



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ANELISE PEROTTONI

POLÍTICA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA

Porto Alegre,

Julho/2018.

ANELISE PEROTTONI

POLÍTICA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre,

Julho/2018.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu filho Gabriel, por gentilmente ter cedido seu espaço de atenção durante todos os finais de semana que dediquei ao Curso. Aos meus pais, pela motivação e o incentivo costumeiros, mas sempre bem-vindos e ao meu orientador, cujo nível de exigência foi proporcional ao nível de entrega e de dedicação à arte de bem orientar.

“O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por omissão, em censurável comportamento inconstitucional. O direito público subjetivo à saúde traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público (federal, estadual ou municipal), a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem garantir a plena consecução dos objetivos proclamados no art. 196 da Constituição da República”. (STF, RE 241.630-2/RS, Rel. Min. Celso de Mello, DJ, 1, de 03.04.2001, p. 49).

RESUMO

O câncer se tornou um problema de saúde pública mundial. Espera-se, para 2030, 27 milhões de casos novos de câncer no mundo. Dos 20 milhões de casos novos projetados para 2025, 80% deles ocorrerão em países em desenvolvimento. Em que pese essa realidade, as estratégias para controle e enfrentamento das neoplasias malignas têm diante de si problemas desde a formulação de políticas públicas, passando pela mobilização da sociedade e a organização de ações e serviços, até as atividades de ensino e pesquisa. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Oncológica foi criada a partir da identificação da necessidade de formalização de uma política nacional do câncer, com o intuito de melhorar a organização e o acesso da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como ofertar um serviço público de saúde de qualidade. Passados 13 anos da publicação da Portaria nº 2.439/2005, urge verificar se a Política Nacional de Atenção Oncológica foi implementada, permitindo aos doentes com câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de qualidade, bem como se as condutas terapêuticas disponibilizadas se mostram suficientemente atualizadas.

Palavras-chave: câncer, SUS, programas nacionais de saúde; qualidade na assistência à saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1. DA POLÍTICA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
2. OBJETIVOS	16
2.1. OBJETIVO GERAL	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	17
3.1. ASPECTOS ÉTICOS	18
4. CONTEXTO	19
4.1. BREVE HISTÓRICO SOBRE O SURGIMENTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL	19
4.2. A PORTARIA 2.439/2005	21
4.3. REDES TEMÁTICAS	24
4.4. A LEI 12.732/2012 – LEI DOS 60 DIAS	24
4.5. A PORTARIA 252/2013	24
4.6. A PORTARIA 874/2013 - POLÍTICA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	25
4.7. DO CONTROLE EXTERNO DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA	26
5. ANÁLISE DE OBSERVÂNCIA DE ASPECTOS	28
5.1. DA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER	28
5.2. DA ASSISTÊNCIA	30

5.3.	DA QUALIDADE	34
5.4.	DA EQUIDADE/ABRANGÊNCIA	38
5.5.	AS INICIATIVAS DOS GESTORES PÚBLICOS DE SAÚDE QUE ATUAM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER, NO SENTIDO DE PÔR EM PRÁTICA A POLÍTICA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA	40
6.	DISCUSSÃO	47
	CONCLUSÃO	51
	REFERÊNCIAS.....	53

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgados em fevereiro de 2017, indicam que, a cada ano, 8,8 milhões de pessoas morrem de câncer, a maioria em países de baixa e média renda (OMS, 2017). Essa realidade decorre do envelhecimento da população e da propagação de fatores de risco (tabagismo, sedentarismo, má alimentação, uso excessivo de álcool), associados à globalização e à urbanização.

Os dados se tornam mais alarmantes se considerarmos que se espera para 2030, no mundo, 27 milhões de casos novos de câncer. Dos 20 milhões de casos novos projetados para 2025, 80% deles ocorrerão em países em desenvolvimento (OMS, 2017). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a situação deve-se ao fato de ainda ocorrerem, nos países em desenvolvimento, neoplasias malignas relacionadas a condições socioeconômicas menos favoráveis, como o câncer de colo do útero e o de estômago (INCA, 2016).

No documento “A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017”, o INCA aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não-melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer.

Estima-se que um terço desses casos novos de câncer seriam evitáveis se houvesse políticas públicas eficazes e envolvimento da sociedade; 60% dos 190 mil pacientes que morrem por ano no Brasil têm diagnóstico já em estágio avançado da doença, demandando tratamento de alta complexidade com alto impacto sócioeconômico (INCA, 2016).

As neoplasias malignas já são a segunda causa de morte no Brasil. O aumento gradativo de sua incidência e da mortalidade por câncer, proporcionalmente ao

crescimento demográfico, o envelhecimento populacional, o desenvolvimento sócioeconômico e o desafio que representa para o Sistema Único de Saúde garantir o acesso pleno e equilibrado ao diagnóstico e tratamento da doença, caracterizam o câncer como um problema de saúde pública no Brasil (OLIVEIRA, 2011).

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado um processo de urbanização e mudanças de estilo de vida, o que levou ao progressivo envelhecimento populacional, ao aumento da expectativa de vida ao nascer e ao aumento da obesidade e da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (SILVA, 2014).

Em que pese essa realidade, as estratégias para controle e enfrentamento das neoplasias malignas têm, diante de si, problemas que vão da formulação de políticas públicas, passam pela mobilização da sociedade e pela organização de ações e serviços, até as atividades de ensino e pesquisa.

Entende-se por política pública uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, cujos elementos fundamentais são a intencionalidade pública (motivação para o estabelecimento de ações para o tratamento ou resolução de um problema) e a existência de um problema público, correspondente à diferença entre a situação atual vivida e uma situação ideal possível para a realidade coletiva (BRANCALEON et al., 2015).

A formulação de políticas públicas corresponde “ao processo de gerar um conjunto de escolhas de políticas plausíveis para responder ao problema público. A gama de potenciais escolhas é identificada, e uma avaliação preliminar da viabilidade é oferecida” (BRANCALEON et al., 2015).

Como exemplo de mobilização da sociedade, podemos citar a conduta das pessoas frente à morbidade e aos serviços. Esses últimos, por sua vez, têm sua utilização relacionada às características da oferta, já que a distância percorrida pelo

paciente e os meios de transporte disponíveis devem ser considerados no tratamento, pois são necessárias múltiplas visitas aos serviços de saúde.

Nesse contexto e olhando para a organização e ação dos serviços, há necessidade de superação de barreiras sociais, econômicas e de distribuição desigual da população e dos serviços de saúde. De fato, a proximidade ao serviço de saúde interfere na precocidade do diagnóstico e na possibilidade de tratamento (OLIVEIRA, 2011).

Por fim, entenda-se a atividade de ensino e pesquisa como foco de investimento constante, para descobertas de novas formas de prevenção e de tratamentos mais efetivos.

No Brasil, o acesso ao diagnóstico e ao tratamento de câncer ainda é marcado por desigualdades de oferta de assistência especializada. Há maior concentração de serviços de quimioterapia e radioterapia credenciados ao Sistema Único de Saúde nas regiões Sul e Sudeste e ausência, quase que total, na região Norte. A situação afeta o prognóstico dos pacientes acometidos da doença fora dos grandes centros urbanos no país (SILVA, 2014).

É consenso no meio científico que um dos principais fatores a contribuir para o alto índice de mortalidade por neoplasia maligna é o diagnóstico tardio da doença, ou seja, quando já se encontra em estágio avançado. Essa realidade poderá levar a dificuldades de tratamento o que, por sua vez, condena muitas pessoas a sofrimento desnecessário e a morte precoce.

Também é consenso que progressos e fortalecimentos no diagnóstico precoce, por meio da oferta de tratamento e diagnóstico básico para todos, podem resultar em mais pessoas sobrevivendo ao câncer. É também menos dispendioso para a sociedade, visto que a detecção precoce do câncer reduz o impacto final da doença.

O custo do tratamento de câncer para o Poder Público é menor nos estágios iniciais e, como os doentes podem, em sua maioria, continuar trabalhando e apoiando suas famílias, não passam a depender da previdência social. Além disso, o tratamento precoce da doença tende a ser mais efetivo.

Daí a razão pela qual o rastreamento de fatores de risco (uso de álcool, excesso de peso, sedentarismo) ser essencial como forma de garantir o diagnóstico e o tratamento precoce e, assim, reduzir a mortalidade (SILVA, 2014). Aqui é fundamental o conhecimento dos agentes de saúde responsáveis pela atenção básica dedicada à população usuária do Sistema Único de Saúde, já que cumpre a eles o papel de identificar possíveis hipóteses diagnósticas a demandar investigação.

O diagnóstico precoce, em que se inclui a estratégia de rastreamento, aumenta a possibilidade de cura para alguns tipos de neoplasia maligna e reduz a morbidade resultante da doença e de seu tratamento. O câncer tem alta carga no perfil da morbimortalidade do país, a qual é dependente do padrão de acesso aos serviços de saúde e aos procedimentos diagnósticos. Para Oliveira (2015), “Ter sido informado por um profissional de saúde que é portador de dada condição clínica ou ser submetido a um tratamento medicamentoso para o controle de uma doença implica ter tido acesso aos serviços, fator diferenciado regional e socialmente.”

1. DA POLÍTICA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Oncológica, por meio da Portaria GM/MS 2.439.

Pela mesma Portaria, foi criada a Rede de Atenção Oncológica, uma rede de trabalho cooperativo para o controle do câncer, com a participação do Governo Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades públicas e particulares, serviços de saúde e centros de pesquisa, assim como de organizações não-governamentais e da sociedade em geral. Essa Portaria foi revogada pela Portaria GM/MS 874/2013, que está vigente até os dias atuais.

A necessidade da formalização de uma política nacional do câncer nasceu da percepção, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de melhorar, cada vez mais, a organização e o acesso da população ao sistema de saúde existente. Iniciada pela Secretaria de Políticas de Saúde, coube ao INCA a atualização dos conceitos que serviram de base para a elaboração da versão da política que seria, ao final, adotada pelo Governo Brasileiro (KLIGERMAN, 2002).

A partir da análise de documentos epidemiológicos feita por especialistas e da análise das experiências de quem vivia a realidade do câncer no Brasil, há muitos anos, foi identificada a importância do equilíbrio entre prevenção e terapêutica; da pesquisa, da informação, da prevenção; do ensino; da conscientização da população sobre os fatores de risco e da necessidade de se manter a continuidade de ações estabelecidas em todo o território nacional, para toda a população, que abordem a prevenção e o controle do câncer (KLIGERMAN, 2002).

A International Agency for Research of Cancer (IARC), da OMS, possui um projeto denominado Globocan, cujo objetivo é fornecer estimativas contemporâneas da incidência, mortalidade e prevalência, em nível nacional, para 184 países do mundo. Para 2012, o Globocan projetou que dos 14 milhões de casos novos estimados (exceto câncer de pele não-melanoma), mais de 60% ocorreriam em países em desenvolvimento. Dos 8 milhões de mortes previstas, 70% ocorreram nesses mesmos países (GLOBOCAN.IARC, 2012).

Nesse contexto, mostra-se fundamental que no Brasil, assim como nos demais países em desenvolvimento, haja ferramentas de monitoramento da morbimortalidade por câncer, incorporadas à rotina da gestão da saúde, para que possam ser estabelecidas ações de prevenção e de controle do câncer, bem como de seus fatores de risco. Entenda-se por ações a supervisão e a avaliação de programas existentes (para o conhecimento da situação e do impacto no perfil da morbimortalidade da população), assim como a manutenção de um sistema de vigilância, com informações que subsidiem análises epidemiológicas para as tomadas de decisões.

No Brasil, órgãos como o Tribunal de Contas da União, para citar apenas um, atuam como agentes de fiscalização da implementação das políticas públicas vigentes. Em 2011, o referido Tribunal proferiu o Acórdão nº 2843/2011 – TCU – Plenário, no qual fez uma série de recomendações à SAS/MS (Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde). Tal acórdão teve por base auditoria de natureza operacional, realizada na Política Nacional de Atenção Oncológica, por meio da qual foi constatado que a rede de atenção oncológica, até então implantada, não estava permitindo aos doentes com câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento. Além disso, as condutas terapêuticas disponibilizadas não se mostravam suficientemente atualizadas.

O mesmo monitoramento foi feito pelo TCU em 2013, com o objetivo de verificar se as recomendações feitas em 2011 alcançaram algum grau de implementação. Restou apurado no Acórdão nº 2577/2014 – TCU – Plenário, que, após o acórdão de

2011, foi promulgada a Lei 12.732/2012 (Lei dos 60 dias) que dispõe sobre o prazo para o 1º tratamento do paciente de câncer, com diagnóstico de neoplasia maligna, comprovado por laudo anatomopatológico.

Também foi apurado que, apesar de o SUS estar absorvendo pacientes e ampliando a assistência em processo contínuo e progressivo, o crescimento da oferta de serviços não era possível na mesma proporção do crescimento da demanda.

E, ainda que a Portaria 874/2013 tenha revisado a Política Nacional de Atenção Oncológica, concluiu-se que o Ministério da Saúde necessitava dar continuidade à articulação junto aos gestores locais do SUS, para estruturar, de forma efetiva, a rede de assistência oncológica das unidades da Federação, de acordo com as necessidades regionais.

Concluiu ainda, o TCU, que a maioria das recomendações do Acórdão nº 2843/2011, em 2013, estavam em processo de implementação, em maior ou menor grau, razão pela qual os Ministros do Tribunal de Contas da União fizeram, uma vez mais, uma série de recomendações à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/MS. Determinaram também o prosseguimento do processo de monitoramento iniciado em 2011, não só em relação àquilo que ainda não fora cumprido, mas também para acompanhar as recomendações que, embora já implementadas, necessitem de avaliação nos seus desdobramentos.

Ficou comprovada, pois, a importância de uma fonte permanente de conhecimento e intervenção sobre o sistema de saúde, o qual deve ser encarado como uma construção social. Os serviços de saúde são apenas um dos determinantes da saúde, e a eficácia dos serviços possui limitações. Da mesma forma, não há correlação direta entre o volume de recursos e de serviços e a saúde de uma população.

As políticas públicas devem vir acompanhadas de objetivos de saúde, expressos em termos de indicadores observáveis de uma maneira eficiente, ou seja, deve haver intervenções eficientes e uma gestão eficaz dos recursos disponíveis e dos serviços. A alocação de recursos e o desenvolvimento de serviços devem estar vinculados ao atingimento desses objetivos (DUSSAULT, 1992).

Nesse sentido, este trabalho busca estudar mais profundamente a implantação da Política para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Revisar a implementação da Política para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, no tocante à observância dos aspectos de prevenção, detecção precoce, assistência, qualidade, abrangência e equitatividade.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a observância dos aspectos de:

- Prevenção e de detecção precoce;
- Assistência;
- Qualidade;
- Abrangência e equitatividade.

Analisar as iniciativas dos Gestores Públicos de Saúde que atuam na prevenção e no tratamento do câncer, no sentido de pôr em prática a Política de Atenção Oncológica.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O trabalho desenvolvido caracteriza-se como uma revisão de literatura narrativa, por não ter a pretensão de esgotar as fontes de informações e não aplicar estratégias de busca complexas.

Feita a contextualização do problema, foram analisadas possibilidades presentes na literatura consultada (análise de documentos oficiais, combinada com a análise bibliográfica). Os documentos localizados (artigos, teses de mestrado e doutorado e documentos oficiais) foram classificados, conforme a adequação ao objeto de pesquisa, sendo descartadas informações não relacionadas à pesquisa. O tema foi, então, reexaminado sob novo enfoque.

Após, foi realizada análise e interpretação do resultado obtido e identificados fenômenos, buscando-se entendê-los, sem a intenção de extrapolar aquilo que os dados obtidos permitiam explicar.

A identificação dos descritores controlados para a busca foi realizada junto ao DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>). Foram utilizados como descritores controlados os termos: câncer, programas nacionais de saúde, SUS e qualidade da assistência à saúde.

No campo de pesquisa, foram utilizados os descritores no título, resumo ou assunto dos artigos. O período de tempo definido para a busca é a partir de 2005, data do surgimento da Política de Atenção Oncológica.

Como critérios de inclusão, foram inseridos artigos publicados em português ou inglês, envolvendo a temática estudada. Foram excluídas da seleção teses, monografias e artigos que abordam pesquisas relacionadas a políticas públicas de atenção oncológica no Brasil, anteriores a 2005.

3.1. ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos, os documentos analisados são de domínio público, disponíveis na internet e divulgados pelo Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Organização Mundial da Saúde, Tribunal de Contas da União e Ministério Público Federal.

O presente projeto não envolveu pesquisa com seres humanos, não havendo, portanto, necessidade de observância das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nºs 466/12 e 510/2016.

Cabe ressaltar que a pós-graduanda e seu orientador não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

4. CONTEXTO

Este capítulo divide-se em sete seções. É apresentado um relato sobre o surgimento da Política de Atenção Oncológica no Brasil e, posteriormente, uma breve apresentação das principais normas promulgadas, com o intuito de dar efetividade à implementação da Política em questão. Por fim, é feito um apanhado sobre o controle externo do Tribunal de Contas da União acerca da Política Nacional de Atenção Oncológica.

4.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O SURGIMENTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL

Remonta aos idos de 1930 o surgimento de uma preocupação com a prevenção e o controle do câncer, como problema de saúde pública. Em 13 de janeiro de 1939, o Presidente Getúlio Vargas assinou o decreto de criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro.

Em 1944, o Centro de Cancerologia foi transformado em Instituto de Câncer, órgão que deveria dar suporte ao Serviço Nacional do Câncer. Em 1961, o Instituto de Câncer foi reconhecido, oficialmente, como Instituto Nacional de Câncer, recebendo novas competências nos campos assistencial, científico e educacional.

Em 1967, foi criada, por meio do Decreto nº 61.968, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, estrutura instaurada dentro do Ministério da Saúde, com a finalidade de “intensificar e coordenar, em todo o território nacional, as atividades públicas e privadas de prevenção, de diagnóstico precoce, de assistência médica, de formação de técnicos especializados de pesquisas de educação, de ação social e de recuperação, relacionadas com as neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência”.

A partir da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90), novas diretrizes vieram reforçar as ações que se fizeram mais efetivas, a partir de 1986, quando o Ministério da Saúde passou a desenvolver ações descentralizadas na área da informação (registro do câncer), prevenção e educação

em oncologia. A Lei 8080/90, em seu artigo 41, estabelece que as ações desenvolvidas pelo INCA deveriam permanecer como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e transferência de tecnologia ao SUS.

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.535, buscando expandir a capacidade de serviços oncológicos do SUS e garantir, para toda a população, uma assistência oncológica integral, com qualidade e de forma integrada, atribuindo ao INCA sua coordenação. Foram planejados os centros de oncologia em hospitais gerais, hoje conhecidos como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). O objetivo dessa iniciativa era a expansão da oferta de serviços diagnósticos, cirúrgicos, quimioterápicos, radioterápicos e de cuidados paliativos em áreas geográficas, antes sem cobertura para a população local.

Também, em 1998, foi publicada a Portaria 3.536 que determinou a adoção do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (Apac/Onco): os novos procedimentos passaram a ter sua contraprestação baseada na neoplasia e não mais nos medicamentos, com autorização prévia regulamentada, alimentando, assim, um sistema de informações.

Os desafios identificados pelo Ministério da Saúde que o levaram a publicar as Portarias nºs 3.535 e 3.536, ambas de 1998, resumidamente foram os seguintes:

- integrar a detecção precoce ao tratamento, sem a qual tanto um quanto outro se torna menos efetivo;
- estruturar a informação hospitalar em câncer em todos os hospitais do SUS que tratam a doença (Registro Hospitalar do Câncer), para avaliar os resultados do tratamento em nível nacional;
- melhorar o acesso ao diagnóstico do câncer (estruturação da média complexidade);
- adotar estruturas que regulem a Atenção Oncológica na Rede SUS, de modo a facilitar o acesso ao melhor tratamento disponível;

- garantir que as unidades que tratam doentes com câncer ofereçam serviços integrados, assegurando as condições para a integralidade da assistência.

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Oncológica, por meio da Portaria GM/MS nº 2.439. A partir de então, o câncer passou a ser formalmente reconhecido como um problema de saúde pública.

4.2. A PORTARIA 2.439/2005

A Portaria nº 2.439/2005 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, sob a premissa da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

De acordo com a referida Portaria, a União, por meio do Ministério da Saúde, dos Estados e dos Municípios deve desenvolver estratégias para identificar os determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas; desenvolver ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil para a promoção da qualidade de vida e saúde, capaz de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida, de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e de coletividades.

Para tanto, deveriam ser organizadas linhas de cuidado em todos os níveis de atenção e de atendimento; organizados fluxos de referência e contrarreferência para garantir o acesso e atendimento integral; definidos critérios técnicos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que atuam nos diferentes níveis de atenção oncológica; deveria ser também ampliada a cobertura do atendimento aos doentes de câncer.

Projetos estratégicos de incorporação de novas tecnologias deveriam ser fomentados, coordenados e executados, mediante estudos sobre custo-efetividade, eficácia e qualidade. Processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações, decorrentes da Política, deveriam ser desenvolvidos, para

aprimorar a gestão e a disseminação de informações entre os gestores. O intercâmbio e o aperfeiçoamento da produção de dados e a democratização da informação, com o objetivo de alimentar estratégias promocionais da saúde deveriam ser promovidas. A assistência deveria ser qualificada e a educação permanente dos profissionais envolvidos na implementação e implantação da Política deveria ser garantida. Ainda, a formação e especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica deveria ser fomentada.

Sucintamente, os componentes fundamentais da Portaria nº 2.439/2005 são: a promoção e vigilância em saúde; o estabelecimento de diretrizes nacionais para a atenção oncológica em todos os níveis, a fim de permitir o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle; o estabelecimento de competências da atenção básica, da média e da alta complexidade (UNACON, CACON e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia); os planos de controle do tabagismo e de outros fatores de risco, além da morbimortalidade das doenças e agravos não transmissíveis, do câncer de colo do útero e da mama; o desenvolvimento de mecanismos e parâmetros de avaliação a curto, médio e longo prazo das ações e serviços prestados em todos os níveis de atenção; a regulamentação suplementar e complementar entre Estados e Municípios; a regulação, fiscalização, controle e avaliação; sistema de informação; diretrizes nacionais para a atenção oncológica; avaliação tecnológica (oferta de subsídios para a tomada de decisões no processo de incorporação de novas tecnologias); educação permanente e capacitação; pesquisa sobre o câncer.

Em dezembro de 2005, a Portaria SAS nº 741/2005 trouxe as definições de UNACON, CACON e Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e estabeleceu as qualidades técnicas que os serviços devem apresentar para serem credenciados como tal.

São entendidos como UNACON os hospitais com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade, para o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.

São considerados CACON os hospitais com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade, para o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer.

Já os Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia são aqueles hospitais de ensino com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade, para o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, com uma base territorial de atuação preestabelecida, de acordo com critérios que levam em consideração o nº de casos novos anuais de câncer e que exercem o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS, nas políticas de atenção oncológica.

Foi estabelecido o prazo de 12 meses para que os serviços credenciados, como UNACON, CACON e Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, implantem o Registro Hospitalar do Câncer informatizado. Os dados anuais consolidados devem ser encaminhados no mês de setembro de cada ano, a partir de 2007, para o INCA, a que competirá publicar e divulgar esses dados de forma organizada e analítica.

A Portaria nº 741/2005 também estabeleceu os parâmetros de avaliação dos serviços. Apresentou os critérios nos quais os gestores do SUS devem se basear para definir os quantitativos e a distribuição geográfica dos UNACON, CACON e Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. A Portaria estabeleceu que, na ausência de prestação de serviço de alta complexidade, o gestor deverá garantir, através de mecanismos de regulação, o acesso da população ao atendimento integral.

Por fim, a Portaria nº 741/2005 determinou que os UNACONS, os CACONS e os Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia deveriam submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor local e que a Secretaria de Atenção à Saúde publicasse e divulgasse, no prazo de 12 meses, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica, a serem elaboradas sob a coordenação do INCA, contemplando as neoplasias malignas mais prevalentes no Brasil, observadas

pelos UNACONS, os CACONS e os Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

4.3. REDES TEMÁTICAS

Em 22 de novembro de 2012, foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a partir do referencial da Portaria 4.279/2010 (a qual estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde) as redes temáticas de atenção às doenças crônicas: rede cegonha, rede de urgência e emergência, rede de atenção psicossocial, rede do câncer e rede de cuidados à pessoa com deficiência. Essas redes passaram a representar compromissos prioritários do governo.

4.4. LEI 12.732/2012 – LEI DOS 60 DIAS

Também, em 22 de novembro de 2012, foi sancionada a Lei nº12.732/2012, conhecida como Lei dos 60 dias. De acordo com o diploma legal, os usuários do Sistema Único de Saúde, com o diagnóstico de câncer, passaram a ter assegurado o início de seu tratamento em, no máximo, 60 dias, contados do registro do diagnóstico definitivo em seu prontuário. Essa lei foi regulamentada pela Portaria MS/GM 876/2013 e passou a vigorar a partir de 23 de maio de 2013.

4.5. A PORTARIA MS/GM 252/2013

Editada em 19 de fevereiro de 2013, a Portaria MS/GM 252/2013 institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, na qual se inclui o câncer. O objetivo dessa medida é fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, garantindo cuidado integral às pessoas com doenças crônicas.

Com a entrada em vigor da Lei nº 12.732/2012 e da Portaria MS/GM 252/2013, surge a expectativa de redução do tempo de espera para o primeiro tratamento. Além disso, a referida Lei e Portaria esclarecem as devidas atribuições da União, dos Estados e dos Municípios no que diz respeito a diagnóstico e tratamento do usuário

com câncer. A rede de atenção oncológica passou a se organizar de maneira mais ágil e resolutiva.

Para auxiliar os entes federados e os gestores dos serviços oncológicos da rede pública, organizar a fila de espera e a oferta de atendimento mais rápido, o Ministério da Saúde criou o SISCAN (sistema de informação do câncer), software disponibilizado, gratuitamente, para as secretarias de saúde e para os prestadores de serviço de saúde. O SISCAN reúne o histórico dos pacientes, desde o diagnóstico até o tratamento, possibilitando, assim, o acompanhamento e o cuidado integral da pessoa diagnosticada com câncer.

4.6. A PORTARIA 874/2013 - POLÍTICA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS.

Diante da magnitude do problema do câncer no País e do reconhecimento da doença como condição crônica e da necessidade de redução da mortalidade e da incapacidade causadas por câncer, foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com definição de princípios e diretrizes dos principais eixos de ação: promoção da saúde; prevenção do câncer; detecção precoce e tratamento oportuno; vigilância, monitoramento e avaliação; cuidado integral; ciência e tecnologia; educação e comunicação em saúde.

Além dessas definições, foram estabelecidas as responsabilidades das esferas de gestão do SUS (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal) e dos pontos a serem monitorados pelas Redes de Atenção à Saúde (Atenção Básica; Atenção Domiciliar; Atenção Especializada Ambulatorial, Hospitalar e Rede de Urgência e Emergência; Sistemas de Apoio; Regulação; Sistemas Logísticos; Governança).

Foram mantidos dois tipos principais de habilitações na alta complexidade em oncologia, com relação ao componente especializado: Unidade de Assistência de Alta

Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

A Portaria definiu, também, critérios de avaliação e de monitoramento e fontes de financiamento. Por fim, estabeleceu que as instâncias gestoras do SUS, CIT (Comissão Intergestores Tripartite, CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e CIR (Comissão Intergestores Regional) iriam pactuar as responsabilidades dos entes federativos nas respectivas linhas de cuidado que compõem a Política Nacional para o Controle do Câncer. Tudo isso de acordo com as características demográficas, epidemiológicas, o desenvolvimento econômico-financeiro das regiões e saúde, cabendo à CIT pactuar normas específicas sobre a organização dos critérios das linhas de cuidado priorizadas e de seus componentes, as quais seriam posteriormente publicadas pelo Ministério da Saúde.

4.7. DO CONTROLE EXTERNO DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

A Política Nacional de Atenção Oncológica, estabelecida pela Portaria MS 2.439/2005, foi organizada de forma articulada entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Distrito Federal e Municípios, competindo-lhe a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes com câncer. Por meio de levantamento de natureza operacional feito pelo Tribunal de Contas da União (TC 002.088/2009-2), na classificação orçamentária da Função Saúde, identificou-se um conjunto de deficiências na implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, entre as quais destacam-se: insuficiência da estrutura da rede de atenção em oncologia, insuficiência ou inoperância dos equipamentos existentes, inadequação da estrutura para acolhimento e tratamento dos pacientes, insuficiência de recursos humanos.

Em razão do supra exposto e também do aumento da incidência dos casos de câncer no país e do crescimento progressivo dos gastos federais pela demanda por diagnósticos e dos tratamentos ambulatoriais e internações hospitalares ligadas ao câncer, foi realizada auditoria pelo TCU no Ministério da Saúde, na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e no Instituto Nacional do Câncer (INCA), especialmente no

que tange à oferta de serviços de diagnóstico e de tratamento oncológicos à população usuária do Sistema Único de Saúde.

Entre os objetivos principais da auditoria, estava a avaliação da rede de atenção oncológica, para que fosse verificado se estava sendo possibilitado aos doentes de câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento e se as condutas terapêuticas disponibilizadas aos pacientes do Sistema Único de Saúde eram suficientemente atualizadas e estavam de acordo com a visão de especialistas que atuam na área da oncologia.

O relatório de auditoria operacional para avaliar a Política Nacional de Atenção Oncológica deu origem ao processo nº TC 031.944/2010-8, cujo acórdão com as recomendações ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Assistência à Saúde foi o de nº 2843/2011 – TCU – Plenário.

Ciente de que a efetividade das ações de controle depende do cumprimento das determinações e das recomendações anteriormente expedidas e com o intuito de avaliar a implementação das recomendações feitas através do Relatório de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica, de 2011, o TCU decidiu promover a primeira avaliação da efetiva observância, por parte do Ministério da Saúde, de tais recomendações. Tal decisão originou o processo nº TC 016.913/2013-2 e deu ensejo à publicação do acórdão nº 2577/2014 – Tribunal de Contas da União – Plenário.

5. ANÁLISES DE OBSERVÂNCIA DE ASPECTOS

Este capítulo divide-se em cinco seções. A primeira aborda a prevenção e a detecção precoce do câncer. A segunda abrange aspectos relativos à assistência. A terceira trata de qualidade. A quarta aborda equidade e abrangência. Finalmente, a quinta seção aborda as iniciativas dos gestores públicos que atuam na prevenção e tratamento do câncer, no sentido de pôr em prática a Política de Atenção Oncológica.

5.1. DA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER

“A detecção precoce possibilita a captação de indivíduos com doença assintomática ou em fase inicial o que define melhores resultados em termos de morbidade, sobrevida e mortalidade. Compreende duas estratégias: o diagnóstico clínico precoce e o rastreamento populacional.” (SILVA et al., 2015).

Para que o diagnóstico clínico precoce se perfectibilize, é necessário, além da conscientização da população, que profissionais de saúde, preparados para detectar sinais e sintomas da doença, tenham uma rede de apoio organizada, para onde possam referenciar os casos suspeitos, a fim de obter o diagnóstico definitivo e, se necessário, encaminhá-los para tratamento imediato em serviços especializados.

O prognóstico do câncer é influenciado positivamente por estratégias de diagnóstico precoce e continuidade do cuidado por meio de tratamento adequado no tempo oportuno, com especial papel para a atenção básica na detecção precoce e no engajamento efetivo dos diversos atores na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial, para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados.

No Acórdão nº 2843/2011 – TCU – Plenário (Processo nº TC 031.944/2010-8), restou consignado que a estrutura da rede de atenção oncológica não vinha possibilitando acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer. O tempo de espera entre o diagnóstico e o primeiro tratamento superava 110 dias, e apenas 66% da demanda por radioterapia era atendida.

Já no Acórdão nº 2577/2014 – Plenário (Processo nº TC 016.913/2013), o Tribunal de Contas da União reconheceu a relevância da promulgação da Lei 12.732/2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada: o paciente com neoplasia maligna tem o direito de submeter-se ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde, no prazo de até sessenta dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico, ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

A referida Lei também destaca a relevância do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022, no qual se encontra o plano de ação para a organização das redes de atenção para prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer e o plano de ampliação e implantação de serviços de radioterapia no Brasil, em hospitais habilitados e com alta complexidade em oncologia. Ambos os planos devem ser elaborados por grupos técnicos e executivos específicos.

Reconheceu os esforços do Ministério da Saúde, o qual revisou, através da publicação da Portaria GM/MS 874, de 16/5/2013, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Na revisão, foi considerada a necessidade de reordenamento dos serviços oncológicos no âmbito do SUS e de qualificação da gestão pública, por meio da definição de diretrizes nacionais para a prevenção e controle do câncer, estimulando, assim, a atenção integral articulada entre as ações dos três níveis de gestão do SUS.

A nova Política, prevista na Portaria nº 874/2013, ao definir princípios e diretrizes para organização da atenção e do cuidado da pessoa com câncer e estabelecer as responsabilidades das diferentes esferas de gestão do SUS (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal) e das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde (Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, Sistemas de Apoio e Logístico, Regulação e Governança), auxiliou no enfrentamento dos obstáculos relacionados à realização dos exames de diagnóstico e de estadiamento. Além disso,

contribuiu para acesso ao tratamento oncológico, ao estabelecer o fluxo de atendimento regulado pelos gestores.

5.2. DA ASSISTÊNCIA

Um dos destaques da Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída em 2005 pela Portaria nº. 2.439/GM, é: “necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer”. Nesse contexto, é prevista a participação de todos os níveis de atenção à saúde e articulação intersetorial (tripartite), de modo a evitar vazios sanitários e escassez de oferta de atendimento.

Influenciam no alcance da assistência as dificuldades de acesso, as quais impõem barreiras que comprometem o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde aos serviços de saúde, em especial no que se refere à prestação de tratamento adequado em tempo oportuno. Sabendo que o tratamento oncológico é baseado em procedimentos frequentes, pode-se concluir que há o enfrentamento de dificuldades adicionais à própria doença, em função do extenso deslocamento que muitos pacientes necessitaram fazer.

A prevenção e a identificação precoce são requisitos importantes para a redução das taxas de morbidade e mortalidade por câncer. Contudo, uma vez identificado o caso, o tratamento adequado e ágil concorrerá para a minimização dos impactos indesejados da doença. Assim, o acesso geográfico para a identificação precoce e para o tratamento é de fundamental importância.

Da mesma forma, a investigação de áreas de abrangência das unidades do Sistema Único de Saúde pela identificação das redes estabelecidas por sua efetiva utilização e as indicações de possíveis regionalizações alternativas, dadas pelos fluxos transversais, constituem ferramentas com aplicação, potencialmente, importante no planejamento e melhoria da distribuição dos serviços, de acordo com as necessidades da população usuária, sobretudo se considerado que a assistência

em oncologia ainda se mostra concentrada nas fases tardias da doença e dentro de serviços de alta complexidade e elevado custo.

Nesses termos, considerando que a assistência é norteada pelo princípio da integralidade, perpassando todos os níveis de complexidade (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidade), modalidades de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), vigilância em saúde e gestão, é fundamental que desapareçam as desigualdades regionais.

No Acórdão nº 2843/2011 – TCU – Plenário (Processo nº TC 031.944/2010-8), restou consignado que os investimentos governamentais e os mecanismos existentes para a estruturação da rede de atenção oncológica, a fim de atender à demanda por tratamento, eram insuficientes, inviabilizando, assim, o acesso ao tratamento para contingentes consideráveis da população usuária do Sistema Único de Saúde.

No que tange à efetividade da atenção oncológica, os principais problemas encontrados pela auditoria realizada foram a dificuldade de acesso tempestivo a exames e tratamentos; a deficiência da atenção oncológica e o aumento de gastos, em razão da fragilidade nos mecanismos de gestão e de controle.

Por ser uma doença com incidência progressiva que demanda atenção tempestiva, tratamento prolongado e acompanhamento adequado, dada a possibilidade de recidiva, a rede de assistência deve estar articulada a uma regulação efetiva do gestor local, pois os pacientes passam, obrigatória e inicialmente, pelas Unidades Básicas de Saúde e pelos serviços de emergência, antes de serem encaminhados, com a interveniência das centrais de regulação, aos serviços de alta complexidade, credenciados para atender os pacientes do Sistema Único de Saúde.

Sobre a capacidade instalada, o Tribunal de Contas da União concluiu que a rede de atenção oncológica é insuficiente para atender à demanda de pacientes para diagnóstico e tratamento de câncer. Levantamento feito pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica (Darao) do INCA, atualizado em 3/6/2011, previa, para todo o território nacional, a necessidade de 375 Unacons e Cacons, considerando uma

unidade de atendimento, Cacon ou Unacon, para cada 1.000 casos novos de câncer estimados. Na época do levantamento, existiam 264 estabelecimentos habilitados. O levantamento do INCA também evidenciou déficit na capacidade para cirurgia de 44 unidades de atendimento de quimioterapia; de 39 unidades de atendimento e de 135 unidades de atendimento ou equipamentos radioterapia. (Dá uma revisada nesse parágrafo. Arrumei-o, mas me parece meio confuso).

Ainda sobre as carências estruturais da rede de atenção oncológica, o relatório de auditoria apontou a inexistência de acompanhamento efetivo da prestação dos serviços por parte dos estabelecimentos habilitados, em que pese a Portaria SAS/MS 62/2009 estabelecer que a Coordenação de Média e Alta Complexidade, o INCA e a Coordenação Geral da Regulação e Avaliação devessem manter o monitoramento e a avaliação contínua e anual dos estabelecimentos habilitados sobre os parâmetros estabelecidos para habilitação, além de avaliação da produção alcançada, bem como de resolução de pendências, eventualmente remanescentes à habilitação. As secretarias estaduais de saúde, por sua vez, deveriam avaliar, anualmente, a produção dos estabelecimentos e os indicadores divulgados pela CGMAC (Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade), de forma a propor o que considerassem cabível, em termos de ajustes, nas habilitações estabelecidas.

Outro fator que, de acordo com o relatório de auditoria, contribuiu para a insuficiência da rede de atenção oncológica foi a falta de atualização periódica da Tabela do SUS, pois, na medida que a remuneração de algum procedimento é insuficiente, há um desestímulo de oferta, o que pode vir a se tornar uma barreira para o acesso do doente de câncer a determinado serviço. A consequência direta desse fenômeno é a falta de equidade no acesso aos tratamentos, tendo em vista as realidades diferenciadas e vivenciadas pelos diversos estados, em termos de estrutura da rede de atenção oncológica.

No que tange à ampliação da oferta de serviços até a completa solução das carências existentes, especialmente em relação à oferta de cirurgias oncológicas, serviços de radioterapia e dos principais exames para diagnóstico de câncer, o Acórdão nº 2577/2014 – Plenário (Processo nº TC 016.913/2013), do Tribunal de Contas da União, constatou que, para além dos procedimentos diagnósticos voltados

aos cânceres de colo de útero e de mama, o Ministério da Saúde teria elaborado uma minuta de portaria que estaria em processo de discussão interna, na época da avaliação realizada, com previsão para pagamento diferenciado de outros procedimentos de média complexidade, para diagnósticos de outros cânceres, quando realizados em estabelecimentos de saúde habilitados em alta complexidade em oncologia.

Para expansão dos serviços de Radioterapia no SUS, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, por meio da Portaria 931, de 10/05/2012, com o objetivo de criar 41 novos serviços de radioterapia até 2015. Essa medida visava diminuir o déficit de equipamentos de radioterapia no Brasil e ampliar a residência multiprofissional para a área de oncologia, a fim de ampliar os recursos humanos específicos para essa área.

A expansão dos hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia também teria ocorrido, passando de 269 em 2011 para 277 em 2012.

As informações então levantadas indicavam que os procedimentos cirúrgicos foram atualizados e que foram incorporados medicamentos de alto custo, negociados por meio de compras centralizadas. Os procedimentos de radioterapia e quimioterapia foram atualizados sempre que necessário e houve um incremento dos valores pagos para os serviços móveis de mamografia. Foi feita a ressalva, porém, que o processo de aferição da adequabilidade dos valores adotados como referência nos procedimentos custeados pelo SUS, tendo por base avaliação periódica dos seus custos efetivos, deveria ser contínuo, para permitir qualidade e adequação da oferta de serviços.

Quanto à falta de definição de prazos e metas progressivas até a solução definitiva das carências existentes, a Secretaria de Atenção à Saúde justificou que se faz necessária a elaboração do planejamento assistencial em cada Estado brasileiro, considerando o mapeamento das estruturas de serviço e os recursos já disponibilizados, sem indicar prazos e metas progressivos, buscando a solução definitiva das carências existentes. Por essa razão, o Tribunal de Contas da União

considerou que a política de atenção oncológica não foi implementada no que diz respeito a esse quesito.

Sobre a mensuração do impacto financeiro das medidas planejadas, o Tribunal de Contas da União considerou que nada fora feito. Apesar de o Ministério da Saúde ter apresentado o valor médio de aquisição de equipamentos de radioterapia por meio de convênios, a valoração diferenciada nos procedimentos de mamografia móvel (incremento de 44,88%); a valoração diferenciada para procedimentos realizados em Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC); o aumento da valoração dos procedimentos cirúrgicos com CID de câncer realizados em Unacon ou Cacon; e a compra centralizada de medicamentos, não foi indicada a mensuração do impacto financeiro das medidas planejadas. E, para garantir a contínua e sustentável oferta de serviços, há de se conhecer, detalhadamente, o impacto financeiro dessas ações.

O Tribunal de Contas da União concluiu, ainda, que, de acordo com as informações apresentadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção, houve expansão dos serviços de oncologia no Sistema Único de Saúde, aumento no número de procedimentos, inclusão de novas diretrizes e medicamentos para o tratamento do câncer, entre outras iniciativas. Entretanto, ainda se faz necessário que o Ministério da Saúde envide esforços para a implementação de várias ações, visto a oferta de serviços para o tratamento oncológico ser um desafio perene, considerando a dimensão que o câncer tomou, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. Assim, mesmo as recomendações consideradas implementadas não deveriam sair do rol de ações a serem monitoradas, seja pelo Tribunal, seja pelo Ministério da Saúde, de forma a garantir a contínua expansão e atualização dos serviços em oncologia e o efetivo acesso universal da população que deles necessita.

5.3. DA QUALIDADE

Para a Política Nacional de Atenção Oncológica, o aspecto qualidade ganha uma nova abordagem ligada à certificação profissional, entendida como construção

social, orientada para a formação profissional em cancerologia, ao propor direcionalidade do perfil profissional, de forma a atender às necessidades do Sistema Único de Saúde. A qualidade passa a ser regida pela relevância social exigida pela sociedade na vigilância, prevenção e tratamento do câncer, desde o serviço prestado pela atenção básica, até a alta complexidade. Daí exsurge a necessidade de educação permanente (formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos, em todos os níveis, na área de cancerologia), e organização de níveis de atenção articulados com a Rede de Atenção Oncológica.

No Acórdão nº 2843/2011 – TCU – Plenário (Processo nº TC 031.944/2010-8), restou consignado que os especialistas em oncologia consideravam inadequada a sistemática de atualização das condutas em oncologia, contempladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apontando para a existência de exames diagnósticos e condutas terapêuticas, validadas pela comunidade científica e importantes para o tratamento dos pacientes oncológicos as quais não eram custeadas pelo SUS.

Ao abordar a temática da Política da Atenção Oncológica com os profissionais atuantes nos estabelecimentos credenciados, o Tribunal de Contas da União pôde apurar que existem procedimentos e exames para o diagnóstico do câncer e condutas terapêuticas, validadas cientificamente, as quais são importantes para o sucesso do tratamento não ofertado pelo Sistema Único de Saúde. A desatualização dos esquemas terapêuticos, associada à desatualização dos valores dos procedimentos custeados, de acordo com o resultado da auditoria realizada, têm dificultado a prestação da assistência oncológica.

Há drogas sendo utilizadas tardiamente no Brasil, sob ordem judicial, o que leva a desperdício de recursos (os gestores acabam sendo obrigados a adquirir medicamentos de alto custo de forma emergencial, com inevitável perda de eficiência econômica). A falta de normatização de protocolos e de condutas terapêuticas em oncologia também leva os gestores locais ao enfretamento de ordens judiciais, as quais determinam o custeio de tratamentos não cobertos pelo Sistema Único de Saúde.

Deve-se ressaltar que a falta de atualização das condutas terapêuticas é um dos fatores que pode reduzir as chances de cura e o tempo de sobrevida dos pacientes que não puderam ser tratados com técnicas modernas e atualizadas. O tempo de sobrevida é um indicador que reflete a qualidade do tratamento/assistência prestada ao paciente.

Pela porta de entrada do paciente se dar através das Unidades Básicas de Saúde e através das emergências, o Tribunal de Contas da União recomendou ao Ministério da Saúde o desenvolvimento de estratégias de capacitação e disseminação de informações sobre prevenção e diagnóstico precoce de câncer, dirigidas, sobretudo, aos profissionais que atuam na atenção primária, para que os diagnósticos sejam realizados menos tardios e que os pacientes tenham condições de iniciar seus tratamentos em estágios menos avançados da doença. Nessa mesma senda, o Ministério da Saúde deveria acompanhar periodicamente as principais carências profissionais existentes e promover a formação e a capacitação de profissionais para atuarem na assistência oncológica, articulado com o Ministério da Educação e Cultura, os gestores locais e os estabelecimentos credenciados.

Especificamente quanto à importância da informação, a qual impacta na qualidade do serviço colocado à disposição usuária do Sistema Único de Saúde, o Tribunal de Contas da União apontou que o Ministério da Saúde deveria adotar medidas para tornar o Registro Hospitalar do Câncer (RHC) efetivo em âmbito nacional, assegurando a participação de todos os estabelecimentos habilitados. A disponibilidade de informação de qualidade viabiliza o acompanhamento do desempenho da rede de atenção oncológica, o cálculo de indicadores de sobrevida (efetividade do tratamento) e de tempestividade dos atendimentos, além de servir de instrumento de orientação das ações, a serem adotadas pelos complexos reguladores, visando agilizar o encaminhamento dos pacientes para a realização de exames e de tratamentos.

Para garantir a qualidade das informações alimentadas no Registro Hospitalar do Câncer, o Ministério da Saúde deveria instituir crítica na entrada de dados das APAC's de quimioterapia e radioterapia, para evitar o registro de dados inconsistentes. Para os auditores do Tribunal de Contas da União, a melhoria da qualidade das

informações disponíveis levaria o Ministério da Saúde ao aperfeiçoamento das ações gerenciais, o que, por sua vez, permitiria a realização de estudos sobre a qualidade da atenção oncológica. Se tais informações forem possibilitadas pela utilização dos registros hospitalares, justifica-se o custo com o preenchimento e o processamento desses dados.

No Acórdão nº 2577/2014 – Plenário (Processo nº TC 016.913/2013), o Tribunal de Contas da União ressaltou a adoção de medidas para assegurar a efetividade do sistema RHC (Registro Hospitalar do Câncer) que contemplem a revisão da abrangência, da forma de coleta e da consolidação dos dados a serem computados, de forma a favorecer ampla adesão e consolidação tempestiva dos registros, pois restou constatado que persistia o desafio. Problemas com a confiabilidade dos sistemas de informação do SUS, como o CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde), o SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais) e o SIH (Sistema de Informações Hospitalares), já haviam sido apontados em diversos trabalhos realizados pelo TCU. É de suma importância a conscientização dos prestadores sobre a relevância da manutenção atualizada do sistema RHC. Assim, persiste a necessidade de acompanhamento e divulgação periódica do grau de adesão dos estabelecimentos credenciados, sugerindo, o Tribunal de Contas da União, a criação de incentivos aos estabelecimentos com bons resultados na atualização dos dados.

Saliente-se que com o advento da Lei 12.732/2012, a qual dispõe que o primeiro tratamento de paciente ocorra no prazo de até sessenta dias, contados a partir da data em que foi firmado o diagnóstico em laudo patológico, ou em prazo menor, o cálculo e a divulgação de indicadores de desempenho acerca da tempestividade dos atendimentos e de sobrevivência dos pacientes se tornam ainda mais relevantes, o que denota, mais uma vez, a importância da qualidade e da confiabilidade dos registros nos sistemas de informação do SUS.

Reforçando, ainda, a importância da fidedignidade dos dados coletados, registre-se que, durante os trabalhos de auditoria anteriormente realizados pelo Tribunal de Contas da União, foi identificado que o sistema SIA/SUS não estava contribuindo para a construção de indicadores confiáveis para a área da atenção

oncológica, por não haver crítica contra a entrada de dados inconsistentes em campos das APACs de quimioterapia e radioterapia – importantes para o cálculo da tempestividade dos atendimentos - como as datas de diagnóstico e de início dos tratamentos. O sistema também permitia outras inconsistências na entrada de dados das APACs que prejudicavam a confiabilidade desses registros. Na época da auditoria, foi recomendado que fossem instituídas críticas no sistema SIA/SUS das APACs de quimioterapia e radioterapia. Até o momento da presente avaliação, tal recomendação ainda não havia sido implementada.

O Tribunal de Contas da União prossegue, em seu acórdão, apontando que o número de determinados tipos de especialistas em oncologia, fundamentais para a assistência de qualidade, continua sendo insuficiente. Essa limitação e deficiência da atenção básica em saúde se reflete na falta de identificação precoce de casos suspeitos de câncer, resultando em grande quantidade de diagnósticos tardios da doença. Tal fato demonstra a necessidade de se tomar medidas cujo objetivo seja fomentar a formação e a capacitação dos profissionais que atuam na atenção primária e diretamente na assistência oncológica. Em razão desse fato, foi reforçado com o Ministério da Saúde a importância de ações que visem à formação de recursos humanos, que busquem o mapeamento e o acompanhamento periódico das principais carências profissionais existentes e que sejam adotadas medidas para a ampliação da oferta de treinamentos, especializações ou residências médicas nas áreas em que as carências sejam significativas.

5.4 DA EQUIDADE/ABRANGÊNCIA

A equidade em saúde é entendida como um processo em permanente transformação e que vai mudando seu escopo e abrangência, à medida que certos resultados são alcançados e que novos desafios vão surgindo. As desigualdades, de uma forma ou de outra, persistem, mesmo em países com sistemas universais bem mais antigos e consolidados que o brasileiro. Com o SUS, que institucionalizou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a exclusão formal desapareceu, mas não a iniquidade que subsiste em decorrência de fatores como a desinformação, associada aos diferenciais de escolaridade, ou ainda da deformação em determinadas políticas públicas.

Nesse cenário, a equidade se caracterizaria como uma estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades, no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural. A referida equidade pode ser mensurada através da análise das políticas públicas, no setor da saúde, voltadas para garantir atendimento a todos, levando-se em conta singularidades e necessidades.

No Acórdão nº 2843/2011 – TCU – Plenário (Processo nº TC 031.944/2010-8), restou consignado que, conforme o Estado de origem do usuário do Sistema Único de Saúde, o paciente poderia ter acesso a tratamentos diferenciados em relação aos tratamentos acessíveis aos pacientes atendidos em outras unidades da federação. A mesma situação fica patente, quando comparados os tratamentos custeados por planos privados de saúde: os tratamentos prescritos aos pacientes do Sistema Único de Saúde não costumam ser os mesmos prescritos por meio de convênios privados.

Como forma de garantir o acesso universal ao diagnóstico e ao tratamento oncológico para os pacientes do SUS, o Tribunal de Contas da União recomendou ao Ministério da Saúde que desenvolvesse um plano para sanar, de forma efetiva, a insuficiência da estrutura da rede de atenção oncológica. Seriam elementos do plano a ampliação da oferta de serviços por meio de investimentos próprios ou contratação de serviços suplementares até a solução das carências existentes; a adoção de medidas que garantissem a efetividade do registro hospitalar do câncer (RHC) e a formação de profissionais aptos a assistir pacientes com câncer, desde a atenção primária até a alta complexidade, para que os diagnósticos pudessem ser feitos em estágios menos avançados da doença; o desenvolvimento de estrutura para a análise periódica da adequação das condutas terapêuticas autorizadas, com vistas à melhoria das condições de tratamento e dos índices de cura.

O plano destinado a sanar de forma efetiva a insuficiência da estrutura da rede de atenção oncológica, a ser desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em articulação com os gestores locais do Sistema Único de Saúde, deveria contemplar, ainda, a elaboração de sistemática de atualização de valores dos procedimentos a serem custeados por esse convênio, com base na avaliação periódica dos custos efetivos,

com o objetivo de não desestimular a oferta dos serviços e mensurar o impacto financeiro das medidas planejadas.

A importância de haver uma rede de assistência oncológica adequada e estruturada para possibilitar a ampliação da cobertura de atendimento, de acordo com o Tribunal de Contas da União, não reside somente no fato do aumento da quantidade progressiva de recursos públicos gastos para custear os tratamentos oncológicos devido ao aumento da incidência da demanda, mas, sobretudo, como forma de garantir e assegurar a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção oncológica aos pacientes do Sistema Único de Saúde, conferindo maior tempestividade aos tratamentos de câncer e aumentando a perspectiva de cura dos pacientes e melhoria das suas condições de vida durante o tratamento.

No Acórdão nº 2577/2014 – Plenário (Processo nº TC 016.913/2013), o Tribunal de Contas da União considerou que a publicação e a revisão dos normativos, aliadas às visitas técnicas até então realizadas nos estados das regiões Norte e Nordeste e as previstas para as demais regiões do País, demonstraram que o Ministério da Saúde estava articulando, junto aos gestores locais do SUS, levantamento das necessidades. Tal levantamento envolve estrutura da rede de assistência oncológica de cada unidade da Federação, para a definição de prioridades, a fim de estruturar de forma efetiva as redes de assistência oncológica locais, de acordo com as necessidades regionais. Por conta desse esforço, a retrospectiva sobre a assistência oncológica demonstrava que a política vigente estava em contínua expansão no que diz respeito à articulação junto aos gestores do SUS.

5.5. AS INICIATIVAS DOS GESTORES PÚBLICOS DE SAÚDE QUE ATUAM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER, NO SENTIDO DE PÔR EM PRÁTICA A POLÍTICA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA.

Além da revisão da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da publicação da Portaria GM/MS 874, de 16/5/2013; promulgação da Lei 12.732/2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada; relevância do Plano de Ações Estratégicas para

o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022; elaboração de Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, por meio da Portaria 931, de 10/05/2012, com o objetivo de criar 41 novos serviços de radioterapia até 2015, expansão dos hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia, passando de 269 hospitais em 2011 para 277 em 2012, o Tribunal de Contas da União, no Acórdão nº 2577/2014 – Tribunal de Contas da União – Plenário (Processo nº TC 016.913/2013-2) ressaltou as iniciativas a seguir descritas por parte dos Gestores Públicos de Saúde que atuam na prevenção e tratamento do câncer, no sentido de pôr em prática a Política de Atenção Oncológica.

A articulação junto aos gestores do SUS foi considerada uma iniciativa bem-sucedida do Ministério da Saúde, porquanto propiciou o levantamento geral de informações sobre a situação de saúde, no caso, da oncologia, para a definição de prioridades e de determinação das reais necessidades de serviços e ações de saúde. Com isso, espera-se ser possível estruturar, de forma efetiva, a rede de assistência oncológica de cada unidade da Federação, de acordo com as necessidades regionais.

Especificamente quanto à ampliação da oferta de serviços, o Governo Federal lançou um conjunto de medidas para fortalecer o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, tais como:

- a) Qualificação Nacional em Citopatologia – Portaria GM/MS 1.504, de 24/7/2013 (estabelece critérios e parâmetros de qualidade para promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos ofertados à população).
- b) Programa Nacional Qualidade em Mamografia (PNQM) – Portaria GM/MS 531, de 26/3/2012 (instituiu o PNQM e definiu critérios de qualidade dos serviços de mamografia em todo território nacional).
- c) Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), os quais deverão ofertar rol de procedimentos e equipe mínima, para garantir o acesso a todos os

procedimentos necessários ao rastreamento e/ou diagnóstico do câncer de mama e de colo e para o tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero pelo usuário, em um único estabelecimento de saúde.

- d) Mamografia Móvel – Portarias GM/MS 2.304 e 1.228/2012 (instituição e regulamentação para a habilitação do Programa de Mamografia Móvel no âmbito do SUS).

Nos anos de 2011 e 2012, o Ministério da Saúde aprovou o repasse de cerca de 220 milhões de reais, por meio de cem convênios com Estados e/ou com municípios, para ações de estruturação e/ou fortalecimento da atenção às pessoas com câncer, valor esse distribuído da seguinte forma: ampliação de serviços (R\$ 17.678.167,20); construção de estabelecimentos para implantação de serviços (R\$ 85.500.715,42); reforma dos serviços existentes (R\$ 19.136.448,00); aquisição de equipamentos (R\$ 96.298.538,78); estudo, pesquisa e capacitação (R\$ 850.000,00).

Para expansão dos serviços de Radioterapia no SUS, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde, instituído pela Portaria GM/MS 931, de 10/5/2012, publicada em 5/2/2013. Através desse plano, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) pretendia implementar oitenta soluções de radioterapia até 2015 com a implantação de fábrica no Brasil de forma acoplada à compensação tecnológica. O valor destinado a esse investimento era superior a 500 milhões de reais. O objetivo dessa iniciativa era criar 41 novos serviços de radioterapia e ampliar a residência multiprofissional para a área de oncologia, a fim de estender recursos humanos específicos para essa área.

Por meio do Projeto Expande (iniciado em 2001), do Ministério da Saúde, estariam em processo de implantação/ampliação unidades de atendimento em Belém-PA, Tucumí-PA, Recife-PE (dois equipamentos), Alfenas-MG, Barra Mansa-RJ, Caxias do Sul-RS e Erechim-RS. A expansão dos hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia também teria ocorrido, passando de 269, em 2011, para 277, em 2012.

Foram identificadas, também, iniciativas no intuito de avaliar, periodicamente, os custos efetivos para adequação dos valores adotados como referência nos

procedimentos custeados pelo Sistema Único de Saúde, a fim de evitar discrepâncias que possam atuar como inibidoras da oferta de serviços de saúde. Entre elas, pode-se citar a atualização dos procedimentos cirúrgicos, por meio da Portaria GM/MS 2.947/2012 e a valoração diferenciada nos procedimentos de mamografia móvel, nos procedimentos realizados em Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC). Na área farmacêutica, foram incorporados os seguintes medicamentos: Imatinibe - Indicado para o tratamento de Leucemia Mieloide Crônica (LMC) e do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST); Trastuzumabe - indicado para o tratamento do câncer de mama em quimioterapia prévia e adjuvante; L-asparaginase - indicado para o tratamento na poliquimioterapia de pacientes com Linfoma Linfoblástico ou Leucemia Linfocítica Linfoblástica Aguda. Tais fármacos passaram a ser comprados de forma centralizada e como medicamentos de alto custo, o que permite a aquisição com economia de escala e consequente aumento de sua disponibilização à população que deles necessita.

Houve iniciativas, no que tange à divulgação de indicadores de desempenho, acerca da tempestividade dos atendimentos e da sobrevivência dos pacientes, com a criação e interligação de sistemas de informação, como o SISCAN, versão em plataforma web que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), o que permitiu a inclusão de informações de diagnóstico e de cuidado para outros tipos de cânceres. Esse sistema integrado permite planejar e organizar o cuidado das pessoas com câncer de forma tempestiva, pois, por meio dele, é possível acompanhar os prazos para início do tratamento, após diagnóstico confirmado e registrado em prontuário.

O uso do SISCAN foi disponibilizado para todos os Estados da Federação, os quais ficam responsáveis por replicar o treinamento e liberar as senhas para as regionais, os municípios e os serviços de saúde. Através do SISCAN, é possível o gerenciamento do tempo entre o diagnóstico e o tratamento das neoplasias malignas, à medida que o sistema possibilita aos gestores fazer o monitoramento de pacientes que estão em fila de espera para o tratamento e acompanhar quando o referido tratamento se inicia. Com o auxílio de tal sistema, é possível acompanhar se o prazo

estabelecido pela lei federal sobre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento está sendo cumprido.

Já os Registros Hospitalares do Câncer operantes, além do cadastro de usuários com câncer, geram dados que permitem o cálculo e a análise da sobrevivência dos pacientes atendidos naquela unidade hospitalar. No sítio eletrônico do INCA, é possível estabelecer o intervalo de tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento em cada hospital, em cada Estado, por anos, com dados já registrados, razão pela qual foi ressaltada pelo TCU a importância e a responsabilidade no que diz respeito à alimentação do sistema e à parte crítica, para a obtenção de registros fidedignos.

Outra iniciativa positiva dos gestores públicos para pôr em prática a Política de Atenção Oncológica foi a de estabelecer sistemática para a promoção da formação e da capacitação de profissionais e equipes que atuam na assistência aos pacientes de câncer, desde a atenção primária, até os níveis de alta complexidade. Para tanto, em 2013, já havia 17 instituições habilitadas para oferecer 27 programas de residência multiprofissional em áreas relacionadas à oncologia; 5 instituições oferecendo cursos técnicos de aperfeiçoamento em mamografias para técnicos ou tecnólogos em radiologia; 9 Estados oferecendo cursos técnicos em Radiologia; 8 Estados oferecendo cursos técnicos em citopatologia; 2 Programas de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Formação de Preceptores e Capacitação em Câncer de Mama para Médicos Radiologistas) em acompanhamento pelo DEGES/MS (Departamento de Gestão da Educação na Saúde), em quatro instituições hospitalares. Também foi disponibilizada a Plataforma Arouca, sistema de informações dos profissionais de saúde do Brasil, por meio do qual é possível acessar oportunidades educacionais, de curta ou longa duração, de caráter prático ou acadêmico, presenciais ou a distância, financiadas com recursos públicos para qualificar os trabalhadores em saúde. Através dessa Plataforma, é possível aos gestores identificar, nos territórios, a existência de profissionais de uma determinada especialidade, e isso auxilia o planejamento de ações que visem ampliar o acesso em locais de vazios assistenciais.

No que tange à disseminação de informações sobre a prevenção e diagnóstico precoce de câncer para todos os profissionais de saúde que atuam na atenção primária, foi identificada a publicação e a disponibilização de versão eletrônica do “Caderno de Atenção Básica n. 13 – Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama” (www.saude.gov.br/dab), cuja finalidade é orientar a atenção à saúde das mulheres, subsidiando, tecnicamente, os profissionais da Atenção Básica com conhecimentos atualizados e acessíveis, para adoção de condutas adequadas em relação ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Também no âmbito da Atenção Básica, foi implementado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Para a criação desse programa, as fragilidades de gestão, de assistência e dos processos de trabalho foram identificadas por meio da realização de avaliações internas e externas. Além disso, foi feito levantamento da percepção dos usuários, com o intuito de promover melhorias do acesso e da qualidade dos serviços prestados a eles prestados.

Outra iniciativa a contribuir para a qualificação do cuidado com as doenças crônicas, principalmente relacionada ao câncer, refere-se à Portaria GM/MS 571/2013, que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista e amplia o acesso ao tratamento.

Quanto ao desenvolvimento de estudos e discussões sobre condutas terapêuticas mais adequadas para os pacientes oncológicos, o Ministério da Saúde montou grupos de trabalho, formados por especialistas e técnicos do Ministério e do INCA, a fim de conduzir a revisão das diretrizes diagnósticas e terapêuticas para alguns tipos de câncer, definindo critérios de diagnóstico, de inclusão e de exclusão, o tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação na assistência oncológica, para Estados e Municípios.

Já no ano de 2012, foram publicadas as diretrizes diagnósticas e terapêuticas para os seguintes tipos de câncer: (i) Leucemia Mielóide Crônica de Criança e Adolescente com Mesilato de Imatinibe; (ii) Leucemia Linfoblástica Aguda Cromossoma Philadelphia Positivo de Criança e Adolescente com Mesilato de

Imatinibe; (iii) Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário; (iv) Tumor Cerebral no Adulto; (v) Câncer de Pulmão; (vi) Câncer de Cólon e Reto; (vii) Câncer de Fígado no Adulto e (viii) Linfoma Difuso de Grandes Células B. Em 2013, foram publicadas as diretrizes para Melanoma Maligno Cutâneo e Adenocarcinoma de Estômago e em andamento a consulta pública sobre Carcinoma Diferenciado de Tireóide. Estão programadas ainda a elaboração e publicação das diretrizes para Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST); Câncer de Próstata; Câncer de Esôfago; Câncer de Cabeça e Pescoço; Câncer de Rim; Linfoma Indolente; Leucemia Mielóide Crônica em Adultos; Leucemia Mielóide Aguda para todas as idades; Câncer de Mama e Mieloma Múltiplo.

Por fim, a avaliação de tecnologias passou a ser realizada pela Comissão Nacional de Incorporação Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), por critérios e normas estabelecidos pela Lei 12.401/2011 e regulamentados pelo Decreto 7.646/2011. A CONITEC é um órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cujo objetivo é assessorar o Ministério nas atribuições relativas à incorporação, à exclusão ou à alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Por meio das Portarias SCTIE/MS 51 e 52, ambas de 7 de novembro de 2013, depois de processo realizado pela CONITEC, foram incorporados o cloridrato de erlotinibe e o gefitinibe, para o tratamento do câncer de pulmão de células não-pequenas avançado ou metastático mutação, no âmbito do SUS.

6. DISCUSSÃO

A revolução demográfica e a evolução epidemiológica trouxeram consequências sobre a demanda por serviços e sobre o consumo de tecnologias, fato que vai exercer forte pressão sobre os custos da saúde. (VENCINA NETO, 2011).

No Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal garante a saúde como um direito universal dos brasileiros, o qual deve ser garantido mediante a adoção de políticas de promoção, proteção e recuperação.

De um lado, grande parte da assistência depende das decisões e atitudes dos próprios pacientes. De outro, depende das condições estruturais e culturais da comunidade em que está inserida, fatores esses que podem sofrer um controle, ainda que limitado, das políticas públicas de atenção à saúde.

Feita uma análise sólida das evidências, foi selecionado um curso de ação, a partir de uma gama de opções, levando em conta análises políticas e técnicas. Esse curso de ação se traduz na Portaria 2.439/2005 que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, a ser criada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

A implementação de uma política pública se traduz num processo dinâmico e não linear, transmutando decisão em ação. Feito isso, é necessário avaliar a atividade realizada pelos atores estatais e sociais, com o intuito de determinar como a política está se saindo na prática e confirmar seu desempenho positivo no futuro. O objetivo dessa avaliação é que seus resultados e recomendações retroalimentem novas rodadas de criação de políticas, levando ao aprimoramento do desenho e da implementação de uma política, ou a sua reforma ou revogação. É o que está fazendo o Tribunal de Contas da União.

A fiscalização desempenhada pelo Tribunal de Contas da União também é exercida pelo Ministério Público Federal e pelo Ministério Público Estadual. Contudo,

o acesso ao teor dos Procedimentos Preparatórios e dos Inquéritos Civis instaurados é condicionado à prévia autorização do Procurador da República e do Promotor de Justiça, responsáveis pela condução de cada expediente. Em face disso, não foi possível utilizar como referência, neste trabalho, o manancial de informações sobre as deficiências na implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, objeto de investigação a que a autora teve acesso, em decorrência de sua condição de advogada. Essa foi a principal limitação encontrada na busca de informações.

Os resultados encontrados, a partir dos dados apontados pelo Tribunal de Contas da União, corroboram os achados encontrados nos artigos e teses utilizados como referência bibliográfica.

Há um esforço, por parte dos pesquisadores, em demonstrar que o diagnóstico precoce, que inclui estratégia de rastreamento, aumenta a possibilidade de cura para alguns tipos de câncer, reduz a morbidade resultante da doença e de seu tratamento e reduz os gastos para o país com tratamentos mais caros, afora os custos previdenciários. Confirmado o diagnóstico, é necessário ampliar a avaliação do paciente para estadiar a doença (conhecer sua extensão no organismo), para auxiliar na escolha do tratamento, fazer prognóstico, determinar quando parar a terapia e padronizar o protocolo de tratamento.

A demora na realização de exames de diagnóstico dificulta o acesso dos pacientes à atenção oncológica, levando à demora no início do tratamento. Fatores que contribuem para a falta de tempestividade, de acordo com os achados do Tribunal de Contas de União e conforme as referências bibliográficas, são: incipiência do sistema de regulação de acesso de pacientes e a falta de gestão dos serviços, por parte das centrais de regulação; carência de profissionais; a inexistência de indicadores confiáveis de tempestividade (o sistema SIA/SUS não possui crítica contra a entrada de dados inconsistentes, o que deixa os gestores sem informações objetivas para adotar ações corretivas diante da formação de filas de espera), o que pode ter impacto fundamental para determinar as chances de cura do paciente; estrutura deficiente de rede de saúde de média complexidade, responsável pela realização de procedimentos de diagnóstico oncológico; despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para atenção

especializada, o que reflete em diagnósticos tardios da doença; deficiências na prevenção do câncer.

A efetividade do tratamento do câncer depende da localização da doença e de fatores sociais e tem como um dos fatores fundamentais o acesso à melhor terapêutica disponível. Há hoje falta de equidade no acesso aos tratamentos, tendo em vista as realidades diferenciadas e vivenciadas pelos diversos Estados em termos de estruturação da rede de atenção oncológica.

Além dos prejuízos para o paciente, a ausência de tempestividade gera consequências ao país, como o aumento de gastos com tratamentos mais caros e prolongados a pacientes que poderiam ter sido diagnosticados com baixo estadiamento nas fases iniciais da doença. Ainda, é preciso levar em conta os custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento desses pacientes do trabalho.

A Política Nacional de Atenção Oncológica prevê, em seu bojo, a obrigação dos gestores públicos de saúde em garantir o diagnóstico precoce, a assistência integral, a qualidade no atendimento e no tratamento ofertados, visando à cura, ao prolongamento da vida útil e à melhora da qualidade de vida do paciente que se serve dos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

Contudo, a área da saúde enfrenta dificuldades geradas pelo subfinanciamento e pela deficiência de gestão. Além disso, no Brasil, ainda lidamos com a doença em sua fase aguda, em que o custo do tratamento é mais alto. Há também grandes riscos de o paciente ir a óbito ou de restar com sequelas que o impossibilitem de continuar trabalhando.

Outro problema identificado pelo Tribunal de Contas da União e corroborado pelos achados nas referências bibliográficas é a desatualização dos esquemas terapêuticos ofertados pelo Sistema Único de Saúde, o que dificulta a prestação da assistência oncológica. Some-se a isso a desatualização dos procedimentos custeados pelo SUS: a incorporação de novas terapêuticas é limitada pelos valores atualmente repassados pelo Ministério da Saúde para cada linha de tratamento.

Na atuação terciária, em que se concentram os recursos diagnósticos e terapêuticos, há necessidade de maior deslocamento para parcela considerável da população, o que agrega fator de dificuldade de acesso à assistência de qualidade. Urge pôr em prática um planejamento eficaz que mude o tratamento de pacientes crônicos não transmissíveis.

Todos esses achados acabam por impor implicações para a saúde pública. O câncer, pela sua gravidade, desencadeia consequências econômicas e sociais em diferentes níveis (pessoal, familiar, estatal). Demanda investimentos em políticas de prevenção e assistência, principalmente se considerarmos o longo período de exposição a fatores ambientais e individuais de risco, além do envelhecimento da população. O significativo aumento da prevalência de câncer, associado ao aumento da idade da população, faz com que as doenças crônicas não transmissíveis representem expressiva e crescente demanda nos serviços de saúde.

No caso do câncer, além da conscientização, ter acesso ao diagnóstico e ao tratamento significa ter tido encaminhamento para serviços especializados, com exames complementares e tratamento especializado, e isso pressupõe que os serviços de saúde precisam ter resolutividade em oncologia.

Logo, um modelo sustentável em assistência, num país de dimensões continentais como o Brasil, deve ter seus alicerces na epidemiologia, na demografia, na tecnologia e na economia em saúde. Caso contrário, a pergunta que fica é: Será possível construir um mundo saudável à custa de um ser humano doente?

CONCLUSÃO

Assistir exige que valores como educação, inovação, compromisso social, equidade, humanidade e integridade sejam postos em prática. A promoção da saúde é feita, desde a prevenção e o diagnóstico precoce de doenças, até os tratamentos mais complexos. A existência de uma legislação, embora contribua para prevenir a ocorrência das doenças e para reduzir o sofrimento e o número de óbitos, se não for efetivamente implementada, é de pouco significado para a população usuária dos serviços públicos de saúde.

Percebe-se, pela legislação em vigor no Brasil e pelo resultado das fiscalizações realizadas pelo Tribunal de Contas da União, que a Política Nacional de Atenção Oncológica vem sendo, paulatinamente, implementada, mas não com a velocidade e o alcance assistencial suficientes para fazer frente ao câncer, doença que figura entre as principais causas de morte no país.

Deveríamos investir mais na promoção de saúde e na intervenção precoce sobre os danos (medicina preventiva). Precisamos aprender a conviver com o bem-estar proporcionado pela saúde plena ou, ao menos, com a saúde em sua melhor capacidade. Não podemos nos conformar com o atual modelo de prestação de serviços dentro dos hospitais, pois tal modelo está longe de corresponder às necessidades das doenças crônicas não transmissíveis.

Quando se deixa de usar as melhores práticas, e aí se insere não só a falta de investimentos em prevenção, mas também a falta de investimento em tecnologias de saúde avançadas, mais gastos são gerados, e os resultados desaparecem, já que o peso de diagnósticos e tratamentos malfeitos engrossam o cômputo do desperdício. Tal situação pode fazer com que o custo da saúde dispare no Brasil a ponto de se tornar insuportável.

A detecção precoce do câncer por meio de rastreamento populacional e de diagnóstico precoce; o uso de vacinas como a contra a hepatite viral B, contra o HPV; a regulamentação dos limites máximos permitidos para aflatoxinas em alimentos; a redução do número de trabalhadores expostos ao amianto - matéria prima bastante

usada em produtos da construção civil -; incentivo à prática de atividade física e à alimentação saudável, restrição de produtos e de propagandas veiculadas aos consumidores sobre tabaco, álcool e alimentos não saudáveis são intervenções de maior custo-efetividade para deter fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer.

É preciso que os gestores responsáveis pela implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica percebam que as tecnologias médicas não oferecem apenas benefícios clínicos, mas também benefícios sociais que podem contribuir para aumentar a produtividade no trabalho, por reduzir o absenteísmo e aposentadorias precoces. Se considerarmos a prevalência e a gravidade do câncer, associadas às estimativas de casos novos projetados para um futuro próximo (2030), é fundamental que seja acelerada a implementação da Política de Atenção Oncológica, em sua plenitude, em todo o território nacional.

REFERÊNCIAS

BARROS, Fernando Passos Cupertino de, SOUSA, Maria Fátima de. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS**, Saúde e Sociedade, vol.25, no.1 São Paulo Jan./Mar. 2016.

BARON, Miriam; Souza, Matta, Luciana Maria Borges da. **Rede de atenção oncológica: como a estratégia saúde da família se percebe na assistência ao paciente com câncer**. Rev. Bras. Cancerol. (Online); 58(2): 277-277, 2012.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica 26 a. 2005. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede**. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede**. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2016 – Incidência de Câncer no Brasil, Ministério da Saúde**, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2015. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>. Acesso em 12 dez. 2017.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Sobre o instituto. História**. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/historia>>. Acesso em 12jan. 2016.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)**. 2015 INCA/Ministério da Saúde. Informativo Vigilância do Câncer. Perfil da Assistência oncológica no Brasil, 2007 a 2011. Nº 6, janeiro/julho/2015.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Informação. O impacto da nova Política de Atenção Oncológica: desafios e perspectivas para os Registros de Câncer.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Implantação da Rede de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília – DF, 2014.

BRASIL, TCU. ACÓRDÃO Nº 2843/2011 – TCU – Plenário. 1. Processo nº TC 031.944/2010-8. 2. Grupo I – Classe V - Assunto: Relatório de Auditoria Operacional. 3. Interessado: Tribunal de Contas da União. 4. Órgãos: Ministério da Saúde (vinculador); Secretaria de Assistência à Saúde – MS; Instituto Nacional. Disponível em <<https://contas.tcu.gov.br>>. Acessado em 12 dez. 2017.

BRASIL, TCU. ACÓRDÃO Nº 2577/2014 – TCU – Plenário. 1. Processo nº TC 016.913/2013-2. 2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Monitoramento. 3. Interessados/Responsáveis: não há. 4. Órgãos/Entidades: Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde (vinculador); Secretaria de Assistência à Saúde – MS; Instituto Nacional. Disponível em <<https://contas.tcu.gov.br>> .Acessado em 12 dez. 2017.

BRASIL, TCU. Relatório de Auditoria Operacional. Política Nacional de Atenção Oncológica. Relator Ministro José Jorge. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.

DUSSAULT, Gilles. **A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências.** Revista de Administração Pública; rio de Janeiro, vol. 26, nº 2; p. 8-19; abr/jun. 1992.

Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs. 2017. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/early-cancer-costs/en/>>. Acesso em 12jan. 2018.

FERNANDES, Myriam Machado. **Desenvolvimento de modelo de festão de tecnologias no Instituto Nacional de Câncer. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre na modalidade profissional em Saúde pública**, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2012. Disponível em <<http://www.globocan.iarc.fr/Default.aspx>>. Acesso em 21jan. 2018.

KLIGERMAN, Jacob. **Fundamentos para uma Política Nacional de prevenção e Controle do Câncer**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 48, n. 1, 2002.

MADI, Marisa Riscalla. **O estabelecimento de uma rede de atenção oncológica: análise da estrutura de serviços habilitados**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências. São Paulo, 2017.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de et al. **Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama**. Cadernos de Saúde Pública, vol. 27, nº 2. Rio de Janeiro, 2011.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. **Programas de residência médica em oncologia orientados por competência: trajetória de uma construção coletiva**. Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53(1): 99-118.

SILVA, Dulcelena Ferreira. **Câncer de mama em mulheres no Maranhão: estudo de sobrevida no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em São Luís – MA (1998-2004)**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vol. 28, nº 6, Rio de Janeiro. Junho de 2006.

SILVA, Gulnar Azevedo e, TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante, AQUINO, Estela M. L., TOMAZELLI, Jeane Glauca, SILVA, Isabel dos Santos. **Acesso à detecção**

precoce do câncer de mama no SUS: uma análise a partir dos dados do SIH.
Cadernos de Saúde Pública, jul 2014, p. 1537.

SILVA, Gulnar Azevedo e, MALTA, Deborah Carvalho, MOURA, Leonildo de, ROSA, Roger dos Santos. **Vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis: prioridade da saúde pública no século XXI.** Rio de Janeiro. CEPESC/IMS/UERJ, 2017.