

Política de Atenção Oncológica no Brasil

Fontoura Costa, José Augusto¹

Sola, Fernanda²

Silva Madureira, Amanda³

¹Universidade de São Paulo/Departamento de Direito, São Paulo, Brasil, jafontouracosta@gmail.com

²Universidade Ceuma/Departamento de Direito, São Luís, Brasil, sollafernanda@gmail.com

³Universidade Ceuma/Departamento de Direito, São Luís, Brasil, madureira.amanda@gmail.com

Resumo: O presente artigo objetivou contextualizar a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) brasileira e a construção/reconstrução dos eixos de articulação entre o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde dos estados e municípios. Teve como escopo, ainda, analisar fragilidade e a fragmentaridade do acesso da população à referida política, tendo em vista às disparidades sociais e regionais do país, bem como a insuficiência de investimento e a pouca racionalidade do SUS, o que resultou na incapacidade de provimento de tecnologias a operacionalização do sistema. À guisa de conclusão, pode-se perceber que o desenho da PNAO, que prevê metas uniformes para a assistência médica no Brasil, não leva em conta as particularidades regionais e isso cria compromete a eficácia da própria política e obstaculiza o tratamento dos pacientes.

Palavras-chave: direito à saúde, política nacional de atenção oncológica, disparidades sociais e regionais, equidade em saúde.

I. INTRODUÇÃO

O tratamento do paciente oncológico entrou na agenda de saúde pública por meio das entidades filantrópicas no país. Àquela época, entre meados de 1950, o câncer não se apresentava como um motivo determinante na estruturação de uma política específica. Dessa forma, o câncer conviveu no mesmo arranjo de saúde pública já existente em relação a outras doenças crônico-degenerativas ou de grande amplitude social, como a lepra e a tuberculose, por não haver tanta incidência epidemiológica naquele então⁽¹⁾.

Atualmente, o câncer é uma doença que poderá alcançar mais de 600 mil casos a cada ano no Brasil e figura como a segunda causa principal de morte no país, ficando apenas atrás das doenças cardiovasculares⁽²⁾. De acordo com o relatório elaborado por aproximadamente cinquenta entidades que compõem o movimento Todos Contra o Câncer, cerca de 60% dos pacientes com câncer são diagnosticados já em estágio avançado no Brasil e, para alguns tipos, como o câncer de pulmão, esse percentual é ainda mais elevado – 87,9% dos casos são descobertos tardiamente⁽³⁾.

Os tipos de câncer mais comuns, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, foram o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões). Em função do mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 milhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos)⁽⁴⁾.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) teve como eixo de articulação o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados e municípios por meio da Portaria GM/MS 2.439/2005. A portaria que define a PNAO se constitui a partir dos componentes fundamentais, a saber: promoção e vigilância em saúde; atenção básica, média complexidade; alta complexidade; Centros de Referência de Alta

Complexidade em Oncologia; Plano de Controle do tabagismo e outros fatores de risco, do câncer do colo do útero e da mama; regulamentação suplementar e complementar; regulação, fiscalização, controle e avaliação; sistema de informação; diretrizes nacionais para a atenção oncológica; avaliação tecnológica; educação permanente e capacitação; pesquisa sobre o câncer⁽⁵⁾.

A Lei 8.080/90, Lei Orgânica do SUS, relaciona entre os princípios do SUS, o princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e o princípio da integralidade da assistência em saúde, a Portaria SAS/MS 741, de 19/12/2005 tem como objetivo estruturar os parâmetros de distribuição demográfica, produção e avaliação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e a Portaria SAS 62, de 11/03/2009 determinou à Coordenação-Geral da Alta Complexidade em conjunto com o Inca e com a Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, o monitoramento e avaliação contínua e anual dos estabelecimentos habilitados para prestar serviços de oncologia⁽⁶⁾.

Outrossim, a Política prevê o fomento, a coordenação e a execução de projetos de incorporação tecnológica por meio de estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade da atenção oncológica no Brasil; o aprimoramento da gestão; a qualificação do intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais; qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde e o incentivo à pesquisa sobre atenção oncológica⁽⁶⁾.

A portaria da Secretaria de Atenção e Saúde do Ministério da Saúde define que a rede de atenção oncológica será composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONS), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Entende-se por Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Entende-se por Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer⁽⁵⁾.

O Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, CACON, deve exercer o papel auxiliar de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica e que possua os seguintes atributos: I. Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº. 1.000, de 15 de abril de 2004; II. Ter uma base territorial de atuação, conforme os seguintes parâmetros: 01 Centro de Referência para até 12.000 casos novos anuais; 02 Centros de Referência para >12.000 - 24.000 casos novos anuais; 03 Centros de Referência para >24.000 - 48.000 casos novos anuais; 04 Centros de Referência para > 48.000 - 96.000 casos novos anuais; 05 Centros de Referência para > 96.000 casos novos anuais. As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia podem prestar atendimento em serviços como cirurgia oncológica; oncologia clínica; serviço de radioterapia; serviço de cirurgia oncológica; serviço de oncologia clínica; serviço de hematologia; serviço de oncologia pediátrica⁽⁵⁾.

A estrutura física e funcional mínima e de recursos para serviços hospitalares gerais e específicos em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia deve compreender ambulatório; pronto-atendimento; serviços de diagnóstico; enfermarias; centro cirúrgico; unidade de terapia intensiva; hemoterapia; farmácia hospitalar; apoio multidisciplinar; transplantes; cuidados paliativos; serviço de cirurgia oncológica; serviço de oncologia clínica; radioterapia; hematologia e oncologia pediátrica⁽⁵⁾.

A Política de Atenção Oncológica também previu unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) que deve ser calculado por no mínimo cada 1.000 casos novos anuais, excetuando-se o câncer de pele. Quando o número anual for inferior a 1000, deverá ser avaliada a possibilidade de acesso regional. Estima-se, ainda, que para 1.000 casos novos de câncer espera-se que 500 a 600 casos necessitem de cirurgia oncológica; 700 casos necessitem de quimioterapia; 600 casos necessitem de radioterapia. No caso de hospitais que ofereçam menos de 400 atendimentos ao ano, o gestor do Sistema Único de Saúde deverá ser habilitado como CACON e obedecer aos parâmetros anteriormente elencados⁽⁵⁾.

II. MÉTODO

O método de pesquisa escolhido foi descritivo e exploratório tendo como procedimento a pesquisa bibliográfica e documental. O estudo se inicia com a operacionalização e formulação da agenda política oncológica brasileira. O acesso a dados disponíveis do Ministério da Saúde, Tribunal de Contas da União, IBGE e Portal de Dados permitiram constatar que entre a prevenção e o tratamento, muitos cidadãos nunca terão o cuidado em saúde adequado.

III. RESULTADOS

Percebe-se que a Política de Atenção Oncológica preocupou-se em garantir padrões equitativos regionais de acesso público ao prever tanto as metas para a realização de cirurgias oncológicas quanto de tratamento de radioterapia e quimioterapia. Entretanto, a realidade brasileira sequer consegue, em muitas cidades do país, ofertar o diagnóstico célere, condição indispensável para o sucesso do tratamento do paciente oncológico. Imagina-se, no caso em tela, uma grande estrutura de concreto, porque construída mas sem dispor de equipamentos básicos. Explica-se. A insuficiência de investimentos no Sistema Único de Saúde resultou na incapacidade de provimento de tecnologias à sua operacionalização, das mais simples às mais complexas.

Os últimos dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes ao ano de 2009 apontavam que apenas uma pequena parcela dos equipamentos existentes no país estava à época disponibilizada para os atendimentos pelo SUS, responsável por atender mais de 70% da população⁽²⁾.

De 2009 para cá, a situação restou inalterada. A localização espacialmente concentrada de equipamentos básicos como mamógrafos, aparelhos de ressonância magnética, tomógrafos e ultrassonógrafos explica em parte, o fato de que estejam indisponíveis para o SUS cerca de 67,2% do total dos equipamentos de diagnóstico através de imagem existentes no país em janeiro de 2015. Acresce-se ao fato de que a crescente concentração de equipamentos em algumas regiões consideradas de maior desenvolvimento resulta em uma intensa desigualdade inter-regional⁽²⁾.

Tabela 1 distribuição regional dos equipamentos básicos de mamógrafo

Região	Quantidade	Equipamentos/ 100.000 hab
Norte	172	0,73
Nordeste	839	1,47
Sudeste	1.927	2,23
Sul	597	2,03
Centro-Oeste	296	1,86

Fonte: Autores¹.

Tabela 2 distribuição regional dos equipamentos básicos de Ressonância Magnética

Região	Quantidade	Equipamentos/ 100.000 hab
Norte	95	0,44
Nordeste	277	0,49
Sudeste	946	1,09
Sul	340	1,15
Centro-Oeste	157	0,99

Fonte: Autores.

Nesse sentido, não é preciso muito esforço para perceber que o desenho da Política Nacional de Atenção Oncológica que prevê metas uniformes para a assistência médica no Brasil, não leva em conta as particularidades regionais. Em 2011, o Tribunal de Contas da União realizou uma auditoria no Ministério da Saúde, especificamente na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e no Instituto Nacional de Câncer (Inca), com o objetivo de avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica em relação à oferta dos serviços de diagnóstico e tratamento oncológico à população brasileira⁽⁶⁾. Dois pontos de destaque nortearam a elaboração do documento: a estrutura da rede de atenção oncológica tem possibilitado aos doentes de câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento? As condutas terapêuticas disponibilizadas aos pacientes do SUS estão suficientemente atualizadas, segundo a percepção dos especialistas que atuam na área de oncologia⁽⁶⁾.

Em relação à rede de atenção oncológica, é possível afirmar que a mesma não se mostra suficiente para atender a toda a demanda dos pacientes por diagnóstico e tratamento de câncer. De acordo com a capacidade instalada e da produção da rede de oncologia desenvolvido pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica do Inca até o ano de 2011, estima-se a necessidade de 375 Unidades de Assistência Oncológica (UNACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade (CACON)⁽⁶⁾.

O levantamento do Inca evidencia déficit na capacidade instalada de cirurgia, de 44 unidades de atendimento de quimioterapia; de 39 unidades de quimioterapia e de 135 unidades de atendimentos de radioterapia. Uma das maiores carências é justamente a insuficiência de equipamentos para radioterapia, localizadas nos estados de Amazonas, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia e Tocantins, cujo déficit é igual ou superior a 50% das demandas, além de Amapá e Roraima, onde não há serviços de radioterapia⁽⁶⁾.

Um ponto que merece destaque nesse contexto é a aprovação da Lei 12.732 de 2012 que dispõe que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de

¹ A quantidade dos aparelhos está referida em IPEA⁽²⁾. O cálculo *per capita* utilizou dados populacionais disponíveis em IBGE, 2016.

Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. Para efeito do prazo estipulado, qual seja, de 60 dias, tem-se o início do tratamento da neoplasia maligna com a realização de terapia cirúrgica, ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, de acordo com a necessidade terapêutica do caso.

Ora, não é preciso ter conhecimento técnico de logística operacional para chegar à conclusão de que o prazo dado de 60 dias é inexecutável diante da escassez de equipamentos e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia no país.

Ao comparar o Brasil e o Reino Unido, estamos aquém do ideal. No Reino Unido, por exemplo, considerando o conjunto de tratamentos oncológicos, mais de 99% dos pacientes tiveram, dentro de um mês, acesso ao tratamento a contar do diagnóstico. O Canadá não fica atrás. Ao menos 75% dos tratamentos radioterápicos são iniciados em até 28 dias da data em que o paciente está pronto para ser tratado. De acordo com a base de dados disponível do Ministério da Saúde, por meio das Apacs (Autorização para Procedimento de Alta Complexidade), o tempo médio de espera entre a data do diagnóstico e o início dos tratamentos foi 76,3 dias. Os mesmos dados demonstraram que apenas 35, 6% dos pacientes com Apac registrada conseguiram iniciar seus tratamentos nos primeiros 30 dias a partir do diagnóstico⁽⁶⁾.

É importante registrar, ainda, que a avaliação da implementação da Política Oncológica confirmou as carências dos serviços de radioterapia apontadas nos controles realizados pelo Instituto Nacional do Câncer. A estimativa da demanda por atendimento foi realizada tomando por base os parâmetros definidos na Portaria SAS/MS 741/2005, que prevê cerca de 600 tratamentos de radioterapia por cada mil casos de câncer, aplicada sobre as estimativas para novos casos de câncer realizadas pelo Inca para o ano de 2010⁽⁷⁾.

Para amenizar a ausência de equipamentos destinados ao paciente oncológico, a sociedade civil começou a pressionar o Ministério da Saúde para a urgente cobertura das doenças neoplásicas. Nesse sentido, o governo criou o Programa Mais Saúde: direito de todos 2008 – 2011 tendo como um dos principais eixos a cobertura oncológica.

Inicialmente, foram estabelecidas as seguintes metas como a aquisição de 24 equipamentos de megavoltagem de radioterapia, ao custo de R\$2 milhões de reais; implantação de 20 novos Cacons, ao custo de R\$ 6 milhões por Cacon; ampliação do acesso aos serviços de oncologia por meio de habilitação e custeio de 40 Cacons, ao custo unitário anual de R\$ 5 milhões. Devido ao período de recessão econômica, as metas foram revistas. De 24 equipamentos de radioterapia inicialmente previstos, a meta foi reformulada para apenas oito equipamentos. A meta de instalação dos Cacons foi reduzida de 20 para 10⁽⁶⁾.

IV. CONCLUSIONES

É possível inferir que os tempos de espera dos doentes de câncer no Brasil estão bem distantes dos padrões internacionais. Para iniciar a radioterapia, o paciente chega a esperar cinco vezes mais do que um paciente no Reino Unido⁽⁶⁾.

Constatou-se, também que a distribuição de equipamentos básicos para o diagnóstico de doenças oncológicas é desigual entre as regiões do país, ficando muito aquém nas regiões cujo IDH é mais baixo. Outra carência importante é a insuficiência de equipamentos para radioterapia, cujo déficit é igual ou superior a 50% das demandas nos estados de Amazonas, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia e Tocantins, além de ser inexistente no Amapá e Roraima que não contam com serviços de radioterapia para a população afetada⁽⁶⁾.

A estruturação da rede de atenção oncológica no Brasil encontra obstáculos que vão desde as limitações orçamentárias até a questões operacionais. Ao considerar a diversidade e caracterização das regiões do país, é possível vislumbrar que a gestão, a depender de cada estado, pode reduzir o prazo para início de tratamento, e que uma agenda regional talvez fosse mais indicada para a abordagem acurada das metas de atenção oncológica no Brasil.

REFERENCIAS

1. Teixeira LA, Porto M, Botelho P. Políticas Públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;20 (3):375-380.
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Boletim de Políticas Sociais* 2016;24(3):131-201.
3. Todos contra o Câncer. Relatório sobre a incidência de câncer no país. [Internet]. 2015 [acesso em 2017 out 8];20-50.
4. Organização Mundial de Saúde (OMS). 2008. [acesso em 2010 dez. 10]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Relatório da Política Nacional Oncológica* 2005;26:1-8.
6. Brasil. Tribunal de Contas da União (TCU). *Relatório de Auditoria Operacional da Política Nacional de Atenção Oncológica*. 2011;1-50.
7. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Relatório de Gestão 2009*. [Internet]. 2010 [acesso em 2016 nov 10]; 33-80. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa200911201.pdf>.