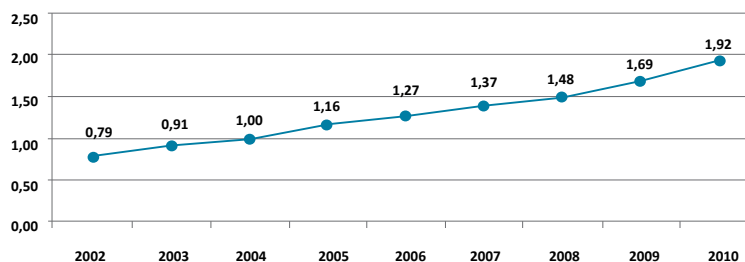


AUDITORIA OPERACIONAL NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

A incidência de câncer tem crescido no Brasil, assim como em todo mundo, acompanhando a mudança do perfil etário da população. Atualmente, o câncer já representa a segunda maior causa de morte no país, sendo responsável por cerca de 17% dos óbitos por causa conhecida. Esse crescimento tem se refletido no aumento do número de tratamentos ambulatoriais, das taxas de internações hospitalares e dos recursos públicos demandados para custear os tratamentos. Os gastos federais com tratamentos ambulatoriais e hospitalares de câncer superaram R\$ 1,9 bilhões em 2010.

Despesas com tratamentos ambulatoriais e hospitalares de oncologia



A Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída pela Portaria do Ministério da Saúde 2.439, de 8/12/2005, envolve a promoção da saúde, a prevenção e o diagnóstico do câncer, bem como o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos. A execução da política deve se dar de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Objetivo da auditoria

A auditoria, realizada no Ministério da Saúde, na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e no Instituto Nacional de Câncer (Inca), teve por objetivo de avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, especialmente em relação à oferta de serviços de diagnóstico e tratamento oncológicos à população que deles necessita.

Principais achados do TCU

As análises evidenciaram que a rede de atenção oncológica não está suficientemente estruturada para possibilitar aos pacientes acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer. Levantamento da rede de oncologia desenvolvido pelo Inca estimou, para o território nacional, a necessidade de 375 unidades de atendimento habilitadas para tratamento de câncer. Esse levantamento evidenciou déficit nas capacidades instaladas de cirurgia, quimioterapia e radioterapia de 44, 39 e 135 unidades de atendimento, respectivamente.

A partir do confronto dos atendimentos realizados com as necessidades estimadas, constatou-se que a produção de 2010 cobriu apenas 65,9% da demanda por radioterapia. Esse problema foi confirmado pelas entrevistas realizadas com médicos e gestores.

As carências estruturais levaram à falta de tempestividade da assistência oncológica. Ao se comparar dados brasileiros com padrões internacionais, constatou-se que, no Reino Unido, em 2007, mais de 99% dos pacientes receberam seu primeiro tratamento para câncer dentro de um mês a contar do diagnóstico. No Brasil, por sua vez, segundo dados do SUS, apenas 15,9% dos tratamentos de radioterapia e 35,6% dos de quimioterapia realizados em 2010 iniciaram-se nos primeiros 30 dias. Além disso, o tempo médio de espera entre o diagnóstico e o início dos tratamentos foi de 76,3 dias para quimioterapia e de 113,4 dias para radioterapia.

Corroborando essas informações, dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) de São Paulo de 2009 também indicam grande tempo médio de espera para o início dos tratamentos: 46,6 dias (apenas 52,4% foram iniciados em 30 dias). Além disso, os dados do RHC do Inca de 2007 evidenciaram a mesma situação: tempo médio de espera para o início dos tratamentos de 70,3 dias (somente 38,4% iniciados nos primeiros 30 dias).

Tempo de espera para início do tratamento					
Local	Ano	Fonte de dados	Tratamentos iniciados em até 30 dias	Mediana (dias)	Média (dias)
Canadá (Província de Manitoba)	2009	<i>Canadian Institute for Health Information</i>	100%	6	---
Reino Unido	2007	<i>The Royal College of Radiologists</i>	92%	15	---
Canadá (Província de Nova Escócia)	2009	<i>Canadian Institute for Health Information</i>	62%	21	---
Brasil	2007	RHC - Inca	15,7%	77	100,66
Brasil	2009	RHC - FOSP	17,1%	80	91,3
Brasil	2010	SAI/SUS	15,9%	89	113,4

Os elevados tempos de espera para os diagnósticos e os tratamentos podem produzir consequências graves para os pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevida, além de prejuízos à sua qualidade de vida durante os tratamentos. É importante considerar, ainda, as consequências para o país, como o aumento de gastos com tratamentos mais caros e prolongados para pacientes que poderiam ter sido diagnosticados em fases iniciais da doença, além dos custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento desses pacientes do trabalho.

Além disso, mais de 80% dos oncologistas que participaram de pesquisa promovida pelo TCU afirmaram que existem exames para diagnóstico e condutas terapêuticas validados pela comunidade científica e importantes para os tratamentos que não são custeados pelo SUS.

Deliberações do TCU

Entre as recomendações e determinações propostas aos gestores, destacam-se:

- Entre as recomendações e determinações propostas aos gestores, destacam-se:
- desenvolvimento de plano para sanar a insuficiência da estrutura da rede;
- adoção de medidas que assegurem a efetividade do RHC (cálculo e a divulgação de indicadores nacionais de tempestividade de atendimentos e de sobrevida dos pacientes);
- melhoria na formação de profissionais de assistência;
- criação de mecanismos para discussão das condutas terapêuticas mais adequadas, a fim de possibilitar a divulgação de diretrizes para os casos mais prevalentes;
- atualização periódica dos procedimentos custeados pelo SUS, com a incorporação dos avanços na medicina validados pela comunidade científica.

Benefícios esperados

Espera-se que a adoção dessas medidas possa contribuir para a garantia do acesso universal da população à assistência oncológica, viabilizando a melhoria das condições de tratamento e dos índices de cura, constituindo-se em um elemento importante para o adequado enfrentamento dos desafios que a progressão da incidência de câncer representa para a saúde pública brasileira.

Destaca-se como benefício oriundo desse trabalho a edição da Lei 12.732/2012, que estabelece o prazo máximo de 60 dias para início do tratamento pelo SUS de paciente com neoplasia maligna, contado a partir do diagnóstico.

Acórdão

Acórdão 2843/2011-Plenário

Relator: Ministro José Jorge

TC 031.944/2010-8