

VOTO

Trago à apreciação deste colegiado, auditoria operacional com objetivo de avaliar a implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, quanto ao acesso a serviços de diagnóstico. A fiscalização 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 de quatorze Secretarias de Controle Externo do TCU (Sec nos estados de Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Piauí, Paraná, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins).

2. O trabalho foi realizado na forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), sob a coordenação da Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde), teve a participação das quatorze Sec situadas nos estados referidos no parágrafo anterior e 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).

3. Neste momento, examino processo consolidador da presente auditoria, uma vez que cada uma das quatorze secretarias estaduais conduziu a sua auditoria, sob a orientação da SecexSaúde, e produziu a sua matriz de achados, cujos respectivos processos foram apensados a este processo, em cumprimento ao despacho por mim proferido (peça 1).

II

4. Das relevantes informações sobre o tema constantes do tópico “Visão Geral” do relatório de auditoria, transcrito no relatório precedente, destaco as seguintes, *in verbis*:

“II.2.1. O problema do Câncer

(...)

11. (...) 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). (...)

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

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

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**.

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. (...)

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 oncótica, exame de imagem e/ou marcador tumoral, de acordo com o protocolo do sítio primário (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2016, p.49).” (grifado).*

III

5. Com vistas a avaliar a implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, quanto ao acesso a serviços de diagnóstico, formulou-se o seguinte problema de auditoria: *“A mortalidade por câncer tem crescido progressivamente no Brasil. Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico da doença, maiores serão as chances de cura, o tempo de sobrevivência, a qualidade de vida do paciente, bem como melhor será a relação custo/efetividade do tratamento. Auditoria realizada pelo TCU em 2011 (Acórdão 2.843/2011-TCU-Plenário), constatou problemas de tempestividade para o atendimento da demanda por diagnóstico e por tratamento de câncer”, e a seguinte questão de auditoria: “O diagnóstico do câncer tem sido realizado em tempo oportuno?”.*

6. Os critérios utilizados na auditoria foram a própria Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, normatizada por meio do Anexo IX da Portaria de Consolidação GM/MS 2, de 28 de setembro de 2017, as normas editadas pelo Ministério da Saúde sobre as políticas nacionais de saúde do SUS e, ainda, na análise da tempestividade para a realização do diagnóstico do câncer, alguns parâmetros internacionais, obtidos por meio de pesquisa bibliográfica.

7. No tocante aos métodos aplicados para a persecução dos objetivos da fiscalização, destaco a utilização da ferramenta *limesurvey*, com envio de questionários para médicos patologistas, unidades de saúde habilitadas para tratamento oncológico (Centros de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon)), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e associações de apoio a pacientes; a realização de painéis de referência, tanto na validação da matriz de planejamento como da matriz de achados; e a oficina de trabalho utilizando a abordagem de *Design Thinking* visando à formulação e priorização das possíveis propostas de soluções e recomendações para a política.

8. Em relação ao volume de recursos fiscalizados, verificou-se que: (i) não existem ações orçamentárias específicas para a investigação diagnóstica do câncer; e (ii) não é possível delimitar o valor despendido especificamente para investigação dessa doença.

9. As ações e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no SUS, os quais envolvem as consultas e exames relacionados ao diagnóstico do câncer, são custeados no âmbito

da ação orçamentária 8585 – “Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade”.

10 Embora o Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) permita obter o valor liquidado na ação 8585 em 2018 (da ordem de 41 bilhões), não é possível especificar os componentes referentes apenas a consultas e exames inerentes ao diagnóstico de câncer.

11. Os gastos despendidos em procedimentos com finalidade diagnóstica gerais, que, em parte, podem ter sido utilizados na investigação do câncer, foram de R\$ 2.652.160.508,16 em 2017, conforme Tabet – 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 (25/3/2019, no endereço: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>).

12. Desse total, 70% foram gastos com procedimentos relacionados a radiologia, ultrassonografia e tomografia, 12% ressonância magnética, 6% anatomia patológica e citopatologia, 5% medicina nuclear, 5% endoscopia e 2% de coleta de material.

13. Especificamente quanto aos tipos de cânceres, a auditoria procurou coletar e analisar as informações focadas nos oito tipos mais prevalentes, a saber: próstata, mama, colo do útero, traqueia/brônquio/pulmão, cólon e reto, estômago, cavidade oral e tireoide.

IV

14. Passando ao achado de auditoria evidenciado pela fiscalização, conforme descrito no relatório que precede este voto, várias constatações decorrentes da investigação caracterizaram o seguinte achado: **“O diagnóstico do câncer não está sendo realizado em tempo de reduzir o grau de estadiamento elevado no início do tratamento da doença”**.

15. Oportuno registrar que estadiamento é uma classificação dos tumores, criado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), como base na dimensão do tumor, na avaliação da extensão dos linfonodos e na presença ou não de metástases à distância, que varia de I a IV graus crescentes de gravidade da doença.

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

17. Segundo a auditoria, o diagnóstico de confirmação de câncer no Brasil vem sendo realizado em grau de estadiamento avançado, ou seja, um alto percentual de pacientes está sendo diagnosticado com a doença em grau de estadiamento III e IV.

18. Essa situação é agravada pelo fato da análise dos dados dos últimos anos ter apontado que o percentual de pacientes diagnosticados em grau de estadiamento III e IV cresceu no período de 2013 a 2017.

19. Essa elevação também ocorreu nos cânceres de mama e de colo de útero, que são contemplados com campanhas educativas. Tal situação pode demonstrar que o país não tem sido capaz de alcançar a amplitude necessária para assegurar a detecção precoce desses cânceres em caráter nacional.

20. Em que pese outros fatores poderem influenciar no resultado dos dados de estadiamento utilizados (aumento do número de notificação de casos de câncer realizados ao longo dos anos, ausência do quantitativo de pacientes que receberam condutas terapêuticas executadas unicamente por

meio de cirurgias), a situação encontrada é preocupante e sinaliza que o que foi realizado no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer não obteve a efetividade ao mínimo esperada.

V

21. No que tange à normatização relacionada à questão temporal, tanto do diagnóstico do câncer como do início do tratamento, tem-se: (i) Lei 12.732/2012, conhecida como a Lei dos 60 dias, 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; e (ii) Projeto de Lei 275/2015 altera a Lei 12.732/2012, para que os exames de diagnóstico, em caso de suspeita de câncer, sejam realizados no prazo máximo de 30 dias.

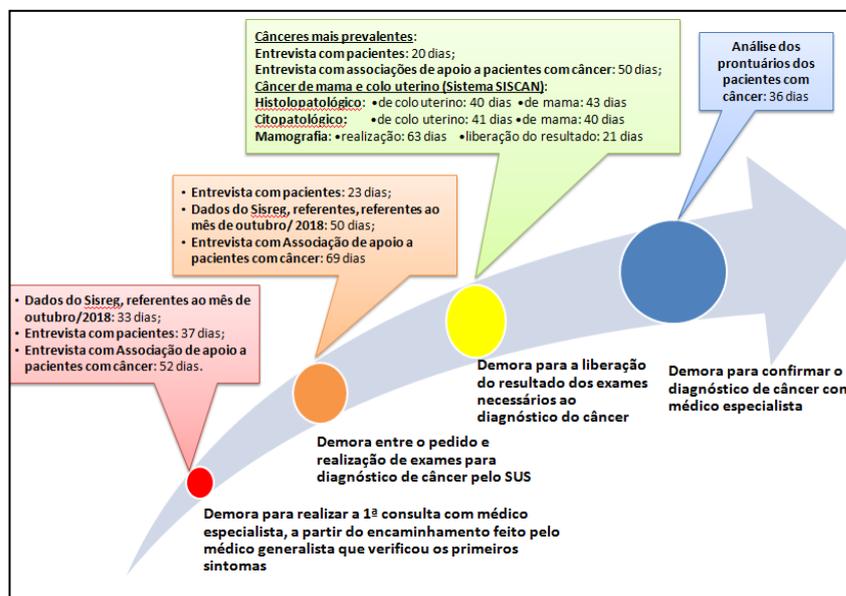
22. Em que pese a importância de se estabelecer prazos e metas para a realização do diagnóstico do câncer, alguns participantes do painel de referência para discussão da matriz de planejamento ressaltaram que, diante da realidade do sistema de saúde brasileiro, esse prazo de 30 dias para se realizar o diagnóstico final do câncer seria muito exíguo.

23. Observando a experiência internacional quanto ao tempo gasto para se realizar o diagnóstico do câncer, verifica-se que: (i) há mais de dez anos já havia a preocupação de acompanhar o tempo para realização desse diagnóstico; e (ii) os dados e informações que levam ao tempo gasto para realização desse diagnóstico no Brasil apontam para períodos demasiadamente longos.

24. Ao dividir em etapas a trajetória do paciente desde a consulta inicial com o médico generalista até o final do itinerário, quando o paciente deve retornar ao médico especialista com o laudo da biópsia para confirmar o diagnóstico do câncer, a unidade técnica especializada constatou que há demora nas várias etapas desse processo, os seja:

- ✓ demora para realizar a primeira consulta com médico especialista;
- ✓ demora entre o pedido e a realização de exames necessários ao diagnóstico de câncer pelo SUS;
- ✓ demora para a liberação do resultado dos exames de biópsia;
- ✓ demora para, já de posse do resultado do exame de biópsia, retornar ao médico especialista e confirmar o diagnóstico da doença.

25. A figura a seguir, elaborada pela SecexSaúde, a partir de dados extraídos do Sisreg, Siscan, prontuários dos pacientes, pesquisa realizada com associações de apoio aos pacientes e entrevistas com pacientes, mostra o tempo de espera em cada uma das etapas da trajetória para a obtenção do diagnóstico do Câncer.



26. Consoante bem observado pela unidade técnica, estimar o tempo total gasto na trajetória até obtenção do diagnóstico definitivo de câncer não é um exercício trivial, pois não existe atualmente um sistema que registre, controle e gerencie as informações relativas ao tempo e à trajetória pelo qual os pacientes precisam passar. Também, conforme já visto nesse voto, não existe sistema que controle e forneça informações gerenciais dos gastos despendidos especificamente para a investigação diagnóstica do câncer.

27. De fato, conhecer sobre o acesso e o itinerário realizado pelo paciente pode ajudar profissionais e gestores a compreender as principais dificuldades dos serviços de saúde e facilitar a identificação dos gargalos e obstáculos enfrentados pelos pacientes. 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 indicadores de desempenho e metas para que o diagnóstico seja o mais célere possível.

28. Os tempos médios encontrados para se atravessar as diversas etapas para o diagnóstico oncológico encontrados pela equipe de auditoria do Tribunal mostram que a identificação da doença não está sendo efetuada em momento adequado, ou seja, o diagnóstico de confirmação de câncer está ocorrendo quando o paciente já se encontra em grau de estadiamento III e IV. Tal fato dificulta a possibilidade de que a atuação dos serviços de saúde no tratamento da doença seja mais vantajosa e com melhores resultados aos pacientes.

VI

29. A equipe de auditoria identificou vários fatores que interferem, direta ou indiretamente, na demora do diagnóstico de câncer e concluiu que o paciente de câncer enfrenta diversas barreiras, entre as quais destaco as relacionadas à disponibilidade de serviços, de médicos especializados e equipamentos e sua distribuição geográfica, de informação qualificada do paciente em todas as etapas da sua trajetória da linha de cuidado, e aos mecanismos de remuneração da prestação de serviços.

30. Esse conjunto de obstáculos resulta na demora para 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.

31. Esse diagnóstico tardio produz consequências para o país, como o aumento de gastos em razão da necessidade de tratamentos mais caros, complexos e prolongados e, também, dos custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento do trabalho.

VII

32. Em face do constatado, a equipe propõe determinar ao Ministério da Saúde que elabore e apresente a este Tribunal 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, no mínimo, vários pontos constantes das alíneas “a” a “i” do subitem 221.1 do relatório da auditoria, reproduzido no relatório que antecede este voto.

33. Propõe, também, antes de encerrar e arquivar o presente processo, que a SecexSaúde monitore a apresentação do referido plano e, caso oportuno, a implementação das medidas elencadas, e que seja enviado cópia desta deliberação à vários órgãos e entidades relacionado à matéria auditada.

VIII

34. No mérito, estou de acordo com o posicionamento da unidade técnica especializada, incorporando às minhas razões de decidir as análises, conclusões e proposições constante do “Relatório de auditoria operacional na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer”, reproduzido no relatório precedente, sem prejuízo das considerações que passo a expor acerca de pontos que entendo relevantes.

35. Inicialmente, registro que a situação apresentada no referido relatório é preocupante. Saliento que não houve mudança substancial do cenário encontrado quando o Tribunal avaliou, em 2010, a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, focada no tratamento do câncer (TC 031.944/2010-8, Acórdão 2.843/2011-TCU-Plenário), pois as possíveis causas das dificuldades de acesso à assistência oncológica apontadas pela Corte de Contas naquela ocasião permanecem até hoje, entre as quais:

- ✓ 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.

36. Embora o Acórdão 2.843/2011-TCU-Plenário tenha feito recomendações à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) como forma de contribuir para o aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, nos termos a seguir transcritos, constato que, passados quase 8 anos da prolação dessa deliberação, o que foi realizado no sentido sanear as deficiências identificadas pelo Tribunal na referida política pública não obteve a efetividade ao mínimo esperada.

“9.1. com base no art. 250, inciso III do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) que:

9.1.1. desenvolva plano com objetivo de sanar as carências existentes na rede de atenção oncológica, que deverá contemplar: (...)

9.1.1.2. a ampliação da oferta de serviços, seja por meio de investimentos próprios ou pela contratação de serviços suplementares, até a completa solução das carências existentes, especialmente, em relação à oferta de cirurgias oncológicas, serviços de radioterapia e dos principais exames para diagnóstico de câncer;

9.1.1.3. a definição de prazos e metas progressivos, até a solução definitiva das carências existentes;

9.1.1.4. a mensuração do impacto financeiro das medidas planejadas; (...)

9.1.2. elabore mecanismo para aferir a adequabilidade dos valores adotados como referência nos procedimentos custeados pelo SUS, tendo por base avaliação periódica dos seus custos efetivos, de sorte a identificar discrepâncias que possam atuar como inibidoras da oferta de serviços de saúde; (...)

9.1.7. estabeleça sistemática para a promoção da formação e da capacitação de profissionais e equipes que atuam na assistência aos pacientes de câncer, desde a atenção primária até os níveis de alta complexidade, que inclua:

9.1.7.1. o mapeamento e o acompanhamento periódico das principais carências profissionais existentes;

9.1.7.2. a articulação com o Ministério da Educação, com os estabelecimentos habilitados, assim como com os gestores locais, visando à adoção de medidas para a ampliação da oferta de treinamentos, especializações ou residências médicas nas áreas em que forem identificadas carências significativas; e

9.1.7.3. a disseminação de informações sobre a prevenção e diagnóstico precoce de câncer para todos os profissionais de saúde que atuam na atenção primária.” (grifado).

37. As constatações relatadas pela SecexSaúde são suficientes para alicerçar a adoção da determinação proposta, a qual acrescento algumas questões e considerações que entendo importantes para ampliar o contexto das medidas a serem adotadas com vista a mitigar a intempestividade para a realização do diagnóstico de câncer.

VIII.1

38. A primeira diz respeito à ausência de informações consistentes e confiáveis envolvendo a própria Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, ou seja, não existem dados que possibilitem o cálculo e o acompanhamento do tempo para realização do diagnóstico do câncer.

39. Também não foram identificados indicadores de desempenho, metas e ferramentas administrativas para auxiliar a performance e o acompanhamento dos valores-alvo e reais de indicadores, os quais permitiriam a avaliação contínua da qualidade de cada etapa percorrida pelos pacientes para identificação da doença e da própria efetividade das políticas aplicadas para essa finalidade.

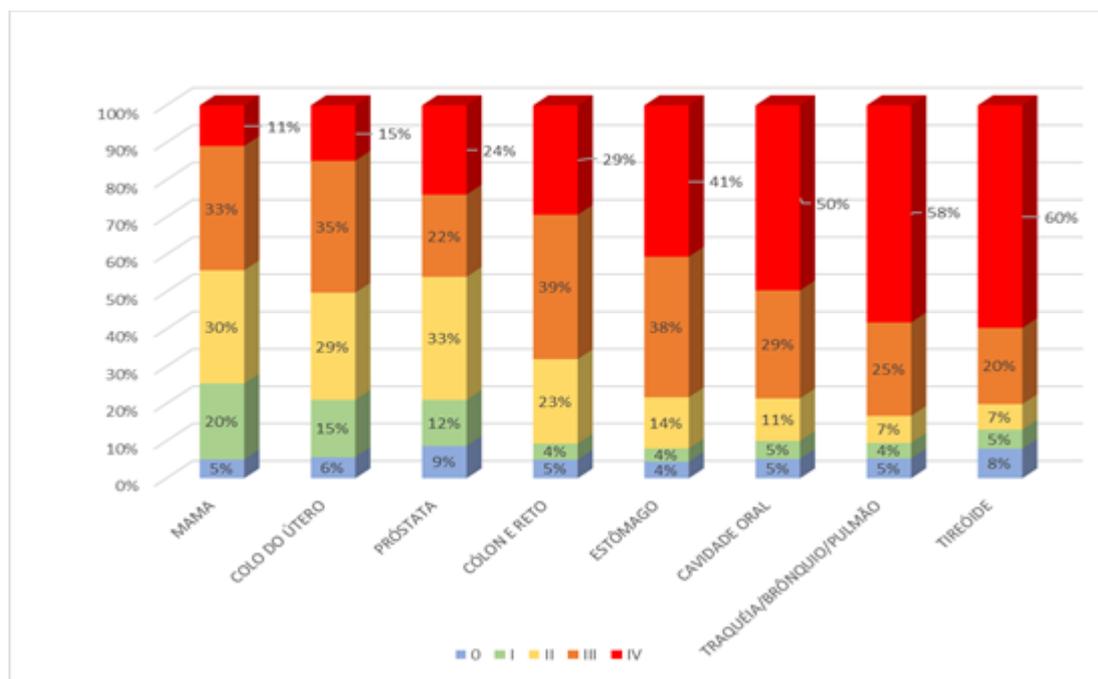
40. Ainda nesse mesmo contexto, também não foram identificadas informações consistentes e confiáveis envolvendo os valores orçados e despendidos para a realização do diagnóstico de câncer. A não segregação dos dispêndios públicos com diagnóstico e tratamento limita o entendimento quanto à real relação.

41. Entendo que a falta de informações gerenciais, indicadores de desempenho e metas, como as acima mencionadas, dificulta a formulação, implementação e acompanhamento das políticas públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento de câncer.

42. Em decorrência da ausência das citadas informações, percebo que as decisões envolvendo essas políticas públicas podem estar sendo tomadas sem que haja parâmetros, tanto técnicos como econômicos, que as subsidiam e, ainda, que não existem elementos adequados para o controle e monitoramento de tais políticas quanto à própria efetividade. De igual forma, a ausência desses dados também prejudica a atuação dos órgãos de controle.

43. Para exemplificar essa situação, utilizo os dados oriundos das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apacs) do ano de 2017, nos termos do gráfico apresentado a seguir, elaborado pela equipe de auditoria.

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



44. Tais dados indicam que cerca de 80% dos pacientes que iniciaram tratamento de alguns tipos de cânceres com quimioterapia ou radioterapia pelo SUS no ano de 2017 foram diagnosticados com câncer já em grau de estadiamento III e IV (traqueia/brônquio/pulmão: 83%, tireóide: 80%,

estômago: 79%, cavidade oral: 79%).

45. Se o Ministério da Saúde tivesse implementado ações, no final do ano de 2017, com objetivo de reduzir pela metade tal percentual em quatro anos, ou seja, no caso dos citados tipo de cânceres, conseguir que 40% dos pacientes que iniciarão tratamento desses cânceres com quimioterapia ou radioterapia pelo SUS no ano de 2021 sejam diagnosticados com câncer em graus de estadiamento III e IV, tem-se os seguintes questionamentos:

- ✓ Em 2017, qual foi tempo médio de cada etapa para realização do diagnóstico de cada um desses cânceres, por grau de estadiamento;
- ✓ Em 2017, qual foi o montante de recursos despendidos, total e médio, em cada etapa para realização do diagnóstico de cada um desses cânceres, por grau de estadiamento;
- ✓ Qual deverá ser o tempo médio de cada etapa para realização do diagnóstico de cada um desses cânceres, por grau de estadiamento e por período de avaliação / controle (mensal, semestral ou anual, de 2017 até 2021);
- ✓ Qual deverá ser o montante de recursos, total e médio, a serem despendidos em cada etapa para realização do diagnóstico de cada um desses cânceres, por grau de estadiamento e por período de avaliação / controle (mensal, semestral ou anual, de 2017 até 2021).

46. Por outro lado, tal ação também impactará no próprio tratamento desses cânceres, ou seja, em paralelo às ações no âmbito do diagnóstico de câncer, também deverão ser controlados e monitorados parâmetros referentes aos tratamentos de cada um desses cânceres (índice de mortalidade, índice de incapacidade, índice de incidência, qualidade de vida dos pacientes, montante de recursos financeiros despendidos, custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento do trabalho, entre outros). Assim, tem-se diversos outros questionamentos, entre os quais vou citar apenas os seguintes:

- ✓ Em 2017, qual foi o montante de recursos despendidos, total e médio, no tratamento de cada um desses cânceres, por grau de estadiamento;
- ✓ Qual deverá ser o montante de recursos a serem despendidos, total e médio, no tratamento de cada um desses cânceres, por grau de estadiamento e por período de avaliação / controle (mensal, semestral ou anual, de 2017 até 2021).

47. Por certo, a resposta a alguns desses questionamentos está diretamente ligada a dois dos pontos elencados na proposta de encaminhamento, a saber: (i) 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; e (ii) elaboração de indicadores de desempenho e métricas para mensurar os gargalos e monitorar a qualidade do serviço prestado aos pacientes. No tocante ao primeiro ponto elencado, considero pertinente seu detalhamento quanto aos tipos de cânceres mais prevalentes e, também, quanto ao grau de estadiamento.

48. Tendo em vista as atuais deficiências dos sistemas do SUS, em especial a ausência de ferramentas que permitam extração de dados orçamentários e financeiros quanto aos valores pertinentes às consultas e exames relacionados ao diagnóstico do câncer e, também, quanto aos valores pertinentes aos tratamentos de cada um dos cânceres, acrescento os seguintes pontos à determinação: (i) aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento dos valores orçamentários e financeiros, total e médio (por paciente), pertinentes às consultas e exames relacionados à cada etapa para realização do diagnóstico de cada um dos cânceres mais prevalentes, por grau de estadiamento e por período de avaliação / controle (mensal, semestral ou anual); e (ii) aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento dos valores orçamentários e financeiros, total e médio (por paciente), pertinentes aos tratamentos de cada um dos cânceres mais prevalentes, por grau de estadiamento e por período de avaliação / controle (mensal, semestral ou anual).

VIII.2

49. Outra questão que chama a atenção nesta auditoria está relacionada à carência de profissionais de saúde para a confirmação do diagnóstico de câncer pelo SUS, à falta de equipamentos para a realização dos exames e, ainda, à insuficiência da rede de procedimentos de diagnóstico para possibilitar que pacientes com suspeita de câncer possam realizar os exames necessários oportunamente.

50. Embora entenda que tais questões estão sendo adequadamente abordadas nestes autos, pois as medidas a serem adotadas pelo MS na elaboração do plano de ação determinado pelo Tribunal devem considerar vários pontos diretamente relacionados com essas questões, avalio conveniente acrescentar que esse ministério também avalie a opção de encaminhar o material a ser analisado para laboratórios, públicos ou privados, localizados em outros centros e que podem prestar tais serviços (exames citopatológicos e anatomopatológicos, por exemplo, e/ou outros que se mostrem viáveis).

51. Registro que tal solução tem sido objeto de estudo no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar, responsável pela regulação de planos de saúde do Brasil, conforme material disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/9reuniao_2018_remuneracao_apresentacao_congelacoes.pdf – “Procedimentos diagnósticos per operatórios (congelação)”.

52. Na prática, tendo em vista todas as deficiências apontadas pela auditoria em relação à realização dos exames laboratoriais, uma alternativa a ser avaliada seria o congelamento das amostras a serem analisadas e o envio desse material para laboratórios localizados em outros centros.

53. Destaco que tal avaliação deverá levar em conta, frente às atuais condições de prazos, custos, qualidade, confiabilidade e outras julgadas pertinentes, as diversas variáveis envolvidas, entre as quais: procedimentos adequados de congelamento, pessoal capacitado em tal procedimento, sistemática de envio das amostras, opções de transportes, prazos de transportes e de realização dos exames, capacidade dos laboratórios, qualidade das análises e dos resultados, rastreabilidade dos resultados, confiabilidade dos exames e dos laboratórios e outros parâmetros julgados pertinentes, e, evidentemente, todos os custos relacionados a essa alternativa (análise de custo-benefício).

54. Ênfase que tal avaliação está em linha com um dos pontos constante do Acórdão 2.843/2011-TCU-Plenário, já transcrito neste voto, o qual, ao recomendar a SAS/MS o desenvolvimento de plano de ação com objetivo de sanar as carências existentes na rede de atenção oncológica, incluiu, como questão a ser contemplada, a ampliação da oferta de serviços, seja por meio de investimentos próprios **ou pela contratação de serviços suplementares**, até a completa solução das carências existentes, especialmente, em relação à oferta de cirurgias oncológicas, serviços de radioterapia e **dos principais exames para diagnóstico de câncer**.

VIII.3

55. Por último, também me chamou atenção nesta auditoria o fato do diagnóstico (por meio de exames) estar ocorrendo com alto grau de estadiamento.

56. Consoante exposto no relatório da equipe, o diagnóstico do câncer não está sendo realizado a tempo, ou seja, no momento adequado para que a atuação estatal seja mais efetiva, traga mais benefícios aos pacientes, melhores resultados e seja mais eficiente.

57. Embora a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer preconize, como diretrizes relacionadas à prevenção do câncer, a “*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)*” e a “*garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer*”; a situação

encontrada pelo Tribunal aponta em sentido contrário a tais diretrizes, pois expressivo percentual dos pacientes que iniciaram tratamento de câncer com quimioterapia ou radioterapia pelo SUS no ano de 2017 foram diagnosticados com câncer em grau de estadiamento III e IV.

58. Dois problemas podem estar ocorrendo para justificar o diagnóstico tardio: (i) a detecção precoce de câncer (que envolve o diagnóstico precoce na atenção primária e o rastreamento de pessoas sob risco) não está sendo resolutiva; e/ou (ii) o tempo entre a detecção precoce e a confirmação diagnóstica é excessivo e a situação se agrava desnecessariamente nesse interregno.

59. De fato, a auditoria evidenciou que o segundo problema ocorre, conforme demonstrado pela equipe de fiscalização: o tempo entre detecção precoce e a confirmação diagnóstica é excessivo.

60. No entanto, não dispomos de elementos quanto ao primeiro problema, ou seja: não sabemos a sua gravidade, o seu quantitativo e nem como e por quê ocorre. Entendo que uma adequada caracterização do problema exige não apenas qualificá-lo, mas quantificá-lo (quantos casos desses problemas ocorrem, onde ocorrem esses problemas, etc.).

61. De todo modo, medidas são necessárias para identificar e quantificar apropriadamente os problemas existentes nas duas partes do processo. Ou, de outra forma, é preciso responder as seguintes perguntas:

- ✓ O modelo de detecção precoce de potenciais casos de câncer na atenção primária está sendo resolutivo (assim entendido quando a detecção se dá nos casos de baixo estadiamento)?
- ✓ Se não, quais as causas dessa não resolutividade?
- ✓ Quais são as falhas específicas da etapa entre a detecção precoce e a confirmação do diagnóstico que justificam o tempo excessivo? Onde elas ocorrem? Por quê elas ocorrem?

62. Identificado o problema (qualitativa e quantitativamente), a formulação de política ou a reformulação da política visando a resolução dos problemas identificados demanda que sejam seguidos passos como os indicados no guia publicado pelo Governo Federal “Avaliação de Políticas Públicas – Guia Prático de Análise *Ex-Ante* – Volume 1”, disponível em http://www.casacivil.gov.br/central-de-conteudos/downloads/153743_analise-ex-ante_web_novo.pdf/view.

63. Entre esses passos, encontra-se o estabelecimento de objetivos, indicadores e metas, o levantamento de alternativas de modificação da política em contraste com a alternativa de manutenção (a linha de base) e a avaliação das alternativas (prioritariamente pela técnica de custo-benefício social ou pela técnica de custo-efetividade).

64. É essa a análise que se espera agora que o Ministério da Saúde apresente no seu plano de ação, seguido do detalhamento das medidas que serão implementadas, os responsáveis pela implementação dessas medidas e o prazo para implementação, ou, se for o caso, a justificativa para a sua não implementação, os custos e benefícios esperados, e as medidas de monitoramento da implementação das alterações e de avaliação *ex-post* dos resultados obtidos.

65. Tendo em vista os resultados do *design thinking*, espera-se, por óbvio, que, no plano de ação, sejam apresentadas as análises efetuadas das alternativas nele apontadas e recomendadas pela equipe de fiscalização (alíneas “a” a “i” do subitem 221.1 do relatório de auditoria, reproduzido no relatório que antecede este voto), acrescidas das questões envolvendo valores orçamentários e financeiros e realização de exames em local diverso de onde o material foi coletado, bem como de outras possíveis alternativas viáveis vislumbradas pelo Ministério.

66. Nesse contexto, é recomendável que a análise seja efetuada em duas etapas, tal como adotado no Reino Unido (HM Treasury. The Green Book. Central Government Guidance on Appraisal and Evaluation, 2018, disponível em

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/685903/The Green Book.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/685903/The_Green_Book.pdf): análise da lista longa e análise da lista curta. O critério de decisão da análise da lista longa pode ser mais expedito. Já a análise da lista curta deve ser baseada em uma análise custo benefício, sempre que possível e recomendável, ou em uma análise custo-efetividade (quando os benefícios esperados das alternativas são semelhantes).

67. Por fim, no que tange à determinação para que a SecexSaúde monitore a apresentação do plano de ação e, caso oportuno, a implementação das medidas elencadas, tal unidade especializada deverá levar em consideração a orientação constante do Acórdão 2.608/2018-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, por meio do qual este colegiado recomendou que fossem avaliados nos trabalhos desta Corte (para políticas públicas de alta materialidade, relevância e risco) a maturidade da governança e da gestão das políticas públicas auditadas e os resultados alcançados em função dos recursos públicos empregados.

68. Ainda quanto a esse aspecto, destaco que além da avaliação do plano de ação apresentado pelo Ministério da Saúde, há que ser avaliado o grau de aderência desse ministério aos ditames do Decreto 9.203/2017, que inaugurou a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

69. Tal normativo traz princípios, diretrizes e mecanismos de governança que deveriam estar sendo observados pelos Ministros de Estado e suas lideranças há quase dois anos e, caso estejam sendo devidamente implementados, tendem a mitigar boa parte das deficiências e dos riscos identificados neste trabalho. Com a edição de uma política pública específica para melhorar a governança no âmbito federal, todos os desdobramentos dela decorrentes devem ser investigados em qualquer trabalho sobre políticas públicas que o Tribunal se proponha a realizar.

IX

70. Diante do quadro apresentado nesta fiscalização e tendo em conta a natureza do achado de auditoria aqui presente, reputo de todo adequado o encaminhamento sugerido pela equipe de auditoria como forma de contribuir para o aperfeiçoamento da política pública em questão, sem prejuízo dos acréscimos que julguei necessários e do envio de cópia desta deliberação à Segecex, uma vez que foi noticiado ao meu Gabinete que a presente auditoria operacional vai compor o Relatório de Políticas e Programas de Governo deste ano.

Isso posto, manifestando-me de acordo com a abordagem realizada pela equipe de auditores, a quem elevo meus louvores pelo profícuo trabalho produzido, sem olvidar os gestores e os especialistas envolvidos que, com sua participação, tiveram papel decisivo para os resultados que ora se apresentam, VOTO por que seja adotada a deliberação que ora submeto à apreciação deste Colegiado.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 21 de agosto de 2019.

Ministro JOÃO AUGUSTO RIBEIRO NARDES
Relator