

entrevista

RICHARD SULLIVAN,

Diretor do Instituto de Políticas de Câncer e Saúde Global da King's Health Partners, em Londres, Inglaterra

Políticas de câncer baseadas em quê?



Pesquisas em diferentes campos do conhecimento científico produzem evidências acerca das melhores práticas para o controle do câncer. É consenso entre os profissionais de saúde que o sucesso de iniciativas é mais fácil de ser atingido quando estão baseadas em evidências. Mas será que as políticas de controle de câncer vêm sendo formuladas com base no vasto conhecimento produzido? Para Richard Sullivan, professor da King's College, em Londres, a resposta é não. Sullivan liderou uma comissão sobre custos da atenção ao câncer em países de alta renda da prestigiada publicação *Lancet Oncology*, e as conclusões desse trabalho, publicadas em setembro de 2011, sacudiram a comunidade oncológica. Sem meias palavras, o professor afirma que as políticas de controle do câncer ainda hoje são estabelecidas por opiniões e não por evidências, e que as vozes mais altas determinam as prioridades.

Formado em medicina pelo St. Mary's Hospital, em Londres, especializado em Urologia, Sullivan cursou doutorado e fez pesquisas de pós-doutorado na University College London. Depois, vivenciou uma grande mudança na vida profissional, quando decidiu trabalhar na indústria farmacêutica. Com o conhecimento adquirido, resolveu dar outra reviravolta e assumiu o cargo de diretor clínico de uma das maiores organizações não-governamentais na área oncológica, a Cancer Research UK, onde permaneceu por sete anos. Em 2008, voltou à academia pela London School of Economics and Political Sciences,

na qual estudou sistemas de saúde complexos, trabalhando em áreas de conflito ou pós-conflito nos Bálcãs, na África e, mais recentemente, no Oriente Médio. Na King's College, assumiu a direção do Instituto de Políticas de Câncer e Saúde Global, que atualmente colabora com o desenvolvimento de sistemas nacionais de pesquisa no Chile, na África do Sul e na Índia.

Na entrevista a seguir, Richard Sullivan detalha seus questionamentos sobre as políticas de controle do câncer e admite a polêmica como essencial para o impulso na gestão em saúde oncológica.

REDE CÂNCER – Suas afirmações sobre a falta de evidências na formulação de políticas de controle do câncer causaram muita controvérsia. Era sua intenção ser tão provocativo?

A intenção era ser provocativo e honesto. Essa não é uma polêmica contra o sistema de controle de câncer, mas, sim, uma tentativa de abrir o debate que todos nós temos de maneira privada: por que tantas políticas que moldam e orientam a atenção oncológica e a pesquisa em câncer são baseadas em tão poucas evidências? Por que isso é deixado para forças político-industriais, alguns poucos indivíduos poderosos? É tão fácil para a comunidade oncológica experimentar nesse campo o efeito de espectador e devolver a responsabilidade no direcionamento de políticas para uma elite – muitas vezes com direitos questionáveis de estar nessa posição em primeiro lugar.

RC – Havia uma necessidade de sacudir a comunidade oncológica?

Foi realmente um esforço fazer com que a comunidade oncológica, na sua definição mais ampla, observasse que ela tem tanto o direito quanto a responsabilidade de demandar e ser parte da agenda de definição política. Foi também um esforço ampliar esse debate para além dos limites dos países de alta renda até as economias emergentes.

RC – Como foi a experiência de liderar a comissão da Lancet Oncology sobre os custos da atenção oncológica em países de alta renda?

Foi um privilégio ser convidado para coordenar essa comissão, e meus coautores foram magníficos. A força e a visão desse empreendimento são uma reflexão do seu trabalho duro e experiência. A cultura e os ajustes dos coautores foram excelentes e forneceram tanto a base quanto o suporte para o desenvolvimento de toda a comissão.

“Por que tantas políticas que moldam e orientam a atenção oncológica e a pesquisa em câncer são baseadas em tão poucas evidências?”

RC – Quais foram suas maiores descobertas?

Primeiro, que as causas para os custos crescentes – demográficas, que incluem o envelhecimento e o crescimento da população, e econômicas, que abrangem os preços de novas tecnologias e a crise nos sistemas macroeconômicos, além do aumento de comorbidades – vão continuar a empurrar a acessibilidade à atenção oncológica a um abismo fiscal. Segundo, que acima de um certo limiar, há pouca relação entre gastos e bons resultados. Terceiro, que os sistemas de saúde precisam questionar seus princípios: buscamos realmente a equidade? Se sim, como desenvolver um sistema de controle de câncer capaz de oferecer isso? Por fim, administração das despesas é essencial e isso é necessário em todos os níveis: reorganização racional do caminho percorrido pelo paciente para redução dos custos, avaliação tecnológica de todos os recursos empregados e rigoroso controle de preços, particularmente dos medicamentos oncológicos.

RC – Vocês tinham ideia das repercussões desse trabalho?

A maior surpresa foram algumas reações extremamente negativas da imprensa. Divulgamos uma análise resumida na Lancet Oncology e a reação foi além do que havia sido publicado. Afirmaram que estávamos tentando impedir que pacientes tivessem acesso aos melhores tratamentos. Entretanto, quando as pessoas realmente leram o que tínhamos a dizer – que pacientes estavam entre os coautores –, as mentes e opiniões mais abertas prevaleceram.

Apesar disso, há uma séria necessidade de um debate, que é normalmente carregado de emoções, sobre esse assunto. O público consegue compreender a relação de perde-ganha que existe e o fato de que muitos novos tratamentos oferecem pouco benefício por um preço exorbitante, mas isso precisa ser constantemente explicado.

RC – No relatório vocês mencionam uma cultura do excesso no que se refere à atenção oncológica. Você acredita que os países de alta renda estão desperdiçando dinheiro?

Há muito desperdício nos países de alta renda. Nós não racionalizamos nossa oferta de serviços porque geralmente nos curvamos diante de interesses políticos e de grupos do setor público. Nós aceitamos os preços das indústrias, que são extremamente altos, porque, inquestionavelmente, aceitamos os argumentos em torno dos altos custos de pesquisa e desenvolvimento, além de, inquestionavelmente, aceitarmos que as atividades de pesquisa produzem riqueza nacional. E que, se os altos preços não forem aceitos, a indústria farmacêutica vai afrouxar isso de alguma forma. É possível conseguir excelentes resultados por meio de gastos menores, mas isso requer grandes esforços culturais, sociais e políticos de maneira proativa.



“É possível conseguir excelentes resultados por meio de gastos menores, mas isso requer grandes esforços culturais, sociais e políticos de maneira proativa”

RC – Você afirma que a política de controle de câncer ainda é definida por meras opiniões. Quem tem liderado isso de uma maneira global?

Os países de alta renda. Há, entretanto, uma grande lacuna entre muito do que é escrito sobre o câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis e a realidade. Existem alguns grupos que têm ótima compreensão e interação com políticas globais de controle de câncer, mas muitos produzem trabalhos que têm pouco efeito ou poucos reflexos nessas políticas. E por quê? Principalmente porque essas organizações, grupos ou pessoas passaram muito pouco tempo trabalhando em áreas com recursos escassos. Então, faltam a elas ideias, a cultura e a política real do que é o controle de câncer fora do mundo rarefeito dos programas nacionais de controle de câncer em países de alta renda.

RC – Por que você acredita que é tão difícil para os profissionais envolvidos com o controle de câncer se abrirem a novos paradigmas?

Simples. Eles não se interessam em se reeducar em campos mais amplos como saúde global, população e desenvolvimento, nutrição, globalização... E eu poderia continuar. Eles assumem que, por serem especialistas em ciências ou pesquisas clínicas, sabem todo o resto. E depois ainda há o problema de enquadramento. Os seres humanos têm preguiça cognitiva, dito de outro modo, de dois caminhos, optam sempre pelo mais curto. Estar aberto a novos paradigmas requer reeducação contínua e uma habilidade de não tomar os caminhos mais fáceis para pensar!



RC – Parece que há nesse contexto um desequilíbrio de forças entre os atores envolvidos. Quem precisa ter suas vozes amplificadas?

A maioria dos formuladores de políticas, a comunidade oncológica e, particularmente, os pacientes em países de economia emergente ou baixa.

RC – Quais as maiores perdas ocasionadas por esse desequilíbrio?

Um movimento muito lento para avançar com a agenda de controle do câncer e também com a utilização de abordagens que realmente funcionam.

RC – Há como se conseguir um cenário mais equilibrado?

Isso já está acontecendo em alguns países, como a Índia, com a criação de uma Rede Nacional de Câncer com 27 centros regionais que irão coletivamente empreender esforços para começar a estabelecer sua própria política de pesquisa e prioridades.

RC – Qual o papel da comunicação em saúde nesse contexto?

Comunicação e democratização das políticas são essenciais. É preciso mais encontros face a face e discussões sobre as políticas. Eles começam a acontecer, mas são ainda muito poucos e, onde ocorrem, geralmente parecem ser marginalizados. Formas de comunicação virtual, como o e-Cancer e a criação do e-Cancer América Latina [plataformas virtuais para troca de informações na área do controle do câncer], são também essenciais para que as pessoas se engajem em debates sobre as políticas e para que sejam ouvidas.

RC – Você costuma falar sobre a necessidade de integrar disciplinas fora da oncologia para avançar com as políticas globais de controle de câncer e com questões de recursos. Por que isso é tão importante?

A política de controle de câncer é um campo multifacetado, complexo e adaptativo que requer especialistas de amplas disciplinas, como ciências sociais, antropologia, passando por epidemiologia, economia e ciências clínicas. Esse é o único caminho para triangular as questões, derivar soluções e mapear possíveis trajetórias e consequências para essas políticas.

RC – Você também estudou políticas de controle de câncer em países de baixa e média rendas. Quais as particularidades desses contextos?

A experiência desses países com o câncer – dentro de um contexto de duplicação ou triplicação da carga da doença e trajetórias de desenvolvimento humano muito distintas – é completamente diferente da de países de alta renda. O que você aprende é que cada país, sistema, comunidade oncológica, com exceção de algumas generalidades, é diferente e precisa ser tratado como tal.

RC – A cultura do excesso também está presente nesses países?

Os maiores problemas são a falha na criação de bases sólidas por meio de um sistema de saúde público para a atenção oncológica, deixando a oferta privada correr frouxa, falta de controle fiscal da atenção oncológica, que está relacionada ao meu primeiro ponto, e, finalmente, a corrupção em todas as suas formas, e disso eu chamo qualquer tipo de especulação privada pelo mau uso de um cargo público.

RC – O que esses países podem aprender a partir das experiências de países mais ricos?

Muito pouco. Olhar para nossas falhas e tentar aprender a partir delas!

RC – E os países mais ricos têm algo a aprender com a experiência de seus irmãos pobres?

Sim, com certeza. Novas linhas de cuidado custo-efetivas e desenvolvimento de tecnologia. Também desenvolvimento clínico e abordagens para tipos de câncer que nós consideramos raros, mas que são comuns em outros lugares do mundo, como os tumores de cabeça e pescoço.

RC – Por que você afirma que a comunidade oncológica precisa se conectar com instituições como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional?

Instituições como essas definem as prioridades no desenvolvimento de sistemas de saúde em países de economia baixa ou emergente. O controle do câncer não pode estar fora das macropolíticas e macrofinanciamentos que fluem por essas instituições globais.

RC – Como você imagina que isso possa ser feito?

Por meio de melhor integração entre os que determinam as políticas de controle de câncer e o Banco Mundial ou o Fundo Monetário Internacional, com trabalho conjunto e parcerias com países que queiram desenvolver seus sistemas de saúde e oferecer atenção oncológica. Por exemplo, na King's Health Partners, o Instituto de Políticas de Câncer trabalha com o nosso Centro por Saúde Global no desenvolvimento de sistemas de saúde em Serra Leoa, na África. Esse projeto é financiado por fundos de desenvolvimento.

“Muitas das nossas grandes instituições oncológicas [dos países ricos] têm um discurso bonito, mas isso é só da boca pra fora”

RC – O que precisa ser feito para aprimorar a cooperação internacional?

O financiamento para projetos e engajamento bilateral é francamente miserável. É bastante vergonhoso quando consideramos o quanto os financiadores de alta renda gastam com atenção e pesquisa. Por quê? Porque muitas das nossas grandes instituições oncológicas têm um discurso bonito, mas isso é só da boca pra fora.

RC – Por que você decidiu se tornar um membro da comunidade oncológica?

Honestamente? Por acidente. Especializei-me como cirurgião acadêmico em um programa de pesquisa de sinalização celular. Vi muitos casos de câncer como cirurgião, mas minha paixão pela oncologia só ficou mesmo evidente quando me tornei diretor clínico da Cancer Research UK. A pesquisa no campo de políticas e saúde global se desenvolveu a partir disso, aliado ao meu retreinamento em saúde, população e sociedade na London School of Economics and Political Sciences.

RC- Como foi trabalhar para a indústria farmacêutica?

Diferente. Estou feliz por ter tido essa experiência, porque ela me deu a visão, interna, do que a indústria é e não é, desde o marketing até assuntos regulatórios e médicos.

RC – E por que você decidiu mudar para a Cancer Research UK?

Eu conheci Gordon McVie, um dos “padrinhos” do controle do câncer, que a partir de uma carreira meteórica foi diretor-geral da Cancer Research Campaign, que se fundiu à Imperial Cancer Research Fund para formar a Cancer Research UK. Descobrimos várias particularidades em comum em questões de políticas de controle do câncer e ele, junto com Trevor Hince e Angela Galpine, recrutaram-me para o cargo. O trabalho unia administração de pesquisas e planejamento para a organização com meu próprio interesse clínico e em pesquisa. Era então ideal. Além disso, o cargo era no setor público, onde minha alma ideológica realmente residia.

RC – Você acredita que as organizações não governamentais têm um papel a desempenhar no campo do controle do câncer?

Absolutamente sim. Elas estão aí para uma série de razões que vão desde *advocacy* até financiamento,

responsabilizando os governos pelo seu apoio, ou falta de apoio, na pesquisa e no tratamento do câncer. Eu acredito que elas precisam ser muito independentes das autoridades e realmente se conectar com suas comunidades, tanto profissionais quanto com o público em geral e os pacientes.

RC – Como está seu trabalho no Chile?

A parceria com o Chile, por meio dos ótimos escritórios do professor Jorge Jimenez, da Universidade Católica, e de centros oncológicos associados, tem ido muito bem. Nós começamos esse trabalho há aproximadamente quatro anos e houve diversas visitas bilaterais e simpósios com a comunidade oncológica dos dois lados. A recente criação do Fórum Nacional do Câncer, no Chile, uma das principais recomendações da revisão conjunta, tem proporcionado um argumento para atividades futuras. As principais questões são, como sempre, encontrar financiamento suficiente para impulsionar a agenda da política oncológica e de saúde pública. Estamos planejando um encontro no próximo ano e temos um membro do King's Health Partners que será alocado no Chile em breve para começar um programa em *advocacy* e envolvimento de pacientes. Existe um compromisso político e institucional substancial no Chile, então as bases para o progresso futuro são realmente sólidas.

RC – Quais são os seus próximos passos?

Lançar formalmente o Instituto de Políticas de Câncer neste ano. Também temos uma variedade de programas em andamento e alguns trabalhos acadêmicos muito bons para serem lançados, incluindo um estudo sobre como a pesquisa interdisciplinar entre saúde mental e oncologia pode ser aprimorada; a carga econômica do câncer na União Europeia; e um estudo com a Rede Nacional de Câncer da Índia sobre o estado da pesquisa oncológica no país e que mudanças precisam ser feitas nas políticas para aprimorá-la. Temos colaborações transdisciplinares dentro do King's Health Partners, como, por exemplo, Ciências Sociais, Saúde e Medicina, lideradas por Nik Rose, no programa que estuda as mudanças técnico-sociais subjacentes à medicina oncológica personalizada, e trabalhado com o Centro para Saúde Global no apoio ao aprimoramento da capacidade de controle de câncer em Serra Leoa. Além disso, estou desenvolvendo um programa sobre conflitos e saúde, já que reconstrução de sistemas de saúde em áreas pós-conflitos é outro interesse pessoal acadêmico e profissional.



RC – Você tem algum conselho para os profissionais dedicados ao controle de câncer no Brasil?

O Brasil é um país impressionante que eu adorei todas as vezes em que o visitei. Como todos os países, tem um misto de grandes conquistas e grandes desafios. O controle do câncer é um desses desafios, e eu tenho grande admiração pelo trabalho que vários colegas têm feito para o controle do câncer no Brasil, muitas vezes em contextos muito difíceis. Não posso dar nenhum conselho, mas dizer o quanto eu admiro sua dedicação contínua e paixão pela causa. Pegando emprestadas as palavras do poeta americano Robert Frost: duas estradas divergem em um bosque, eu tomei a menos trilhada e isso fez toda a diferença. De alguma forma essas palavras parecem se adequar para a série de soluções que o Brasil precisará encontrar para oferecer atenção oncológica universal e equitativa. ■