último é menos comum na região, embora a Bolívia, Colômbia e Peru tenham programas de teste do tipo "ver e tratar" em áreas remotas; esse tipo de exame também está disponível no setor público na Argentina e na Costa Rica.[73]

A taxa de mortalidade do câncer do colo de útero vem diminuindo na região, mas é difícil avaliar a contribuição desses programas a esse resultado, sendo desigual no melhor dos casos. Primeiramente, a adoção desse serviço universalmente gratuito é, em geral, baixa. Os dados do LACCS mostram que, em média nos países estudados, apenas metade (51%) da população-alvo foi avaliada nos últimos anos. Em quatro países estudados — Bolívia, Costa Rica, Equador e Panamá — a cobertura é de apenas 35% ou menos, apesar de alguns desses países terem programas de exame estabelecidos há tempos.

A má qualidade do atendimento e integração do paciente ao resto do sistema de saúde explica em grande parte esses números. Por exemplo, na Costa Rica, as mulheres normalmente precisam fazer seus próprios agendamentos para exame, em vez de as autoridades de saúde entrarem em contato com a população-alvo.[74] Enquanto isso, no Brasil, 10% das raspagens do Papanicolaou são ilegíveis.[75]

Mais impressionante é o impacto da integração ruim nos sistemas de saúde. Dr. Murillo observa que a Colômbia "possui quase 80% de cobertura de raspagem do Papanicolaou, mas cerca de 30% a 40% das lesões não são tratadas porque as mulheres não possuem acesso à confirmação do diagnóstico ou tratamento. A Colômbia reduziu a taxa de mortalidade do câncer do colo de útero, mas em grande parte entre as mulheres de status socioeconômico alto e médio". Esses problemas não estão limitados à Colômbia. Embora os dados sobre o acompanhamento clínico aos testes positivos sejam escassos, a Bolívia e o México aparentemente também têm problemas nessa área.[76] (O acesso ao tratamento é discutido no Capítulo 6.)

Os problemas que cercam o exame do câncer de mama diferem nos detalhes, mas o quadro geral é semelhante. Existem diretrizes para a mamografia em todos os 12 países estudados. Essas avaliações são gratuitas em todos os países, exceto Panamá e Paraguai.[77] A OMS estima que para fazer a diferença, tais programas precisam atingir cerca de 70% da população-alvo. Entre os países estudados onde os dados estão disponíveis, nenhum chega perto. Na Colômbia, o número é de 54%, mas no Chile, Costa Rica e Argentina, ele fica entre 32% e 46%, enquanto no México é de apenas 22%.[78] "É por isso que ainda observamos um grande número de mulheres que morrem de câncer de mama e de câncer do colo do útero no México", explica o Dr. Mohar.

Problemas com a estrutura do programa, qualidade do serviço e falta de infraestrutura também comprometem sua efetividade. Na região, o exame do câncer de mama normalmente depende de que as mulheres o solicitem para os profissionais da saúde.[79] Dr. Pradier diz que mesmo a Argentina, com um programa relativamente avançado para a América Latina, "tem muito trabalho a fazer em termos de precisão e avaliação", e Dr. Mohar observa que o México precisa de mais radiologistas e técnicos treinados. Além disso, em geral, o equipamento para a mamografia na região está com baixa disponibilidade e, em certas áreas, até 20% deles precisam de reparos.[80]

73. Ibid.

74. I Quirós Rojas, "The cervical cancer prevention programme in Costa Rica", *ecancermedicalscience*, 2015.

75. Bychkovsky *et al*, "Cervical Cancer Control in Latin America".

76. R Murillo *et al*, "Cervical cancer in Central and South America: Burden of disease and status of disease control", *Cancer Epidemiology*, 2016.

77. S Luciani *et al*, "Cervical and female breast cancers in the Americas: current situation and opportunities for action", *Bulletin of the World Health Organisation*, 2013.

78. A Di Sibioa *et al*, "Female breast cancer in Central and South America", *Cancer Epidemiology*, 2016.

79. G Nigenda *et al*, "Breast cancer policy in Latin America: account of achievements and challenges in five countries", *Global Health*, 2016.

80. Goss *et al*, "Planning cancer control in Latin America".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

As desigualdades resultantes — diferenças substanciais na participação entre pobres e ricos, que têm melhor acesso a tratamentos — são previsíveis. Como no câncer do colo do útero, o resto do sistema de saúde responde lentamente ao exame do câncer de mama: no México e no Brasil, o tempo médio de espera entre o primeiro contato com o serviço de saúde e o tratamento inicial é de sete meses, com a maior parte desse tempo utilizada na espera da confirmação do diagnóstico.[81, 82, 83, 84, 85] Por fim, a apresentação tardia — uma dificuldade que o exame deveria supostamente resolver — permanece sendo um dos principais problemas. Diversos estudos no Brasil, Chile e Colômbia constataram que cerca de 20% das mulheres ou menos apresentam-se com o câncer de mama em estágio 1. No México, esse número é de cerca de 10%.[86] Nos países desenvolvidos, é por volta de 40% a 50%.[87, 88]

Uma exceção notável entre os países estudados é o Uruguai. Possível local de nascimento da mamografia moderna, o país foi definitivamente um pioneiro no uso da técnica baseado na população, com um programa organizado datando de 1990. É de alta qualidade e bem financiado, mas provavelmente atrai a maior atração internacionalmente por ser, talvez, o único programa de exame no mundo que, desde 2006, é obrigatório por lei para as mulheres que desejam trabalhar. Embora os dados não sejam divulgados, membros do ministério da saúde não acreditam que o decreto que torna a participação obrigatória tenha tido muito efeito, uma vez que a cobertura já era alta em 2005 (75% da população-alvo). Seja qual for o motivo por trás da participação, o Uruguai mostra que o exame pode ter um impacto na América Latina: 40% dos seus cânceres de mama são diagnosticados no estágio 1.[89]

Em geral, portanto, os países latino-americanos estudados observaram progressos importantes em aspectos específicos da prevenção. Entretanto, ainda existem falhas substanciais, e as falhas relacionadas ao exame, em particular, mostram que fraquezas mais amplas do sistema de saúde precisam ser resolvidas.

81. Strasser-Weippl *et al*, "Progress and remaining challenges".

82. Nigenda *et al*, "Breast cancer policy in Latin America".

83. A Amadou, "Breast cancer in Latin America: global burden, patterns, and risk factors", *Salud Pública de México*, 2014.

84. S Sosa-Rubí *et al*, "Práctica de mastografías y pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México", *Salud Pública de México*, 2009.

85. Goss *et al*, "Planning cancer control in Latin America".

86. N Justo *et al*, "A Review of Breast Cancer Care and Outcomes in Latin America", *Oncologist*, 2013.

87. J Iqbal *et al*, "Differences in Breast Cancer Stage at Diagnosis and Cancer-Specific Survival by Race and Ethnicity in the United States", *JAMA*, 2015.

88. S Walters et al, "Breast cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK, 2000-2007: a population-based study", *British Journal of Cancer*, 2013.

89. E Dowling *et al*, "Breast and cervical cancer screening programme implementation in 16 countries", *Journal of Medical Screening*, 2010; Sophie Arie, "Uruguay's mandatory breast cancer screening for working women aged 40-59 is challenged", *BMJ*, 2013.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

CAPÍTULO 5
ORÇAMENTOS E RECURSOS PARA CONTROLE DO CÂNCER — INSUFICIENTES PARA O QUE VEM PELA FRENTE

Ainda mais do que em outras áreas, os orçamentos e recursos para controle do câncer variam significativamente nos países estudados: alguns têm bom desempenho, outros nem tanto. Entretanto, eles têm diversos problemas em comum, incluindo gastos relativamente baixos com saúde e controle do câncer, deficiências na infraestrutura de controle do câncer e recursos humanos insuficientes. Em geral, os orçamentos, pessoal, equipamentos e outros recursos para controle do câncer ainda precisam de reforço para atender às necessidades atuais. Com o número de casos na região crescendo rapidamente, Dr. Mohar alerta que "não há recursos humanos ou outros recursos suficientes para atender à demanda".

Gastos insuficientes com saúde e controle do câncer

Em vez de observar os gastos com o câncer de forma isolada, o Professor Knaul diz: "É preciso perguntar: 'Nós temos um sistema de saúde com falta de fundos'? Afinal, cuidados e controles eficientes para o câncer exigem sistemas de saúde robustos para desempenhar as funções essenciais de administração, financiamento, execução e geração de recursos humanos". Nos países estudados, a falta de recursos fica evidenciada pelos padrões utilizados para a avaliação.

Um estudo de 2017 da *The Lancet* observou em detalhes as mudanças ao longo do tempo no financiamento do setor de saúde em 184 países.[90] À primeira vista, observando através do prisma das amplas categorias de renda do Banco Mundial, a maior parte dos 12 países estudados tem bom desempenho em comparação aos seus homólogos. Como mostra a tabela 6, os países estudados de renda média alta e renda média baixa — excetuando-se o Peru — gastam mais, per capita, com saúde do que outros estados ao redor do mundo nas mesmas categorias de renda. Esses países estudados apresentam, também, uma partição semelhante aos seus homólogos em termos de gastos do governo em comparação com gastos próprios.

Tabela 6: Gastos nacionais com saúde e suas fontes, 2014

	Gasto total com saúde per capita (US$)	Gasto total com saúde como % do PIB	Gasto governamental com saúde como % do total	Gasto de convênios como % do total	Gastos próprios como % do total	Assistência ao desenvolvimento como % do total
Estados de renda média baixa						
Bolívia	404	6,3%	70,2%	3,4%	23,1%	3.3%
Média de todos os países de renda média baixa	*267*	*4,3%*	*35,9%*	*3,1%*	*58,0%*	*3,0%*

[90] J Dieleman *et al*, "Evolution and patterns of global health financing 1995–2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries", *The Lancet*, 2017.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Tabela 6: Gastos nacionais com saúde e suas fontes, 2014 (continuação)

	Gasto total com saúde per capita (US$)	Gasto total com saúde como % do PIB	Gasto governamental com saúde como % do total	Gasto de convênios como % do total	Gastos próprios como % do total	Assistência ao desenvolvimento como % do total
Estados de renda média alta						
Argentina	1.322	4,8%	55,8%	13,2%	30,9%	0,0%
Brasil	1.357	8,3%	45,9%	28,5%	25,5%	0,1%
Colômbia	975	7,2%	71,9%	9,5%	15,3%	3,2%
Costa Rica	1.418	9,3%	73,1%	1,8%	25,0%	0,0%
Equador	1,071	9,2%	48,8%	2.2%	485%	0.5%
México	1,088	6,3%	51,7%	4,2%	44,0%	0,1%
Panamá	1,743	8,00%	72,50%	4,50%	22,30%	0,80%
Paraguai	863	9,8%	45,6%	4,6%	49,3%	0.5%
Peru	626	5,20%	63,30%	6,30%	30,00%	0,40%
Média dos países estudados de renda média alta	1,163	7.57%	58.73%	8.31%	32.31%	0,64%
Média de todos os países de renda média alta	*914*	*5,90%*	*57,20%*	*8,70%*	*33,80%*	*0,30%*
Estados de renda alta						
Chile	1,780	7,8%	49,5%	19,0%	31,5%	0,0%
Uruguai	1,837	8,6%	71,2%	13,2%	15,6%	0,0%
Média dos países estudados de renda alta	*1.809*	*8,2%*	*60,4%*	*16,1%*	*23,6%*	*0,0%*
Média de todos os países estudados de renda alta	*5.221*	*11,7%*	*63,4%*	*22,7%*	*13,9%*	*0,0%*

Fonte: Dieleman *et al*., "Evolution and patterns of global health financing 1995–2014", *Lancet*, 2017

Essa conclusão reconfortante, no entanto, apresenta diversos problemas. O primeiro é que, em termos absolutos, mesmo a média global de países de renda média alta para gastos com saúde per capita (US$ 914) não são elevados. A média dos países de renda alta (US$ 5.221) é mais de cinco vezes maior, e a quantia gasta pelos dois países estudados, que agora estão nessa categoria — Chile e Uruguai — é, atualmente, equivalente apenas a um terço da quantia gasta por seus homólogos desenvolvidos. Não há como negar este fato: nos países estudados, o financiamento do setor de saúde é substancialmente limitado em comparação aos países desenvolvidos, que têm seus próprios problemas para financiar o tratamento do câncer.

Além disso, as categorias de renda do Banco Mundial são abrangentes. O autor do artigo da *Lancet* observou que os gastos totais com saúde e as fontes de financiamento do setor de saúde variam considerável e previsivelmente de acordo com o desenvolvimento econômico: países mais riscos tendem a pagar mais per capita, e governos mais ricos tendem a ter maior participação nisso. Com base em dados mundiais das últimas duas décadas, ele gerou um modelo econômico para mapear como essas variações

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

ocorriam, em média, com o crescimento. Usando esse modelo, ele então comparou a situação efetiva de cada país com a que poderia ser esperada com base em seu nível de PIB atual. Assim, é possível obter uma impressão mais precisa sobre a posição de cada país estudado levando em conta seu nível de renda.

Tabela 7: Gastos nacionais com saúde e suas fontes em relação à cota modelada, 2014

	Gasto total com saúde em relação ao gasto total com saúde modelado (%)	Cota do gasto total com saúde por parte do governo, em relação à cota modelada (%)	Cota do gasto total com saúde por convênio, em relação à cota modelada (%)	Cota do gasto total com saúde por despesas próprias, em relação à cota modelada (%)	Cota do gasto total com saúde por assistência ao desenvolvimento, em relação à cota modelada (%)
Argentina	65,2%	77,2%	475,9%	124,3%	30,8%
Bolívia	110,7%	128,8%	225,1%	59,0%	68,2%
Brasil	131,4%	70,0%	1104,9%	81,0%	33,1%
Chile	111,6%	70,8%	693,3%	115,4%	3,3%
Colômbia	118,8%	113,1%	394,1%	46,0%	586,2%
Costa Rica	147,8%	112,5%	71,1%	78,0%	8,3%
Equador	153,4%	78,5%	96.8%	139,9%	59,0%
México	97,7%	77,9%	161,4%	142,9%	45,1%
Panamá	116,5%	104,8%	163,9%	79,6%	758,5%
Paraguai	169,9%	77,2%	239,1%	133,7%	25,0%
Peru	87,6%	101,4%	276,0%	87,0%	48,7%
Uruguai	126,1%	103,3%	485,1%	55,2%	6,8%
Média dos países estudados	119,7%	93,0%	365,6%	95,2%	139,4%

Fonte: Dieleman *et al*, "Evolution and patterns of global health financing 1995–2014", *The Lancet*, 2017.

Na tabela 7, se os gastos totais com saúde de um país e as fontes de financiamento para tal estiverem de acordo com as normas globais associadas ao seu nível de PIB, todos os seus resultados serão 100%. Entretanto, a situação é bem diferente nos países estudados. Em vez disso, os resultados — embora variem consideravelmente entre os países, em certos casos — levam a diversas conclusões gerais.

A primeira é que, dados os níveis de PIB, a quantia total de dinheiro direcionada ao setor de saúde nesses países é, em média, cerca de 20% acima do esperado. O problema é que esse número não resulta de gastos do governo, que é responsável por apenas 93% da contribuição associada aos níveis atuais de desenvolvimento econômico nos países estudados. Em vez disso, um mercado de convênios particulares inflado — tendo em vista as normas globais — desempenha um papel principal no financiamento. A cifra de gastos do governo inclui o financiamento do setor público de saúde e dos sistemas de assistência social, que fornecem a maior parte dos cuidados nos países estudados. Isso sugere uma importante desigualdade no financiamento: a maioria dos pacientes receberá acesso a menos recursos de saúde do que poderiam ser previstos com base no nível de desenvolvimento econômico dos respectivos países, mas a minoria com convênio terá acesso a recursos substanciais.

Igualmente digno de nota é o fato de que os países estudados estão divididos em dois grupos de forma que parece não relacionada ao nível de desenvolvimento econômico. Em seis deles, os governos e

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

sistemas de assistência social pagam uma proporção maior das despesas com saúde do que se poderia prever, mas nos outros seis, o estado cobre apenas de 70% a 80% do nível esperado.

Por fim, é preocupante notar que, no longo prazo, a maioria dos países estudados não acompanha o ritmo de aumentos nos gastos com saúde realizados por seus homólogos. Esse problema é particularmente relevante para os nove estados de alta-média renda estudados, que observaram um aumento no total de gastos com saúde per capita de apenas 3,9%, em média, entre 1995 e 2014, em comparação a 5,9% para o mesmo grupo de renda em todos os países (ver tabela 8). Isso ocorre a despeito do crescimento substancial do PIB nas últimas duas décadas para os países estudados e na América Latina como um todo. Como observa o Dr. Cazap: "Os problemas na região são dominados pelas considerações econômicas, e o problema é que a saúde costuma ser um ministério fraco no gabinete". Dr. Vargas concorda: "Os países da nossa região não tiveram êxito ao convencer o governo acerca da importância dos serviços de saúde, e a burocracia freou a melhoria durante anos".

Tabela 8: Velocidade das mudanças anuais nos gastos totais com saúde per capita, 1995 a 2014 (%)

Estados de renda média baixa	
Bolívia	5,2%
Média de todos os países de renda média baixa	*5.0%*
Estados de renda média alta	
Argentina	-0,6%
Brasil	3,3%
Colômbia	27%
Costa Rica	4,6%
Equador	8,0%
México	2,9%
Panamá	4,8%
Paraguai	4,7%
Peru	4,4%
Média dos países estudados renda média alta	*3,9%*
Média de todos os países de renda média alta	*5,9%*
Estados de renda alta	
Chile	4,1%
Uruguai	2,9%
Média dos países estudados de renda alta	*3,5%*
Média de todos os países estudados de renda alta	*3,0%*

Fonte: Dieleman et al., "Evolution and patterns of global health financing 1995–2014," *The Lancet*, 2017.

A dimensão geral dos orçamentos do setor de saúde na região é apenas parte do problema de financiamento. Como em grande parte do planeta, a transição epidemiológica não foi acompanhada por uma mudança correspondente nas prioridades de financiamento do setor de saúde em direção a DNTs, incluindo o câncer. O Dr. Lopes observa que, após décadas de foco — apropriado — sobre as doenças

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

infecciosas, "nossos sistemas e a forma de pensar dos oficiais de saúde pública não se voltaram para as DNTs", com um efeito previsível sobre as distribuições orçamentárias. Esse problema não se restringe à América Latina, observa o Dr. Cazap. O dinheiro costuma estar disponível para projetos de DNTs, ele afirma, "mas se você tentar introduzir ações que mudam a estrutura do sistema de saúde (para melhor atender às DNTs), os financiadores internacionais e os governos perdem o interesse".

Parte do problema do câncer é simplesmente o custo. Durstine observa que certas intervenções de alto custo podem salvar apenas algumas vidas efetivamente em um dado país. Ela recorda que, ao defender originalmente o uso da vacina contra o HPV em uma época em que era muito mais cara do que é hoje, "os ministros da saúde diziam: 'Por que deveria gastar o equivalente a todo o orçamento de vacinação infantil com isso'? O câncer é muito caro, e as decisões políticas acerca da doença são essencialmente baseadas na economia".

Tabela 9: Custo médico por paciente de novos casos de câncer, 2009 (US$)

Uruguai	26,63
Chile	15,09
Argentina	12,20
México	11,46
Costa Rica	10.42
Média dos 12 países estudados	**9,29**
Panamá	9,12
Brasil	8,04
Colômbia	5,96
Peru	4,90
Equador	3,59
Paraguai	2,19
Bolívia	1,82
Estados Unidos	460,17
Japão	243,70

Fonte: Goss et al., "Planning cancer control in Latin America", 2013.

Dados concretos sobre os gastos com o câncer como proporção dos orçamentos de saúde não estão disponíveis, mas o impacto combinado de pequenos orçamentos de saúde geral e a baixa prioridade dada aos gastos com o câncer fica claro no dinheiro disponível para tratamento. A quantia média gasta por caso da doença nos 12 países estudados em 2009 foi pouco acima de US$ 9, duas ordens de magnitude a menos que os números para o Japão ou Estados Unidos (ver tabela 9).

Outras áreas para controle do câncer também recebem pequenas quantias. O Chile, por exemplo, gastou US$ 12 milhões com pesquisas sobre o câncer em 2012, enquanto o orçamento de pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (NCI) dos Estados Unidos foi de US$ 4,9 bilhões, ou 6,7 vezes mais como proporção do PIB. O governo do Chile, no entanto, é um dos apoiadores mais generosos a pesquisas na região. Os governos da Bolívia, Paraguai e Uruguai gastam muito menos nessa área.[91, 92]

Houve certo aumento nos gastos em países específicos desde que os números de 2009 foram divulgados. O Plano Esperanza do Peru levou os gastos do Estado com o controle do câncer de 2,3% do orçamento de saúde para 6%[93] — próximo do padrão europeu.[94] O plano de câncer da Colômbia também tinha um orçamento protegido e, de acordo com uma pesquisa do The Economist Intelligence Unit para o LACCS, o ministério da saúde peruano afirma que mais de 17% dos seus gastos destinam-se ao combate contra o câncer. O Brasil e o Uruguai, em contrapartida, aumentaram seu investimento nas avaliações de Tomografia por Emissão de Pósitrons/Tomografia Computadorizada (PET/TC), e o Brasil e o México introduziram maior treinamento na área de oncologia.[95]

Esses exemplos isolados, no entanto, não alteram o quadro geral. Uma análise de 2015 acerca do

91. Jimenez *et al*, "Snapshot of Cancer in Chile".

92. C Rolfo *et al*, "Cancer clinical research in Latin America: current situation and opportunities", *ESMO Open*, 2016.

93. Peru Ministry of Health, *Principales Resultados del INEN para la Prevención y el Control del Cáncer en el Marco del Plan Esperanza Julio 2011 - Setiembre 2016*, 2016.

94. B Jönsson *et al*, *Comparator Report on Patient Access to Cancer Medicines in Europe Revisited*, IHE Report 2016:4.

95. Strasser-Weippl *et al*, "Progress and remaining challenges".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

controle do câncer na América Latina observou poucas mudanças nos anos recentes no quesito de financiamento.[96] Além disso, observa o Dr. Medici, enquanto em áreas como prevenção os governos estão aumentando seus orçamentos, "a velocidade de crescimento, eficácia e eficiência dos gastos é muito baixa na maioria dos países da América Latina e Caribe. Provavelmente, ela é insuficiente para resolver o crescente o problema do câncer na região".

Recursos humanos insuficientes

Um histórico de investimentos limitados teve um efeito previsível sobre os recursos humanos. Dr. Lopes observa que, para pessoas de fora da região, "a falta de recursos destinados ao combate ao câncer é surpreendente. Nós temos que fazer o melhor com o que temos".

Uma área problemática é a de recursos humanos especializados. Embora a razão de 111 novos casos de câncer por oncologista clínico por ano no Uruguai seja melhor do que a de muitos países desenvolvidos, incluindo os Estados Unidos, no Panamá e no Chile esse número fica acima de 500. O México — mesmo após um aumento de 55% na quantidade desses especialistas entre 2012 e 2014 — ainda assim só tinha um oncologista para cada 420 casos.[97, 98] Dr. Mohar reconhece o trabalho árduo dedicado a aumentar o número desses especialistas no México, mas acredita que o ritmo de melhoria ainda é insuficiente. "Os recursos humanos são um problema ainda maior que a questão financeira, porque a velocidade de aumento nos casos está muito mais rápida. Nós precisaremos dobrar a força de trabalho [para satisfazer as crescentes necessidades], mas são necessários 12 anos, no mínimo, para treinar um oncologista". Portanto, otimizar os recursos humanos é um componente fundamental do planejamento do PNCC do país, acrescentou ele.

Outros clínicos especializados também estão em falta. Um estudo recente constatou que todos os países estudados, exceto o Chile e o Uruguai, que não foram abordados, apresentaram número insuficiente de radio-oncologistas. Com exceção da Costa Rica, todos também precisavam de mais físicos médicos.[99] A falta de enfermeiros em geral é um problema na América Latina, e para enfermeiros especializados em câncer, a escassez pode ser extrema. No Brasil, por exemplo, entre 2005 e 2013, havia apenas 150 enfermeiros qualificados como especialistas em oncologia.[100] TO Instituto Nacional do Câncer (NCI) dos Estados Unidos estima que São Paulo necessita de 300 enfermeiros para lidar com seus casos de câncer.[101]

Analisando o quadro geral, o Professor Jimenez afirma: "Cirurgiões adequadamente treinados para lidar com necessidades médias e complexas são raros, assim como os radioterapeutas, enfermeiros, patologistas, etc, necessários. Minha maior frustração é que a comunidade política não entende que as soluções levam muitos anos — e eles estão adiando as iniciativas e a legislação".

Falhas na infraestrutura de controle do câncer

A disponibilidade da radioterapia é um indicador do investimento na infraestrutura de controle do câncer, e somente alguns países apresentam bom desempenho neste domínio do LACCS (ver tabela 17). Como observa Zoss: "Os recursos físicos e tecnológicos, e as máquinas normalmente utilizadas para diagnosticar e oferecer tratamento do câncer são insuficientes na América Latina".

A disponibilidade da tecnologia de radioterapia é um elemento-chave do tratamento de muitos cânceres. Como mostra a tabela 10, em 2013, os países estudados tinham muito menos dispositivos de radioterapia por 1 milhão de pessoas que os países desenvolvidos.

96. Ibid.

97. Ibid.

98. EIU calculations based on data from Jimenez *et al*, "Snapshot of Cancer in Chile".

99. N Datta *et al*, "Radiation Therapy Infrastructure and Human Resources in Low- and Middle-Income Countries: Present Status and Projections for 2020", *International Journal of Radiation Oncology*, 2014.

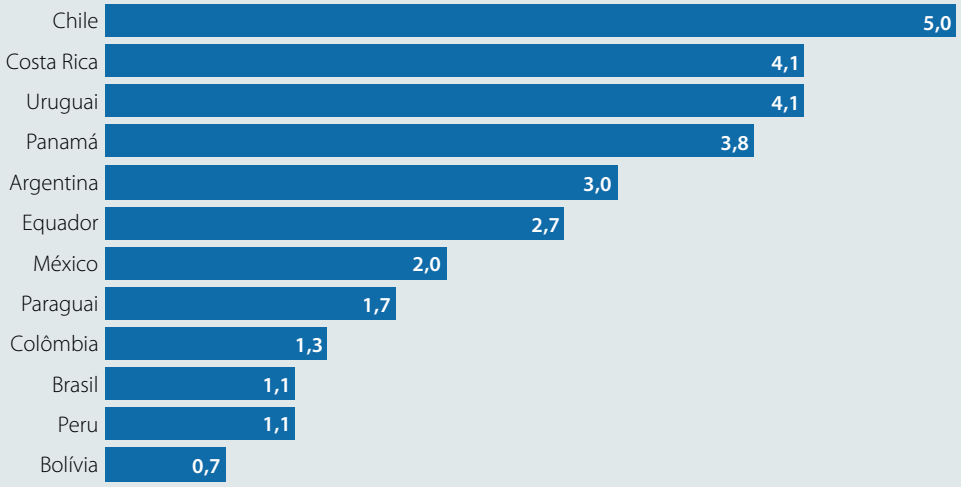
100. M Rivero de Gutiérrez, "The clinical practice of oncology nursing in Brazil: realities and challenges in the training of specialist nurses", *ecancermedicine*, 2014.

101. National Cancer Institute, *Human Resources for Treating New Cancer Cases in Brazil*. Disponível em: https://rrp.cancer.gov/programsResources/lowIncome/brazil.pdf.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 17

Resultados no domínio "Disponibilidade de radioterapia" do LACCS, 2017



Observação: este domínio examina a disponibilidade de radioterapia na América Latina. Isso é particularmente importante, pois o diagnóstico tardio aumenta a necessidade de radioterapia curativa ou paliativa. As pontuações brutas em cada domínio foram normalizadas a uma escala de 1 a 5 (com 1 sendo o pior, e 5 sendo o melhor) de maneira a permitir comparações entre os domínios.

Fonte: The Economist Intelligence Unit, The Latin America Cancer Control Scorecard (LACCS), 2017.

Tabela 10: Tecnologia de radioterapia em países selecionados, 2013

	Aceleradores lineares por milhão de habitantes	Máquinas de telecobalto por milhão de habitantes	Unidades de radioterapia por milhão de habitantes	Máquinas de telecobalto (% de todas as unidades)	Cobertura da radioterapia (%)
Uruguai	2,94	0,88	3,82	23,0%	112%
Argentina	1,93	0,82	2,75	29,8%	83%
Costa Rica	1,23	1,03	2,26	45,6%	84%
Brasil	1,43	0,31	1,74	17,8%	67%
Panamá	1,55	0,00	1,55	0,0%	77%
Colômbia	0,75	0,70	145	48,3%	78%
Peru	0,82	0,30	1,12	26,8%	66%
Chile	0,68	0,23	0,91	25,3%	101%
Paraguai	0,15	0,44	0,59	74,6%	51%
Bolívia	0,09	0,47	0,56	83,9%	44%
México	0,17	0,37	0,54	68,5%	70%
Equador	0,00	0,13	0,13	100,0%	61%
Média dos 12 países estudados	**0,98**	**0,47**	**1.45**	**32,6%**	**74%**
França	6,63	0,16	6,78	2,4%	108%
Japão	6,70	0,49	7.19	6,8%	108%
Estados Unidos	11,93	0,44	12,37	3,6%	206%

Fontes: WHO, General Health Observatory. Disponível em: http://apps.who.int/gho/data/node.main.510? lang=en; A Jemal *et al*, *The Cancer* Atlas, segunda edição, 2014. Disponível em: http://canceratlas.cancer.org/data/

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Novamente, isso é inapropriado até certo ponto. A incidência bruta de câncer é menor na América Latina em comparação a países mais ricos. Logo, o número muito superior de casos per capita na França requer que o país tenha substancialmente mais unidades de radioterapia que o Chile, por exemplo, para obter o mesmo nível de cobertura. Entretanto, a provisão atual não parece ser suficiente. O Atlas do Câncer, da Sociedade Americana do Câncer (ACS), que analisa as necessidades estimadas com base no número de casos de câncer em uma dada jurisdição, e a capacidade de suas máquinas, constatou que apenas dois dos países estudados — Chile e Uruguai — tinham o suficiente. Além disso, somente outros dois eram capazes de satisfazer mais de 80% de suas próprias necessidades. Outro estudo acadêmico utilizou duas métricas diferentes para medir a demanda, mas chegou a uma conclusão semelhante sobre o suprimento. Dependendo de qual dessas abordagens é utilizada, como um todo, os nove Estados de alta-média renda na região — todos incluídos no estudo — podem fornecer apenas 59% ou 76% da capacidade requerida de radioterapia.[102]

Os países da América Latina também foram menos ágeis em obter os equipamentos mais atualizados do que outras partes do mundo. Em 2013, na média dos países estudados, 33% das máquinas de radioterapia não eram aceleradores lineares, mas utilizavam a antiga tecnologia de cobalto-60. Nos países de renda média alta na região da Ásia-Pacífico, este número era de apenas 19% e, na África, de 29%.[103] Isso pode ser o reflexo de um problema maior. Uma análise de 12 auditorias de qualidade de instalações individuais na região constatou que esses documentos continham "muitas recomendações avisando os governos sobre a necessidade evidente de alocar mais recursos orçamentários para a radioterapia".[104]

Dr. Soria destaca o caso da Bolívia. "Por que temos tão poucos equipamentos?", pergunta. "Durante anos, as pessoas não compreenderam que estávamos migrando em nossa epidemiologia, apesar de termos todos os dados. Elas acreditavam que não precisávamos de aceleradores lineares. Teremos que investir o dinheiro, mas há pouca disposição para tal". Exceto se essa disposição surgir, o déficit em equipamentos em grande parte da região vai, inevitavelmente, implicar em longas filas de espera e tratamento abaixo do ideal para os pacientes de câncer.

Acesso limitado a medicamentos

Outra área de tratamento afetada pelos orçamentos restritos para controle do câncer é o acesso a terapias inovadoras com medicamentos. A aprovação regulatória de novas terapias para o câncer pode ser lenta. Como o tipo de câncer mais comum na América Latina é o câncer de pulmão, os pesquisadores do LACCS observaram os tratamentos cobertos para câncer de pulmão na Austrália, Canadá (província de Ontário), França, Alemanha e no Reino Unido para identificar uma amostra dos principais medicamentos para câncer mais antigos, mais recentes e inovadores comumente recomendados. Quase todos os países estudados colocaram em seu próprio formulário os quatro medicamentos mais antigos, todos datando da década de 1990. Entretanto, dos três medicamentos mais recentes — datando de meados da década passada — oito países estudados não tinham aprovado nenhum, e somente no Chile todos estavam disponíveis. Igualmente impressionante é a situação dos três medicamentos anticâncer de pulmão inovadores. Na altura da elaboração, nenhum país estudado havia aprovado para venda nenhum dos três medicamentos. Isso explica por que o domínio "disponibilidade de medicamentos" está entre os piores no LACCS (ver tabela 18).

102. E Zubizarreta *et al*, "Need for Radiotherapy in Low and Middle Income Countries –The Silent Crisis Continues", *Clinical Oncology*, 2015.

103. Ibid.

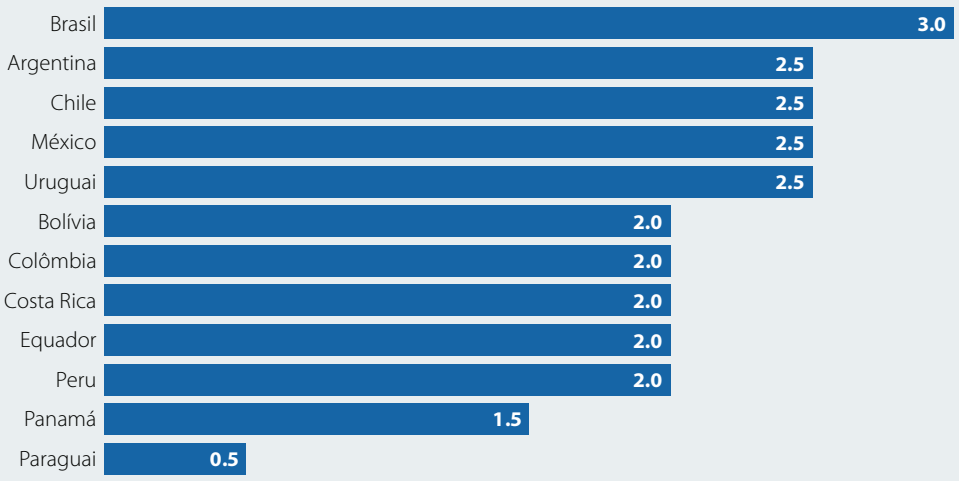
104. E Rosenblatt *et al*, "Quality audits of radiotherapy centres in Latin America: a pilot experience of the International Atomic Energy Agency", *Radiation Oncology*, 2015.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Embora o custo seja, em geral, citado como motivo para a lenta aprovação dos medicamentos para câncer, a falta de capacidade para julgar o valor de, e avaliar um preço apropriado para, novos medicamentos também atrasa a adoção de terapias inovadoras. Nas últimas duas décadas, foram organizados, embora lentamente, órgãos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (HTA) na região para fornecer conselhos sobre a relação custo-benefício — seja na forma de agências estatais, como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) no Brasil ou o Centro Nacional de Excelência Tecnológica em Saúde (CENETEC-SALUD) no México; ONGs, como o Instituto para Eficiência Clínica e Políticas de Saúde (INAHTA) da Argentina; ou parcerias público-privadas, como o Instituto de Avaliação Tecnológica em Saúde (IETS) da Colômbia. Presumivelmente, a propagação de tais HTAs pode proporcionar aos sistemas de saúde uma melhor ideia de quais novas tecnologias em saúde apresentam bom custo-benefício e compensam ser aprovadas, podendo acelerar, portanto, a tomada de decisões.

Gráfico 18

Resultados no domínio "Disponibilidade de medicamentos" do LACCS, 2017



Observação: este domínio examina a disponibilidade de medicamentos anticâncer selecionados e de morfina para o alívio da dor. O tipo de câncer mais comum na América Latina é o de pulmão. Os tratamentos recomendados no Reino Unido, Austrália, Canadá (província de Ontário), França e Alemanha foram usados para identificar uma amostra dos principais medicamentos anticâncer comumente recomendados mais antigos, mais novos e de última linha. A disponibilidade de medicamentos envolveu os principais formulários. O consumo de morfina está incluído como indicador substituto do tratamento de apoio e paliativo. Todas as pontuações são brutas e não foram normalizadas. As pontuações brutas em cada domínio foram normalizadas a uma escala de 1 a 5 (com 1 sendo o pior, e 5 sendo o melhor) de maneira a permitir comparações entre domínios.

Fonte: The Economist Intelligence Unit, The Latin America Cancer Control Scorecard (LACCS), 2017.

Entretanto, a aprovação em si não significa acesso. No Brasil, a constituição reconhece o direito à saúde. Assim que um medicamento é aprovado, os planos de convênio particulares precisam passar a fornecê-lo, mas eles só cobrem cerca de um quarto da população e nem sempre agem rapidamente. Aqueles que dependem do sistema público de saúde em geral precisam esperar mais tempo para que este ofereça remédios novos, às vezes até uma década, conforme o Dr. Lopes.

Como resultado, os pacientes estão usando as cortes para buscar seus direitos constitucionais. Entre 2012 e 2014, 3,9% de todos os pacientes de câncer com convênio particular no país obtiveram seus medicamentos através de ações judiciais, assim como 3,3% daqueles no sistema público. Em um desenvolvimento alarmante, o número de casos aumentou com o tempo. Na segunda metade de 2014, 4,8% de todos os pacientes brasileiros usaram os tribunais para obter os medicamentos que precisavam.[105]

[105] G Lopes, "Suing the state for access to cancer medications: The Brazilian experience", *Journal of Clinical Oncology*, 2015.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

A judicialização da medicina não se restringe ao câncer, nem ao Brasil. Na Costa Rica, entre 2007 e 2011, o número de ações judiciais sobre o acesso a medicamentos atingiu uma média de 200 por ano, cerca de metade das quais foram bem-sucedidas. Uma amostragem randomizada dessas ações demonstrou que pouco mais da metade estavam relacionadas ao tratamento do câncer.[106] A Argentina, Colômbia e Uruguai também viram uma considerável atividade judicial dessa espécie.[107, 108] O tempo é crucial para aqueles que lutam contra doenças fatais, e recorrer ao tribunal é a última coisa de que precisam.

Os cuidados paliativos em geral são inadequados

Um elemento final da infraestrutura de controle do câncer que está ausente em muitos países são os cuidados paliativos. Dr. Mohar observa: "Na América Latina, cerca de 60% a 70% [de pacientes do câncer] são diagnosticados em estágios avançados e com dores. A maioria, eventualmente, precisará dos cuidados paliativos". Infelizmente, o desenvolvimento dessa disciplina e das instalações adequadas vem sendo lento também na América Latina e, nas palavras de Zoss, "errático e sem um padrão bem definido".

Poucos países destacam-se como líderes. Conforme dados do Atlas dos Cuidados Paliativos na América Latina de 2012, o Chile tem 30% dos serviços de cuidados paliativos da região, embora esses sejam requeridos por apenas 3% de sua população. Em termos de serviços paliativos totais a cada 1 milhão de habitantes — a métrica padrão neste campo — a Costa Rica, Chile, Uruguai e Argentina não estariam em desvantagem em relação à Europa Ocidental (ver tabela 11).[109]

O Panamá, México e Colômbia estão se empenhando para acompanhar o padrão, tendo aprovado leis ou lançado políticas nacionais para cuidados paliativos desde 2010.[110] O progresso é real: o Panamá triplicou o número de beneficiários de cuidados paliativos entre 2010 e 2014.[111] Tas dificuldades correntes, entretanto, permanecem consideráveis. Como relata o Dr. Mohar: "Nas grandes cidades do México, há uma assistência médica adequada, porém não ideal. Em áreas rurais ou mesmo suburbanas, o acesso ao tratamento é limitado". Dr. Murillo acredita que "os cuidados paliativos ainda fazem falta" no controle do câncer na Colômbia.

Tabela 11: Serviços de cuidados paliativos totais por 1 milhão de habitantes

Chile	16,06
Costa Rica	14,65
Uruguai	7,00
Argentina	3,76
Panamá	2,64
México	1,06
Equador	0,83
Paraguai	061
Bolívia	0,58
Colômbia	0,50
Brasil	0,48
Peru	0,42

Fonte: T Pastrana *et al*, *Atlas of Palliative Care in Latin America*, 2012.

Entretanto, o número de serviços não conta toda a história. Para serem eficientes, os cuidados paliativos devem estar integrados ao sistema de saúde. Aqui, a região fica atrás dos países mais ricos. De acordo com a OMS e a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos, somente a Costa Rica, Chile e Uruguai atingiram o que eles chamam de "integração preliminar", que inclui conscientização sobre os cuidados paliativos por parte dos profissionais de saúde e comunidades locais. A maioria dos outros países é classificada como tendo apenas provisão isolada (ver tabela 19).[112]

106. O Norheim and B Wilson, "Health Rights Litigation and Access to Medicines: Priority Classification of Successful Cases from Costa Rica's Constitutional Chamber of the Supreme Court", *Health and Human Rights Journal*, 2014.

107. R Iunes *et al*, "Universal Health Coverage and Litigation in Latin America", World Bank en breve notes number 178, 2012.

108. V Abramovich and L Pautassi, "Judicial activism in the Argentine health system: Recent trends", *Health and Human Rights Journal*, 2013.

109. C Centeno *et al*, *EPAC Atlas of Palliative Care in Europe*, 2013.

110. E Soto-Perez-de-Celis *et al*, "End-of-Life Care in Latin America", *Journal of Global Oncology*, 2016.

111. The Economist Intelligence Unit, *The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world*, 2015.

112. S Connor and M Bermedo (eds.), *Global Atlas of Palliative Care*, 2014.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 19

Tratamento terminal na América Latina



Fonte: E Soto-Perez-de-Celis et al., "End-of-Life Care in Latin America".

A Argentina e o Paraguai ilustram o que esses números e classificações representam na prática. O primeiro possui o quarto maior número de serviços per capita e, de acordo com a OMS, uma "provisão generalizada". Dr. Cazap explica: "Nós temos alguns ativos, porém a integração real — no sentido de iniciar os cuidados paliativos tão cedo quanto a OMS recomenda — é, em geral, ruim". Muitos médicos estão confusos acerca de seu papel, ele adiciona, fazendo com que pacientes não recebam a assistência e suporte que precisam. "Os planejadores e especialistas compreendem a importância dos cuidados paliativos, e nós estamos no processo de tentar integrar os cuidados com mais eficiência, mas precisamos de mais integração — e uma integração mais real — de todos os envolvidos no controle do câncer".

Enquanto isso, com o oitavo maior número de serviços per capita entre os países estudados e pertencente à categoria de "provisão isolada" da OMS, o Paraguai "apresenta um déficit nos cuidados paliativos", de acordo com o Dr. Rolón. "Nós estimamos que 20.000 pessoas precisem dos cuidados paliativos, e só temos capacidade para cerca de 1.000 a 3.000". Um novo programa de residência médica paliativa iniciou o treinamento este ano, mas somente uma pessoa se inscreveu. O país, como grande parte da região, ainda tem muito a fazer.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

CAPÍTULO 6
A SUPERAÇÃO DE INEFICIÊNCIAS E DESIGUALDADES: AINDA HÁ MUITO A FAZER APESAR DO PROGRESSO

A escassez geral de recursos para tratar os problemas relacionados ao câncer na região não implica que o tratamento de alta qualidade está completamente indisponível. O Dr. Trimble observa que a América Latina tem "alguns excelentes hospitais do câncer que oferecem cuidados multidisciplinares muito bons", citando os institutos nacionais do câncer do Brasil e do México como exemplos. O Dr. Cazap concorda: "Frequentemente na região, instituições acadêmicas têm um atendimento de última geração". O problema, ambos ressaltam, é que essa não é a norma. Em vez disso, há uma vasta disparidade.

Os recursos limitados complicam o problema, assim como a corrupção endêmica e desperdício frequente, o que, segundo o Dr. Lopes, são comuns na região. Entretanto, o Professor Jimenez pontua que "não se trata apenas de dinheiro. Uma rede bem organizada para prevenção, exame, tratamento, sobrevivência e cuidados paliativos do câncer pode, certamente, fazer mais com a mesma quantia, ou um pouco mais, de dinheiro".

O problema fundamental é uma distribuição ineficiente de ativos para controle do câncer, dada a natureza e localização da necessidade. Isso é resultado de três problemas consideráveis e relacionados: a fragmentação nos sistemas de saúde da América Latina; disparidades na provisão com base no poder aquisitivo; e diferenças geográficas na provisão.

Legados históricos complexos no sistema de saúde

Para compreender essas barreiras para o controle do câncer, é necessária uma breve descrição dos sistemas de saúde e como eles se desenvolveram nos países estudados. Trata-se, novamente, de uma história sobre progresso substancial, mas longe de estar completo.

Inicialmente, é preciso reconhecer uma grande inconsistência entre aspiração e realidade nesses Estados. Dez dos 12 países estudados consagram o direito à saúde em suas constituições nacionais. Das exceções, a maioria das províncias da Argentina garante tal direito, e a Costa Rica é, possivelmente, o país que menos precisa de tal proteção, dada a condição relativamente boa de seu sistema de saúde atual.[113, 114]

Em contrapartida, fundos particulares ainda são um fator maior de contribuição para as despesas na América Latina em comparação ao resto do mundo. Nos países estudados, de acordo com dados do Banco Mundial, em média 40% dos gastos com o setor da saúde vieram de fontes privadas em 2014. Em cinco dos 12, esse número ultrapassa os 50%. Dos gastos privados com saúde nesses países, três-quartos (ou 30% de todos os gastos com saúde) vieram diretamente do bolso dos pacientes — muito acima da média global de 18%.

Esses gastos são frequentemente determinantes para o fornecimento de recursos para o tratamento do câncer: nos sete países para os quais os pesquisadores do LACCS encontraram dados, por exemplo, em

113. T Dmytraczenko and Gisele Almeida (eds.), *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries*, 2015; Fernando Torres and Oscar Acevedo, *Colombia Case Study: The Subsidized Regime of Colombia's National Health Insurance System*, 2013.

114. Abramovich e Pautassi, "Judicial activism in the Argentine health system".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

média 35% das máquinas de radioterapia estavam no setor privado. Isso levanta questões importantes sobre a desigualdade de acesso à saúde.

O problema não é novidade para os governos latino-americanos. Em todos os países estudados, a busca por maior acesso teve início — normalmente, nos anos seguintes à Segunda Guerra — com a criação de sistemas de saúde baseados em assistencialismo social, financiados por diversas combinações de deduções de salários de funcionários e contribuições do empregador. A cobertura diferia dependendo da natureza do emprego. De acordo com o país, podem existir sistemas diferentes para um ou mais dos funcionários e suas famílias de empresas privadas, setor público civil, exército e polícia. No Brasil, antes das reformas recentes, os sistemas de saúde diferiam de acordo com o setor onde o indivíduo trabalhava.

Embora a introdução e o desenvolvimento de sistemas baseado em assistencialismo social tenham fornecido grande parte da cobertura de saúde da população, seções substanciais foram ignoradas, especialmente aquelas nas margens econômicas, como os desempregados e os trabalhadores informais. Desde a década de 1990, diferentes governos latino-americanos — incluindo todos os 12 países estudados — tomaram, em diversos momentos, caminhos para fornecer certo nível de assistência médica para toda a população.

Dois deles — Brasil e Costa Rica — criaram sistemas consistentes com o entendimento comum internacional acerca da assistência médica universal. Em 1990, o Brasil dissolveu sua antiga rede de serviços de saúde baseada em assistencialismo social, que era complexa mesmo para padrões regionais, e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde financiado por fundos tributários aberto a todos.

A Costa Rica tomou um caminho diferente. Na década de 1990, foram atribuídas todas as responsabilidades do ministério da saúde para tratamento, prevenção e promoção de saúde ao sistema executado pela agência de assistência social do país, a Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). A CCSS ampliou o acesso aos seus serviços para incluir não apenas funcionários — que continuam a fazer contribuições com base na folha de pagamento — mas toda a população. Aqueles contemplados nesta nova classe de membros não precisam pagar nada, apesar de desfrutar de benefícios quase idênticos. Esta única agência de operação de assistência médica — um híbrido de assistência social e financiamento com fundos tributários — cobre mais de 90% dos habitantes do país, com o restante optando por convênios particulares.

Mais recentemente, em 2008, o Uruguai começou a se mover nessa direção, criando o Sistema Nacional Integrado de Saúde. O órgão de financiamento público desse sistema também coleta contribuições de assistência social de funcionários e fundos governamentais adicionais para cobrir aqueles que não fazem tais pagamentos. Em 2013, já havia coberto 69% da população, buscando crescer ainda mais.

Em vez de reestruturações do sistema em grande escala semelhantes, é mais comum encontrar na região mecanismos para preencher as lacunas deixadas pelos convênios particulares e assistência social. Na Colômbia, desde 1993, isso envolve convênios particulares subsidiados pelo governo para aqueles que não podem custear os planos convencionais, legalmente requeridos. Outros países criaram mecanismos de saúde distintos, abertos para todos aqueles sem outra forma de cobertura, como o Seguro Popular no México e o Seguro Integral de Saúde no Peru, ambos fundados em 2003. Em contrapartida, o Paraguai e o México tentaram, durante a última década, preencher a lacuna com a prestação de serviços gratuitos nas

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

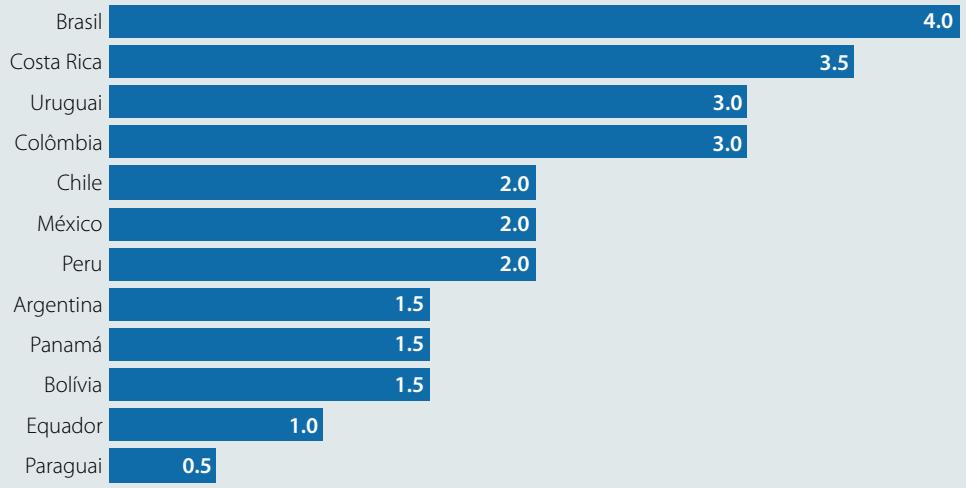
redes de hospitais e clínicas estatais, que existem concomitantemente às redes financiadas por assistência social e fundos privados.

Esses esforços são consideráveis. Um estudo da OPAS sobre a Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Peru e Uruguai, além da Guatemala e Jamaica, constatou que, coletivamente, mais 46 milhões de pessoas haviam obtido alguma forma de cobertura de convênio de saúde somente entre 2000 e 2015.[115] Logo, na área "financeira" do LACCS, as maiores pontuações agregadas podem ser encontradas para a disponibilidade de apoio financeiro para aqueles que precisam de tratamento contra o câncer.

Na pontuação agregada, entretanto, o domínio financeiro está entre os piores das seis áreas incluídos no LACCS — e uma área urgente a ser tratada pelos decisores políticos (ver tabela 20). Isso é resultado de outros elementos de financiamento relativamente ruins, incluindo os gastos com saúde do governo (tratado em detalhes no Capítulo 5) e gastos próprios.

Gráfico 20

Resultados no domínio "Finanças" do LACCS, 2017



Observação: Este domínio examina o apoio financeiro e os investimentos disponíveis para ajudar as pessoas a custear o tratamento do câncer. Todas as pontuações são brutas e não foram normalizadas. As pontuações brutas em cada domínio foram normalizadas a uma escala de 1 a 5 (com 1 sendo o pior, e 5 sendo o melhor).

Fonte: The Economist Intelligence Unit, The Latin America Cancer Control Scorecard (LACCS), 2017.

Como Dr. Vargas observa sobre a Costa Rica: "Não há dúvida de que a assistência médica universal tenha um grande impacto sobre o controle do câncer". Mas ele adiciona que ainda é necessário muito mais. A colcha de retalhos de cobertura na América Latina criou sistemas com desafios substanciais.

O impacto da fragmentação

A América Latina é notadamente fragmentada. Um estudo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) de 2014 analisou apenas o financiamento e pagamentos da assistência médica, sequer contemplando o fornecimento de cuidados. Para cada um dos seis atributos dos sistemas de saúde, constataram-se níveis no mínimo médios de fragmentação em pelo menos um dos seis países investigados (ver tabela 21).

[115] Dmytraczenko and Almeida (eds.), *Toward Universal Health Coverage.*

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 21

Níveis de fragmentação comparativos em seis países latino-americanos selecionados

Dimensão/ Indicador	Brasil	Colômbia	México	Equador	Chile	Costa Rica
Organizações	MÉDIA ALTA	ALTA	MÉDIA	BAIXA-MÉDIA	BAIXA-MÉDIA	BAIXA
Centralização do risco	BAIXA	BAIXA-MÉDIA	MÉDIA	BAIXA-MÉDIA	BAIXA-MÉDIA	BAIXA
Qualificação	BAIXA-MÉDIA	BAIXA-MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA	BAIXA	BAIXA
Benefícios	MÉDIA	BAIXA	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA	BAIXA
Prêmios/ Contribuições	BAIXA-MÉDIA	BAIXA-MÉDIA	MÉDIA	BAIXA-MÉDIA	MÉDIA	BAIXA-MÉDIA
Pagamentos	MÉDIA	ALTA	MÉDIA	BAIXA-MÉDIA	BAIXA	BAIXA

Fonte: T Bossert *et al*., "Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America," *Inter-American Development Bank Technical Note No. IDB-TN-585*, 2014.

A terminologia do estudo usada na tabela associada pode dar a impressão de menos fragmentação do que de fato existe. O Equador, por exemplo, com uma "fragmentação de baixo a média" para seu número de organizações de saúde, tem quatro sistemas distintos baseados em assistência social, um crescente serviço púbico de saúde e um pequeno número de convênios particulares. Mesmo no Brasil, com seu SUS universal, ainda há grande fragmentação graças às cerca de 1.600 operadoras privadas de convênio médico que, no agregado, cobrem cerca de um quarto da população.[116]

Além dos países estudados pelo BID, a fragmentação na região é, frequentemente, igualmente notável. Por exemplo, a Argentina — desconsiderando a provisão do ministério de saúde provincial para pessoas em suas jurisdições sem cobertura — possui seis ou sete sistemas, dependendo da definição considerada, afirma o Dr. Cazap. Cerca de 30% da população tem acesso a mais de um, ele adiciona. Por outro lado, no Paraguai, os sistemas de saúde para o exército e para polícia, assim como um hospital e clínicas operados pela Faculdade de Medicina da Universidade Nacional, não estão sob o controle do ministério da saúde, mas de outros departamentos governamentais.

Um grande número de atores não é necessariamente ruim. Dr. Lopes aponta: "É difícil ter um sistema que cubra 100 milhões de pessoas, mas há sistemas de saúde sólidos que têm uma combinação de elementos públicos e privados". O problema é que a forma como diferentes sistemas em países específicos interagem infere com o controle eficiência do câncer.

Até o momento, a discussão tratou em grande parte dos pagadores da assistência médica, sem considerar os provedores. Tipicamente, na América Latina, cada grande pagador — seja o sistema de assistência social, ministério da saúde, serviço de segurança ou operadora de convênio — tende a operar sua própria rede de prestadoras de cuidados de saúde. Isso frequentemente resulta na criação de

[116]. Bossert *et al*, "Comparative Review".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

sistemas paralelos, onde para se beneficiar de certos cuidados e equipamentos é necessário ter acesso a uma rede fechada específica. Como explica o Dr. Mohar sobre o México: "Se você pertence a um sistema, é preciso acessar sua infraestrutura específica". De forma semelhante, o Dr. Pradier observa que na Argentina, "diferentes sistemas cuidam da população em cada uma das nossas 24 províncias: hospital público para aqueles sem qualquer cobertura de saúde; planos de saúde provinciais ou nacionais; planos de saúde relacionados a sindicatos ou emprego; e plano de saúde particulares semelhantes à HMO (organização de manutenção da saúde) autofinanciada dos Estados Unidos". Infelizmente, em uma situação onde os recursos de controle do câncer estão em falta, isso pode indicar que a sobrevivência depende de pertencer ao sistema certo.

As barreiras entre os provedores nem sempre são rígidas. A Colômbia possui um sistema em grande parte de livre mercado, onde as seguradoras fazem contratos com todos os tipos de provedores de serviços de saúde. Por outro lado, no Brasil, se alguém tem convênio ou está disposto a pagar, é possível alternar entre o SUS e o setor privado. Na América Latina, a dificuldade de tais situações é a má comunicação entre os sistemas. Dr. Lopes afirma que o "maior problema" resultante da fragmentação é "que cada sistema não se comunica bem, interna ou externamente. Em geral, o que eles compartilham não são os registros médicos reais".

Os incentivos também frequentemente deixam de recompensar o atendimento integrado, centrado no paciente, que é a forma mais eficiente de tratar o câncer. Isso é particularmente evidente em provedores privados. Dr. Murillo explica que com múltiplas seguradoras é difícil coordenar os programas de saúde pública. Uma seguradora pode afirmar que possui serviços de oncologia, "mas pode ser apenas uma unidade de quimioterapia. Não há muito interesse em fornecer cuidados integrados ou cuidados paliativos". De forma semelhante, na experiência do Dr. Cazap, o setor privado é menos focado na área de exame do câncer, e menos ainda na prevenção, que o setor público.

Reorganizar os incentivos do sistema pode ter efeitos positivos. Dr. Trimble acredita que a alta taxa de sucesso do Chile em lidar com o câncer infantil é resultado da anuência do governo em pagar pelo tratamento de tais condições, mas insiste que os cuidados ocorrem em uma de quatro clínicas com tratamento integrado de alta qualidade e protocolos padronizados. Por outro lado, a Colômbia está prestes a começar a encorajar os provedores a criarem unidades clínicas integradas dentro das instalações de saúde que ofereçam não só oncologia, mas também serviços de suporte relacionados, como nutrição, cuidados paliativos, reabilitação e saúde mental.

As mudanças na região, entretanto, provavelmente ocorrerão lentamente, devido às barreiras sistêmicas altamente enraizadas. Dr. Mohar menciona uma reforma estrutural significativa nos cuidados contra o câncer que ele propôs alguns anos atrás, mas que não foi realizada: "O governo se comprometeu a efetuá-la, mas o sistema de saúde está estabelecido desde 1942".

Desigualdades de acesso entre ricos e pobres

Apesar dos esforços recentes para expandir o acesso à saúde, algumas pessoas são ignoradas pela colcha de retalhos de provisão resultante. A OPAS ainda cita regularmente seus dados de 2012 indicando que 30% das pessoas não têm acesso à assistência médica por motivos econômicos na América Latina e no Caribe.[117] Os países estudados são mais ricos, mas mesmo na Argentina, 36% dos habitantes não

[117] PAHO, *Health in the Americas*, 2012.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

têm convênio médico e dependem do serviço público. No Equador, o número é de 51%, o que explica a estratégia de tentar fornecer cuidados gratuitos através do ministério de saúde pública. Mesmo no México, apesar da rápida expansão do Seguro Popular, estima-se que 8% das pessoas não tenham cobertura.[118, 119]

Além disso, os esforços inegáveis da região para melhorar o acesso geral à saúde tiveram um impacto misto sobre o controle do câncer. Dr. Trimble observa que esforços para criar uma assistência médica mais universal "não cobrem todas as condições. Isso significa que eles escolhem quais pacientes podem acessar o sistema".

O Seguro Popular do México é um exemplo claro. Ele literalmente salvou a vida de algumas pessoas. O Professor Knaul classifica como "um luxo" poder trabalhar na conscientização sobre o câncer de mama no México: "Se eu puder promover a detecção precoce do câncer de mama, haverá o acesso aos medicamentos e tratamento que as mulheres precisam para sobreviver à doença. O dinheiro para tratamento não é o fator limitante". Dr. Mohar sustenta essa afirmação com números brutos: antes da introdução do esquema na Cidade do México, diz ele, 30% das pacientes abandonaram o tratamento do câncer em até 12 meses; três anos após o Seguro Popular começar a cobrir o câncer de mama, o número era de apenas 1%.

Entretanto, a cobertura, embora esteja em expansão, sempre foi restrita. Quando foi iniciado em 2003, o Seguro Popular pagava apenas pelo tratamento de câncer do colo de útero. A lista de cânceres aumentou consistentemente com os anos, e hoje inclui câncer de mama, de próstata, de cólon e do reto, dos testículos e dos ovários. Apesar disso, os cânceres com as quinta, sexta e sétima maiores taxas de incidência — os de pulmão, estômago e fígado — ainda não estão inclusos. Aqueles que os desenvolvem ainda enfrentam custos possivelmente catastróficos.[120] O prognóstico ruim vinculado aos cânceres não cobertos, independentemente do sistema de saúde, pode estar em jogo. Dr. Trimble observa que, conforme os países expandem a cobertura do câncer, eles tendem a direcionar seus recursos limitados àqueles com maiores possibilidades de tratamento.

O resultado de enfrentar o câncer sem cobertura de convênios ou outra rede de segurança é tão previsível como devastador. No Equador, cerca de metade dos gastos no setor de saúde foram despesas próprias em 2014 e, dependendo de como são definidos, entre 7% e 16% da população enfrentam gastos catastróficos com saúde em qualquer ano específico.[121] Como explica Merino: "A constituição garante tratamento grátis para doenças catastróficas, mas infelizmente o Estado está em falta ao cumprir seus compromissos". Ele relata que uma pesquisa conduzida por sua organização de famílias afetadas pelo câncer infantil constatou que 40% dos pacientes abandonaram o tratamento após o terem iniciado. Os dados não surpreendem, tendo em vista que 68% das famílias avaliadas têm renda inferior a US$ 400 por mês e quase todas as mães tiveram que abandonar o emprego para cuidar dos filhos.

De forma semelhante, embora o Paraguai agora ofereça assistência hospitalar gratuita, ela cobre apenas medicamentos anticâncer básicos. Palavras do Dr Rolón que valem a pena relatar. "Quando as pessoas descobrem que tem câncer, eles se desesperam por causa do vínculo mental entre dinheiro e o tratamento. Nós vimos famílias arruinadas porque tiveram que vender tudo para comprar remédios que o sistema público de saúde não fornece ainda. Uma pessoa com câncer altera todo o ecossistema da família: como os recursos são limitados, como o paciente precisa ser custodiado — isso é prejudicial ao tempo

118. Strasser-Weippl *et al*, "Progress and remaining challenges".

119. Bossert *et al*, "Comparative Review".

120. A Aggarwal *et al*, "The challenge of cancer in middle-income countries with an ageing population: Mexico as a case study", *ecancermedicalscience*, 2015.

121. F Knaul *et al*, "Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries", *Salud Pública de México*, 2011.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

gasto no trabalho e, portanto, às finanças da família. A família entra em colapso, exceto se alguém, como a assistência médica do setor público, interfere para impedir a queda".

Essas são situações extremas. Mais comumente, como mostram os resultados do domínio de finanças do LACCS, nos países estudados, mesmo aqueles com parcos recursos econômicos e nenhuma cobertura de convênio ou assistência social recebem certo tratamento contra o câncer. Aqui, entretanto, a disparidade na qualidade entre este tratamento e o recebido por aqueles com acesso a sistemas privados ou baseados em assistência social é um problema substancial.

Como pontua Zoss, em muitos países latino-americanos, as estruturas de saúde fragmentadas "fornecem um nível mínimo de assistência médica para os pobres e desempregados. Há uma alocação tendenciosa dos recursos e desigualdades no tratamento do câncer entre grupos populacionais". Redes públicas concebidas para atender aos pobres, embora certamente sejam melhor que nada, normalmente têm muito menos recursos per capita. A falta de interação entre os diferentes sistemas de saúde significa que os pacientes mais pobres não têm acesso aos médicos ou equipamentos nas instalações mais bem guarnecidas. Julio Frenk, um especialista acadêmico em saúde e ex-ministro da saúde mexicano, caracterizou a situação dessas redes de saúde paralelas sem interação relevante como "apartheid médico" pela forma como reforçam a desigualdade de acesso.[122]

Como observado acima, o SUS do Brasil fica atrás dos provedores de saúde particulares na adoção de novos tratamentos. Para ilustrar os resultados, o Dr. Lopes contrasta os destinos de seu avô e tio-avô. Ambos os irmãos foram diagnosticados com cânceres tratáveis. Seu tio-avô, que teve que depender do sistema público, não recebeu a medicação necessária e morreu em menos de um ano. Seu avô, que pôde acessar o sistema de saúde do exército por ter prestado serviço militar durante a Segunda Guerra, recebeu um ótimo tratamento e, recentemente, celebrou seus 90 anos.

Mais amplamente na região, a clara correlação entre menor status socioeconômico e menor taxa de sobrevivência ao câncer indica que os menos afortunados simplesmente não recebem a mesma qualidade de exame e tratamento[123] Como observa o Dr. Medici, a principal falha de igualdade do controle do câncer na região é que "as camadas mais pobres da população não têm acesso à prevenção adequada do câncer, medidas abrangentes de promoção da saúde ou detecção precoce".

Desigualdades entre zonas urbanas e rurais

Sobrepostas às disparidades socioeconômicas no controle do câncer na América Latina, encontramos as desigualdades geográficas. Em média, 22% da população dos países estudados vivem em áreas rurais (ver tabela 22). Essas regiões costumam ser menos favorecidas economicamente em comparação às cidades: nos países estudados onde os dados estão disponíveis, em média 20% da população urbana vivem na pobreza; nas áreas rurais, o número é de 33%.[124] Como é de se esperar, aqueles têm melhor acesso à assistência médica e ao tratamento do câncer.

A disparidade entre as áreas rurais e urbanas começa com o exame. Um estudo mexicano, por exemplo, constatou baixa frequência de mamografia e acompanhamento de anormalidades observadas em uma área rural pobre, em grande parte devido à falta de instalações médicas.[125] Enquanto isso, no Brasil, o exame de câncer do colo do útero parece ser realizado com menos frequência em regiões rurais do que

122. R Atun *et al*, "Health-system reform and universal health coverage in Latin America", *The Lancet*, 2015.

123. See studies cited in Strasser-Weippl *et al*, "Progress and remaining challenges."

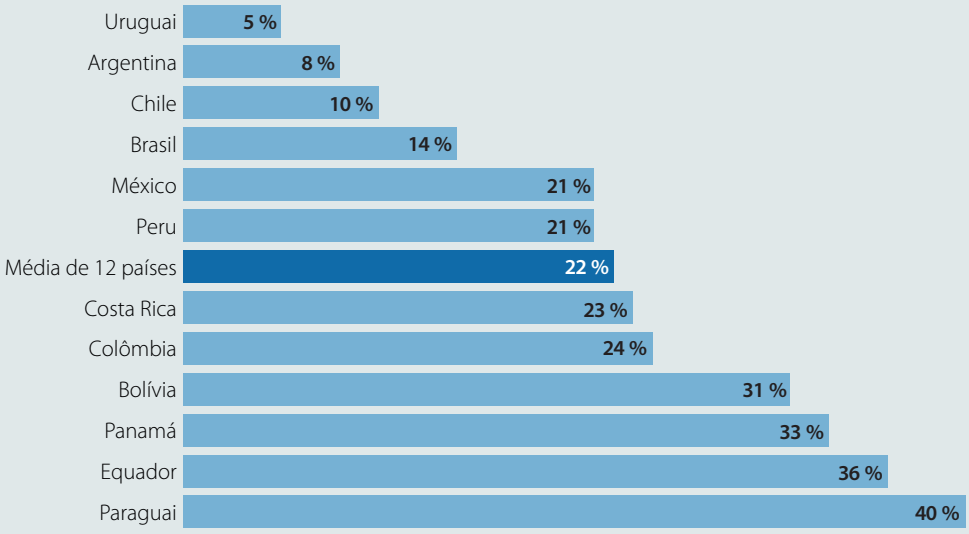
124. Economist Intelligence Unit calculations based on data from CEPALSTAT, Anuario Estadístico de América *Latina y El Caribe*, 2016.

125. S Sosa-Rubí *et al*, "Práctica de mastografías y pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México", *Salud Pública de México*, 200.9

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Gráfico 22

Parcela da população que vive em áreas rurais



Fonte: cálculos da The Economist Intelligence com dados da CEPALSTAT, Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe, 2016.

em áreas urbanizadas.[126] Em um extremo, um estudo calculou que entre 1987 e 2008, as chances de uma mulher vivendo na zona rural do Equador realizar um esfregaço do Papanicolaou eram cerca da metade de uma mulher vivendo em uma cidade.[127] A qualidade também é um grande problema. No Brasil, 10% das raspagens do Papanicolaou são ilegíveis; no estado rural do Amazonas, este número sobe para 60%.[128]

Parte do motivo é a maior dificuldade em atingir as pessoas mais dispersas geograficamente. Gaviria explica que, apesar de a grande maioria dos colombianos terem alguma forma de convênio de saúde, "um desafio importante — e nossa principal meta — é melhorar o acesso aos serviços de saúde, especialmente promoção da saúde e prevenção, para aqueles que não têm os recursos devido a barreiras geográficas ou culturais".

Isso exigirá novos métodos, afirma o Dr. Murillo: "É impossível realizar o exame de câncer do colo de útero da mesma forma na região amazônica e em Bogotá. Algumas comunidades são difíceis de serem contatadas para detecção precoce ou tratamento". Ao mesmo tempo, os recursos que poderiam dar suporte ao exame e diagnóstico precoce também são de pouca utilidade. Por exemplo, como explica o Dr. Mohar acerca do seu país: "O México é um país de renda média, mas algumas zonas rurais podem ser muito pobres. O acesso aos cuidados primários é ruim. Isso explica a ocorrência de diagnósticos tardios". Ele enxerga o projeto do PNCC como uma oportunidade para desenvolver a assistência médica em áreas rurais.

A disparidade entre zonas urbanas e rurais quanto ao tratamento do câncer é ainda mais contrastante em relação ao exame. O que o Dr. Pradier diz sobre a Argentina pode ser aplicado no geral: "Há uma grande diferença entre os grandes centros nas cidades, que são bem equipadas, e o que está disponível nas regiões remotas". Por exemplo, como mostra a tabela 12, os aceleradores lineares estão tipicamente muito mais concentrados em capitais nacionais ou outras cidades importantes do que suas populações

126. Goss *et al*, "Planning cancer control in Latin America".

127. Soneji and Fukui, "Socioeconomic determinants of cervical cancer exame in Latin America".

128. Bychkovsky *et al*, "Cervical Cancer Control in Latin America".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

poderiam necessitar. A Argentina, com seu sistema de saúde operado provincialmente, é o único país a ter escapado desse problema.

Tabela 12: Disponibilidade de aceleradores lineares em capitais nacionais

	Porcentagem de aceleradores lineares na capital nacional*	Porcentagem da população nacional vivendo na grande área metropolitana da capital nacional
Argentina	30%	35%
Bolívia	50%	17%
Brasil*	23%	16%
Chile	50%	36%
Colômbia*	60%	35%
Costa Rica	100%	24%
Equador	50%	11%
México	32%	16%
Panamá	100%	43%
Paraguai	100%	36%
Peru	59%	32%
Uruguai	66%	50%

Observação: No caso do Brasil, os números representam São Paulo e Rio de Janeiro combinados; no caso da Colômbia, eles representam Bogotá, Cali e Medellin.
Fonte: cálculos da Economist Intelligence Unit de acordo com o IAEA, *Directory of Radiotherapy Centres*; EIU Canback, Canback Global Income Distribution Database (C-GIDD).

Os recursos humanos também estão altamente concentrados, observa o Dr. Lopes. "A maioria dos especialistas do câncer na América Latina ainda atua em grandes centros do câncer terciários em ambientes urbanos. Nas cidades brasileiras, você recebe um bom tratamento, especialmente no setor privado, mas na Amazônia praticamente não há acesso". Por outro lado, no Peru, 85% dos oncologistas vivem na capital, enquanto alguns estados do país não possuem nenhum. Na Colômbia, mais de 60% dos oncologistas vivem nas quatro maiores cidades.[129]

Mesmo países menores enfrentam esse problema. O Panamá possui a segunda menor área terrestre dentre os países estudados. Dr. Juan Pablo Barés, presidente da FUNDACANCER, uma ONG panamenha, e ex-diretor do Instituto Nacional de Oncologia do país, acredita que no geral o país tem os recursos humanos necessários para tratar o câncer. Contudo, ele acrescenta: "Como o único centro público de tratamento do câncer fica na Cidade do Panamá, o acesso àqueles que vivem em áreas rurais e remotas não é fácil, o que pode levar a atrasos na detecção precoce e tratamento".

A Costa Rica também compartilha desse problema. O Dr. Vargas relata que, embora uma rede nacional de clínicas do câncer de mama tenha tido grande sucesso, "nossa principal fraqueza [no controle do câncer] é a necessidade de criar uma rede de oncologia que possa facilitar a acessibilidade para a população rural, de modo que eles tenham uma transição facilitada para nossos hospitais principais em San José".

O efeito da repartição urbano-rural sobre os pacientes do interior é multifacetado. Os custos de deslocamento e o tempo gasto longe do trabalho para que os habitantes pobres da zona rural possam ir

[129] Goss *et al*, "Planning cancer control in Latin America".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

até uma cidade grande são significativos. O Dr. Vallejos explica: "O Peru é grande demais para que uma assistência médica concentrada nas grandes cidades dê certo). Nós não temos boas estradas. Da selva, a única forma de ir até Lima é de avião — e isso custa caro. Não seria prático para todos irem até um instituto do câncer. Nós temos que considerar a população rural e fornecer serviços a ela".

Os problemas podem ir muito além dos custos imediatos. No Equador, Merino afirma que cerca de 30% dos pacientes de câncer infantil no hospital de Quito vêm do interior. Isso é praticamente uma sentença de que o pai ou, mais comumente, a mãe que acompanha seu filho perderá o emprego. Ao mesmo tempo, cerca de um terço dessas crianças não estão recebendo nenhuma educação formal.

Possivelmente, o impacto mais pernicioso dos efeitos combinados da fragmentação do sistema de saúde e das disparidades econômicas e geográficas nos cuidados do câncer seja sobre as atitudes daqueles menos favorecidos pelos sistemas de saúde. O Dr. Trimble observa: "Nas áreas onde há falta de acesso ao tratamento e diagnóstico, o câncer em geral é apresentado tardiamente e está associado a resultados ruins". Isso, por sua vez, perpetua estigmas e medo, o que retarda a apresentação, criando um círculo vicioso.

Para romper esse círculo, os países latino-americanos terão que ir além do progresso de oferecer acesso básico à saúde para maior população de habitantes pobres, passando a aplicar os recursos limitados do controle do câncer de forma mais eficiente aonde são necessários. É difícil discordar do Dr. Lopes quando ele afirma: "Em alguns dos sistemas de saúde da região, você poderia obter resultados melhores ainda gastando menos dinheiro, se eles fossem mais bem organizados".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

CONCLUSÃO: CENTRALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO

No que diz respeito ao controle do câncer, a América Latina é verdadeiramente um território de altos e baixos entrelaçados. Avanços importantes — como a vacinação disseminada contra HPV, leis antitabagismo mais rígidas e crescente acesso a um certo nível de assistência médica para aqueles que antes não tinham cobertura — são acompanhados por problemas perenes, como uma epidemia de obesidade cada vez maior, "apartheid médico" que restringe os habitantes mais pobres a cuidados com menos recursos, e uma grande ausência de cuidados paliativos. De fato, qualquer região onde dois países próximos elegem como presidente um oncologista e o herdeiro de uma família da indústria tabagista parece determinada a desafiar generalizações simplistas sobre o controle do câncer.

Não é certo ignorar o progresso efetivo que foi feito nos anos recentes, mas também seria negligência acreditar que o que foi conquistado até o momento é suficiente. A incidência do câncer está programada para crescer rapidamente na região e, se nada for feito a respeito, a taxa de mortalidade crescerá mais rápido, mais que dobrando até 2035. Enquanto isso, a complexidade do desafio também aumentará a medida que transições epidemiológicas ocorrendo em diferentes ritmos entre e dentro dos países criarem um caleidoscópio de problemas relacionados ao câncer exigindo uma ampla gama de respostas.

A América Latina é muito diversificada para que prescrições simples consigam fazer frente a esse desafio. Cada país possui seu próprio conjunto específico de problemas relacionados ao câncer, e as respostas nacionais precisam lançar mão dos ativos de controle do câncer, às vezes muito distintos, já em existência. (Os estudos de caso dos países que acompanham este relatório regional vão esclarecer melhor os desafios e respostas específicos a cada país).

Não obstante, este estudo demonstra que os decisores políticos da região fariam bem em considerar cinco áreas principais.

- Planejamento do câncer: os Planos Nacionais de Controle do Câncer se tornaram muito mais comuns na América Latina, mas ainda inexistem em alguns países, e em outros existem quase exclusivamente no papel. Os decisores políticos precisam garantir que eles tenham um PNCC adequado a esta finalidade, com os recursos disponíveis para implantação.
- Monitoramento dos dados: os registros de dados melhoraram muito na região, mas a maioria dos países ainda possui somente um quadro parcial do desafio que enfrenta no que se refere ao câncer e a forma como está evoluindo. Os dados da taxa de mortalidade costumam ser igualmente ruins. Os governos comprometidos a projetar uma resposta eficiente contra a doença precisam investir nesta área, para que possam compreender o desafio que estão enfrentando.
- Expansão do sucesso na prevenção e no diagnóstico precoce: os programas de vacinação contra o HPV e a legislação antitabagista são conquistas importantes que salvarão vidas. Avançar no combate contra a epidemia de obesidade e outros riscos exigirá que a educação convença as pessoas sobre a necessidade de abandonar hábitos nocivos; isso pode ser complementado pelas regulamentações, como impostos sobre produtos com açúcar. Exames preventivos eficazes, nesse ínterim, exigirão programas melhor integrados ao sistema geral de saúde.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

- Encontrar as ferramentas necessárias: todos os governos possuem uma ampla variedade de demandas sobre seus orçamentos, muitas delas dignas de atenção. Ao pesar as prioridades, entretanto, os decisores políticos precisam compreender que, para resolver o problema atual do câncer, e ainda se preparar para seu inevitável crescimento, os orçamentos do setor de saúde em geral, e dos recursos humanos e equipamentos de oncologia em particular, precisarão aumentar.
- O rompimento de barreiras ao acesso: mais do que nunca, as pessoas da região têm acesso aos serviços de saúde e tratamento do câncer. Com demasiada frequência, porém, os pobres, aqueles da zona rural, e as pessoas com a cobertura de saúde "errada", continuam a sofrer com acesso insuficiente ao controle do câncer. A região está comprometida com múltiplos experimentos voltados à solução deste problema. Os legisladores precisam permanecer alertas a qualquer experimento que pareça relevante para as suas circunstâncias nacionais.

O perigo de tal agenda reside no fato de que ela se assemelha muito a uma lista de compras, onde uma política efetiva para combate ao câncer depende de uma diversos de atores, nem todos os quais a enxergam como uma prioridade. É necessário ir além de programas excessivamente focados — o que todos os países da América Latina foram capazes de executar — para uma estratégia integrada abrangente.

Em meio aos sistemas de saúde fragmentados da região, esse avanço exigirá uma mudança administrativa. Assim, uma crescente tendência na região pode mostrar o caminho em direção a maiores progressos na luta contra o câncer.

O ponto de partida é uma centralização de políticas como forma de garantir que existe alguém focado nessa questão. O Dr. Vallejos explica que a primeira etapa importante para pôr em prática o que se tornou o Plano Esperanza do Peru foi "isolar o controle do câncer como um problema à parte. Agora, um dos nossos principais pontos fortes, assim como o Instituto Nacional do Câncer nos Estados Unidos, é ter uma instituição que controla todas as políticas relacionadas ao câncer no país. Essa é uma conquista que devemos buscar preservar". O Instituto Nacional de Câncer do Brasil, o INCA, sempre assumiu um papel de orientação de políticas. De forma semelhante, desde 2010, o INC da Argentina vem fornecendo coesão às políticas de câncer do país, lançando diversas iniciativas nacionais de vacinação, exame e cuidados paliativos.

Os outros esperam se mover nessa direção. No México, o INCan assumiu o papel de liderança ao criar o novo PNCC proposto e, sem dúvidas, será um dos elementos fundamentais de sua implantação. O Professor Jimenez relata que os especialistas do câncer no Chile propuseram uma agência centralizada "para desenvolver, de forma participativa, uma política para o câncer" no país. De forma semelhante, o Dr. Rolón relata que o Instituto Nacional do Câncer do Paraguai está em estágio avançado nas negociações para "se tornar o corpo administrativo das políticas de câncer no país".

Junto com essa tendência de centralização da administração de políticas, há uma tendência paralela — possivelmente contra-intuitiva — para descentralizar a oferta de cuidados. A necessidade é amplamente reconhecida. Uma parte fundamental da proposta do Chile é delegar os tipos apropriados de intervenção aos níveis apropriados, sejam cuidados primários, secundários ou terciários, ou mesmo para outros agentes públicos, como escolas. De forma semelhante, o Dr. Barés acredita que o Panamá "requer a descentralização do Instituto Nacional de Oncologia".

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Outros países parecem prontos para avançar nessa direção. Um programa piloto que faz parte da mudança no NCI do Paraguai é ajudar as unidades de saúde familiar locais a conduzir exame do câncer de cólon e do reto. O projeto do PNCC do México seria implantado por uma gama de atores de cuidados primários e secundários.

Essa descentralização vem ocorrendo no Peru que, além de seu instituto nacional de câncer, o Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), agora está construindo o seu quarto instituto regional. Entretanto, o Dr. Vallejos afirma que o motivador mais importante por trás de uma assistência médica mais distribuída é aproveitar a rede existente de trabalhadores da saúde da comunidade e oferecer vacinações, promoção da saúde, diagnósticos e encaminhamentos básicos.

Estabelecer uma única organização com a capacidade de orquestrar ações entre os serviços de saúde e outros do governo como responsável por formar e supervisionar políticas do câncer pode ser a forma de simplificar os sistemas de saúde complexos da América Latina, proporcionando um uso mais eficiente dos limitados recursos de financiamento e outros disponíveis.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

ANEXO: METODOLOGIA

A meta do Escore Latino-Americano do Controle do Câncer (LACCS) é apresentar uma avaliação quantitativa rápida das políticas e programas concebidos para reduzir as desigualdades no acesso ao tratamento do câncer em 12 países latino-americanos. A equipe de saúde da Economist Intelligence Unit realizou uma revisão rápida da literatura para as revisões sistemáticas relevantes em bancos de dados bibliográficos e buscas na internet para identificar as áreas prioritárias para políticas, e melhorar o acesso ao, e reduzir a desigualdade no, tratamento do câncer.

As áreas e indicadores constituintes foram concebidos para cobrir os problemas mais importantes na região. Cada área é composta por um ou mais indicadores. Como as áreas variavam em número de indicadores constituintes, nós normalizamos as pontuações padronizando todas para uma escala de 0 a 5. Pontuações finais são apresentadas para domínios e países. A finalidade deste escore não é classificar os países, mas sim identificar oportunidades para o desenvolvimento futuro de políticas.

As seis áreas e como elas ajudam a reduzir a desigualdade de acesso estão expostas a seguir:

1. Plano estratégico

Os planos e estratégias de controle do câncer possibilitaram que os países compreendessem a situação atual e fizessem previsões sobre tendências futuras para formular os planos de ação de acordo. Os dados foram coletados da Organização Mundial da Saúde (OMS), da União Internacional para Controle do Câncer, ministérios da saúde e outras agências governamentais relevantes.

Os indicadores dessa área avaliaram:

a. existência de um plano para o câncer;

b. se o plano para o câncer estava atualizado; e

c. se há uma provisão específica para mitigar desigualdades.

2. Monitoramento do desempenho

Registros coletam dados sobre os resultados de tratamento do câncer ao longo do tempo, permitindo a pesquisa epidemiológica sobre a incidência, prevalência e resultados. Elas também fornecem dados para avaliação do impacto das alterações de políticas ao longo do tempo. Os dados foram coletados da OMS, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC).

Os indicadores dessa área avaliaram:

a. existência de registros;

b. qual parcela da população é coberta pelos registros; e

a qualidade dos dados dos registros.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

3. Disponibilidade de medicamentos

Remédios são essenciais para o tratamento do câncer. Portanto, é importante que haja acesso a medicamentos de quimioterapia básicos recentes e inovadores para o câncer de pulmão, principal câncer em fator de mortalidade na região. Os medicamentos para câncer nestes indicadores foram selecionados através de consulta sobre os medicamentos recomendados para tratar o câncer de pulmão no Reino Unido, Austrália, Canadá (província de Ontário), França e Alemanha. Esses países foram selecionados como exemplos de sistemas de saúde maduros, bem desenvolvidos e baseados em evidência, usando processos rigorosos de avaliação de tecnologias em saúde para aprovar ou não o reembolso de medicamentos. A morfina para alívio de dores é também parte essencial dos cuidados de apoio e paliativos no câncer, sendo que um indicador explora o consumo em mg per capita. Os dados sobre a disponibilidade foram coletados de formulários nacionais ou formulários com grande cobertura, assim como da Universidade de Wisconsin.

Os indicadores dessa área avaliaram:

a. a disponibilidade de quatro agentes anticâncer importantes mais antigos para o câncer de pulmão: docetaxel, gencitabina, paclitaxel e vinorelbina;

b. a disponibilidade de três agentes anticâncer mais recentes para o câncer de pulmão: gefitinibe, pemetrexede e erlotinibe;

c. a disponibilidade de três agentes anticâncer inovadores para o câncer de pulmão: ceritinibe, crizotinibe e osimertinibe;

d. se o consumo de morfina (mg per capita) está ou não acima da média entre os países incluídos.

4. Disponibilidade de radioterapia

Diagnósticos tardios na região tornam a radioterapia importante para os cuidados curativos e paliativos. Entretanto, há preocupações acerca do número de unidades de radioterapia disponíveis e do pessoal treinado para operá-las. Os dados foram coletados da OMS, do Atlas do Câncer e da OPAS.

Os indicadores dessa área avaliaram:

a. proporção de unidades de radioterapia disponíveis no setor público;

b. a proporção de pessoas que necessitam da radioterapia e tem acesso a ela; e

c. se o número de rádio-oncologistas por 1 milhão de habitantes está acima ou abaixo da média entre os países incluídos.

5. Prevenção e detecção precoce

O diagnóstico tardio é um problema em grande parte da América Latina, levando a altas taxas de mortalidade. Ajustar os fatores de risco e detectar o câncer precocemente para melhorar o prognóstico é importante para a região. Os dados foram coletados da OMS, da OPAS, do IARC, o Centro de Informações sobre HPV e Câncer, agências governamentais relevantes e literatura científica.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Os indicadores dessa área avaliaram:

a. a proporção do preço de tabaco contabilizada para tributação;

b. se há impostos recolhidos sobre produtos com açúcar;

c. se há uma agenda de vacinação contra HPV em vigor;

d. a porcentagem da população-alvo que recebe vacinação contra HPV;

e. se há um programa de exame do câncer de mama em vigor;

f. a porcentagem da população-alvo com acesso a exame do câncer de mama;

g. se há um programa de exame do câncer do colo de útero em vigor;

h. a porcentagem da população-alvo com acesso a exame do câncer do colo de útero;

6. Apoio financeiro

O acesso a esquemas de convênio e a cobertura de tratamento do câncer nos esquemas de convênio variam entre e dentro dos países. Portanto, os pacientes de câncer não contemplados podem incorrer em gastos próprios com saúde catastróficos. Os dados foram coletados da OMS, do Banco Mundial e de entrevistas conduzidas pela Economist Intelligence Unit.

Os indicadores dessa área avaliaram:

a. se há financiamento suficiente para cuidados do câncer em sistemas de saúde universalmente disponíveis ou por meio de financiamento específico catastrófico com despesas de saúde/câncer para aqueles sem acesso a assistência médica financiada de forma privada ou por assistência social;

b. a proporção de gastos governamentais com saúde como percentual de GDP, em comparação com a quantidade média dos países inclusos;

c. a proporção de gastos governamentais com saúde como percentual de GDP, em comparação com a média OECD;

d. a proporção de gastos governamentais com saúde que são despesas próprias, em comparação com a média regional; e

e. a proporção de gastos governamentais com saúde que são despesas próprias, em comparação com a média global.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2017

Foram tomados todos os esforços para verificar a exatidão das informações, mas mesmo assim, The Economist Intelligence Unit, Ltd. não aceita nenhuma responsabilidade ou obrigação em relação a este relatório por qualquer pessoa ou qualquer uma das informações, opiniões ou conclusões incluídas no mesmo.

LONDRES
20 Cabot Square
Londres
E14 4QW
Reino Unido
Tel: (44.20) 7576 8000
Fax: (44.20) 7576 8500
E-mail: london@eiu.com

NOVA IORQUE
750 Third Avenue
5th Floor
Nova Iorque, NY 10017
Estados Unidos
Tel: (1.212) 554 0600
Fax: (1.212) 586 1181/2
E-mail: americas@eiu.com

HONG KONG
1301 Cityplaza Four
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
Tel: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
E-mail: asia@eiu.com

GENEBRA
Rue de l'Athénée 32
1206 Genebra
Suíça
Tel: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
E-mail: geneva@eiu.com