

GRUPO I – CLASSE V – Plenário

TC 023.655/2018-6 [Aposos: TC 018.261/2018-3, TC 025.473/2018-2, TC 029.080/2018-5, TC 027.204/2018-9, TC 029.975/2018-2, TC 027.598/2018-7, TC 023.575/2018-2, TC 028.986/2018-0, TC 027.297/2018-7, TC 030.190/2018-5, TC 023.525/2018-5, TC 029.188/2018-0, TC 028.949/2018-8, TC 027.225/2018-6, TC 027.077/2018-7]

Natureza: Relatório de Auditoria.

Órgão/Entidade: Ministério da Saúde (vinculador).

Representação legal: não há.

SUMÁRIO: RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL. FISCALIZAÇÃO DE ORIENTAÇÃO CENTRALIZADA. POLÍTICA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER, QUANTO AO ACESSO A SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO. DEMORA NAS VÁRIAS ETAPAS ATÉ O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER. DEFICIÊNCIAS RELACIONADAS À DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS, EQUIPAMENTOS, MÉDICOS ESPECIALIZADOS, REGULAÇÃO DO SUS, MECANISMOS DE REMUNERAÇÃO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES QUALIFICADAS. DIAGNÓSTICO DO CÂNCER NÃO ESTÁ SENDO REALIZADO EM TEMPO DE REDUZIR O GRAU DE ESTADIAMENTO ELEVADO NO INÍCIO DO TRATAMENTO DA DOENÇA. CONTRIBUIÇÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA. DETERMINAÇÕES. CIÊNCIA AOS DIVERSOS ÓRGÃOS E ENTIDADES AFETAS À ÁREA. ARQUIVAMENTO.

RELATÓRIO

Em exame auditoria que teve por objetivo avaliar a implementação da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, quanto ao acesso a serviços de diagnóstico.

2. Os dados e informações levantados e os resultados obtidos foram sintetizados no “Relatório de auditoria operacional na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer” (peça 55), elaborado no âmbito da Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) - reproduzido a seguir, com os ajustes de forma considerados pertinentes -, que contou com a anuência do escalão dirigente da unidade técnica especializada (peças 56 e 57).

“Relatório de auditoria operacional na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (...)

I. APRESENTAÇÃO

1. *Trata-se de auditoria operacional que consolida Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), cujo o objetivo foi avaliar a implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, quanto ao acesso a serviços de diagnóstico.*

2. *Participaram da FOC quatorze Secretarias de Controle Externo (Secex) nos seguintes estados: Alagoas (AL), Amazonas (AM), Amapá (AP), Bahia (BA), Ceará (CE), Minas Gerais (MG),*

Mato Grosso do Sul (MS), Paraíba (PB), Piauí (PI), Paraná (PR), Rondônia (RO), Santa Catarina (SC), São Paulo (SP) e Tocantins (TO), além da SecexSaúde, unidade especializada na temática.

3. Cada Secretaria de Controle Externo nos estados conduziu a sua auditoria, sob a orientação da SecexSaúde, e produziu a sua matriz de achados, cujos respectivos processos foram apensados a este processo consolidado, em cumprimento ao despacho (peça 1) do Ministro Relator Augusto Nardes.

4. A auditoria também contou com o apoio da Secretaria de Métodos e Suporte ao Controle Externo (Semec) e da Secretaria de Gestão de Informações para o Controle Externo (SGI).

5. Em 2010, o TCU realizou auditoria operacional para avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, focada no tratamento do câncer. Na ocasião, a auditoria identificou como possíveis causas das dificuldades de acesso à assistência oncológica: incipiência do sistema de regulação de acesso de pacientes; carência de profissionais, em especial a de médicos patologistas e médicos oncologistas; estrutura deficiente de rede de saúde de média complexidade, responsável pela realização de procedimentos de diagnóstico oncológico; deficiências na prevenção do câncer; e despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada.

6. Dos resultados da auditoria, percebe-se que desde 2010 já foram apontados achados correlacionados às deficiências encontradas no processo de diagnóstico do câncer, situação mantida até os dias atuais, conforme será tratado adiante, em que pese as recomendações de melhoria propostas na ocasião.

7. Após a publicação dos resultados da auditoria (Acórdão 2.843/2011-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro José Jorge), foi editada a Lei 12.732/2012, conhecida como a Lei dos 60 dias, que estabeleceu o prazo de sessenta dias contados a partir da data do diagnóstico em laudo patológico, ou em prazo menor, para o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada.

II. INTRODUÇÃO

II.1. Deliberação que originou o trabalho

8. A auditoria é decorrente de deliberação constante em Despacho de 14/5/2018 do Ministro Augusto Nardes (TC 011.975/2018-0).

II.2. Visão Geral

II.2.1. O problema do Câncer

9. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), o câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, com caráter agressivo e incontrolável, resultando na formação de tumores malignos que invadem os tecidos e órgãos e podem se espalhar para outras regiões do corpo (metástases) (INCA, 2019, p. 13-15).

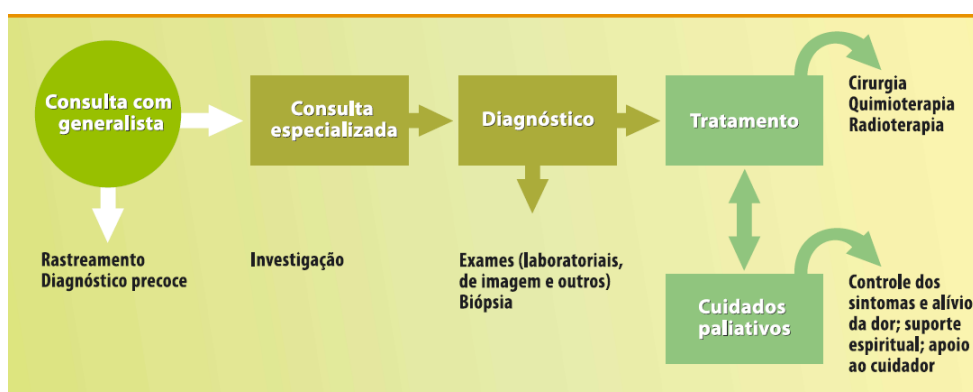
10. Ao longo dos últimos anos, a incidência e a mortalidade por câncer vem apresentando aumento considerável, sendo, atualmente, a segunda causa de morte mais predominante na população brasileira – sendo que é a principal causa de morte em 516 cidades do país (OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA, 2018). O aumento da expectativa de vida, a urbanização, avanços tecnológicos, bem como a mudança nos hábitos de vida da população, bem como a exposição à agentes cancerígenos, conforme nível de evidência estabelecido, são fatores diretamente relacionados ao aumento do risco de desenvolvimento do câncer. Segundo o Inca, estima-se a ocorrência de 420 mil novos casos de câncer por ano no biênio de 2018-2019, excetuado o câncer de pele não melanoma, sendo os mais incidentes em homens os cânceres de próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%), e em mulheres os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) (INCA, 2018, p.25-26; INCA, 2019, p.30-33; peça 52, p. 5).

11. A redução da incidência do câncer está associada às medidas de prevenção e educação da população quanto aos fatores de risco para a doença, apesar de existirem controvérsias quanto a prevenção primária para alguns tipos de cânceres, cuja etiologia ainda não é claramente definida. Já a redução da mortalidade depende da capacidade dos serviços de saúde em detectar a existência do câncer o mais precocemente possível para iniciar o tratamento em tempo oportuno (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2017, p.23; peça 52, p. 5).

12. Para o controle do câncer, é necessário um planejamento das gestões de saúde, com definição das ações e cálculo de recursos necessários, elaboração de estratégias de captação da população, capacitação dos profissionais, garantia dos recursos físicos e materiais necessários, garantia das referências para diagnóstico e tratamento, instituição de mecanismos de coordenação e comunicação que permitam o caminho dos pacientes, ao longo da linha de cuidado para o controle da doença, da forma mais rápida possível (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2017, p.27).

13. As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do 'percurso assistencial' com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades. O modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção (nível primário, secundário e terciário), para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral (Figura 1).

FIGURA 1- LINHA DE CUIDADO NO CÂNCER



FONTE: INCA

II.2.2. A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer

14. A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer está normatizada por meio do Anexo IX da Portaria de Consolidação GM/MS 2, de 28 de setembro de 2017. A política tem como objetivos reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pela doença, reduzir a incidência de alguns tipos de câncer quando possível, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Para tanto, o cuidado é organizado considerando o estabelecimento de fluxo de referência e contrarreferência entre a atenção básica, que constitui a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, e os serviços de média e alta complexidade. A política se organiza mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde. Sua implementação deve ocorrer de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

15. São diretrizes relacionadas à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:

a) fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação;

b) *prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis;*

c) *implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ('screening') e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE);*

d) ***garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer;***

e) *estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento. (grifamos)*

II.2.3. Detecção Precoce

16. *De modo geral, sabe-se que quanto antes o câncer for detectado, mais simples e efetivo o tratamento tende a ser, maior a possibilidade de cura e melhor a qualidade de vida do paciente. Existem duas estratégias utilizadas na detecção precoce do câncer (INCA, 2018, p. 53; peça 52, p. 5):*

a) *Diagnóstico precoce: realizado com o objetivo de descobrir, o mais cedo possível, uma doença por meio dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresenta. O Programa Nacional para o Controle do Câncer da OMS (2002) recomenda que todos os países promovam uma conscientização quanto aos sinais de alerta que alguns tipos de cânceres são capazes de apresentar;*

b) *Rastreamento de pessoas sob risco: exame oferecido para pessoas saudáveis (sem sintomas de doenças) com o objetivo de identificar aquelas pessoas que, apesar de não manifestarem sintomas, apresentam exames alterados ou suspeitos e que, portanto, devem seguir conduta médica, seja para realizar exames complementares, seja para seguir com investigação diagnóstica.*

II.2.4. Investigação Diagnóstica

17. *É essencial que a rede de serviços de saúde conte com especialistas nas áreas clínica, cirúrgica, laboratorial e demais métodos de apoio diagnóstico. O diagnóstico preciso é feito a partir da história clínica e exame físico detalhado do paciente, e, sempre que possível, de visualização direta da área atingida, utilizando exames, tais como mamografia, broncoscopia, endoscopia digestiva alta, mediastinoscopia, pleuroscopia, retossigmoidoscopia, colonoscopia, endoscopia urológica, laringoscopia, colonoscopia, laparoscopia e outros que se fizerem necessários. O tecido das áreas em que for notada alteração deverá ser biopsiado e encaminhado para confirmação do diagnóstico por meio do exame histopatológico, realizado pelo médico anatomopatologista (INCA, 2018, p. 56).*

18. *Em regra, a suspeita diagnóstica tem início na Atenção Básica, onde é possível detectar o tumor quando ele ainda está localizado no órgão de origem, sem invasão de tecidos vizinhos. A suspeita é confirmada, com diagnóstico definitivo, em geral, na média complexidade, quando envolve a coleta de material por meio de aspirados e/ou biópsias, métodos de diagnóstico por imagem, dentre outros exames (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2017, p.46; peça 52, p.5).*

19. *São diversos os exames necessários para configurar o diagnóstico definitivo de câncer. Em regra, o caso confirmado de câncer será definido com biópsia de tecido. Em algumas situações, o caso também poderá ser assumido como confirmado se houver comprovação com uma combinação de citologia oncológica, exame de imagem e/ou marcador tumoral, de acordo com o protocolo do sítio primário (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2016, p.49). Para os cânceres de colo do útero e de mama, é obrigatório o registro do CID para quatro procedimentos, permitindo, assim, monitorar a ocorrência destas neoplasias. São eles: exame anatomopatológico do colo uterino-biópsia, exame anatomopatológico do colo uterino-peça cirúrgica, exame anatomopatológico do mama-biópsia e exame anatomopatológico de mama-peça cirúrgica (peça 52, p.5).*

II.2.5. O Câncer no mundo e no Brasil

20. *Nos países em desenvolvimento, observa-se um alto grau de incidência de pacientes diagnosticados com câncer em estágio avançado, característico de sistemas de saúde pouco*

preparados para enfrentar o aumento considerável dos casos de câncer e a complexidade do diagnóstico e tratamento da neoplasia maligna (WHO, 2017, p.1).

21. Segundo a OMS, a detecção precoce do câncer é uma das estratégias básicas de controle do câncer e que permite, ao ser implantada, aprimorar os sistemas de saúde por meio de investimentos em ações de comunicação, educação em saúde, acesso aos serviços de atenção básica, diagnóstico e tratamento e coordenação entre os diferentes níveis de atenção. Países que implantaram programas de detecção precoce do câncer conseguiram diminuir a morbidade e a mortalidade, proporcionando maior valor na utilização dos recursos financeiros (WHO, 2017, p.4).

22. Ademais, para a OMS, há evidências consistentes de que o diagnóstico precoce do câncer, combinado com tratamento eficaz e acessível, resulta em melhorias para o paciente oncológico. A título de exemplo, no Reino Unido e Irlanda do Norte, mais de 50% da redução da mortalidade por câncer de mama em mulheres com menos de 65 anos deveu-se à melhora do diagnóstico precoce e à oferta de tratamento efetivo (WHO, 2017, p.12).

23. A Tabela 1 e Tabela 2 apresentam um resumo da taxa de incidência e mortalidade do câncer no mundo e no Brasil.

Tabela 1 - Sumário estatístico do câncer no mundo - 2018

	Masculino	Feminino	Ambos os sexos
População	3.850.719.284	3.782.099.828	7.632.819.272
Número de novos casos de câncer	9.456.418	8.622.539	18.078.957
Risco de desenvolver câncer antes dos 75 anos (%)	22,4%	18,3%	20,2%
Número de mortes de câncer	5.385.640	4.169.387	9.555.027
Risco de morrer de câncer antes dos 75 anos (%)	12,7%	8,7%	10,6%
Os 5 tipos de câncer mais frequentes (*)	Pulmão	Mama	Pulmão
	Próstata	Cólon e reto	Mama
	Cólon e reto	Pulmão	Cólon e reto
	Estômago	Colo do útero	Próstata
	Fígado	Tireóide	Estômago

Tabela 2 - Sumário estatístico do câncer no Brasil - 2018

	Masculino	Feminino	Ambos os sexos
População	103.599.314	107.268.645	210.867.959
Número de novos casos de câncer	278.607	280.764	559.371
Risco de desenvolver câncer antes dos 75 anos (%)	47,7%	35,5%	40,7%
Número de mortes de câncer	129.134	114.454	243.588
Risco de morrer de câncer antes dos 75 anos (%)	30,7%	19,7%	24,2%
Os 5 tipos de câncer mais frequentes (*)	Próstata	Mama	Mama
	Cólon e reto	Cólon e reto	Próstata
	Pulmão	Tireóide	Cólon e reto
	Estômago	Colo do útero	Pulmão
	Bexiga	Pulmão	Tireóide

(*) exceto câncer de pele não melanoma

Fonte: Globocan 2018 (disponível em: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/76-brazil-fact-sheets.pdf> - acesso em 26/3/2019)

II.3. Identificação do objeto de auditoria

24. A auditoria foi realizada no Ministério da Saúde, na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) e nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dos estados e capitais das Secex participantes, com o objetivo de avaliar a implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, quanto ao acesso a serviços de diagnóstico.

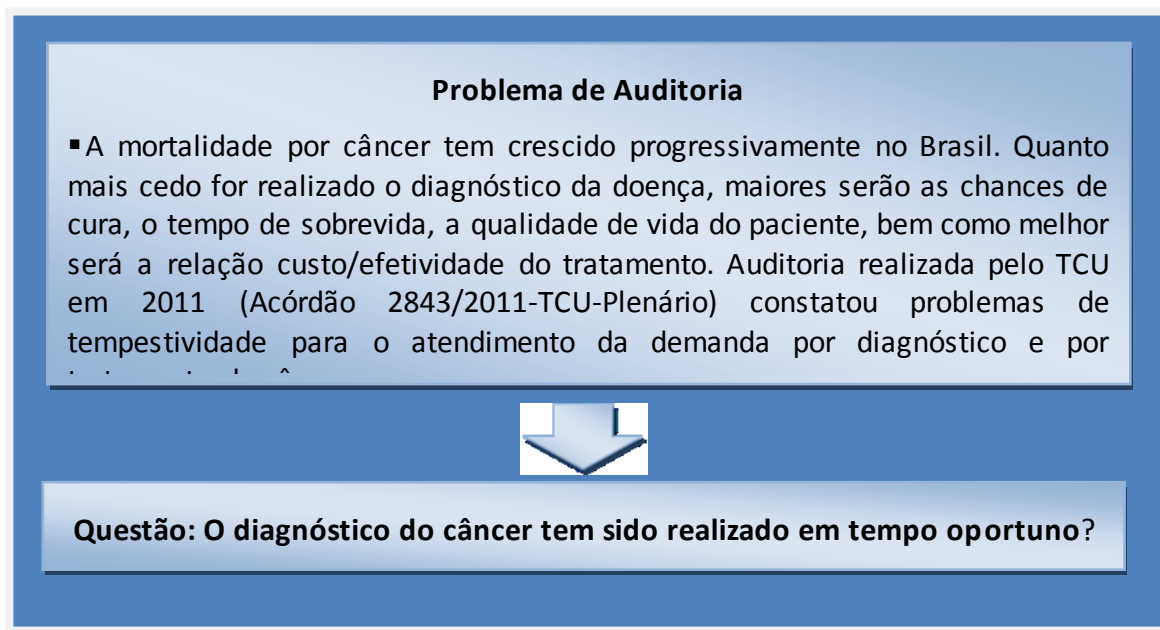
II.4. Objetivos e escopo da auditoria

25. As análises desenvolvidas durante a fase de planejamento do trabalho demonstraram que um dos principais problemas que afetam a efetividade da atenção oncológica refere-se à

intempestividade para a realização do diagnóstico do câncer em função, dentre outras, da baixa disponibilidade de exames e médicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Diagrama de Ishikawa, no Apêndice B, ilustra o problema identificado e as interações entre os diversos fatores causais que o determinam.

26. Dada a natureza operacional do trabalho, julgou-se pertinente e oportuno priorizar a avaliação dos aspectos mais diretamente relacionados com a intempestividade para a realização do diagnóstico de câncer pelo SUS. A preocupação com esse aspecto, em conjunto com os resultados das técnicas de diagnóstico de auditoria desenvolvidas (vide seção II.6. Métodos utilizados), orientou a definição do escopo do trabalho e subsidiou a definição do problema e da questão de auditoria, apresentados no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 – Problema e Questão de Auditoria



Fonte: elaboração própria

II.5. Critérios

27. Os critérios gerais utilizados foram as normas editadas pelo Ministério da Saúde sobre as políticas nacionais de saúde do SUS e sobre critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia.

28. Na análise da tempestividade para a realização do diagnóstico do câncer, foram utilizados alguns parâmetros internacionais, obtidos por meio de pesquisa bibliográfica. Além disso, foi considerada a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

29. Os parâmetros utilizados são mais bem explicitados no capítulo que descreve a constatação da auditoria, servindo como referência para que fique demonstrada a diferença entre o que esses critérios preconizam e a situação encontrada.

II.6. Métodos utilizados

30. Os trabalhos foram realizados em conformidade com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (Portaria-TCU 280/2010) e com observância aos princípios e padrões estabelecidos pelo TCU no Manual de Auditoria Operacional. Nenhuma restrição foi imposta aos exames.

31. Durante a fase de planejamento da auditoria, foram realizadas pesquisas bibliográficas, reuniões com gestores do Ministério da Saúde e do Inca, e entrevistas com especialistas, com representantes de Centros de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e de Unidades

de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e associações de apoio a pacientes. Além disso, como forma de aprofundar os conhecimentos sobre o tema objeto de estudo e com o objetivo de levantar os principais problemas que poderiam requerer maior atenção da equipe de auditoria, foram executadas, ainda, técnicas de diagnóstico de auditoria.

32. Na etapa de execução dos trabalhos, foram desenvolvidas análises quantitativas, com a utilização de bancos de dados contendo informações sobre exames, consultas e diagnóstico; pesquisa eletrônica - utilizando a ferramenta **limesurvey**, com envio de questionários para médicos patologistas, unidades de saúde habilitadas para tratamento oncológico (Cacon e Unacon), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e associações de apoio a pacientes. Também foram feitas visitas a quinze unidades da federação, nas quais foram realizadas entrevistas com gestores e pacientes e retiradas informações de prontuários de pacientes.

33. As técnicas de diagnóstico desenvolvidas durante a fase de planejamento, assim como a estratégia metodológica empregada durante a etapa de execução dos trabalhos estão descritas no Apêndice A - Detalhamento dos métodos utilizados, que também discorre sobre os critérios para delimitação dos dados analisados e de seleção dos prontuários dos pacientes e sobre as limitações impostas ao trabalho.

34. Foram realizados um painel de referência para validação da Matriz de Planejamento, em 11/9/2018, dois painéis de referência para validação da Matriz de Achados, um com especialistas da área acadêmica e profissionais em oncologia, em 7/2/2019, e outro com gestores do Ministério da Saúde, em 20/2/2019, além de uma oficina de trabalho utilizando a abordagem de **Design Thinking** visando à formulação e priorização das possíveis propostas de soluções e recomendações para a política, em 19/3/2019.

35. Dada a especificidade de cada câncer, alguns órgãos são mais afetados do que outros; e cada órgão, por sua vez, pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos. Assim, conforme apresentado na Tabela 3, a auditoria procurou coletar e analisar as informações focada nos oito tipos de cânceres mais prevalentes, a saber:

- a) Próstata
- b) Mama
- c) Colo do útero
- d) Traqueia/Brônquio/Pulmão
- e) Cólon e Reto
- f) Estômago
- g) Cavidade Oral
- h) Tireoide

Tabela 3 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma

Localização Primária	Casos	%	Homens	Mulheres	Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%			Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%			Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%			Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%			Leucemias	4.860	2,4%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Inca - Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil

II.7. Volume de recursos fiscalizados

36. A alocação de recursos para a execução de medidas relacionadas ao controle do câncer no âmbito federal está prevista no âmbito dos planos plurianual e orçamentos anuais, por meio de objetivos, metas, iniciativas e ações orçamentárias. O orçamento alocado para o tratamento do câncer pode ser visualizado, principalmente, em quatro ações orçamentárias, conforme Tabela 4.

37. No entanto, quando nos referimos à especificação para procedimentos de oncologia ou controle do câncer, trata-se, em regra, de recursos orçamentários destinados ao tratamento da doença, isto é, quando a etapa de diagnóstico já foi ultrapassada. Não existem ações orçamentárias específicas para a investigação diagnóstica do câncer, tendo em vista que as consultas e exames são realizados anteriormente à confirmação de existência da neoplasia maligna.

Tabela 4- Ações Orçamentárias relacionadas ao controle do câncer

Código	Ação Orçamentária
8535	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde: PO 007 - Controle do Câncer
8585	Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade: PO 008 - Controle do Câncer
125H	Construção do Complexo Integrado do Instituto Nacional de Câncer - Inca
8758	Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Oncologia - Inca

Fonte: SIOP, disponível em 30/4/2018 no endereço: https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true

38. As consultas e exames relacionados ao diagnóstico do câncer geralmente são procedimentos realizados no âmbito da média e alta complexidade. A ação 8585 se destina ao custeio das ações e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no SUS. A especificação dos valores para o PO 0000/0007 'Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade', permite alguma visualização do quantitativo alocado para ações e serviços específicos para tais procedimento pela esfera federal. No entanto, não é possível especificar os componentes inerentes apenas a exames, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Valores alocados na Ação 8585, plano orçamentário

'Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade', de 2013 a 2017

Exercício	Valor Liquidado (R\$)
2013	31.788.845.063,60
2014	35.030.424.674,13
2015	37.994.163.107,76
2016	34.796.746.186,83
2017	38.616.102.399,63
2018	41.174.464.206,19

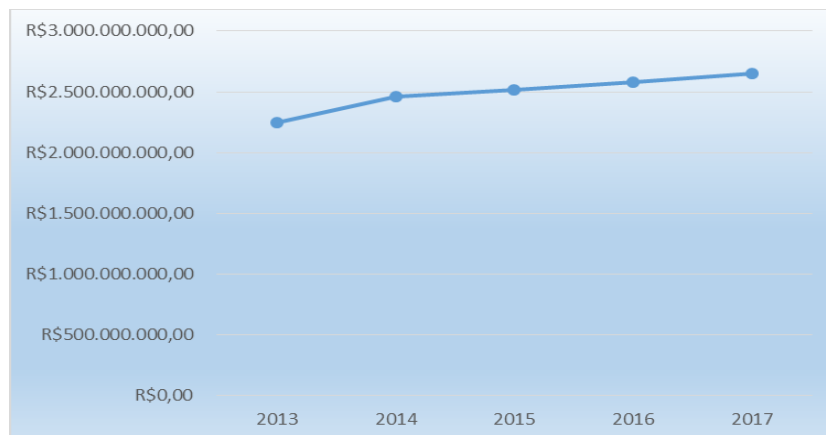
Fonte: Fonte: SIOP, disponível em 25/3/2019 no endereço: <https://www.siop.planejamento.gov.br/siop/>

39. Na mesma linha, quanto aos gastos realizados nacionalmente com procedimentos associados aos exames necessários ao diagnóstico do câncer, não é possível delimitar o valor despendido especificamente para investigação da doença, pois os exames, na sua maioria, foram registrados nos sistemas de informações sem exigência do CID, o que impossibilita definir se os mesmos foram realizados em casos de suspeita de câncer ou relacionadas a investigação de outras patologias. Em 2018, foi publicada a Portaria SAS/MS 643/2018, que estabelece a obrigatoriedade de incluir o CID do laudo resultante nos exames anatomopatológicos para congelamento/parafina por

peça cirúrgica ou por biópsia (exceto colo uterino e mama) realizados no SUS, possibilitando, assim, a futura análise de gastos com exames específicos para o diagnóstico do câncer.

40. Os gastos despendidos em procedimentos com finalidade diagnóstica gerais, que, em parte, podem ter sido utilizados na investigação do câncer, apresentaram aumento de valores nos últimos anos. No exercício de 2013 o valor gasto totalizou em R\$ 2.245.852.348,76, enquanto que em 2017, foram somados em R\$ 2.652.160.508,16, conforme dados constantes no Gráfico 1.

Gráfico 1- Valores gastos em procedimentos com finalidade diagnóstica no Brasil de 2013 a 2017



Fonte: Tabnet – SIA/SUS e SIH/SUS, valor apresentado e valor total por procedimento e ano de processamento, nos subgrupos de procedimentos: 0201 Coleta de material, 0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia, 0204 Diagnóstico por radiologia, 0205 Diagnóstico por ultrassonografia, 0206 Diagnóstico por tomografia, 0207 Diagnóstico por ressonância magnética, 0208 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo, 0209 Diagnóstico por endoscopia. Disponível em 25/3/2019 no endereço: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

41. Os procedimentos relacionados a radiologia, ultrassonografia e tomografia são responsáveis pela maior parte dos dispêndios. Em 2017, 70% do quantitativo gasto representavam esses procedimentos, 12% ressonância magnética, 6% anatomia patológica e citopatologia, 5% medicina nuclear, 5% endoscopia e 2% de coleta de material.

III. ACHADO DE AUDITORIA: O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER NÃO ESTÁ SENDO REALIZADO EM TEMPO DE REDUZIR O GRAU DE ESTADIAMENTO ELEVADO NO INÍCIO DO TRATAMENTO DA DOENÇA

42. O presente capítulo discorre sobre a investigação da questão de auditoria, que busca responder se o diagnóstico do câncer tem sido realizado em tempo oportuno, no intuito de reduzir o grau de estadiamento dos pacientes que iniciam o tratamento pelo SUS. Descreve as constatações decorrentes da investigação que caracterizam o achado de auditoria.

43. As análises desenvolvidas por meio das bases de dados e informações do Siscan, do Sisreg, SIA/SUS (dados de Apacs) e dos prontuários dos pacientes, além das pesquisas eletrônicas e das entrevistas realizadas durante os trabalhos de campo evidenciaram que o diagnóstico de câncer pelo SUS não está sendo realizado em tempo oportuno para reduzir o elevado grau de estadiamento no início do tratamento.

44. As ações de detecção precoce do câncer integram os princípios e diretrizes da prevenção secundária do câncer, no âmbito Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, conforme preconiza a Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, Anexo IX, Seção III, Art. 8º.

45. A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, estabelece, no art. 9, inciso IV, como uma das diretrizes para a prevenção do câncer, a garantia da **confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer**.

46. Portanto, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, preconiza que o diagnóstico do câncer seja realizado a tempo, no momento adequado para que a atuação estatal seja mais vantajosa, traga mais benefícios, melhores resultados e seja mais eficiente. Ou seja, o câncer

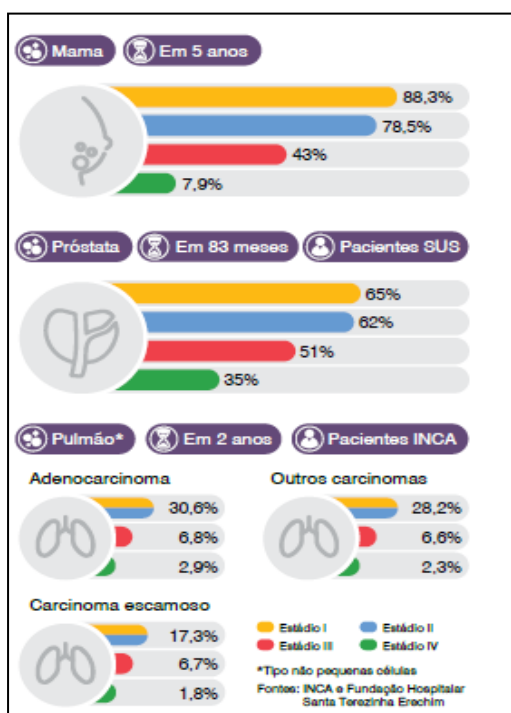
deve ser, o tanto quanto possível, diagnosticado em momento mais favorável, para que não haja tantos obstáculos e dificuldades para tratar a doença.

47. O diagnóstico precoce, nos primeiros estágios do câncer apresenta uma maior chance de cura. A coordenadora adjunta do Departamento de Oncologia e investigadora do Centro de Pesquisa Clínica do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), em São Paulo, também destacou a relação entre a possibilidade de cura da doença e o diagnóstico precoce. Segundo a especialista 'Existe cura para o câncer. Ela depende principalmente do estágio em que a doença é diagnosticada. Mas também está atrelada ao tipo de tumor' (grifos nossos). (REDE CÂNCER, 2018).

48. O estadiamento é uma classificação dos tumores, criado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Essa categorização baseia-se no fato de que os tumores seguem um curso biológico comum. A base é a dimensão do tumor (T), a avaliação da extensão dos linfonodos (N) e a presença ou não de metástases à distância (M). Após a avaliação destes fatores, os casos são classificados em estágios que variam de I a IV graus crescentes de gravidade da doença. (SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ, 2019).

49. A Figura 2 demonstra que quando o tumor se encontra em grau de estadiamento mais avançado III e IV a probabilidade de sobrevida é bem menor. Para o câncer de mama, por exemplo, a probabilidade de sobrevida em cinco anos é de 43% quando o estadiamento da doença está em grau III, e de 7,9% em grau IV. Para o câncer de próstata, a probabilidade de sobrevida em 83 meses é de 51% quando a doença se encontra em grau III, e de 35% em grau IV. Observa-se que a probabilidade de sobrevida, quando o estadiamento da doença se encontra no grau I é bem mais elevada: para câncer de mama (88,3%), para câncer de próstata (65%), para câncer de pulmão do tipo adenocarcinoma (30,6%), para pulmão do tipo carcinoma escamoso (17,3%) e outros carcinomas de pulmão (28,2%) e outros carcinomas de pulmão (28,2%).

Figura 2 – Probabilidade de Sobrevida para Três Tipos de Câncer Conforme o Grau Estadiamento do Tumor



Fonte: Revista Rede Câncer – publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; nº 40, março 2018. Cresce número de pacientes com câncer sob controle, mas risco de retorno da doença não pode ser descartado – É possível falar em cura? p. 16 (REDE CÂNCER, 2018).

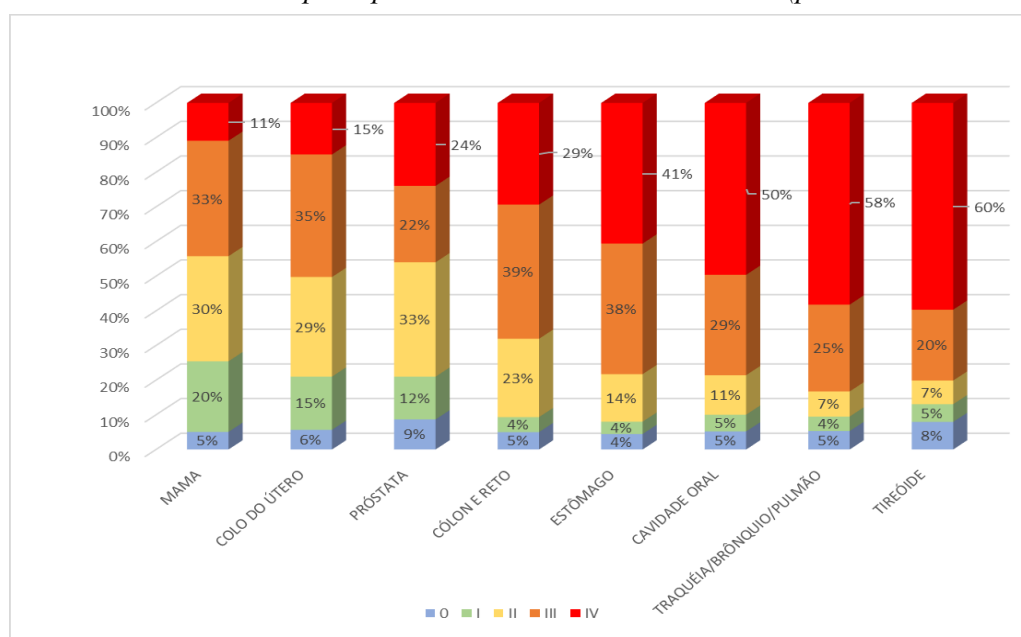
50. Pacientes diagnosticadas com câncer de mama em estadiamento no grau III e IV, no Canadá, Dinamarca, Noruega, Suécia e Reino Unido, representaram, em termos percentuais,

respectivamente, 17,1%, 22,2%, 8,7%, 8,2%, 13%, conforme estudo realizado no período de 2000 a 2007. Ou seja, há mais de dez anos atrás, nesses países, a minoria das pacientes acometidas por câncer de mama haviam recebido o diagnóstico em estágio avançado da doença (WALTERS S. et al., 2013).

51. Nos Estados Unidos, no período de 2004 a 2011, o percentual de mulheres diagnosticadas com câncer em grau de estadiamento I e em grau de estadiamento III e IV, foi respectivamente, entre mulheres brancas - não hispânica (50,8% e 16%), mulheres brancas - hispânica (41,1% e 21,2%), negras (37%, 24,4%), chinesas (50,1% e 14,2%), japonesas (56,1% e 11,5%), sul asiáticas (40,4% e 20,9%), outras asiáticas (45,2% e 16,7%), outras etnias (43,6% e 19,2%), de acordo com estudo observacional sobre as diferenças no estágio do câncer de mama no diagnóstico, por raça e etnia. Portanto, há mais de dez anos atrás, nos Estados Unidos, o percentual de pacientes diagnosticadas com câncer de mama em estágio inicial foi muito superior ao percentual de pacientes diagnosticadas com estágio avançado da doença (IQBAL J. et al; 2015).

52. Entretanto, conforme identificado nesta auditoria, no Brasil, o diagnóstico de confirmação de câncer vem sendo realizado em grau de estadiamento avançado. Há um alto percentual de pacientes diagnosticados com a doença em grau de estadiamento III e IV, conforme pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Grau de Estadiamento por tipo de Câncer no Brasil em 2017 (pacientes atendidos pelo SUS)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de 2017 de Apacs (SIA-SUS)

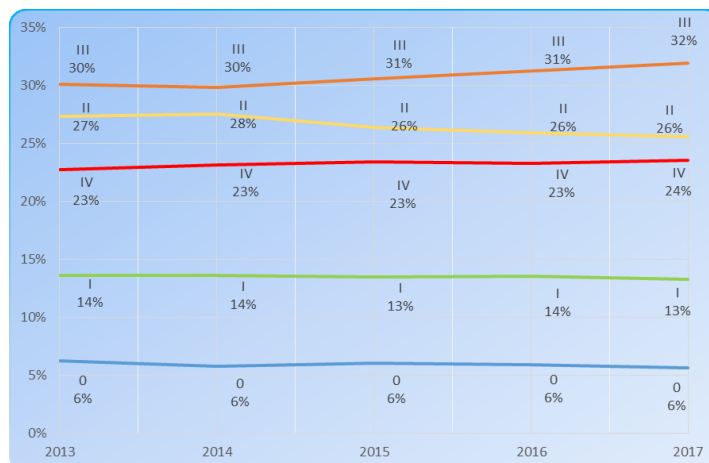
53. O Gráfico 2 foi elaborado com base nos dados retirados das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apacs) de 2017, relativas aos oito tipos de câncer mais prevalentes. O gráfico demonstra que cerca de 80% dos pacientes que iniciaram tratamento de câncer com quimioterapia ou radioterapia pelo SUS foram diagnosticados com câncer já em grau de estadiamento III e IV para os quatro seguintes tipos de câncer: traqueia/brônquio/pulmão (83%), tireoide (80%), estômago (79%), para o câncer de cavidade oral (79%). Já para os quatro demais tipos de câncer, em relação aos quais há campanhas em nível nacional, linhas de cuidado definidas e/ou programas de rastreamento, o grau de estadiamento III e IV correspondeu a cerca de 50% dos casos diagnosticados, sendo 68% para câncer de cólon e reto, 50% para colo do útero, 44% para mama e 46% para próstata.

54. Da análise do Gráfico 3, verifica-se que o percentual de pacientes diagnosticados em grau de estadiamento III e IV foi elevado no período de 2013 a 2017, e apresentou um leve aumento em

2017 no Brasil. Observa-se que o percentual de diagnósticos de câncer em grau avançado (estadiamento III e IV juntos) passou de 53% em 2013 para 56% em 2017, indicando que a política de câncer no Brasil, no que tange às ações empreendidas para o diagnóstico precoce da doença, não apresentou melhorias no período analisado.

55. Destaca-se que em 2017, de acordo com dados de Apacs, o número de novos pacientes que iniciaram tratamento de quimio ou radioterapia pelo SUS das neoplasias mais prevalentes atingiu o número de 155.165 pessoas, sendo que 86.063 foram diagnosticadas com grau de estadiamento III e IV, correspondente a 56% do total.

Gráfico 3 – Grau de Estadiamento do Câncer no Brasil – 2013 a 2017 (pacientes atendidos pelo SUS)



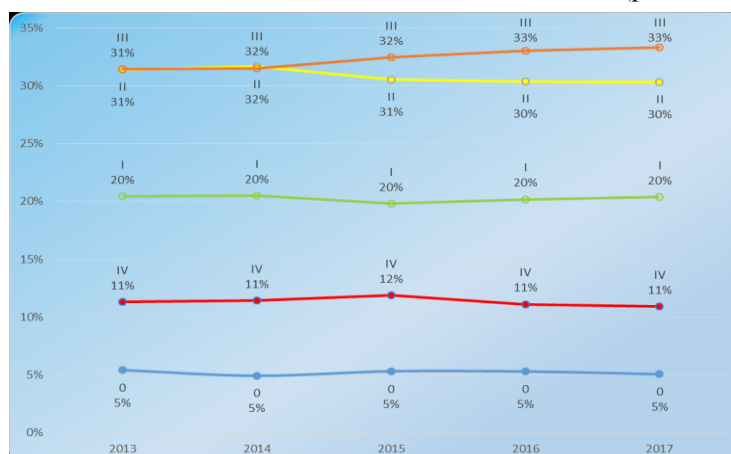
Fonte: Elaboração Própria a partir de dados de Apacs (SIA-SUS) relativos aos oito tipos de cânceres mais prevalentes de 2013 a 2017

56. Nem mesmo dentro das ocorrências de câncer de mama e de colo do útero, que são contemplados em campanhas educativas, obteve-se melhora do percentual de pacientes diagnosticadas com grau de estadiamento III e IV, no mesmo período de 2013 a 2017.

57. Conforme pode ser observado no Gráfico 4 para o câncer de mama, o percentual de pacientes diagnosticadas em grau de estadiamento III e IV **subiu de 42% em 2013, para 44% em 2017**. Já o Gráfico 5, relativo ao grau de estadiamento do câncer de colo do útero, demonstra que as pacientes diagnosticadas em grau de estadiamento III e IV **aumentou de 48% em 2013, para 50% dos casos em 2017**.

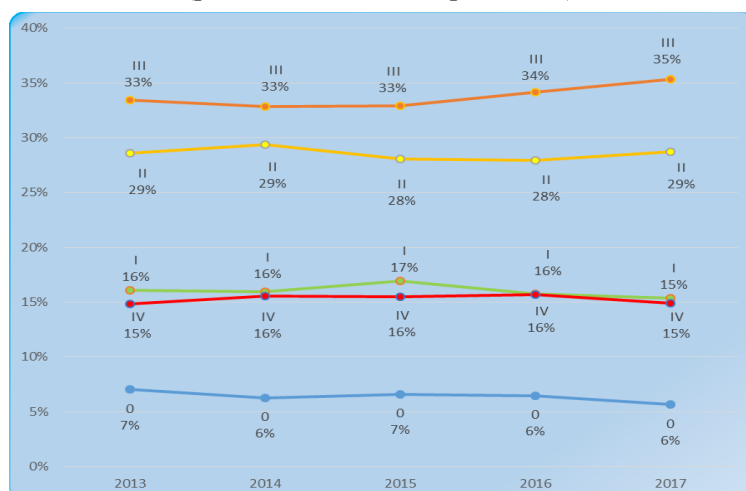
58. Os dados apresentados podem demonstrar que o país não tem sido capaz de alcançar a amplitude necessária para assegurar a detecção precoce do câncer de mama e colo do útero em caráter nacional.

Gráfico 4 – Grau de estadiamento do Câncer de Mama - 2013 a 2017 (pacientes atendidos pelo SUS)



Fonte: Elaboração Própria a partir de dados das Apacs (SIA-SUS)

*Gráfico 5 – Grau de estadiamento do Câncer de Colo do Útero - 2013 a 2017
(pacientes atendidos pelo SUS)*



Fonte: Elaboração Própria a partir de dados das Apacs (SIA-SUS)

59. Os métodos utilizados para calcular o estadiamento dos cânceres com base nas Apacs estão detalhados no papel de trabalho 26 (peça 43). Cabe ressaltar que outros fatores podem influenciar no resultado dos dados, tais como o aumento do número de notificação de casos de câncer realizados ao longo dos anos. Além disso, resta esclarecer que informações de pacientes que receberam condutas terapêuticas executadas unicamente por meio de cirurgias, não foram incluídas nos resultados apresentados, já que os dados se basearam em informações de autorização de procedimentos para quimioterapia e radioterapia. Desse modo, os cânceres menos avançados, com estádios menores, podem ter sido tratados apenas cirurgicamente e não entraram na amostra, o que pode ter gerado resultados de estadiamento mais elevados.

60. No que se refere ao tempo para se realizar o diagnóstico do câncer, deve-se frisar o Projeto de Lei 275/2015 que altera a Lei 12.732/2012, para que os exames de diagnóstico, em caso de suspeita de câncer, sejam realizados no prazo de 30 dias:

Art. 1º O art. 2º da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, passa a vigorar acrescido do seguinte §3º:

§3º Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável.

61. Em que pese a importância de se estabelecer prazos e metas para a realização do diagnóstico do câncer, foi ressaltado por alguns participantes do painel de referência para discussão da matriz de planejamento, realizado no dia 11/9, que o prazo de 30 dias para se realizar o diagnóstico final do câncer seria muito exíguo diante da realidade do sistema de saúde brasileiro. Além disso, cada tipo de câncer exigiria uma abordagem distinta no que se refere ao tempo para se atuar. Mas todos concordaram acerca da importância em haver celeridade na realização do diagnóstico, para que a doença seja oportunamente constatada.

62. Em reportagem de 2013, da Revista Rede Câncer n. 23, o Coordenador de Prevenção e Vigilância do Inca à época, destacou que 'A necessidade de rapidez vai variar muito de acordo com diversos fatores, e é preciso que todos esses sejam considerados pelos gestores de saúde no momento de definição de políticas' (REDE CÂNCER, 2013).

63. A título de comparação, abstraindo-se o fato de que o sistema de saúde brasileiro é diferente do sistema britânico, e que há realidades sociais e econômicas díspares entre os dois países, vale destacar meta que foi estabelecida pelo Reino Unido para se realizar o diagnóstico de câncer.

Em 2016, o serviço nacional de saúde britânico (**National Health Service – NHS**) definiu meta a ser alcançada em 2020, para que o paciente obtenha um **diagnóstico definitivo do câncer**, no prazo de **28 dias**, após ser encaminhado pelo médico que levantou a suspeição da neoplasia maligna (**NATIONAL HEALTH SERVICE**, 2016).

64. De acordo com a Revista INCA 23/2013, na Inglaterra, o intervalo máximo para a primeira consulta com um especialista era de duas semanas para pacientes com suspeita urgente de câncer, a partir do encaminhamento pelo médico da atenção básica. Depois do diagnóstico confirmado de qualquer tipo de câncer, o tratamento tem de ser iniciado em até 31 dias. No total, foi fixado o prazo máximo de 62 dias entre a indicação do médico generalista e o início do tratamento do câncer (REDE CÂNCER, 2013, p.23).

65. Estudo realizado na Inglaterra em 2007, com base na percepção de pacientes com câncer, concluiu que naquele ano, mais de 99% dos pacientes entrevistados, encaminhados com urgência pelo clínico geral com uma suspeita de câncer, informaram que foram examinados em 2 semanas pelo médico especialista. Em 1977, 63% dos pacientes informaram que foram examinados pelo especialista no mesmo período de 2 semanas (**DEPARTMENT OF HEALTH**, 2007).

66. No Canadá, em 2007, o tempo de espera médio relatado pelos pacientes, para realizar consultas médicas especializadas, foi de 4,3 semanas (**MINISTER OF HEALTH**, 2008, p.23).

67. Verifica-se assim que, há mais de dez anos, já havia a preocupação por parte de alguns países em se acompanhar o tempo para a realização do diagnóstico do câncer. O recente estabelecimento de prazo e meta, por parte do governo britânico, para a realização do diagnóstico definitivo da doença, consolida a visão de que é fundamental haver o monitoramento do tempo gasto pelo paciente no caminho até a obtenção do diagnóstico final do câncer, bem como o estabelecimento de metas para que o diagnóstico seja mais célere possível. Só assim é possível efetivamente implementar a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, no que se refere à realização do diagnóstico oportuno da doença e identificar gargalos na trajetória para a realização desses exames, bem como propor soluções para superar essas dificuldades.

68. Outro aspecto a ser destacado quando observamos a experiência internacional é que os dados e informações que consubstanciam as evidências relacionadas ao tempo gasto para se realizar o diagnóstico do câncer no Brasil apontam para períodos demasiadamente longos. Ao dividirmos em etapas, a trajetória do paciente desde a consulta inicial com o médico generalista até o final do itinerário, quando o paciente de posse do laudo da biópsia deve retornar ao médico especialista para confirmar o diagnóstico do câncer, constatamos que há demora nas várias etapas desse caminho.

69. Há, por exemplo, demora para realizar a primeira consulta com médico especialista, a partir do encaminhamento feito pelo médico generalista que verificou os primeiros sintomas do paciente. Conforme análise dos dados do Sisreg, relativos à realização de consultas médicas, independente do CID do paciente, referentes ao mês de outubro/2018, a média ponderada nacional das médias por UF para o tempo de espera entre a data do agendamento com o setor de regulação e a data da consulta com médico especialista foi de 33 dias. Em algumas unidades federadas, a média do tempo de espera para a realização de determinadas consultas com especialistas é maior que 100 dias. Destaca-se, por exemplo, o tempo médio de espera de 208 dias para o paciente realizar consulta com médico gastroenterologista no DF, conforme PT21 – Análise dados Sisreg (peça 38).

70. De acordo com a percepção de 45% dos **pacientes com câncer** entrevistados, o tempo médio decorrido para realizar a primeira consulta com médico especialista foi de até duas semanas. Para 31% dos pacientes, esse tempo compreende o período de 3 semanas até 2 meses, já 8% dos respondentes opinaram que a demora compreende o período de 2 meses até 6 meses, e 7% responderam que a demora foi superior a 6 meses. Por fim, 9% não responderam ou não souberam responder. Para esta pergunta, considerando-se o tempo médio central de cada intervalo de tempo e aplicando-se a média ponderada, pela percepção dos pacientes entrevistados, leva-se, em média, 37

dias para se realizar a primeira consulta com médico especialista, a partir do encaminhamento do médico generalista.

71. Na percepção de 19% das **associações de apoio** aos pacientes com câncer que participaram da pesquisa eletrônica, o tempo médio decorrido para realizar a primeira consulta com médico especialista a partir do encaminhamento feito pelo médico que verificou os primeiros sintomas é de até 2 semanas. Para 22% das respondentes, esse tempo compreende o período de 2 semanas até 1 mês; já 22% consideraram que o tempo é de até 2 meses; e 33% dos respondentes consideraram que esse tempo é superior a 2 meses. Considerando-se o tempo médio central de cada intervalo de tempo e aplicando-se a média ponderada, pela percepção das associações de pacientes de câncer entrevistados, leva-se em média, **52 dias** para se realizar a primeira consulta com médico especialista, a partir do encaminhamento do médico generalista.

72. Também há demora entre o pedido e a realização de exames necessários ao diagnóstico de câncer pelo SUS. Dados do Sisreg, relativos à realização de exames, independente do CID do paciente, referentes ao mês de outubro/2018, fornecidos pelo MS, apontam que há alguns exames, realizados pelo SUS, necessários ao diagnóstico do câncer, como colonoscopia, endoscopia digestiva alta, endoscopia urológica, medicina nuclear, laringoscopia e retossigmoidoscopia, que, dependendo da unidade da federação, podem levar até mais de 100 dias entre a data da marcação e a data da realização do exame, conforme PT21 – Análise dados Sisreg (peça 38).

73. Conforme a **análise dos dados do Sisreg** coletados de alguns exames relativos a 22 estados (dados do Acre, Amapá, Distrito Federal, Roraima e Sergipe não estavam disponíveis), o paciente aguarda em média aproximadamente **50 dias** para realizar um exame necessário ao diagnóstico do câncer, a partir do agendamento com o setor de regulação da saúde estadual/municipal [PT21 – Análise dados Sisreg (peça 38)].

74. Na percepção de 52% dos pacientes com câncer entrevistados a realização da biópsia, a partir do pedido do médico especialista, demorou menos de duas semanas. Para 28% dos respondentes a realização da biópsia demorou entre 2 semanas a 6 meses; e 4% responderam que a demora foi superior a 6 meses. Nessa entrevista, 16% não responderam ou não souberam quantificar o tempo. Para esta pergunta, considerando-se o tempo médio central de cada intervalo de tempo e aplicando-se a média ponderada, pela percepção dos **pacientes com câncer** entrevistados, leva-se em média, **23 dias** para se realizar a biópsia a partir do pedido médico.

75. Cabe destacar que metade dos pacientes entrevistados que realizaram exames necessários para diagnóstico de câncer pelo SUS, afirmaram que também custearam algum exame por conta própria ou pelo plano de saúde, na maioria das vezes, em razão da demora pelo SUS e a urgência requerida para ser diagnosticado por conta da gravidade da doença. O fato constatado pode ser inferido das respostas dos pacientes entrevistados:

Biópsia realizada na rede privada em razão da demora para realizar no SUS que chega a mais de 90 dias.

Paciente registra que realizou a biópsia por conta própria em razão da demora para realização do exame ser superior a 90 dias.

Fez Ressonância e Tomografia particulares.

Tomografia, biópsia e colonoscopia foram particulares para adiantar o diagnóstico.

Paciente fez biópsia particular.

Exame por conta própria: biópsia. Diagnosticado há 6 anos. Trabalhador rural.

Não houve demora, pois os exames foram particulares.

Pagou para realizar ressonância e tomografia. Quando foi diagnosticado câncer de mama não se fez um mapeamento geral para detectar outros tumores. Surgiu posteriormente tumor no colo do útero.

A paciente teve que pagar parte dos exames.

Os exames foram feitos de forma particular ou pelo plano de saúde.

Pelo SUS foi feito apenas a imuno-histoquímica.

Os exames são muito demorados! Os sintomas já estavam bem avançados! Quase 1 ano para confirmar o câncer. Muitos exames foram pagos particular.

Tentou fazer colonoscopia pelo SUS, mas demoraria 4 meses para realizar o exame, então fez particular.

O resultado da biópsia no SUS estava demorando 2 meses para sair, por isso fez particular.

A biópsia foi paga para poder ter o diagnóstico final. Se fosse esperar pelo SUS demoraria cerca de 3 meses.

(...)

76. *É possível supor que, como parte dos pacientes entrevistados realizou a biópsia fora da rede pública, o tempo apontado por eles é menor do que o tempo obtido por meio das outras fontes de evidência.*

77. *Por outro lado, na percepção de 18% das associações de apoio aos pacientes com câncer que participaram da pesquisa eletrônica, a realização da biópsia demora menos de duas semanas. Para 64% das participantes, a realização da biópsia demora entre 2 semanas a 6 meses e para 11%, a demora supera 6 meses. Ainda, 7% dos entrevistados não souberam ou não quiseram responder. Considerando-se o tempo médio central de cada intervalo de tempo e aplicando-se a média ponderada, pela percepção das **associações de pacientes com câncer**, leva-se, em média, **69 dias** para se realizar a biópsia a partir do pedido médico, pelo SUS.*

78. *Deve-se destacar ainda que há demora para a liberação do resultado dos exames de biópsia. De acordo com os dados levantados da amostra não estatística válida de 211 **prontuários de pacientes** diagnosticados com os seis tipos de câncer mais prevalentes, à exceção do câncer de mama e colo do útero, nos Cacon e Unacon visitados, o tempo médio nacional decorrido para o paciente receber o resultado da biópsia foi **de 24 dias** [PT19 – Análise Prontuários de Pacientes (peça 36)]. Constatou-se que vários pacientes já haviam trazido o exame anatomopatológico (biópsia) realizado em outra unidade hospitalar, razão pela qual não foi possível identificar a data do pedido do exame. A maioria dos pacientes desta amostra realizou a biópsia no próprio Cacon/Unacon visitado. Por isso, foram descartados os prontuários de pacientes com datas inválidas, não identificadas ou não registradas. Cabe ressaltar que dentre os cânceres mais prevalentes, desconsiderando o câncer de mama e colo do útero, os que obtiveram tempo decorrido para laudar a biópsia maior que a média geral nacional, foram o de cavidade oral (média de 33 dias), cólon e reto (média de 25 dias) e estômago (média de 25 dias) [PT19 – Análise Prontuários de Pacientes (peça 36)].*

79. *Na percepção 45% dos pacientes com câncer entrevistados, o resultado da biópsia demorou menos de duas semanas. Para 24% dos respondentes, o resultado da biópsia demorou entre 2 semanas a 4 semanas. Para 11%, o resultado demorou mais de 1 mês. 20% não responderam ou não souberam quantificar o tempo. Para esta pergunta, considerando-se o tempo médio central de cada intervalo de tempo e aplicando-se a média ponderada, pela percepção dos **pacientes com câncer** entrevistados, foi necessário, **em média, 20 dias** para se obter o resultado da biópsia, a partir da sua coleta.*

80. *No entanto, na percepção de 12% das associações de apoio aos pacientes com câncer, o laudo da biópsia demora menos de duas semanas. Para 27% das participantes o resultado demora entre 2 semanas a 1 mês. Para 53%, a demora supera 1 mês. 8% dos entrevistados não souberam ou não quiseram responder. Considerando-se o tempo médio central de cada intervalo de tempo e aplicando-se a média ponderada, pela percepção das **associações de pacientes com câncer** respondentes, foi necessário, em média, **50 dias** para se obter o resultado da biópsia, a partir da sua coleta, pelo SUS.*

81. *Importante destacar que os tempos de espera que se basearam no relato dos pacientes entrevistados e das associações de apoio que participaram da pesquisa eletrônica podem apresentar alguma imprecisão. Nem sempre os respondentes conseguem recordar exatamente o tempo de duração de cada etapa. Além disso, como há falta de definição sobre o que representa o ponto de*

partida para o tempo de espera, sua duração pode ser difícil de estimar e pode variar entre respondentes. Portanto, as informações extraídas de relatos nem sempre são tão precisos como as extraídas de uma base de dados.

82. *No que se refere ao tempo para laudar exames de diagnóstico do câncer de mama e de colo uterino, foram obtidos dados estruturados extraídos do **Siscan** [PT27 – Análise dados do Siscan (peça 44)]. De acordo com esses dados, o tempo médio nacional decorrido (em dias) entre a realização e a liberação do resultado dos seguintes exames, em 2017, foi o seguinte:*

- a) Citopatológico de colo uterino: **41 dias***
- b) Citopatológico de mama: **40 dias***

83. *Importante esclarecer que o exame citopatológico do colo do útero, chamado de exame preventivo de Papanicolau, é um exame de triagem e não representa um meio diagnóstico definitivo de câncer, daí a necessidade de, quando sugestivo de malignidade, ter sua confirmação por exame histopatológico. Cabe comentar que a observação e o estudo das células através do microscópio chama-se estudo citológico ou citologia. O estudo citológico de alterações mamárias é bastante útil para selecionar os casos suspeitos de malignidade (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2019).*

84. *Já o tempo médio nacional decorrido, em dias, entre a coleta e a liberação do resultado dos seguintes exames, em 2017, foi o seguinte [PT27 – Análise dados do **Siscan** (peça 44)]:*

- a) Histopatológico de colo uterino: **40 dias***
- b) Histopatológico de mama: **43 dias***

85. *O exame histopatológico é o que permite afirmar com segurança a natureza de uma lesão. No exame histopatológico o que se examina é um fragmento da estrutura, avaliando-se, então, toda a composição do tecido. Por isso, o exame histopatológico é o mais preciso.*

86. *Já o tempo médio nacional decorrido (em dias) entre a solicitação (médica) e a liberação do resultado do exame de mamografia, em 2017, foi de 84 dias [PT27 – Análise dados do **Siscan** (peça 44)]:*

- a) Tempo médio decorrido entre a solicitação médica e a realização do exame de mamografia: **63 dias**.*
- b) Tempo médio decorrido entre a realização e a liberação do resultado do exame de mamografia: **21 dias**.*

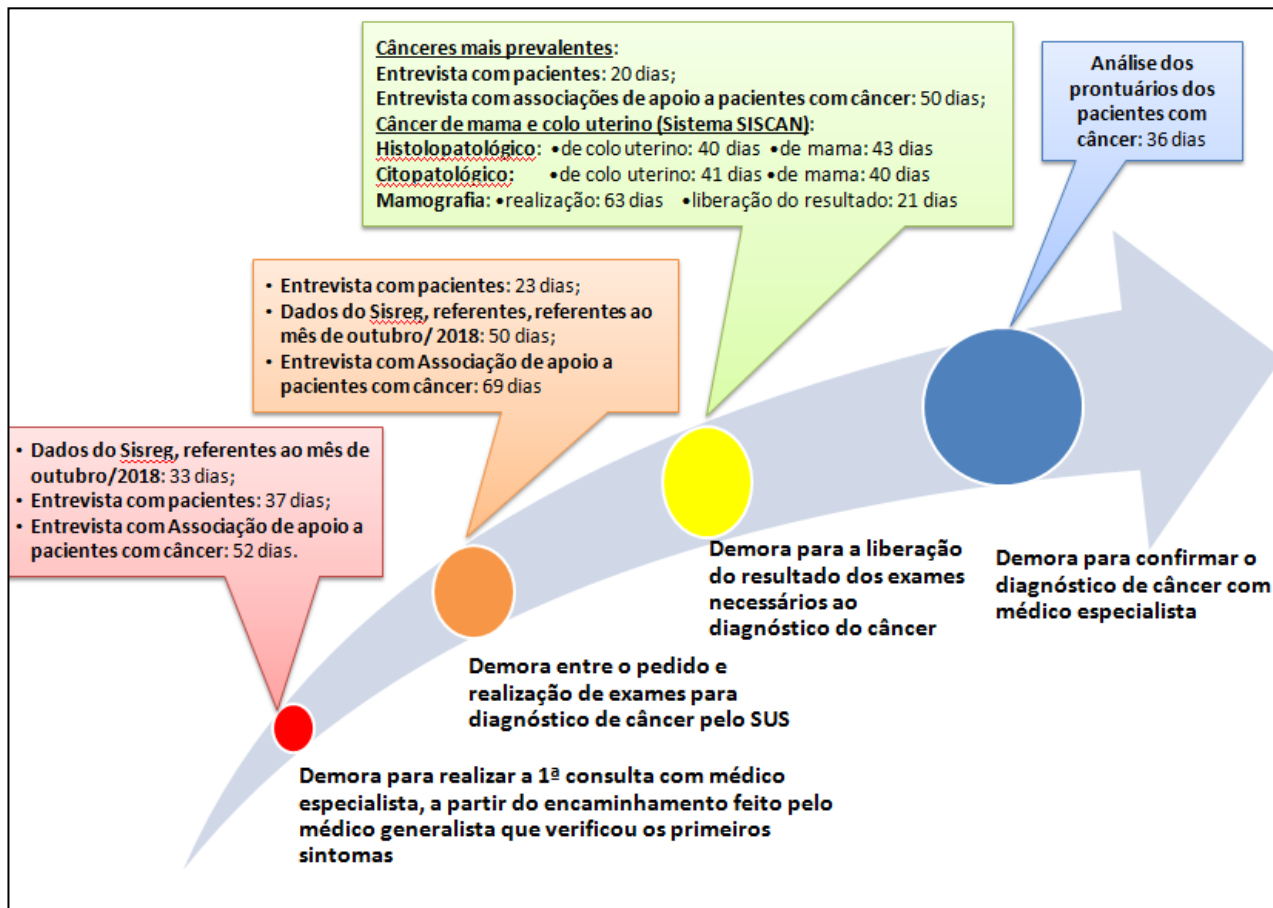
87. *Ao final da trajetória do paciente para obtenção do diagnóstico definitivo do câncer, há demora também para, já de posse do resultado do exame de biópsia, retornar ao médico especialista e confirmar o diagnóstico da doença. De acordo com os dados levantados da amostra não-estatística por julgamento de 349 **prontuários** de pacientes diagnosticados com os seis tipos de cânceres mais prevalentes – excetuando-se o câncer de mama e de colo do útero, nos Cacon e Unacon visitados, o tempo médio nacional para retornar ao médico especialista e obter a confirmação do câncer, a partir do laudo da biópsia, levou cerca de **36 dias** (5 semanas). Cabe ressaltar que dentre os cânceres mais prevalentes, desconsiderando o câncer de mama e colo do útero, os que obtiveram tempo de retorno ao médico especialista para confirmação da neoplasia maligna maior que a média geral nacional, foram o de próstata (média de 56 dias), glândula tireoide (média de 55 dias) e estômago (média de 38 dias) [PT19 – Análise Prontuário de Pacientes (peça 36)].*

88. *Fazer uma estimativa do tempo total gasto na trajetória do paciente para obtenção do diagnóstico definitivo do câncer não é um exercício trivial, tendo em vista que as informações foram obtidas por meio de diversas e distintas fontes de evidência. Ou seja, não há atualmente um sistema em que essas informações se encontrem juntas e estruturadas. A Figura 3 demonstra o tempo de espera em cada etapa do caminho percorrido pelo paciente desde a primeira consulta com o médico generalista até o retorno ao médico especialista, já de posse do laudo da biópsia da malignidade, para a confirmação da doença.*

89. Não obstante, o conhecimento sobre o acesso e o itinerário realizado pelo paciente pode ajudar profissionais e gestores a compreender as principais dificuldades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde, além de facilitar a identificação dos gargalos e obstáculos enfrentados pelos pacientes.

90. Conforme pode ser observado na Figura 3, há demora em todas as etapas do caminho percorrido pelo paciente na tentativa de realizar o diagnóstico do câncer.

Figura 3 – Tempo de espera em cada etapa da trajetória para a obtenção do diagnóstico do Câncer



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Sisreg, Siscan, prontuários dos pacientes, pesquisa realizada com associações de apoio aos pacientes e entrevista com pacientes.

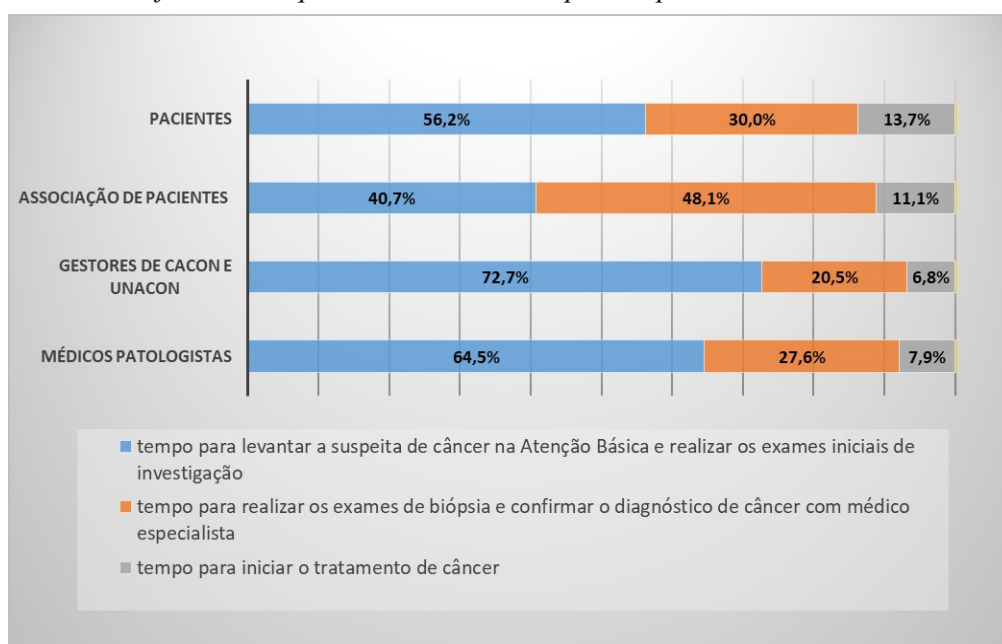
91. Além disso, na pesquisa eletrônica realizada com médicos patologistas, gestores de Cacon e Unacon, associações de apoio aos pacientes e na entrevista realizada com pacientes, foi feita pergunta a respeito da fase mais demorada para o paciente com câncer.

92. Conforme o Gráfico 6, o tempo decorrido para levantar a suspeita de câncer na Atenção Básica e realizar os exames iniciais de investigação é a etapa mais demorada na opinião de 72,7% dos gestores de Cacon e Unacon, 59,3% dos médicos patologistas, 40,7% das associações de pacientes e 40,1% dos pacientes com câncer.

93. O tempo para realizar os exames de biópsia e confirmar o diagnóstico de câncer com médico especialista é a etapa mais demorada para 20,5% de gestores de Cacon e Unacon, 25,4% dos médicos patologistas, 48,1% das associações de apoio e 21,4% dos pacientes entrevistados.

94. Já o tempo para iniciar o tratamento de câncer é o processo mais demorado, na média, para 10% de cada grupo de entrevistados.

Gráfico 6 – O que é mais demorado para o paciente de câncer?



Fonte: Elaboração própria a partir da percepção de pacientes com câncer, associação de pacientes com câncer, gestores de cacon/unacon e médicos patologistas

95. Portanto, a preocupação não deve estar voltada somente para o tratamento do câncer, mas também para toda a trajetória percorrida pelo paciente para obtenção do diagnóstico definitivo da doença. Segundo especialista do Inca, 'Muitas vezes, os maiores gargalos serão encontrados no nível de suspeição. Há demora para realização de exames de imagem e de biopsias que podem impactar negativamente na qualidade do tratamento' (grifos nossos). (REDE CANCER, 2013).

96. Assim, o diagnóstico tardio para o câncer pode conduzir o paciente a caminhos longos, que reduzem potencialmente as chances de cura e elevam custos de tratamento.

97. Este tópico (parágrafos 42 a 96) descreveu a situação encontrada referente à tempestividade para a realização do diagnóstico do câncer. Os tempos médios encontrados para se atravessar as diversas etapas para diagnóstico oncológico refletem que a identificação da doença não está sendo efetuada em momento adequado. A situação resulta em maiores graus de estadiamento do câncer no momento do diagnóstico definitivo, dificultando, assim, a possibilidade de que a atuação dos serviços de saúde no tratamento da doença seja mais vantajosa e com melhores resultados aos pacientes.

98. As subseções subsequentes abordam constatações que interferem, direta ou indiretamente, na demora do diagnóstico de câncer, bem como considerações sobre o achado de auditoria e as propostas de encaminhamento.

III.1. Fragilidades na disponibilidade de exames para diagnóstico pelo SUS

99. A intempestividade do diagnóstico de câncer está relacionada a diversos fatores. As análises desenvolvidas na auditoria evidenciaram que a rede de exames ofertados pelo SUS não está suficientemente estruturada de modo a possibilitar aos pacientes com suspeita de câncer o acesso tempestivo ao diagnóstico definitivo da doença.

100. De acordo com Inca, 39% dos casos de câncer de mama chegaram ao Unacon e Cacon sem diagnóstico, o que pode indicar a insuficiência na estruturação das redes, visto que a confirmação diagnóstica, nesses casos, poderia ser realizada na rede de média complexidade. Embora essa confirmação seja uma das responsabilidades das unidades de alta complexidade (Cacon e Unacon), os serviços de referência de diagnóstico, quando existentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS), oferecem apoio matricial aos serviços de atenção básica como referência para serviço de

atenção ambulatorial especializada, além de poderem agilizar o atendimento dos usuários em Unacon e Cacon (Inca, 2015)

III.1.1. Quantidade de exames realizados, por UF, em 2017, abaixo dos parâmetros de necessidade estabelecidos pelo SUS (Portaria GM/MS 1.631/2015)

101. Em outubro de 2015, foi aprovada a Portaria GM/MS 1.631/2015, que define critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. A norma definiu aproximações do quantitativo de exames, procedimentos e profissionais relacionado às necessidades de saúde da população de cada estado. No quadro 35 do documento anexo à Portaria 1.631/2015, foram estabelecidos os parâmetros de necessidade para determinados exames na atenção especializada para os estados brasileiros.

102. No intuito de verificar o cumprimento aos parâmetros definidos na norma, foram realizadas análises comparativas entre o quantitativo de procedimentos de diagnóstico executados por estado, a cada 100 mil habitantes com os critérios de necessidade estabelecidos na Portaria 1.631/2015, conforme PT22 – Análise Portaria 1631-2105 - Exames (peça39).

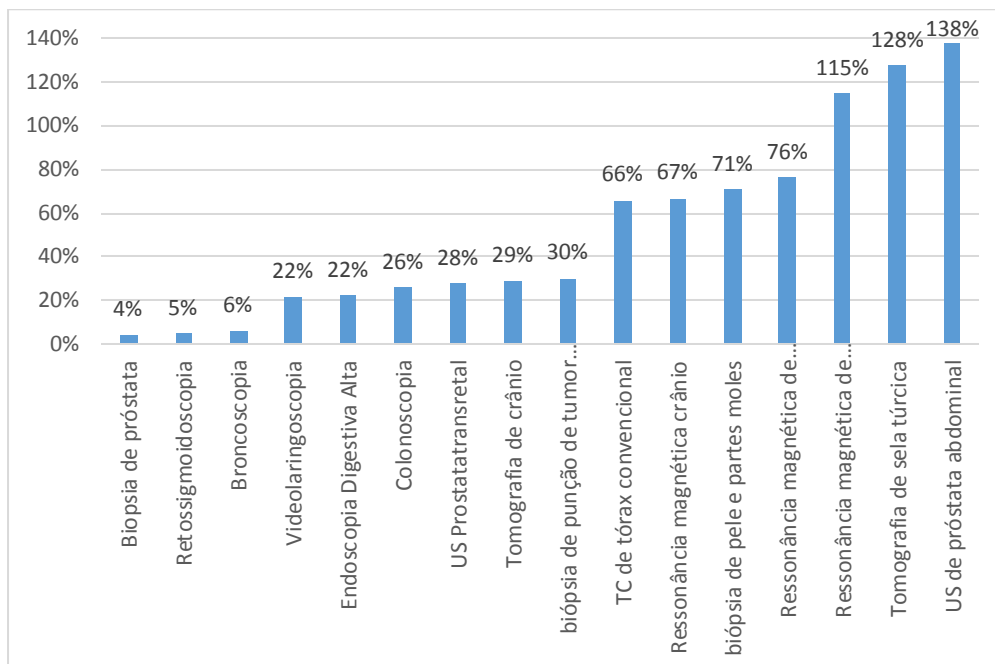
103. O resultado das análises demonstrou que, em geral, exames de diagnóstico que são necessários ao reconhecimento de alguns cânceres estão sendo executados em quantitativo inferior à demanda estimada para a população.

104. Há exames com índices de execução bem baixos, como por exemplo, os exames de biópsia de próstata guiada por ultrassom, retossigmoidoscopia e broncoscopia, que apresentaram quantitativo de procedimentos executados de apenas 4%, 5% e 6%, respectivamente, em relação aos parâmetros de necessidade da população, demonstrando grande escassez desses exames em relação à sua possível demanda. Também em linha de atenção, os exames de videolaringoscopia, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ultrassonografia prostatatransretal, tomografia de crânio e biópsia de punção de tumor de pele apresentaram quantitativo baixo em relação à necessidade, conforme Gráfico 7.

105. Os exames de tomografia de tórax convencional, ressonância magnética de crânio, biópsia de pele e partes moles e ressonância magnética de tórax apresentaram percentuais relativamente melhores, porém também com execução abaixo dos parâmetros de necessidade, demonstrando ainda que os procedimentos estão aquém das necessidades da população (Gráfico 7).

106. Por fim, os exames de diagnóstico que resultaram em melhores percentuais de atendimento aos parâmetros de necessidade da Portaria GM/MS 1.631/2015, em âmbito nacional, foram a ressonância magnética de sela túrcica (115%), tomografia de sela túrcica (128%) e ultrassom de próstata abdominal (138%). Observa-se que para esses exames o percentual de execução ficou acima do parâmetro definido.

Gráfico 7 - Média do percentual de atendimento ao quantitativo estabelecido na Portaria 1.631/2015, por procedimento, em 2017.

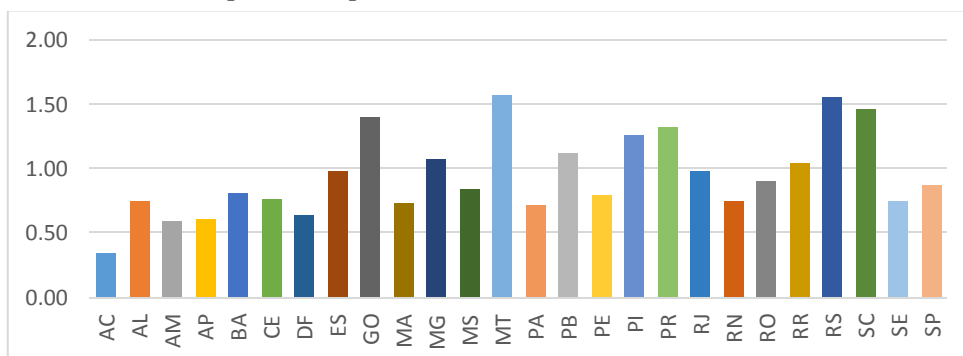


Fonte: dados do SIA/SUS no TabNet-Datasus (dados do quantitativo de procedimentos executados em 2017) e do IBGE (dados de estimativa populacional)

107. A partir de pesquisas realizadas no Sigtap, foi possível observar que, em geral, os exames de maior valor financeiro apresentaram melhor índice de execução (em relação aos parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS 1.631/2015) do que aqueles de menor valor. O fato pode indicar maior interesse em prestar os serviços quando estes são melhor remunerados.

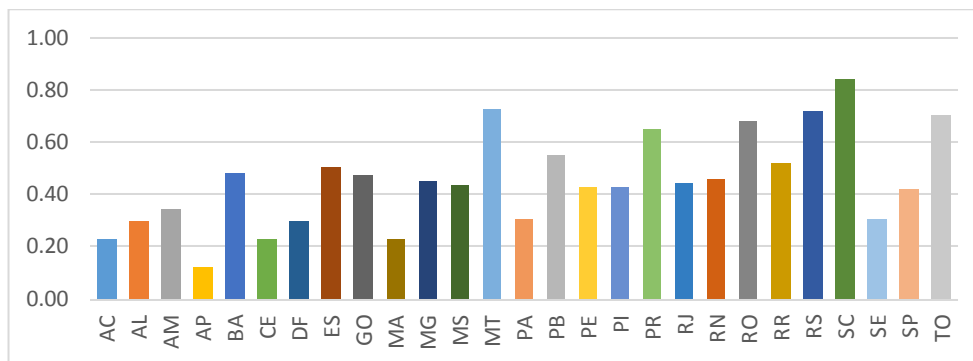
108. Outro fator que prejudica a oferta da rede de exames de diagnóstico é a falta de equidade na distribuição de equipamentos disponibilizados pelo SUS. Da análise dos dados extraídos do CNES para equipamentos de tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassom e Pet/CT, foi possível observar grande variação do número de equipamentos por 100 mil habitantes nos diversos estados brasileiros, conforme observado nos Gráficos 8, 11, 12 e 13.

Gráfico 8- Quantidade de Tomógrafos Computadorizados disponíveis ao SUS por UF e por 100 mil habitantes em 2018.



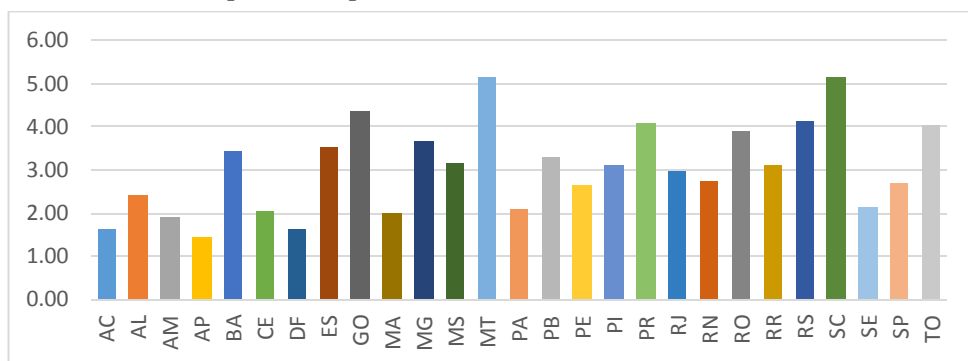
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do CNES referência ao mês de dezembro de 2018

Gráfico 9 - Quantidade de equipamentos de Ressonância Magnética disponíveis ao SUS por UF e por 100 mil habitantes em 2018.



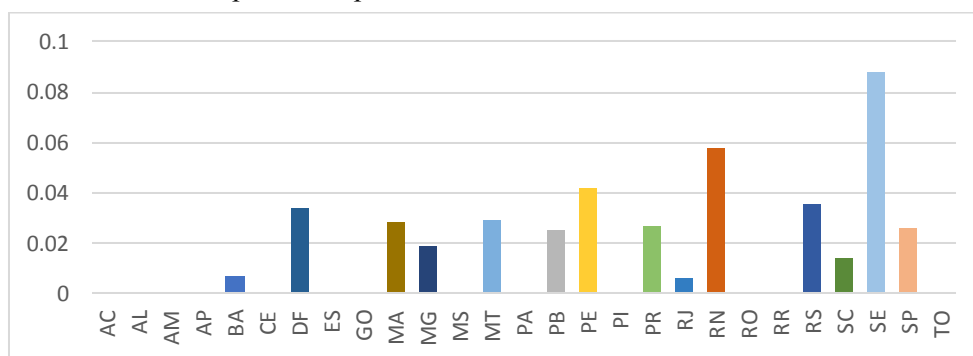
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do CNES referência ao mês de dezembro de 2018

Gráfico 10 - Quantidade de equipamentos de Ultrassom disponíveis ao SUS por UF e por 100 mil habitantes em 2018.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do CNES referência ao mês de dezembro de 2018

Gráfico 11 - Quantidade de equipamentos PET/CT disponíveis ao SUS por UF e por 100 mil habitantes em 2018.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do CNES referência ao mês de dezembro de 2018

109. Os estados do Norte e Nordeste, em geral, apresentam menor quantitativo de equipamentos por habitante. A análise sugere a necessidade de um plano de estruturação dos equipamentos com finalidade diagnóstica no Brasil, com base nas carências estruturais existentes na rede de saúde ao longo da distribuição geográfica do país.

110. Desse modo, é possível perceber que a execução dos exames para diagnóstico nos estados brasileiros não está sendo suficiente para atender a necessidade de saúde da população, conforme os parâmetros estabelecidos pela Portaria GM/MS 1.631/2015. A insuficiência dos exames reflete diretamente no tempo percorrido para identificar o câncer, tendo em vista que o paciente deve concorrer com outros indivíduos que também demandam dos mesmos procedimentos.

III.1.2. Quantidade dos exames realizada pelos Cacon/Unacon abaixo da quantidade prevista na Portaria SAS/MS140/2014, art. 32 e art. 15, em 2017

111. A Portaria SAS/MS 140/2014 em seu art. 3º, § 1º, define que, além dos serviços para tratamento, a prestação de atenção especializada em oncologia pelos estabelecimentos de saúde habilitados, inclui consultas e exames para diagnóstico definitivo de câncer.

112. Fortalecendo a exigibilidade de ofertar consultas e exames para o diagnóstico, o artigo 32 da Portaria SAS/MS 140/2014 estabelece que cabe a cada estabelecimento de saúde habilitado como Cacon ou Unacon observar aos seguintes parâmetros mínimos mensais de oferta de procedimentos diagnósticos:

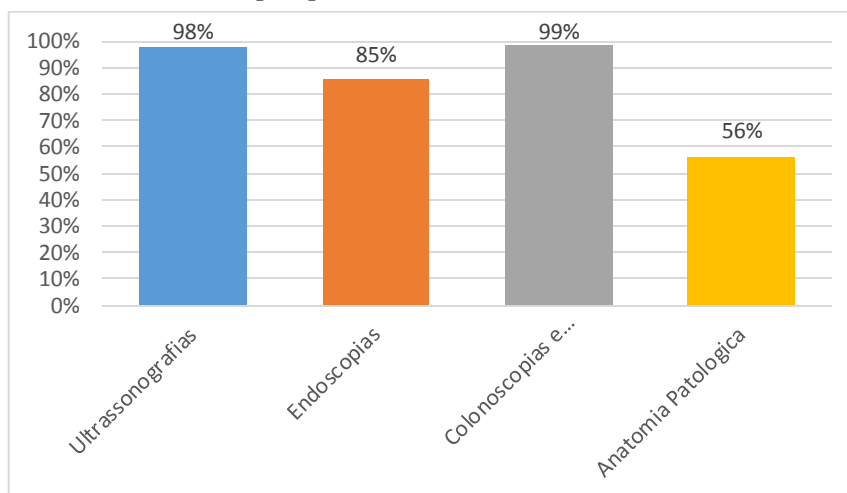
- a) 500 (quinhentas) consultas especializadas;
- b) 640 (seiscentos e quarenta) exames de ultrassonografia;
- c) 160 (cento e sessenta) endoscopias;
- d) 240 (duzentas e quarenta) colonoscopias e retossigmoidoscopias; e
- e) 200 (duzentos) exames de anatomia patológica.

113. Com o intuito de verificar o cumprimento a esses parâmetros mínimos, foram realizadas análises comparativas entre o quantitativo de procedimentos executados em cada estabelecimento e as metas estabelecidas na norma, conforme PT25 – Análise Portaria 140-2015 (peça 42).

114. Os resultados das análises demonstraram descumprimento abaixo dos parâmetros estabelecidos na norma por parte dos estabelecimentos. Do universo de 300 Cacon/Unacon avaliados, apenas 2 (0,67%) cumprem os parâmetros mínimos mensais para todos os quatro procedimentos analisados (ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia/retossigmoidoscopia e anatomia patológica).

115. Em relação ao cumprimento dos parâmetros para cada tipo de exame, apenas 4 (1,3%) dos Cacon/Unacon cumpriram integralmente a produção mínima estabelecida para os exames de colonoscopia/retossigmoidoscopia, e 6 (2%) cumpriram o parâmetro de produção para ultrassonografia. Em 44 (14,6%) estabelecimentos houve o cumprimento da produção estabelecida para o exame de endoscopia e em 131 (43,6%) houve cumprimento da produção estabelecida para os exames de anatomia patológica. Em outras palavras, o percentual de estabelecimentos habilitados como Cacon/Unacon que descumpriram os parâmetros estabelecidos na Portaria 140/2014 é bastante elevado, conforme pode ser observado no Gráfico 12.

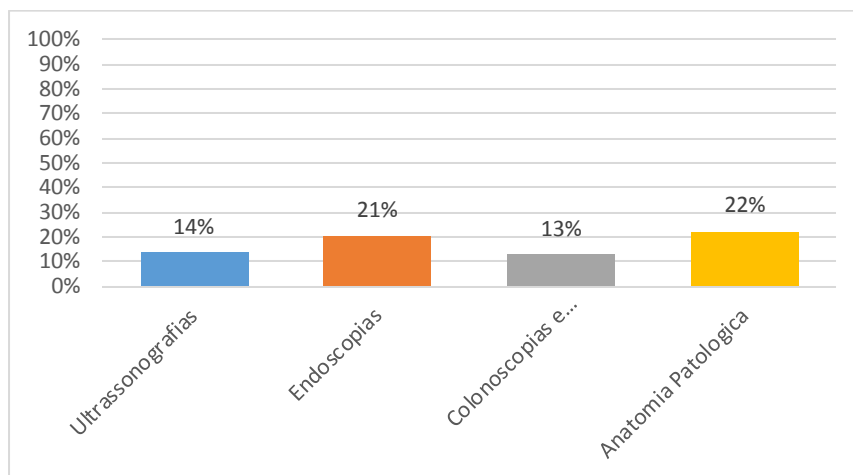
Gráfico 12- Percentual de Cacon/Unacon que não atendem aos parâmetros da Portaria 140/2014, por procedimento, em 2017.



Fonte: dados do Ministério da Saúde (Ofício 1186/2018/SAS/ASJUR/SAS/GAB/SAS/MS - peça 39 do Processo TC 018.261/2018-3) e do IBGE (dados de estimativa populacional)

116. Nos estabelecimentos em que não houve cumprimento integral dos parâmetros mínimos definidos para cada um dos quatro exames em análise, o grau de cumprimento também foi baixo para todos os exames em análise, conforme Gráfico 13.

Gráfico 13 - Grau de atendimento aos parâmetros mensais estabelecidos na Portaria 140/2014 dos Cacon/Unacon que não atingiram a meta, por procedimento, em 2017.



Fonte: dados do Ministério da Saúde (Ofício 1186/2018/SAS/ASJUR/SAS/GAB/SAS/MS - peça 39 do Processo TC 018.261/2018-3) e do IBGE (dados de estimativa populacional)

117. Um dos fatores associados ao baixo grau de cumprimento dos parâmetros da Portaria SAS/MS140/2014 se deve ao fato de que, apesar da norma determinar a realização de consultas e exames para diagnóstico de câncer pelos Cacon/Unacon, esses estabelecimentos, em geral, têm recebido apenas pacientes que já possuem o diagnóstico de alguma neoplasia maligna, de acordo com as entrevistas realizadas e prontuários de pacientes analisados. Ou seja, o paciente do SUS só ingressa nesses estabelecimentos se já possuir algum exame comprobatório do diagnóstico da doença. Essa situação, em certa medida, contraria as normas vigentes (artigos 3, 15 e 32 da Portaria MS 140/2014 e artigos 12, 13 e 21 da Portaria 483/2014) e dificulta o acesso a exames para o diagnóstico do câncer.

118. Cabe ressaltar que, quando o paciente ingressa no Cacon/Unacon, muitas vezes é necessário realizar nova biópsia para verificar o grau de estadiamento da doença e definir o tratamento mais adequado para o tipo de neoplasia. Na percepção dos gestores entrevistados das SES, SMS e MS, depois que os pacientes são registrados no hospital especializado, os procedimentos de exames, retorno ao médico especialista e início de tratamento, em geral, são mais céleres.

119. Além disso, a Portaria SAS/MS 140/2014 também define em seu art. 15, as ações e serviços de oferta obrigatória pelos estabelecimentos de saúde habilitados como Cacon ou Unacon, as quais incluem consultas e exames para o diagnóstico definitivo do câncer, com especificações para as modalidades diagnósticas: serviços de endoscopia, patologia clínica, diagnóstico por imagem, anatomia patológica e procedimentos de laparoscopia.

120. Apesar de constarem como exames obrigatórios, dos Cacon/Unacon que responderam à pesquisa eletrônica, 23% afirmaram não ter o exame biópsia de congelação no estabelecimento, 18% afirmaram não ter endoscopia urológica, 9% não ter mamografia e 9% laparoscopia (peça 34).

121. Há alguns fatores que podem explicar a insuficiência de exames em relação à quantidade necessária, como por exemplo, o valor da remuneração dos exames e a atualização desses exames. Dos gestores de Cacon/Unacon que participaram da pesquisa, a remuneração dos exames necessários ao diagnóstico do câncer pelo SUS foi avaliada como regular para 12% dos respondentes, ruim para 33% e péssimo para 52%. Em relação à atualização dos exames ofertados pelo SUS foi avaliada como regular para 48% dos respondentes, ruim para 23% e péssimo para 5% (peça 34).

122. Desse modo, considerando que os estados apresentam insuficiência na execução dos exames de diagnóstico para atender as demandas de saúde da população (item III.1.1.), percebe-se a necessidade de que os Cacons e Unacons cumpram suas obrigações normativas quanto a realização de consultas e exames para diagnóstico definitivo do câncer. A execução abaixo dos parâmetros estabelecidos na Portaria SAS/MS 140/2014 indica a diminuição da oferta desses procedimentos para pacientes com suspeita de câncer, que precisam dos serviços públicos de saúde para obter o diagnóstico oportuno da doença.

III.1.3. Planos estaduais de oncologia, em geral, não contemplam o planejamento da oferta de exames para diagnóstico do câncer com base na demanda local

123. A ausência de planejamento da oferta de procedimentos para diagnóstico de câncer com base na demanda é um dos fatores associados à baixa disponibilidade de exames para atender a necessidade de saúde local.

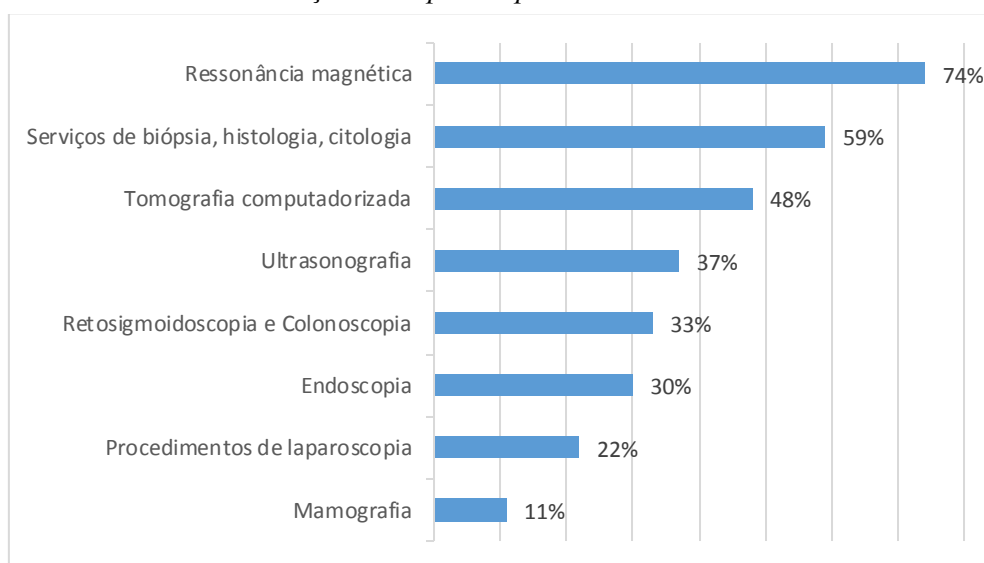
124. Segundo art. 30, inciso IV da Portaria SAS/MS 140/2014, os gestores, as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) devem estipular o plano de ação regional/estadual em oncologia, considerando o planejamento regional integrado realizado e pactuado.

125. Da análise documental realizada nos planos estaduais de oncologia, foi constatado que, para sua definição, não tem sido utilizado dados epidemiológicos para estabelecer medidas de prevenção, planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde para atender a demanda por consultas e exames necessários ao diagnóstico de câncer, conforme verificado, por exemplo, nos estados do AC, AP, MT, PA, RO, RS, RR e TO. Os estados do AM, GO e MA elaboraram planejamento da oferta de exames oncológicos apenas dos cânceres de colo de útero e de mama.

126. Confirmando os dados apresentados, de acordo com as pesquisas realizadas, 92% das associações de apoio à pacientes com câncer e 94% dos médicos patologistas respondentes, avaliaram a suficiência de exames para atender a demanda por diagnóstico de câncer como regular, ruim ou péssimo.

127. Os exames selecionados como de maior dificuldade de realização na percepção das associações de apoio foram: ressonância magnética (74%), serviços de biópsia, citologia e histologia (59%) e tomografia computadorizada (48%).

Gráfico 14 – Exames com maior dificuldade de realização na percepção das associações de apoio a pacientes com câncer



Fonte: Elaboração própria, a partir da percepção das associações de apoio a pacientes cm câncer (peça 35)

128. Outros fatores associados à insuficiência na execução de exames para o diagnóstico do câncer foram apresentados em resposta às pesquisas realizadas. 54% das SES e 36% das SMS respondentes assinalaram que a falta de equipamentos para a realização dos exames é uma das principais dificuldades em termos de diagnóstico de câncer. Além disso, dos médicos patologistas respondentes, em torno de 89% avaliaram como regular, ruim ou péssimo os seguintes itens: interesse dos prestadores de serviço em ofertar exames de biópsia; atualização e manutenção dos exames e equipamentos para análise de biópsias; e disponibilidade de insumos de laboratórios para análise de biópsias.

129. Desse modo, o planejamento da oferta de serviços, elaborado de forma pouco estruturada, prejudica a tomada de decisão pelos gestores baseada na necessidade de saúde local e tende a derivar em problemas de alocação e suficiência de serviços.

130. Diante das constatações até aqui apresentadas (parágrafos 101 a 129), referentes à disponibilidade de exames de diagnóstico, conclui-se que a rede de procedimentos de diagnóstico não está sendo suficiente para possibilitar que pacientes com suspeita de câncer possam realizar os exames necessários oportunamente, a fim de reduzir o grau de estadiamento ao iniciar o tratamento. A insuficiência de determinados exames reflete diretamente no tempo percorrido para identificar o câncer, tendo em vista que são essenciais para o diagnóstico definitivo da doença.

III.2. Deficiência na distribuição e na suficiência de médicos para diagnóstico pelo SUS

131. A carência de profissionais de saúde também se configura em um fator que tem impacto na intempestividade para a confirmação do diagnóstico de câncer pelo SUS.

132. Questionário eletrônico aplicado para Secretários Estaduais e Municipais de Saúde apontaram que 61,5% dos Secretários Estaduais de Saúde e 38,8% dos Secretários Municipais de Saúde consideram que a falta de médicos (patologistas, anestesiologistas e outros profissionais de saúde) é uma das principais dificuldades enfrentadas pelos entes federados em termos de oferta de exames de diagnóstico oncológico pelo SUS.

133. A Portaria GM/MS 1.631/2015, que define critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, definiu aproximações do quantitativo de profissionais necessários para atender às demandas de saúde da população de cada estado. No quadro 36, constante na 'Seção V – Atenção Especializada' do documento anexo à Portaria 1.631/2015, foram estabelecidos os parâmetros de necessidade para determinadas especialidades médicas. Com o objetivo de verificar o cumprimento dos parâmetros de necessidade de especialistas dispostos no quadro 36, foram realizadas análises comparativas entre o quantitativo de especialistas cadastrados por unidade federada por 100 mil habitantes e as metas estabelecidas na norma.

Tabela 6 - Metas de necessidades de algumas especialidades médicas estabelecidas na Portaria GM/MS 1631/2015

Especialidade	Razão médico/100 mil hab	Número de hab/especialista
Colonoproctologista	2	50.000
Pneumologista	3	33.333
Cirurgião de cabeça e pescoço	1	100.000
Ginecologista/Obstetra	25	4.000
Oncologista	3	33.333
Médico em medicina nuclear	0,5	200.000
Urologista	3	33.333
Gastroenterologista	2,5	40.000

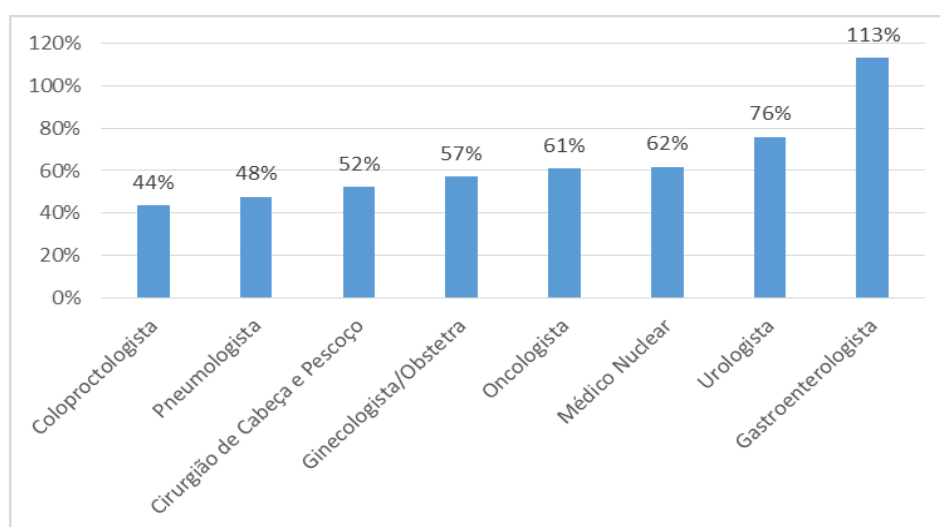
Fonte: Seção V- Atenção Especializada do Anexo da Portaria GM/MS 1631/2015

134. Com o resultado da análise, constatou-se baixo percentual de atendimento aos parâmetros de necessidade de especialistas por estado, previsto na Portaria 1631/2015. As especialidades médicas identificadas como de maior carência foram os coloproctologistas, pneumologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço e ginecologistas/obstetras, que apresentaram como média nacional,

em 2017, respectivamente, percentuais de 44%, 48%, 52% e 57% de profissionais cadastrados em relação aos parâmetros de necessidade. Os oncologistas, médicos em medicina nuclear e urologistas apresentaram um percentual de 61%, 62% e 76% em relação à necessidade. A única especialidade que atingiu a meta foram os médicos gastroenterologistas, que obtiveram 113% de profissionais em relação ao parâmetro de necessidade (Gráfico 15).

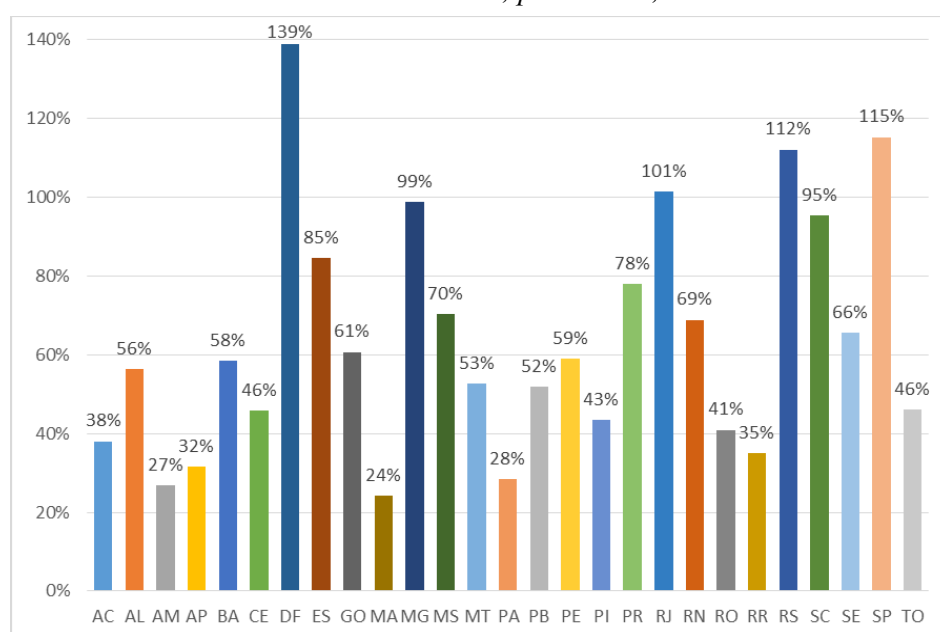
135. Ademais, foi verificada discrepância entre o percentual de profissionais cadastrados (ginecologista/obstetra, coloproctologista, gastroenterologista, pneumologista, urologista, cirurgião de cabeça e pescoço, médico nuclear, oncologista) em relação aos parâmetros de necessidade nos diversos estados. Enquanto o Distrito Federal, São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro apresentaram percentuais acima de 100%, estados como Maranhão, Amazonas e Pará obtiveram percentual abaixo de 30% em relação aos parâmetros de necessidade (Gráfico 16).

Gráfico 15 – Média nacional do percentual de atendimento ao quantitativo de especialistas estabelecido na Portaria 1.631/2015, por especialidade, em 2017



Fonte: Dados do CNES referente ao mês de dezembro de 2017 e do IBGE (dados de estimativa populacional)

Gráfico 16 – Percentual médio de atendimento ao quantitativo de especialistas* estabelecido na Portaria 1.631/2015, por estado, em 2017



* Especialistas: Ginecologista/obstetra, coloproctologista, gastroenterologista, pneumologista, urologista, cirurgião de cabeça e pescoço, médico nuclear, oncologista

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES referente ao mês de dezembro de 2017 e do IBGE (dados de estimativa populacional)

137. Dentre as principais carências de profissionais que realizam procedimentos e exames necessários ao diagnóstico de câncer pelo SUS, os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde indicaram a falta de médicos patologistas (respectivamente, 77% e 52%), médicos radiologistas (46% e 38%), médicos anestesiologistas (46% e 18%), técnicos de anatomia patológica (31% e 18%) e técnicos que operam equipamento de imagem (15% e 13%). Demais especialidades citadas pelos respondentes: ginecologistas, mastologistas, hematologistas, urologistas, proctologistas e enfermeiros. De acordo com os respondentes, a carência de profissionais elencados é motivada principalmente pelo déficit de profissionais especializados na região e dificuldade de credenciamento de profissionais para realização de determinados procedimentos, tendo em vista a tabela de valores pagos pelo SUS.

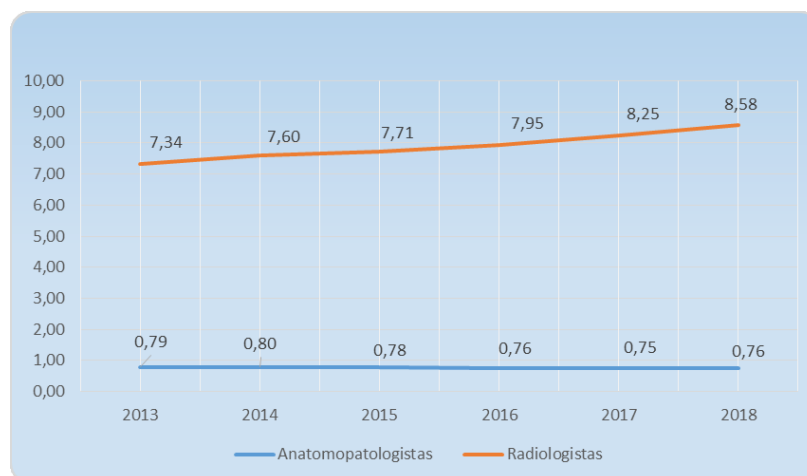
138. Em relação aos médicos anatomopatologistas, identificados pelos respondentes como os profissionais de maior carência, a Portaria GM/MS 1.631/2015 agregou seus indicadores de necessidade com o de diversas outras ocupações, de modo que restou inexecutável o cálculo do atendimento aos parâmetros de necessidade desta especialidade médica isoladamente. A especialidade médica radiologista, também apontada como carente na ocasião da pesquisa, não foi abordada na norma. Desse modo, foram utilizados critérios comparativos históricos (evolução no tempo) e de distribuição geográfica (entre estados brasileiros).

139. Atualmente, a anatomopatologia é uma especialidade médica relevante para o diagnóstico definitivo do câncer. Este profissional é o responsável por realizar a confirmação do diagnóstico por meio do exame histopatológico do tecido das áreas do corpo em que forem notadas alterações (INCA, 2018, p. 56). Segundo o Manual de Bases Técnicas dos Sistema de Informações Ambulatoriais, como regra geral, a designação dos tumores baseia-se na sua histogênese e histopatologia. Para autorização de procedimentos de radioterapia ou quimioterapia, é necessária a apresentação de cópia do laudo cito ou histopatológico.

140. Estima-se que o quantitativo de médicos anatomopatologistas é de 0,76 médicos por 100 mil habitantes, em 2017, conforme dados extraídos do CNES. Importante destacar que a relação do quantitativo desses especialistas apresentou pouca variação desde 2013 até o ano de 2018, passando de 0,79 para 0,76 anatomopatologistas por 100 mil habitantes (Gráfico 17). Em relação aos médicos radiologistas, estima-se que existam, média nacional, 8,58 médicos nessa especialidade para cada 100 mil habitantes. No período de análise, houve um incremento dessa média, passando de 7,34 médicos radiologistas em 2013, para 8,58, em 2018.

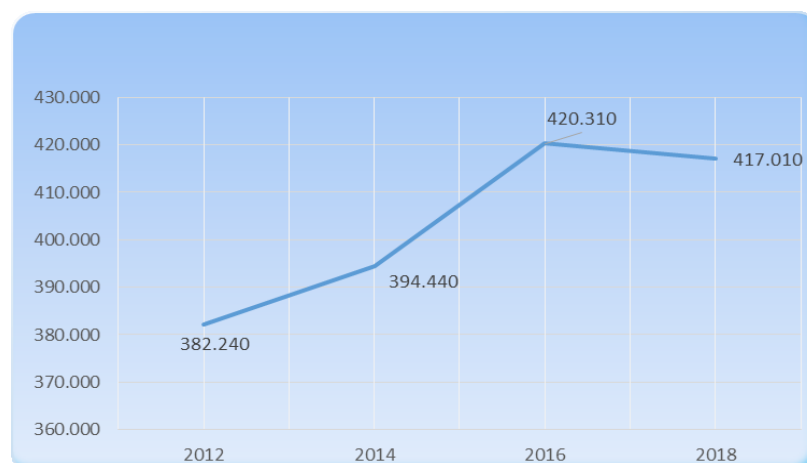
141. A manutenção no quantitativo de médicos anatomopatologistas por habitante é preocupante, na medida em que houve um aumento da incidência de casos de câncer no período de 2012 a 2018, segundo dados estimativos apresentados pelo Inca. Em 2012, estimou-se 382.240 novos casos de câncer no Brasil, ao passo que em 2018, o quantitativo estimado foi de 417.010 novos casos (excetuando-se o câncer de pele não melanoma), correspondente a um aumento percentual de 9% no período (Gráfico 18).

Gráfico 17 – Média da evolução do número de anatomopatologistas e médicos radiologistas por 100 mil habitantes de 2013 a 2018



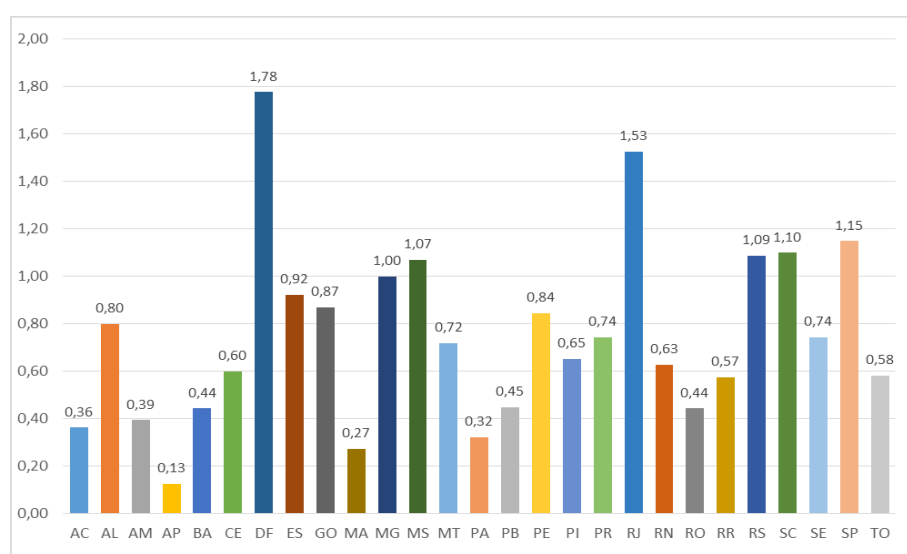
Fonte: CNES e IBGE

Gráfico 18 – Estimativa da incidência de câncer no Brasil, de 2012 a 2018



Fonte: Estimativas de câncer no Brasil, INCA

Gráfico 19 – Número de médicos anatomopatologistas por 100 mil habitantes, por estado, em dezembro de 2017



Fonte: CNES e IBGE

142. Além disso, constatou-se a falta de equidade na disponibilidade de médicos anatomopatologistas e radiologistas nas diversas UFs em 2017, conforme dados extraídos do CNES e do IBGE (Gráfico 19). Os estados da região norte, à exceção de Tocantins, apresentam número de médicos anatomopatologistas por 100 mil habitantes abaixo da média nacional: Acre (0,35), Amazonas (0,39), Amapá (0,13), Pará (0,33), Rondônia (0,46), Roraima (0,52). Na região nordeste, à exceção de Pernambuco, Alagoas e Sergipe, os demais estados apresentam índice inferior à média nacional. As unidades federadas que apresentam melhor índice de anatomopatologistas por 100 mil habitantes foram Distrito Federal (1,88), Rio de Janeiro (1,39) e São Paulo (1,15). Situação semelhante é verificada em relação à disponibilidade de médicos radiologistas nas diversas unidades federadas, conforme apresentada no Gráfico 20.

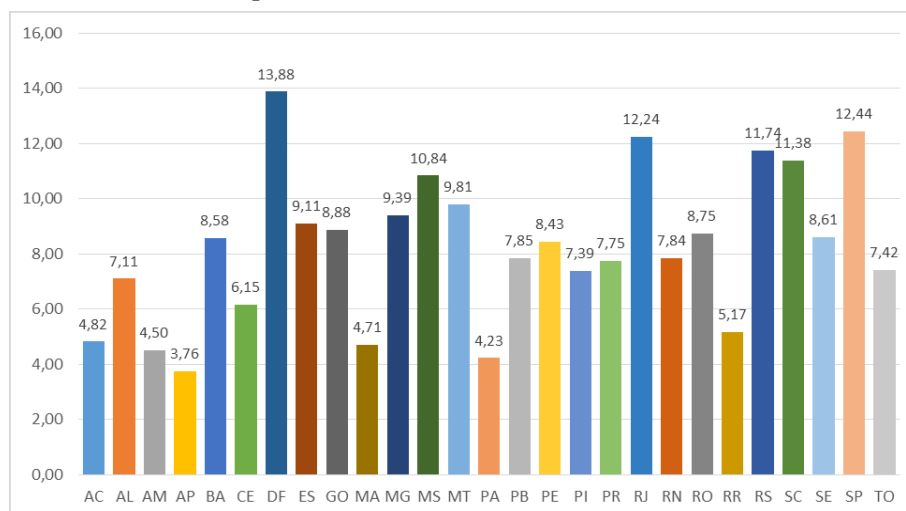
143. De acordo com questionário aplicado aos médicos patologistas, na percepção desses respondentes, os principais motivos da falta de médicos para análise de biópsias são a remuneração pouco atrativa (94%), falta de valorização da carreira de médicos patologistas (84%), baixo investimento no parque tecnológico dos laboratórios de anatomopatologia (57%) e as más condições de trabalho (51%).

144. *Dos médicos patologistas respondentes, 75% afirmaram que atendem pelo SUS.*

145. Os respondentes que possuem clínica ou laboratório especializado informaram os motivos pelos quais não atendem pelo SUS:

- valor pago pelo SUS não cobre custo operacional dos exames;
- tabela de remuneração impossibilita realizar procedimentos e exames de qualidade;
- irregularidade nos pagamentos dos serviços prestados;
- indisponibilidade de credenciamento.

Gráfico 20 – Número de médicos em radiologia e diagnóstico de imagem por 100 mil habitantes, por estado, em dezembro de 2017



Fonte: CNES e IBGE

146. Além disso, na opinião dos médicos patologistas, a disciplina de anatomia patológica nos cursos de medicina não está sendo abordada com a devida importância e tem perdido muito a sua carga horária no currículo para graduação em medicina. Além disso, os serviços de residência não proporcionam adequada formação profissional, sendo comum a desistência durante a residência. Os entrevistados citaram também a baixa remuneração dos médicos patologistas em razão da vinculação do ganho com a produção.

147. Diante das constatações, é possível observar que o quantitativo de algumas especialidades médicas necessárias ao diagnóstico dos cânceres mais prevalentes no país não está sendo suficiente para atender as demandas de saúde da população, especialmente em alguns estados, seja por meio do sistema público de saúde ou não. A insuficiência de médicos de determinadas especialidades reflete

diretamente no tempo percorrido para identificar o câncer, tendo em vista que as consultas com os profissionais são determinantes para o diagnóstico da doença.

III.3. Deficiências na Regulação do SUS

148. As análises desenvolvidas durante a auditoria evidenciaram que a garantia do acesso aos exames e consultas não está sendo exercida pela Regulação do Acesso à Assistência de maneira a facilitar a chegada dos pacientes aos procedimentos necessários ao diagnóstico do câncer, fator que tem impacto negativo para o diagnóstico oportuno da doença.

149. Segundo a Política Nacional de Regulação do SUS, estabelecida no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (art. 2º, inciso III).

150. Segundo o art. 5º da Portaria, a Regulação do Acesso à Assistência é responsável pelo controle das agendas de consultas e procedimentos especializados, bem como pela padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais. Dentre as atribuições previstas para a regulação do acesso, destaca-se: garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da equidade e da integralidade; elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde, dentre outras, conforme § 1º, do art. 8º do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017.

*151. Para o devido funcionamento da regulação no SUS, é substancial a utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso. No entanto, com base nas análises desenvolvidas, foram detectadas consideráveis dificuldades enfrentadas com o Sistema Nacional de Regulação (Sisreg), **software** disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento do Complexo Regulatório das SES e SMS.*

152. Entretanto, doze dos quinze estados que tiveram análises presenciais realizadas pelas equipes de auditoria, como AL, AM, AP, BA, CE, DF, MG, MS, PR, RO, SC, TO, expuseram os seguintes obstáculos relacionados a utilização do Sisreg:

- a) Incompatibilidade e falta de integração com demais sistemas informatizados;*
- b) Intercorrências, tanto em termos de performance como de desenvolvimento, prejudicando a usabilidade, lentidão, instabilidade e períodos de indisponibilidade do sistema, podendo chegar a 90 dias fora do ar;*
- c) Dificuldades relacionadas à utilização do sistema e no tratamento de falhas e intercorrências, em razão da falta de equipe no Ministério da Saúde para prestar suporte técnico e operacional;*
- d) Sistema desatualizado em questões de infraestrutura, arquitetura de banco de dados e funcionalidades;*
- e) Insuficiência na oferta de capacitação e treinamento para atender à demanda do Sisreg, resultando, por exemplo, na utilização incorreta do sistema por alguns estados e municípios, subutilização de importantes funcionalidades do sistema para a gestão local, tal como a organização das filas de espera para marcação de consultas e exames de diagnóstico;*
- f) Limitação para extração de relatórios gerenciais, uma vez que o sistema oferece apenas dados brutos, como número de pacientes, consultas marcadas, entre outros. Não existe opção de gerar relatórios de produção dos médicos reguladores, classificação de risco, de absenteísmo, por exemplo.*

153. *Alguns dos estados e municípios respondentes não utilizam o sistema Sisreg como sistema de gerenciamento da regulação do acesso em decorrência dos problemas citados.*

154. *Além dos problemas com o Sisreg, foram encontrados diversos outros problemas de gestão relacionados a Regulação do SUS.*

155. *Em alguns estados, como TO e RO, foram observadas dificuldades de implementação dos protocolos de regulação e fluxos assistenciais necessários ao correto direcionamento do paciente ao serviço que necessita, o que permitiria reduzir o tempo de espera em todas as etapas do seu percurso. Em algumas localidades, foi informado que os protocolos e fluxos para exames necessários ao diagnóstico de câncer ainda não foram sequer definidos (PB e PR).*

156. *Também foi detectada a inexistência de critérios normativos para a priorização do acesso a consultas com especialistas e exames de diagnóstico para pacientes com suspeita de câncer em alguns estados, tais como AL, AP, MS, PR, RO e TO. Tendo em vista a celeridade do avanço das neoplasias malignas, bem como a relevância e alta mortalidade da doença, é razoável a estipulação de prioridade de acesso à procedimentos de diagnóstico aos indivíduos que possuem suspeita de câncer. Essa boa prática foi observada nos estados do DF, AM, BA, CE, MG, SC e SP.*

157. *Além disso, algumas localidades relataram que exames importantes ao diagnóstico de câncer ainda não estão sendo regulados por meio da Regulação do Acesso à Assistência (DF e AP). Tal fato dificulta a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde, tendo em vista que a regulação do acesso tem função de controlar o fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as unidades prestadoras de serviços e redimensionar a oferta, de acordo com as necessidades da população.*

158. *Outro problema encontrado está relacionado ao fato de que as centrais de regulação não estão preenchendo a totalidade de vagas disponibilizadas, gerando capacidade ociosa para o estabelecimento de saúde. Dos Cacon/Unacon que participaram da pesquisa, 30% responderam que não é preenchida pela Central de Regulação a totalidade de vagas para exames disponibilizados pelo hospital. Tendo em vista a existência de filas de espera para consultas e exames, evidenciadas em item anterior, entende-se que existe demanda excedente por esses serviços, isto é, existem vagas ofertadas pelo hospital que não estão sendo preenchidas por desorganização/problemas na regulação do SUS.*

159. *Quanto a organização e controle do acesso aos serviços assistenciais no SUS, foi observado que alguns estados não realizam qualquer gerenciamento do tempo de filas de espera para a realização de consultas e exames para diagnóstico, que possibilite a promoção de ajustes entre ofertas e demandas locais, entre outros benefícios (AL, AP, MG, PI, PR, TO).*

160. *Ademais, foi verificado em algumas localidades, tais como AP e PI, problema relevante em que a Regulação de Acesso não gera filas de espera maior que um mês por não trabalhar com excedentes. Ou seja, mensalmente é ofertado um número exato de consultas e exames, as vagas são preenchidas e os pacientes que não conseguiram vaga devem retornar no mês seguinte para agendamento. Além de dificultar o acesso ao paciente aos serviços que necessita, contrariando os princípios e objetivos da regulação do SUS, acaba por mascarar um tempo de espera local, que aparentemente será menor que um mês, impossibilitando controles importantes, tal como o uso das informações para gerenciar as necessidades da rede de saúde. Ademais, em razão dessa prática, a leitura dos dados do Sisreg referentes ao tempo para consultar com médicos especialistas no estado do AP, por exemplo, resultou em médias de espera em torno de 13 dias, gerando o subdimensionamento do tempo de espera, inclusive o tempo de espera nacional, para o acesso a essas consultas.*

161. *Corroborando as informações levantadas presencialmente, as pesquisas eletrônicas realizadas apontam as dificuldades encontradas no âmbito da Regulação do SUS no acesso dos pacientes aos procedimentos que confirmam o câncer.*

162. Dos gestores de Cacon/Unacon que participaram da pesquisa, 57% avaliaram o papel desempenhado pelas centrais de regulação para promover o acesso aos serviços relacionados ao diagnóstico de câncer como regular, 20% avaliaram como ruim e 7% avaliaram como péssimo. Das Associações de Apoio a Pacientes com Câncer participantes, 31% avaliaram o papel desempenhado pelas centrais de regulação como regular, 38% avaliaram como ruim e 19% avaliaram como péssimo.

163. Na mesma linha, 46% das SES respondentes e 34% das SMS afirmaram que a deficiência das centrais de regulação é uma das principais dificuldades em termos de diagnóstico do câncer.

164. De acordo com GADELHA, (2018), intensa discussão tem-se dado, no âmbito tripartite da gestão do SUS e também do Conselho Consultivo do Inca (Consinca) sobre o modelo a ser adotado pelo Brasil para a melhoria do diagnóstico e do tratamento do câncer, tendo-se como referência a integridade assistencial e a integração de serviços especializados para garantir melhores resultados terapêuticos.

165. Desse modo, as constatações identificadas evidenciaram que a Regulação do Acesso à Assistência possui deficiências quanto a organização, gerenciamento e priorização do acesso por meio de fluxos assistenciais no âmbito do SUS, debilitando a garantia ao acesso dos pacientes aos exames e consultas necessários ao diagnóstico do câncer de forma adequada, baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

III.4. Baixa atratividade dos prestadores de serviço que ofertam exames de diagnóstico e dificuldades de estruturação da rede assistencial devido a desatualização da tabela de remuneração do SUS

166. No decorrer das visitas e entrevistas *in loco*, bem como em respostas às pesquisas eletrônicas realizadas, foi constatada que a remuneração dos exames de diagnóstico necessários à investigação do câncer não está sendo suficiente para gerar interesse por diversos prestadores de serviço. O fato ocasiona a redução na oferta de exames e consequentemente maior tempo decorrido pelo paciente para a realização de procedimentos necessários ao diagnóstico do câncer.

167. Com vistas a verificar a procedência das manifestações, foram realizadas consultas sobre as informações registradas no Sigtap, sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e matérias especiais do SUS, para dezesseis procedimentos que geralmente são necessários ao diagnóstico de câncer, conforme PT23 – Análise Tabela SUS (peça 40).

168. Na análise das informações constantes no sistema, foi verificado que, em relação a periodicidade de atualizações, a última alteração dos valores financeiros registrados para os procedimentos ocorreu em 2008 (para nove exames) e em 2009 para um dos exames incluídos na análise. Seis dos exames não tiveram alteração de valor desde o registro de sua inclusão no sistema.

169. Cabe destacar que o valor monetário exerce a função de medir preços relativos a um bem ou serviço. Porém, a equivalência entre o poder de compra e unidades de moeda sofre alterações no decorrer do tempo de modo que a comparação monetária entre épocas distintas deveria resultar em valores distintos, considerando a inflação ou deflação do período. Segundo cálculo realizado no sítio eletrônico do Banco Central do Brasil, o Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M), o qual registra a inflação de preços, resultou em variação de 88,81% do índice entre janeiro de 2008 a janeiro de 2019.

170. Considerando que as últimas alterações de valores financeiros dos exames avaliados não foram atualizadas desde 2008 e que a inflação do período resultou em quase o dobro nos preços dos bens e serviços do país, é possível concluir que os valores registrados na tabela de remuneração de procedimentos do SUS estão desatualizados.

Tabela 7- Alterações dos valores monetários de exames de diagnóstico

Procedimento	Valor Tabela SUS	Última alteração de preço
Biópsia de próstata	R\$ 92,38	set/09

<i>Retossigmoidoscopia</i>	<i>R\$ 23,13</i>	<i>dez/08</i>
<i>Broncoscopia</i>	<i>R\$ 36,02</i>	<i>dez/08</i>
<i>Videolaringoscopia</i>	<i>R\$ 45,50</i>	<i>dez/08</i>
<i>Esofagogastroendoscopia</i>	<i>R\$ 48,16</i>	<i>dez/08</i>
<i>Colonoscopia</i>	<i>R\$ 112,66</i>	<i>dez/08</i>
<i>Ultrassonografia de próstata (via transretal)</i>	<i>R\$ 24,20</i>	<i>dez/08</i>
<i>Tomografia de crânio</i>	<i>R\$ 97,44</i>	<i>jan/08*</i>
<i>Biópsia de punção de tumor de pele</i>	<i>R\$ 14,10</i>	<i>dez/08</i>
<i>Tomografia de tórax convencional</i>	<i>R\$ 136,41</i>	<i>jan/08*</i>
<i>Ressonância magnética crânio</i>	<i>R\$ 268,75</i>	<i>jan/08*</i>
<i>Biópsia de pele e partes moles</i>	<i>R\$ 25,83</i>	<i>dez/08</i>
<i>Ressonância magnética de tórax</i>	<i>R\$ 268,75</i>	<i>jan/08*</i>
<i>Ressonância magnética de sela turcica</i>	<i>R\$ 268,75</i>	<i>jan/08*</i>
<i>Tomografia de sela túrcica</i>	<i>R\$ 97,44</i>	<i>jan/08*</i>
<i>US de próstata abdominal</i>	<i>R\$ 24,20</i>	<i>dez/08</i>

* Sem alterações desde o registro no sistema.

Fonte: Sigtap

171. Para se ter ideia dos preços registrados na tabela de procedimentos do SUS com base em preços de mercado, foi realizada comparação dos valores da tabela com aqueles registrados em rol de procedimentos médicos da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed) registrados na Tabela de Cobrança de Coparticipação de 2017.

172. Da análise comparativa entres os preços, observa-se grande discrepância entre os valores de referência para o SUS com os valores de referência na Unimed, conforme Tabela 8. Nos procedimentos da Unimed, o exame de endoscopia digestiva alta, por exemplo, totalizava em R\$167,39 por procedimento, valor maior que o triplo do registrado para pagamento do mesmo exame no SUS.

Tabela 8 - Comparativo dos preços registrados na tabela de procedimentos do SUS e tabela de procedimento da Unimed em 2017

Procedimento	Valor Tabela SUS (R\$)	Valor Tabela Unimed (R\$)
<i>Broncoscopia</i>	<i>36,02</i>	<i>188,10</i>
<i>Endoscopia digestiva alta</i>	<i>48,16</i>	<i>167,39</i>
<i>Colonoscopia</i>	<i>112,66</i>	<i>238,73</i>
<i>Ultrassonografia de próstata (via transretal)</i>	<i>24,20</i>	<i>125,69</i>
<i>Tomografia de crânio</i>	<i>97,44</i>	<i>186,53</i>
<i>Tomografia de tórax convencional</i>	<i>136,41</i>	<i>207,72</i>
<i>Ressonância magnética crânio</i>	<i>268,75</i>	<i>377,50</i>
<i>Biópsia de pele e partes moles</i>	<i>25,83</i>	<i>76,40</i>
<i>Ressonância magnética de tórax</i>	<i>268,75</i>	<i>400,37</i>
<i>Ressonância magnética de sela turcica</i>	<i>268,75</i>	<i>377,50</i>
<i>Tomografia de sela túrcica</i>	<i>97,44</i>	<i>186,53</i>
<i>US de próstata abdominal</i>	<i>24,20</i>	<i>52,59</i>
* Sem alterações desde o registro no sistema.		
Fonte: Sigtap		

173. De acordo com os gestores do MS, a tabela de procedimentos representa apenas valores de referência para o repasse financeiro da União aos estados e municípios, de modo que caberia aos

entes federativos complementarem os valores da tabela no pagamento de procedimentos aos prestadores de serviços. No entanto, na prática observada e conforme pesquisa realizada, parte dos entes federativos remuneraram os procedimentos realizados no âmbito do SUS com base na tabela federal, sem qualquer complementação de valores. Dos respondentes da pesquisa, apenas 53,8% das SES e 48,9% das SMS afirmaram que complementam a remuneração de alguns dos procedimentos para exames necessários ao diagnóstico de câncer ao valor estabelecido na Tabela SUS.

174. Apesar de ter sido questionado quais os valores adicionais pagos por procedimentos, tendo por base os valores estipulados na tabela de procedimentos do SUS, as secretarias de saúde não apresentaram tal detalhamento. Ademais, não existe transparência, no âmbito de estados e municípios, quanto ao gerenciamento da tabela de remuneração de procedimentos, conforme existente no contexto federal mediante registros no Sigtap.

175. Assim, a desatualização da tabela de remuneração do SUS e ausência de garantia de complementação dos valores por parte dos estados e municípios pode decorrer em baixa atratividade e dificuldades de estruturação da rede de prestadores de serviço para diagnóstico, especialmente quando envolve a compra de serviços de prestadores privados com fins lucrativos (mesmo quando terceirizados), afetando o tempo percorrido pelo paciente para identificar o câncer pela menor oferta de serviços.

III.5. Impossibilidade de calcular e acompanhar o tempo para realização do diagnóstico do câncer em razão da ausência e inconsistência de dados dos sistemas de informação

176. De acordo com a OCDE, os países devem implantar sistemas que maximizem as chances de o câncer ser diagnosticado precocemente. Para tanto, devem desenvolver uma compreensão clara do padrão de tempos de espera excessivos ou injustos para o tratamento do câncer em sua população e responder com políticas adequadas ao contexto local (OCDE, 2013, p.5).

177. Monitorar o progresso é elemento vital para a melhoria contínua da qualidade em todo o caminho percorrido pelo paciente com câncer. Portanto, avaliar a variação injustificada nos processos e resultados dos cuidados (entre regiões, provedores ou grupos de pacientes) deve ser uma prioridade (OCDE, 2013, p.5).

178. Conforme já comentado neste relatório, alguns países têm a preocupação de acompanhar o tempo para realização do diagnóstico do câncer, com definição de metas e prazos a serem cumpridos, a exemplo do governo britânico (vide parágrafo 67 do item).

179. Nesse contexto, a equipe de auditoria verificou que vários dos sistemas gerenciados pelo MS não apresentam campos importantes para o cálculo das datas de pedido e realização de exames de diagnóstico necessários para a confirmação do câncer. Não há sistemas de informação que viabilizem o cálculo do tempo de realização de exames para diagnósticos do câncer, exceto o Sistema de Informação do Câncer (Siscan) para os cânceres de mama e de colo uterino e o Sisreg.

180. Entretanto, o Siscan apresentou inconsistência de dados por falta de crítica na entrada de informações. Tome-se como exemplo o resultado da análise realizada pela equipe de auditoria dos intervalos de tempo decorrido para realização de exames de mama e colo do útero a partir do **dump** dos dados do sistema Siscan, fornecida pelo MS. Foram analisados 43.085.214 registros, sendo que foram considerados consistentes apenas 22.830.335 registros, correspondente a 53% do total. As inconsistências de data detectadas referem-se a intervalos de data negativos, ou seja, data de realização do exame anterior à data de solicitação, ou data de liberação do exame anterior à data de realização, bem como um intervalo de data não preenchido. Por intermédio do Ofício 962/2018/INCA/GAB-INCA/SAS/MS (peça 69 do Processo TC 018.261/2018-3), o Inca apresentou justificativas para as inconsistências encontradas. Contudo, as informações fornecidas, no tocante ao Siscan, não permitiram espelhar a situação identificada no **dump** do sistema analisado pelo Tribunal com os critérios trazidos pelo Inca, razão pela qual não foram acolhidas as justificativas apresentadas.

181. Além disso, os sistemas de regulação implantados nos estados e municípios, de acordo com a percepção dos entrevistados, encontram-se mal organizados e não integrados, com baixa performance e baixa qualidade dos dados inseridos. De acordo com a opinião de gestores de regulação entrevistados, 50% dos respondentes estaduais e 45% dos respondentes municipais (somente capitais) informaram que o sistema informatizado não se encontra integrado com os sistemas implantados nas demais esferas de regulação de acesso (estadual, regional, municipal). Para exemplificar, os respondentes apresentaram as seguintes justificativas:

Os sistemas não foram projetados para trabalhar de forma integrada.

É muito precária a regulação na esfera estadual, sendo praticamente inexistente na área de oncologia.

O sistema Sisreg é de uso municipal. Para urgências e emergências, o estado utiliza o sistema SusFácil.

É compatível quanto à tecnologia e as informações utilizadas, mas não é integrado.

Nem todos os municípios têm a saúde informatizada e vários sistemas municipais não conversam com o sistema estadual.

Os sistemas do Datasus do MS são sistemas que não possuem interconexão com os demais sistemas. Ex: se for necessário buscar uma informação do Sisreg através do CORE, isso não é alcançável.

182. Importante destacar, também, que os gestores estaduais e municipais devem zelar pelo correto registro de dados nos sistemas de informação do SUS, haja vista que são ferramentas que possibilitam realizar o planejamento, o monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações implementadas.

183. Além disso, não foi identificada definição de indicadores e metas relacionadas à tempestividade do diagnóstico do câncer, que permitisse a avaliação contínua da qualidade do itinerário percorrido pelo paciente para a identificação da doença, bem como da efetividade das políticas aplicadas para esta finalidade.

184. Assim, percebe-se que, devido à ausência e inconsistência de dados dos sistemas de informações do SUS, fica prejudicada a possibilidade de os gestores conhecerem e acompanharem os tempos de espera do caminho percorrido pelo paciente com suspeita de câncer para realização do diagnóstico definitivo da doença, de forma a estabelecer metas e prazos e a responder com medidas adequadas às circunstâncias encontradas.

III.6. Considerações sobre o achado

185. Por fim, há que se considerar que o grau de estadiamento elevado no momento da confirmação e início de tratamento do câncer gera efeitos deletérios tanto aos pacientes quanto ao sistema de saúde do país.

186. Os elevados tempos de espera para a realização dos diagnósticos podem produzir consequências graves para os pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevida. Além disso, um diagnóstico realizado tardiamente pode trazer prejuízos à qualidade de vida dos pacientes durante os tratamentos. Deve-se destacar ainda que, em razão da demora para se conseguir realizar o diagnóstico da doença, muitos pacientes de baixa renda entrevistados acabam realizando exames necessários para diagnosticar o câncer na rede privada de saúde e arcam financeiramente com esses exames.

187. É importante considerar, ainda, as consequências para o país, como o aumento de gastos devido a necessidade de tratamentos mais caros, complexos e prolongados para pacientes que poderiam ter sido diagnosticados com estadiamento nas fases iniciais da doença, além dos custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento desses pacientes do trabalho. Por fim, destaca-se, ainda, o aumento da taxa de mortalidade do câncer no Brasil. No país, em 1990 o percentual de todas as mortes atribuíveis ao câncer foi de 12%. Em 2015, essa taxa subiu para 17% (*The Economist Intelligence Unit, Limited*, 2017). Importa esclarecer que o aumento no número de

mortes pode também estar associado ao aumento da incidência do câncer, decorrente do incremento da expectativa de vida, urbanização, etc., bem como ao aumento do número de casos identificados e notificados aos sistemas de saúde.

188. Em razão do exposto, diversas medidas fazem-se necessárias visando a tornar mais ágil o acesso ao diagnóstico tempestivo do câncer no Brasil.

189. Tendo em vista a fragilidade na disponibilidade de exames (item III.1. - parágrafos 99 - 130) nos diversos estados, a inequidade de equipamentos para realização de exames importantes para o diagnóstico do câncer no país, bem como as sugestões oferecidas na Oficina de Trabalho utilizando a abordagem **Design Thinking** (peça 45), cabe propor ao Ministério da Saúde que **desenvolva programa para estruturação da rede de atenção à saúde em relação aos principais exames para diagnóstico de câncer**, com base no mapeamento de necessidades que considere critérios técnicos e epidemiológicos, no intuito de orientar ou incentivar as secretarias municipais e estaduais de saúde, conforme determina o art.16, inciso XIII da Lei 8.080/1999 (prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional), bem como para subsidiar a **análise da viabilidade da criação de centros regionais de diagnóstico**, instalados com recursos próprios ou mediante contratação de serviços suplementares.

190. No que tange à remuneração pelos serviços (parágrafos 165 a 174) relacionados a exames de diagnóstico realizados pela rede especializada de Cacon/Unacon, destaca-se a conveniência de serem realizados **estudos sobre o modelo remuneratório para os exames necessários ao diagnóstico de câncer**, por meio, por exemplo, da remuneração por pacotes de procedimentos relacionados e não por procedimento isolado. Esse tema foi amplamente mencionado durante a oficina de **Design Thinking**. Segundo os participantes, a remuneração deveria ser realizada pelos componentes da linha de cuidado e não por procedimento (peça 45 – Oficina de Trabalho utilizando a abordagem **Design Thinking**).

191. Nessa linha, no âmbito do Projeto Oncorede, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), também foi discutida proposição de modelos diferenciados de remuneração, que dessem suporte a uma nova lógica de cuidado. O projeto destaca que:

Algumas características, que são ressaltadas quando da construção de um modelo de cuidado, podem servir de parâmetro para que se possa refletir sobre a adequação desta ou daquela forma de remuneração da atenção ao paciente oncológico. A primeira delas é a reorganização dos arranjos assistenciais para prestação do cuidado. A complexidade deste modelo mais integrativo e contínuo do cuidado em saúde requer profundas mudanças nas formas de pagamento dos prestadores de saúde para que possam de fato acontecer atreladas a transformações na lógica do modelo assistencial (ANS, 2016).

192. Também, é oportuno propor que o Ministério **avalie a questão do desalinhamento entre os valores pagos pelo SUS e os custos efetivos para realização dos exames** necessários ao diagnóstico do câncer, por meio da correção do valor dos procedimentos e/ou complementação do valor pelos estados e municípios.

193. Em relação à deficiência na regulação de acesso (parágrafos 147-164), cabe destacar o conceito de linha do cuidado, criado para expressar fluxos assistenciais seguros e garantidos aos pacientes para atender suas demandas. Representa não apenas a organização dos recursos disponíveis, mas especialmente o desenho do itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde. A linha de cuidado requer uma rede de atenção integrada e regionalizada e incorpora a ideia da integralidade na assistência, unificando ações preventivas, curativas e de reabilitação.

194. Dentro do conceito da integralidade, a linha de cuidado engloba o desenho dos fluxos assistenciais e dos processos de referência e contrareferência delineados em protocolos de regulação, bem como o correto uso dos instrumentos e protocolos clínicos utilizados para apoio ao trabalho cotidiano dos profissionais de saúde.

195. Cabe citar a diferença entre protocolos clínicos e protocolos de regulação. Os primeiros são documentos baseados em evidência científica que estabelecem critérios para o diagnóstico de uma doença, o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, as posologias recomendadas, os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos. Os protocolos de regulação do acesso, por sua vez, estão relacionados ao desenho do itinerário que o paciente faz por dentro de uma rede de saúde, são um conjunto de diretrizes para a organização do processo de regulação, orientando os fluxos de encaminhamento, a classificação de risco e vulnerabilidade e as referências e contrarreferência, promovendo a utilização adequada e racional das ações e serviços de saúde disponíveis nos diversos âmbitos de atenção.

196. Conforme tratado no item III.3, foram observadas dificuldades de implementação dos protocolos de regulação e fluxos assistenciais necessários ao correto direcionamento do paciente ao serviço que necessita e, em algumas localidades, foi observado que esses protocolos e fluxos ainda não foram sequer definidos.

197. Desse modo, tendo em vista as dificuldades enfrentadas no campo da regulação do acesso à saúde, bem como as sugestões oferecidas na Oficina de Trabalho utilizando a abordagem **Design Thinking** (peça 45), cabe propor ao Ministério da Saúde que analise a viabilidade de criar **diretrizes para implementação de linhas de cuidado para cada tipo de câncer mais prevalente**, com base em protocolos clínicos e protocolos de regulação do acesso que contenham fluxos assistenciais, classificação de riscos e prioridades e indicação das referências e contrarreferências da rede.

198. Na oficina de trabalho, foi discutida, também, a possibilidade de **implementação do programa de navegação do paciente oncológico** (peça 45 – Oficina de Trabalho utilizando a abordagem **Design Thinking**).

199. A estratégia para implementar esse programa no Brasil também foi debatida no âmbito do Projeto Oncorede, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como proposta para reorganização da rede de atenção oncologia na saúde suplementar. A principal meta do assistente de cuidado, na fase de navegação do diagnóstico é remover as barreiras de acesso e ajudar o paciente a ter a continuidade do cuidado de forma facilitada e sem pontos de estrangulamento e abandonos ou atrasos (ANS, 2016).

200. De acordo com o Projeto Oncorede, os programas de navegação do paciente oncológico têm como alguns de seus objetivos, a identificação de barreiras de acesso do paciente ao sistema, bem como a promoção dos cuidados assistenciais necessários no tempo adequado. Resultados positivos na implementação desses programas podem ser verificados por meio de indicadores como qualidade de vida, satisfação do paciente e sobrevida.

201. O Projeto destaca, ainda, que o sistema de saúde brasileiro apresenta algumas características semelhantes ao sistema de saúde norte-americano, como a fragmentação da jornada de cuidado do paciente em diferentes prestadores de serviços de saúde. Além disso, as barreiras de acesso do paciente ao sistema também são bastante similares e, em ambos os países, não existe uma estrutura que consolide esta jornada, de maneira a eliminar as barreiras de acesso. Assim, o projeto conclui que a implementação de programa de navegação do paciente oncológico poderia sanar certas deficiências do nosso sistema de saúde.

202. Entretanto, para garantir a promoção adequada de programas de navegação do paciente, seria fundamental a existência de diretrizes governamentais claras para garantir a uniformidade da jornada de cuidado do paciente oncológico. Essas diretrizes deveriam estabelecer as principais rotas pelas quais os pacientes devem trilhar, a alocação dos profissionais de saúde, a interação de unidades primárias, secundárias e terciárias de saúde, assim como os principais serviços requeridos para a execução dos processos de prevenção, diagnóstico e tratamento.

203. Essas medidas podem contribuir para o direcionamento correto do paciente ao serviço que realmente necessita, além de reduzir o tempo de espera em todas as etapas para realização do diagnóstico de câncer.

204. Além disso, é fundamental a disponibilidade de informação de qualidade (parágrafos 175-183), com instituição de **melhorias nos sistemas de dados do SUS**, que podem abarcar desde a crítica na entrada de dados, de forma a não permitir o registro de dados inconsistentes e incompatíveis entre si, bem como a estruturação e a integração de sistemas informatizados que viabilizem o acompanhamento do tempo de espera para a realização das diversas etapas no trajeto para se diagnosticar o câncer, tendo em vista a intempestividade constatada neste trabalho, quanto à realização do diagnóstico da neoplasia maligna (vide Figura 3 – Tempo de espera em cada etapa da trajetória para a obtenção do diagnóstico do Câncer).

205. Também, sugere-se que o MS oriente e dê o suporte necessário para que as secretarias municipais e estaduais de saúde, que fazem parte da mesma área regionalizada, possam operacionalizar seus sistemas de regulação de acesso aos serviços do SUS de forma compartilhada e integrada, e permitir acompanhar e encaminhar o paciente em todas as etapas da sua trajetória de cuidado, desde a suspeição da neoplasia maligna, diagnóstico e tratamento.

206. Ademais, considera-se importante que o Ministério realize a coleta sistemática de informações sobre o diagnóstico do câncer e avalie a **elaboração de indicadores de desempenho** e métricas para mensurar os gargalos, monitorar a qualidade do serviço prestado aos pacientes, bem como realizar cruzamento de informações, tais como dados sobre estadiamento do câncer, para promover maior compreensão sobre o impacto das ações implementadas na Política Nacional de Prevenção Controle do Câncer e auxiliar na tomada de decisão e direcionamento de esforços para a melhoria e agilidade dos serviços prestados.

207. Cabe propor, ainda, que o Ministério, em articulação com o Ministério da Educação, realize o levantamento das especialidades médicas nas quais haja maior carência de profissionais (parágrafos 131-146), tais como médicos patologistas, proctologistas, pneumologistas, mastologistas, anestesistas, entre outros, com vistas a desenvolver estratégias de enfretamento das carências identificadas, como por exemplo a criação de novas vagas de residência dessas especialidades, em regiões mais carentes, ou a implementação de incentivos adicionais para reconhecer e estimular a formação médicos nessas especialidades.

IV. ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DOS GESTORES

208. A SecexSaúde encaminhou a versão preliminar do relatório desta fiscalização de orientação centralizada à SAS/MS e ao Inca, para que os gestores pudessem apresentar comentários a serem incorporados na versão final do relatório, por meio do Ofício 240/2019-TCU/SecexSaúde e Ofício 241/2019-TCU/SecexSaúde (peças 48 e 49), recebidos pelas respectivas secretarias em 14/5/2019 (peças 50 e 51). As considerações foram registradas nos documentos constantes das peças 52 e 54 pelo Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) da SAS/MS e pela Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do Inca.

209. A SAS/MS alegou que algumas das propostas apresentadas são mais amplas que o problema encontrado no relatório (peça 54, p.7). No entanto, as constatações relacionadas ao achado desta fiscalização envolvem aspectos que não se restringem apenas à perspectiva específica do diagnóstico do câncer, mas que advém de problemas estruturais do sistema de saúde como um todo. Desse modo, propostas mais amplas são válidas, pois melhorias estruturantes no SUS refletirão diretamente no diagnóstico mais tempestivo da doença.

210. Também trouxe argumentos de que o teor de algumas propostas deve ser organizado de acordo com as características demográficas e epidemiológicas das regiões de saúde, cabendo às secretarias de saúde estaduais e municipais a gestão para execução das ações e serviços de saúde com diretrizes e normas próprias. Ressaltou que a União não tem competência para executar a gestão ou ofertar serviços de saúde (peça 54, p.7-8). No entanto, considerando que o sistema de saúde é tripartite e ao Ministério da Saúde compete exercer a direção nacional do SUS, as propostas apresentadas se referem a oportunidades de melhorias que podem ser alcançadas mediante atuações do órgão dentro das competências que lhe cabem, quais seja de elaboração de diretrizes,

participação, apoio, coordenação, incentivos técnicos, dentre outras atribuições possíveis, nos termos da Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/1990) e decreto que a regulamenta (Decreto 7.508/2011), bem como no Regimento Interno do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS 1.419/2017).

211. Ademais, quanto à proposta que diz respeito a ajustes da tabela de remuneração do SUS, a secretaria destacou que o financiamento do SUS não é realizado apenas por meio da tabela de procedimentos (ressarcimento por produção), mas também por meio de incentivos e incrementos, orçamentos públicos, investimentos (convênios), beneficência, filantropia, captação social e trabalho voluntário. Alegou que a questão seria no caso de compra de serviços por prestadores privados com fins lucrativos, a exemplo dos profissionais e serviços de imagenologia e medicina nuclear, anatomia patológica, entre outros, que são majoritários na atenção especializada (peça 54, p.9). As considerações são válidas de modo que exemplifica as situações onde o ministério pode atuar para avaliar o desalinhamento entre os valores pagos pelo SUS e os custos efetivos da realização dos exames necessários para o diagnóstico do câncer.

212. Por fim, nos comentários registrados pela SAS/MS, foi informado que mudanças no modelo remuneratório do SUS tem sido objeto de diversas discussões na Câmara dos Deputados, onde há um grupo de trabalho discutindo uma proposta para a modernização e atualização da 'Tabela do SUS', porém ressaltou que uma mudança de modelo levará anos e demanda alto investimento. Além disso, em relação aos sistemas de informações, foi informado que, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, o ministério vem desenvolvendo trabalho sistemático na busca de implementar prontuário eletrônico único e de alcançar interoperabilidade dos diversos sistemas do SUS (peça 54, p.8). De qualquer modo, foram informadas medidas iniciais e pouco detalhadas. A manutenção das recomendações pode reforçar o entendimento.

213. Assim, com base nas considerações acima e tendo em vista que os encaminhamentos foram construídos pelos próprios gestores do Ministério da Saúde, em conjunto com outros atores importantes na ocasião de oficina de trabalho específica (peça 45), as propostas de encaminhamento serão mantidas neste relatório, com pequenas adaptações.

214. O Inca, por sua vez, apresentou sugestões de mudanças e acréscimos que se enquadrariam melhor no texto do relatório, e de correção dos valores médios do tempo decorrido para a liberação do resultado dos exames, encontrados a partir dos dados do Siscan (peça 52, p.5-6). As considerações foram aplicadas no decorrer do relatório, exceto aquelas relativas a alterações nos números calculados com base no Siscan.

215. O Inca solicitou a correção dos valores considerando metodologia realizada pelo instituto (peça 52, p.6). No entanto, conforme já mencionado no parágrafo 179, no momento de análise das informações do sistema, foram encontradas diversas inconsistências de dados. Ao ser questionado, o Inca negou a existência de inconsistências, solicitando, inclusive, a retificação dos valores com base em seus cálculos, mas forneceu informações que não permitiram espelhar a situação identificada no **dump** (cópia integral dos dados) do sistema analisado pelo Tribunal, razão pela qual não foram acolhidas as informações apresentadas. Assim, tendo em vista que não houve acompanhamento da base de dados, dos recursos para extração dos dados e dos cálculos utilizados pelo Inca, foram mantidos os valores de tempo médio encontrados pelas unidades técnicas deste tribunal, com base no Papel de Trabalho 27 (PT 27 - peça 44), para fins de registro no item do relatório. De qualquer maneira, conforme demonstrado no quadro 2, as diferenças apresentadas entre os tempos médios encontrados nesta fiscalização e os apresentados pelo Inca não são relevantes para interferir nas conclusões de auditoria.

Quadro 2 – Diferenças entre resultados encontrados pelo TCU e Inca referentes as médias do tempo decorrido para a liberação do resultado dos exames, encontrados a partir dos dados do Siscan de 2017.

Exame	Média TCU	Média Inca
Citopatológico de colo uterino	41 dias	43 dias

Citopatológico de mama	40 dias	33 dias
Histopatológico de colo uterino	40 dias	36 dias
Histopatológico de mama	43 dias	35 dias
Mamografia (solicitação-realização)	63 dias	-
Mamografia (realização-resultado)	21 dias	58 dias

V. CONCLUSÃO

216. A oncologia é uma especialidade que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico e requer profissionais habilitados de alto nível de especialização.

217. Enfrentar um diagnóstico de câncer exige uma reavaliação do próprio itinerário terapêutico, que possibilitará a busca para solucionar problemas da doença, para preservar ou recuperar a saúde e lidar com a doença. Uma rede de atenção à saúde organizada, com fluxos bem definidos e ações bem articuladas, pode contribuir para o direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente necessita, além de reduzir o tempo de espera nas etapas do seu percurso terapêutico (PAUL C. et al, 2012).

218. Foram identificadas nesta auditoria barreiras que o paciente de câncer enfrenta para ter acesso aos serviços de diagnóstico relacionadas à disponibilidade de serviços, à disponibilidade de médicos especializados e equipamentos e sua distribuição geográfica, aos mecanismos de remuneração da prestação de serviços e à disponibilidade de informação qualificada do paciente em todas as etapas da sua trajetória da linha de cuidado. Todos esses obstáculos resultam na demora para o paciente realizar as consultas e exames necessários à investigação de câncer, dificultando assim o diagnóstico da doença em momento oportuno, conforme preconizado pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

219. Além disso, o diagnóstico tardio do câncer produz consequências para o país, com aumento de gastos devido a necessidade de tratamentos mais caros, complexos e prolongados para pacientes que poderiam ter sido diagnosticados com estadiamento nas fases iniciais da doença, além dos custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento desses pacientes do trabalho.

220. Em razão disso, propõe-se determinar ao Ministério da Saúde que elabore e apresente plano de ação visando mitigar a intempestividade para a realização do diagnóstico de câncer, considerando ao mínimo as sugestões elencadas em **workshop** com diversos atores relacionados ao tema, realizado no intuito de identificar soluções para as constatações relacionadas ao achado que foram levantadas nesta fiscalização (peça 45): planejamento para estruturação da rede de atenção à saúde; incentivo a criação de centros regionais de diagnóstico; desenvolvimento de diretrizes para implementação de linhas de cuidado para cada tipo de câncer mais prevalente; correção dos valores da tabela de procedimentos do SUS e/ou complementação do valor pelos estados e municípios; implementação de modelo remuneratório de incentivos/pagamentos de exames empacotado por linha de cuidado e não por procedimento isolado; implementação do programa de navegação do paciente com o objetivo de acompanhar população de pacientes com câncer; aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS e estruturação e integração dos sistemas do SUS para permitir o acompanhamento do tempo de espera nas etapas no trajeto do paciente ao diagnóstico de câncer; elaboração de indicadores de desempenho e métricas para mensurar os gargalos e monitorar a qualidade do serviço prestado aos pacientes e desenvolvimento de estratégias para mitigar a carência de determinadas especialidades médicas.

VI. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

221. Ante o exposto, submetem-se os autos à consideração superior, propondo:

221.1 Determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento nos termos do art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992 c/c art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que elabore e apresente a este Tribunal, no prazo de 90 dias, plano de ação contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo para implementação, ou, se for o caso, a justificativa para a sua

não implementação, com vistas a mitigar a intempestividade para a realização do diagnóstico de câncer, considerando ao mínimo os pontos elencados a seguir:

a) desenvolvimento de programa para estruturação da rede de atenção à saúde em relação aos principais exames para diagnóstico de câncer, com base no mapeamento de necessidades que considere critérios técnicos e epidemiológicos (parágrafos 99 -130; 188);

b) análise da viabilidade de criação de centros regionais de diagnóstico, de modo a orientar e/ou incentivar as secretarias municipais e estaduais de saúde em sua implementação (parágrafos 99 -130; 188);

c) análise da viabilidade de criar diretrizes para implementação de linhas de cuidado para cada tipo de câncer mais prevalente, com base em protocolos clínicos e protocolos de regulação do acesso que contenham fluxos assistenciais, classificação de riscos e prioridades, e indicação das referências e contrarreferências da rede (parágrafos 13; 147-164; 192-196);

d) avaliação do desalinhamento entre os valores pagos pelo SUS e os custos efetivos da realização dos exames necessários para o diagnóstico do câncer, por meio da correção do valor da tabela de procedimentos do SUS e/ou complementação do valor por parte dos estados e municípios (parágrafos 165 a 174; 191);

e) análise da viabilidade de implementação de novo modelo remuneratório de incentivos/pagamentos de exames aos estabelecimentos de saúde, por pacote de procedimentos relacionados por linha de cuidado e não por procedimento isolado, considerando a realização de teste piloto (parágrafos 165 a 174; 189-191);

f) análise da viabilidade da implementação de programa de navegação do paciente, com o objetivo de acompanhar uma população de pacientes com câncer, para verificar os gargalos, identificar os pacientes que se perdem na rede e agilizar o tempo de diagnóstico e tratamento do câncer, considerando a realização de teste piloto (parágrafos 147-164; 197-202);

g) aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento do tempo de espera nas diversas etapas do trajeto para se diagnosticar o câncer (parágrafos 175-183; 203);

h) levantamento, em articulação com o Ministério da Educação, das especialidades médicas nas quais haja maior carência de profissionais no intuito de desenvolver estratégias de enfrentamento do problema (parágrafos 131-146; 206);

i) elaboração de indicadores de desempenho e métricas para mensurar os gargalos e monitorar a qualidade do serviço prestado aos pacientes (parágrafos 175-183; 205).

221.2 Determinar à SecexSaúde que monitore a apresentação do plano de ação constante do item anterior, e, caso oportuno, a implementação das medidas elencadas;

221.3 Encaminhar cópia do acórdão que vier a ser proferido, acompanhado do relatório e do voto que o fundamentarem, ao Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde, Sociedade Brasileira de Patologia, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Conselho Federal de Medicina, Complexo de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Hospital da Criança de Brasília José de Alencar, Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, Controladoria-Geral da União, Associação Brasiliense de Apoio ao Paciente com Câncer, Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias, Hospital de Câncer Araújo Jorge de Goiânia, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e Associação de Apoio as Vítimas de Câncer no Estado de Goiás.

221.4 Encerrar e arquivar o presente processo, nos termos do art. 169, inciso V, do Regimento Interno do TCU.” (grifos no original).



É o relatório.