



CGU

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Secretaria de Atenção à Saúde

Exercício 2017

09 de julho de 2018

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União - CGU
Secretaria Federal de Controle Interno

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Órgão: **MINISTERIO DA SAUDE**

Unidade Examinada: **Secretaria de Atenção à Saúde**

Município/UF: **Brasília/Distrito Federal**

Ordem de Serviço: **201801209**

Missão

Promover o aperfeiçoamento e a transparência da Gestão Pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por meio da avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto.

Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão

Consiste na avaliação da gestão de órgãos e entidades da Administração Pública do Poder Executivo Federal por meio de um macroprocesso diretamente relacionado ao cumprimento da missão institucional da unidade avaliada.

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO PELA CGU?

Por meio desse relatório, apresentam-se os resultados da auditoria referente à atuação do Ministério da Saúde como gestor central da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS (PNPCC).

O objetivo foi avaliar se o Ministério da Saúde utiliza as ferramentas adequadas para monitorar as ações executadas no âmbito da PNPCC, inclusive quanto ao alinhamento entre sua atuação e os objetivos da Política.

Além disso, buscou-se avaliar a adoção de providências diante de situações que prejudicam o alcance dos objetivos da PNPCC. atuação e os objetivos da Política.

POR QUE A CGU REALIZOU ESSE TRABALHO?

Esse trabalho integra uma estratégia de avaliação sistemática da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS, na qual a CGU avalia diversos aspectos relacionados à atuação do Ministério da Saúde nessa política.

Sobre isso, percebe-se que existem carências na oferta de tratamento contra o câncer em diversas regiões do país, o que demanda a atuação conjunta e coordenada dos agentes públicos do SUS em todas as esferas federativas.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde atua como gestor central da PNPCC, provendo recursos a serem empregados nas ações de prevenção e combate ao câncer, além de uma série de ações de caráter estratégico e tático para essa Política, tais como a habilitação de estabelecimentos e a incorporação de tecnologias.

QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS PELA CGU? QUAIS AS RECOMENDAÇÕES QUE DEVERÃO SER ADOTADAS?

Os resultados dessa auditoria indicam que o Ministério da Saúde não possui uma estrutura de governança suficiente para monitorar com objetividade a sua atuação como gestor central da PNPCC. A sua atuação em questões operacionais prejudica o monitoramento dessa Política em nível nacional.

Nesse sentido, verificou-se que a atuação do Ministério da Saúde não tem sido suficiente para expandir a oferta de tratamentos oncológicos para regiões onde não há hospitais que prestem esse tipo de atendimento (vazios assistenciais). Verificou-se, também, que as estratégias utilizadas para monitorar a oferta de tratamentos contra o câncer no SUS carecem de aprimoramento.

Nesse contexto, foram emitidas recomendações voltadas a aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor estratégico e tático da PNPCC, incluindo mudanças na metodologia de monitoramento das ações e na adoção de providências diante de situações indesejadas.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CACON – Centro de Assistência Especializada em Oncologia
CEONC – Centro de Oncologia de Cascavel
CGAE – Coordenação-Geral de Atenção Especializada
CGU – Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União
CID – Código Internacional de Doenças
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAET – Departamento de Atenção Especializada e Temática
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
GM – Gabinete do Ministro/MS
IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INCA – Instituto Nacional do Câncer
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
ION – Instituto de Oncologia da Bahia
MAC – Média e Alta Complexidade
MS – Ministério da Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PNPCC – Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PNS – Plano Nacional de Saúde
RAG – Relatório Anual de Gestão
RHC – Registros Hospitalares de Câncer
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIOP – Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
SUS – Sistema Único de Saúde
UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
RESULTADOS DOS EXAMES	8
1. Considerações sobre os objetivos, as metas e os indicadores da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no SUS	8
2. Quantidade insuficiente de hospitais que realizam atendimento oncológico pelo SUS em diversas regiões do país	15
3. Existência de hospitais que ofertam tratamento contra o câncer em quantitativo inferior ao mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde	26
RECOMENDAÇÕES	36
CONCLUSÃO	37

INTRODUÇÃO

Trata-se de ação de controle voltada a avaliar a atuação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) como gestor central da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS, conforme Portaria GM/MS nº 874/2013 e Portaria SAS /MS nº 140/2014. Trata-se de uma etapa da estratégia de avaliação, por parte da CGU, da PNPCC. Essa ação de controle específica tem o propósito de responder às seguintes questões de auditoria:

Foram instituídos indicadores e metas para o monitoramento da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer?

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) atua na organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas de forma a compatibilizar a oferta e a demanda por procedimentos de oncologia e ampliar o acesso ao tratamento oncológico no país?

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotou as devidas providências nos casos em que a oferta de tratamentos oncológicos no SUS ficou aquém do esperado?

Essas verificações assumem grande importância em um contexto onde há grandes desafios a serem enfrentados pela Administração Pública no que diz respeito à provisão de ações e serviços relacionados à oncologia no SUS, seja pela necessidade de ampliar a cobertura da assistência oncológica, seja pelos desafios para garantir a sustentabilidade econômica do setor.

Nesse contexto, essa auditoria utilizou dados contidos em sistemas de informações oficiais do SUS para avaliar a configuração atual da rede de atenção oncológica no SUS, identificando as localidades com maior carência por hospitais oncológicos, bem como aqueles hospitais que apresentam produtividade abaixo do esperado. Essas informações são consideradas para analisar de que forma o Ministério da Saúde tem atuado para mitigar essas situações que prejudicam os objetivos da PNPCC.

Esse relatório é composto por três achados de auditoria, sendo que o primeiro trata especificamente do monitoramento exercido pelo Ministério da Saúde acerca da PNPCC. Em seguida, são apresentadas informações acerca da distribuição territorial dos serviços de oncologia no Brasil, destacando as localidades com maior carência. O terceiro achado de auditoria trata do quantitativo de procedimentos oncológicos ofertados pelos hospitais habilitados no SUS e das providências cabíveis nessas situações. A parte final desse relatório contém a conclusão sobre os exames efetuados, bem como as respostas às questões de auditoria.

RESULTADOS DOS EXAMES

1. Considerações sobre os objetivos, as metas e os indicadores da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no SUS

A oferta de tratamentos contra o câncer no SUS consiste em um dos principais produtos da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que é uma estratégia nacional de enfrentamento do câncer no SUS, por meio da atuação integrada e coordenada entre União, Estados e Municípios. De acordo com o art. 2 da Portaria GM/MS nº 874/2013, os objetivos da PNPCC são:

- Redução da mortalidade causada pelo câncer;
- Redução dos casos de incapacidade causadas pelo câncer;
- Diminuição da incidência de alguns tipos de câncer
- Melhoria da qualidade de vida dos portadores de câncer

Ainda de acordo com essa portaria, a busca por tais objetivos será feita por meio da realização de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. A divisão de responsabilidades e de competências entre os três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) é feita com base na definição de responsabilidades comuns aos três entes (art. 21) e de responsabilidades específicas (art. 22 a 24).

O quadro a seguir sintetiza algumas das principais responsabilidades e competências na PNPCC definidas na Portaria GM/MS nº 874/2013.

Quadro 01: Competências federativas na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

COMPETÊNCIAS COMUNS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESTADOS, DF E MUNICÍPIOS)		
Organizar as redes de atenção oncológica		
Garantir infraestrutura nos estabelecimentos que prestam atendimento em oncologia pelo SUS		
Garantir o financiamento das ações em oncologia		
Monitorar e avaliar os serviços e as ações realizadas		
Promover a articulação interfederativa		
Garantir a formação e qualificação dos profissionais		
Regular o acesso dos pacientes às ações em oncologia		
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS		
MINISTÉRIO DA SAÚDE	ESTADOS E DISTRITO FEDERAL	MUNICÍPIOS
Apoiar Estados e Municípios na oferta de ações serviços em oncologia	Desenvolver e implantar planos regionais em oncologia	Planejar e programar as ações e os serviços em oncologia
Planejar e programar as ações e serviços de saúde em nível nacional	Promover a regulação do acesso em nível regional	Promover a regulação do acesso em nível local

Consolidar e divulgar informações sobre a atenção oncológica	Garantir registros nos sistemas informatizados	Garantir registros nos sistemas informatizados
Definir diretrizes, protocolos e incorporar tecnologias	Gerenciar os estabelecimentos estaduais	Gerenciar os estabelecimentos municipais
Habilitar serviços em oncologia		

Fonte: Elaboração própria, com base na Portaria GM/MS nº 874/2013

No que diz respeito especificamente à oferta de tratamentos contra o câncer, percebe-se que a gestão dos hospitais habilitados é de competência dos gestores estaduais e municipais, cabendo ao Ministério da Saúde principalmente o apoio para a organização das redes de atenção, a definição de diretrizes para tratamentos, a gestão estratégica das informações produzidas etc.

Percebe-se, portanto, que as ações de cunho operacionais são desempenhadas principalmente pelos estados e pelos municípios, enquanto que é reservado ao Ministério da Saúde a atuação como ator central da gestão tática e estratégica da PNPCC. Um grande desafio que surge nesse cenário é a definição clara dos papéis de cada ente na PNPCC (competências) e como eles devem atuar de forma harmônica e coordenada na busca pelos objetivos definidos (articulação interfederativa).

Fazendo um paralelo com a teoria do planejamento estratégico, é possível interpretar a PNPCC dentro de três dimensões: (i) Dimensão Estratégica: tendo como foco os objetivos da política pública; (ii) Dimensão Tática: definição de “como” e “onde” as ações serão realizadas – definição dos insumos (inputs) a serem empregados na política; e (iii) Dimensão Operacional: execução das tarefas (atividades) necessárias para o sucesso da política. A imagem a seguir indica como essas dimensões podem ser identificadas dentro da PNPCC.

Imagem 01 – Dimensões da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer



Fonte: Elaboração própria, com base na Portaria GM/MS nº 874/2013

Convém destacar que esse modelo de dimensões da PNPCC foi elaborado pela equipe de auditoria da CGU para sustentar o raciocínio sobre as competências e a atuação do Ministério da Saúde na execução dessa política. Não se trata, portanto, de um produto oficial da PNPCC e tampouco se destina a tratar todas as atividades afetas à essa política de forma exaustiva. Destina-se, basicamente, a ilustrar que compete ao Ministério da

Saúde atuar principalmente sobre as dimensões estratégica (“por quê fazer”) e tática (“como fazer”), sendo que a dimensão operacional (“o que fazer”) fica a cargo dos entes subnacionais.

Ainda no que diz respeito ao planejamento estratégico da PNPCC, a Portaria GM/MS nº 874/2013 estabelece que devem ser instituídos parâmetros, metas e indicadores destinados à avaliação e ao monitoramento da Política, e que esses deverão constar nos principais instrumentos de gestão utilizados no SUS, quais sejam: Planos de Saúde (etapa de planejamento), Programações Anuais de Saúde (etapa de programação) e Relatórios Anuais de Gestão (etapa de prestação de contas).

Visando avaliar como a PNPCC é tratada nesses instrumentos, foram analisados (i) o Plano Nacional de Saúde para os anos de 2016-2019, (ii) a Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde para o ano de 2017 e o (iii) Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde referente ao exercício 2017. Seguem informações sobre cada um desses instrumentos

(i) PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2016-2019: Esse documento possui três metas diretamente relacionadas à PNPCC, sendo duas relacionadas à ampliação da oferta de procedimentos diagnóstico (realização de 15 milhões de mamografias e de 30 milhões de exames citopatológicos) e uma relacionada à ampliação da oferta de tratamentos (implantar 80 soluções de radioterapia). Quanto aos indicadores, foram instituídos dois com relação direta com a PNPCC, são eles: Taxa de Mortalidade Específica por Neoplasias Malignas e Taxa de Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Destaca-se que esse documento não indica as metas para cada um desses indicadores. Destaca-se, também, que essas metas e indicadores contidos no Plano Nacional de Saúde 2016-2019 são as mesmas contidas no Plano Plurianual 2016-2019 do Governo Federal.

(ii) PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS) 2017: Esse documento, que visa operacionalizar as metas contidas no Plano Nacional de Saúde, indica quantas mamografias (3,4 milhões) e quantos exames citopatológicos (7,5 milhões) devem ser realizados em 2017. Indica também que a meta para o ano era de implantar 20 das 80 soluções de radioterapia previstas. Não há menção aos indicadores (taxas de mortalidade) instituídos no Plano Nacional de Saúde.

(iii) RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG) 2017: Nesse documento consta o resultado das metas contidas no PAS 2017. Foram realizadas 2,6 milhões das 3,4 milhões de mamografias programadas e 6,8 milhões dos 7,5 milhões de exames citopatológicos previstos. Além disso, 4 das 20 soluções de radioterapia previstas para o exercício foram entregues. Quanto às taxas de mortalidade específica por neoplasias malignas e prematura por DCNT, o RAG indica que houve aumento na primeira e diminuição na segunda (em relação ao ano de 2013). Não constam outras informações sobre oncologia nesse documento.

Em suma, os instrumentos oficiais de planejamento e gestão do SUS no nível federal tratam das ações de controle e combate ao câncer em 5 pontos: diagnóstico do câncer de mama, diagnóstico do câncer de colo do útero, expansão da oferta de radioterapia, mortalidade específica por câncer e mortalidade prematura por doenças crônicas.

Nesse sentido, foi solicitado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) maiores informações sobre as metas e os indicadores utilizados por aquela unidade para monitorar o alcance dos objetivos da PNPCC, especificamente quanto à oferta de tratamentos oncológicos. Em resposta, a SAS/MS informou que considera os parâmetros contidos na Portaria SAS/MS nº 140/2014, que indica que deve haver um estabelecimento habilitado para cada 500 mil habitantes ou a cada 900 casos novos de câncer por ano. Informou também que cada hospital habilitado deve realizar 650 cirurgias oncológicas, 5.300 procedimentos de quimioterapia e 43.000 campos de radioterapia por equipamento instalado ao ano.

A SAS/MS argumentou, ainda, que as metas das ações e serviços a serem ofertados por cada hospital habilitado “devem ser estabelecidas localmente, mediante os contratos e/ou convênios realizados com os gestores locais”.

Quanto aos indicadores utilizados, a SAS/MS citou indicadores contidos na Portaria SAS/MS nº 140/2014, tais como a mediana do tempo para início do tratamento e o número de novos casos de câncer registrados no RHC. Além desses, informou que utiliza alguns indicadores para a “avaliação hospitalar e ambulatorial em oncologia”. Esses indicadores podem ser sintetizados da seguinte forma:

- Abrangência da assistência oncológica hospitalar
- Valor médio da quimioterapia
- Valor médio das cirurgias oncológicas
- Quantidade de Campos de radioterapia por planejamento
- Proporção de cirurgias oncológicas por especialidade (um indicador por especialidade)
- Percentual de cada tipo de quimioterapia em relação ao total de quimioterapias realizadas (um indicador para cada tipo)
- Proporção de cirurgias com CID de câncer
- Percentual de tratamentos de intercorrências clínicas

Ao todo, foram apresentados 34 indicadores que se enquadram nas categorias supracitadas. Ainda sobre isso, a SAS/MS informou que “os indicadores de 2016 e 2017 estão em processo de elaboração e assim que finalizados serão encaminhados para os gestores locais”.

Isso revela que o processo de monitoramento da oferta de tratamentos no âmbito da PNPCC pelo Ministério da Saúde apresenta fragilidades, tais como as seguintes:

1 – Intempestividade das informações: Apesar de apresentar os indicadores, o Ministério da Saúde informou que em 2018 ainda não concluiu a apuração referente a 2016.

2 – Foco inadequado: Os indicadores apresentados pela SAS/MS se referem basicamente à quantidade de procedimentos realizados pelos hospitais habilitados, ou seja, se referem à Dimensão Operacional da PNPCC, que diz respeito basicamente à atuação dos gestores estaduais e municipais do SUS. Não foram apresentados indicadores relacionados às Dimensões Tática e Estratégica da Política, tais como a proporção de pacientes atendidos em relação ao total estimado, a quantidade de

pacientes atendidos no SUS que possuem planos de saúde, dentre outros. Por isso, os indicadores apresentados possuem baixa utilidade para as tomadas de decisões de competência do Ministério da Saúde, que normalmente possuem alcance nacional.

3 – Falta de desagregabilidade e historicidade: Além das duas fragilidades supracitadas, observa-se que os indicadores não apresentam plenamente dois atributos básicos de um indicador: a desagregabilidade e a historicidade. A desagregabilidade consiste na possibilidade de extrair informações desagregadas dos indicadores em termos geográficos, socio-demográficos e socioeconômicos. Para o gestor no nível nacional (Ministério da Saúde), é fundamental que os indicadores permitam análises desagregadas (exemplo: quais as regiões do país onde são realizadas poucas cirurgias oncológicas em relação à incidência prevista?). Já a historicidade diz respeito à existência de séries históricas que permitam a comparação das situações observadas ao longo do tempo, inclusive para inferir tendências. Para mais sobre atributos dos indicadores, ver Paulo Jannuzzi – Indicadores Sociais no Brasil.

Isso indica que a SAS não instituiu processo interno voltado ao monitoramento da PNCC por meio de indicadores, sobretudo quanto a aspectos estratégicos e táticos.

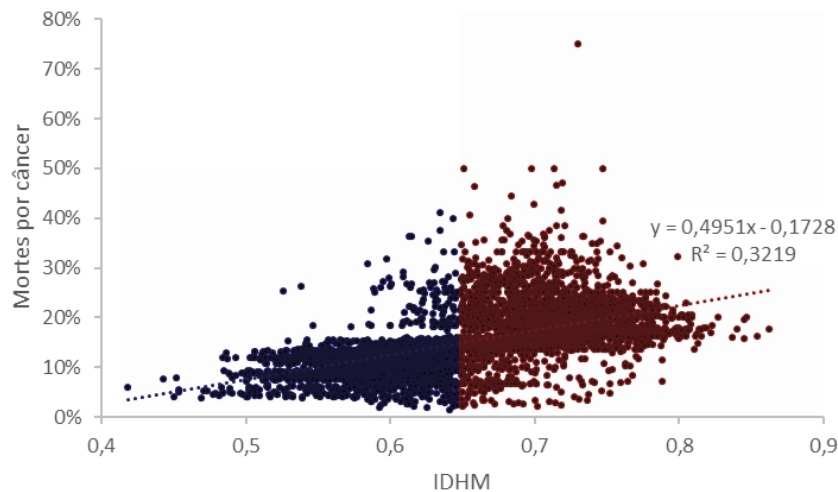
Cabe destacar que o combate ao câncer é um tema explorado por diversos atores no Brasil e no mundo e, por isso, existem diversos estudos, concluídos ou em andamento, capazes de subsidiar decisões nos níveis estratégico e operacional da PNCC. Além disso, existem diversas fontes de dados relacionados ao câncer e às respectivas estratégias de combate, o que permite a construção de um sistema de monitoramento robusto, sem a necessidade de coletar um grande volume de informações adicionais.

Uma estratégia interessante a ser adotada em um contexto como o de políticas contra o câncer, onde há diversas informações disponíveis e estudos produzidos, é estruturar um processo de meta-análise voltada à política pública. Com isso, a Administração Pública pode absorver parte do conhecimento produzido por outros atores (tais como universidades, institutos de pesquisas, organizações da sociedade civil etc.) de modo a utilizá-lo como subsídio para a tomada de decisão.

Além da meta-análise, é possível utilizar dados oficiais (sejam específicos sobre saúde ou afetos a outras áreas) para construir indicadores úteis para a gestão estratégica e tática da PNCC. Seguem breves análises sobre como os principais objetivos da PNCC (dimensão estratégica) podem ser monitorados por meio de dados oficiais e como essas informações podem gerar *insights* ou subsidiar decisões no nível nacional da PNCC

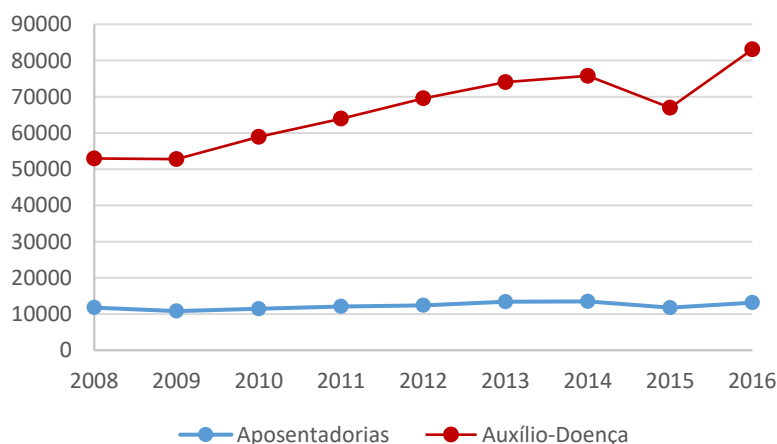
- **Redução da mortalidade causada pelo câncer:** A mortalidade é um dos principais aspectos relacionados à PNCC e, por isso, deve ser monitorada de forma intensa e detalhada pelo Ministério da Saúde. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que representa a principal fonte de dados para a análise sobre a mortalidade no Brasil indica que mais de 200 mil pessoas morrem em decorrência do câncer a cada ano. Em 2016, esse quantitativo representou cerca de 16% do total de mortes registradas no país. O gráfico a seguir indica a evolução das mortes causadas por câncer em relação ao total de mortes registradas no SIM entre 2006 e 2016. Nos estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e no Distrito Federal, essa proporção foi superior a 20% em 2016. Se compararmos os dados sobre mortalidade entre 2006 e 2016, percebe-se que somente nos estados de Roraima e do Rio Grande do Norte a proporção de mortes causadas pelo câncer em comparação ao total de

morte foi inferior em 2006 em comparação a 2016. Em termos absolutos, a quantidade de mortes causadas pelo câncer aumentou em todos os estados brasileiros nesse período. No Rio Grande do Sul, por exemplo, o total de mortes causadas pelo câncer saltou de 15.187 para 18.655 em 2017. Esses dados estão em consonância com a premissa de que há correlação entre mortalidade causada pelo câncer e nível de desenvolvimento da população. O gráfico abaixo, elaborado com informações do SIM e do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) calculado pelo IBGE ilustra essa relação.



Cada ponto do gráfico representa um município brasileiro e a relação entre as duas variáveis analisadas (mortes por câncer e IDHM). Os pontos em vermelho representam os municípios com IDHM superior a 0,65 (municípios mais desenvolvidos). Já os pontos em azul representam os municípios com IDHM inferiores a 0,65. Percebe-se que o câncer é a causa de 20% ou mais das mortes registradas em 36% dos municípios marcados em vermelho. Já no grupo em azul, o câncer representa 20% ou mais das mortes registradas em somente 4% dos municípios. Essa correlação entre desenvolvimento social e mortalidade por câncer, intensamente discutida na academia, indica que o Ministério da Saúde deve considerar esse fator (desenvolvimento social) ao decidir sobre a expansão de serviços

- **Redução dos casos de incapacidade causadas pelo câncer:** Uma forma de monitorar esse aspecto é por meio da concessão de benefícios pela previdência social. Os dados disponibilizados pelo INSS indicam que foram concedidos mais de 80 mil auxílios-doença decorrentes do câncer em 2016 e cerca de 13 mil aposentadorias por invalidez. O gráfico a seguir indica a quantidade desses benefícios concedidos entre 2008 e 2016 pelo INSS decorrentes do câncer



Isso indica que, assim como ocorre em relação à mortalidade, os casos de incapacidade causadas pelo câncer não têm reduzido nos últimos anos. Nesse sentido, cabe ao Ministério da Saúde, dentre outras ações, fomentar a empregabilidade de pessoas com câncer.

- **Diminuição da incidência de alguns tipos de câncer:** Sobre esse aspecto, os dados do INCA indicam que a incidência de câncer é crescente no país. A estimativa é de que ocorram 582 mil novos casos de câncer em 2018, o que representa uma taxa de 280 novos casos para cada 100 mil habitantes no país. A estimativa para 2008 era de 243 novos casos para cada 100 mil habitantes, ou seja, um aumento de 15% na incidência de câncer nos últimos dez anos.

Essas breves considerações sobre mortalidade, incapacidade e incidência de câncer indicam a tendência de crescimento desses eventos, o que vai de encontro aos objetivos da PNCC. Mais do que isso, servem para ilustrar a importância da compatibilização entre os indicadores utilizados pelo Ministério da Saúde (como por exemplo para monitorar a oferta de tratamentos contra o câncer) e os objetivos estratégicos da PNCC. Nesse contexto, o conjunto de metas e indicadores devem estar intimamente ligado aos objetivos, sejam esses objetivos estratégicos ou outros dentro da dimensão tática. Daí a importância de se estabelecer e de se formalizar esses instrumentos (objetivos, metas e indicadores) dentro da PNCC.

Além da dimensão estratégica, é fundamental a instituição de objetivos, metas e indicadores relacionados à dimensão tática da PNCC (tais como a formação de redes, o financiamento das ações etc.). A partir disso, o Ministério da Saúde poderá otimizar seus processos de trabalho, canalizando recursos e esforços para ações objetivamente relacionadas aos objetivos traçados. Esse aprimoramento na governança, com delimitação das competências, permitirá ao Ministério da Saúde coordenar a PNCC no nível nacional, diminuindo sua ação reativa à atuação dos gestores locais.

2. Quantidade insuficiente de hospitais que realizam atendimento oncológico pelo SUS em diversas regiões do país

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer no SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 874/2013, tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, 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.

Nesse contexto, atribui-se ao Ministério da Saúde a responsabilidade de estabelecer as diretrizes nacionais para a prevenção e controle do câncer e de articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS. Compete ao Ministério da Saúde, ainda, efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer.

O normativo que estabelece, de forma mais detalhada, como a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer do SUS deve se materializar em termos de oferta de assistência à população é a Portaria SAS/MS nº 140/2014. Ao estabelecer os parâmetros para o planejamento da assistência oncológica, a Portaria 140/2014 estabelece que os gestores públicos dos três níveis federativos devem elaborar Planos de Ação Regionais/Estaduais em Oncologia, que devem indicar os estabelecimentos que ofertam assistência oncológica, bem como como estes se organizam dentro de uma rede integrada e organizada.

Para que o Ministério da Saúde habilite um estabelecimento em oncologia, é necessário que este esteja formalmente incluído na Rede de Atenção Oncológica e que suas responsabilidades constem no respectivo Plano de Ação Regional em oncologia. O principal parâmetro adotado é que exista um hospital habilitado para cada 500 mil habitantes. Nesse contexto, a quantidade ideal de hospitais habilitados em oncologia para a cobertura da totalidade da população brasileira (207 milhões) é 414 hospitais. Se considerarmos a população por estados, a quantidade ideal de estabelecimentos habilitados em oncologia é de aproximadamente 400 hospitais.

Um parâmetro alternativo é de um estabelecimento habilitado para cada 900 casos novos de câncer. Esse parâmetro, de acordo com o Ministério da Saúde, é o utilizado para mensurar a necessidade de estabelecimentos na região sul e sudeste. Por conta disso, a estimativa é de que esses estados possuam mais de um estabelecimento para cada grupo de 500 mil habitantes. No estado do Rio Grande do Sul, que é a localidade com maior incidência de novos casos de câncer, o parâmetro adotado acarreta na necessidade de um estabelecimento para cada 220 mil habitantes.

Esse parâmetro de um estabelecimento para cada 900 novos casos também é adotado pelo Ministério da Saúde para estimar a necessidade de estabelecimentos nos estados de Santa Catarina, do Paraná, de São Paulo e do Rio de Janeiro. Nos casos de Minas Gerais e do Espírito Santo, o Ministério adota o parâmetro geral utilizado para os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste (um estabelecimento para cada 500 mil habitantes)

De acordo com essas estimativas do Ministério da Saúde, a necessidade total de estabelecimentos oncológicos no país chega a 508 estabelecimentos. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, existem atualmente 303 hospitais habilitados, ou seja, cerca de 60% do preconizado.

Somente o estado do Mato Grosso do Sul possui mais estabelecimentos habilitados (7) do que o necessário (5). Os estados do Rio Grande do Norte (7) e de Roraima (1) possuem a quantidade preconizada. Todos os demais possuem quantidade de hospitais habilitados aquém do necessário, considerando as estimativas do Ministério da Saúde.

Os estados com maior déficit na quantidade de hospitais habilitados em oncologia, em termos proporcionais, estão descritos no quadro a seguir.

Quadro 01: Estados com maior carência por hospitais habilitados em oncologia

ESTADO	QTDE NECESSÁRIA	QTDE EXISTENTE	DÉFICIT (%)
Amazonas	8	1	7 (87,5%)
Maranhão	14	3	9 (78,6%)
Pará	17	4	13 (76,5%)
Goiás	14	5	9 (64,3%)
Sergipe	5	2	3 (60%)

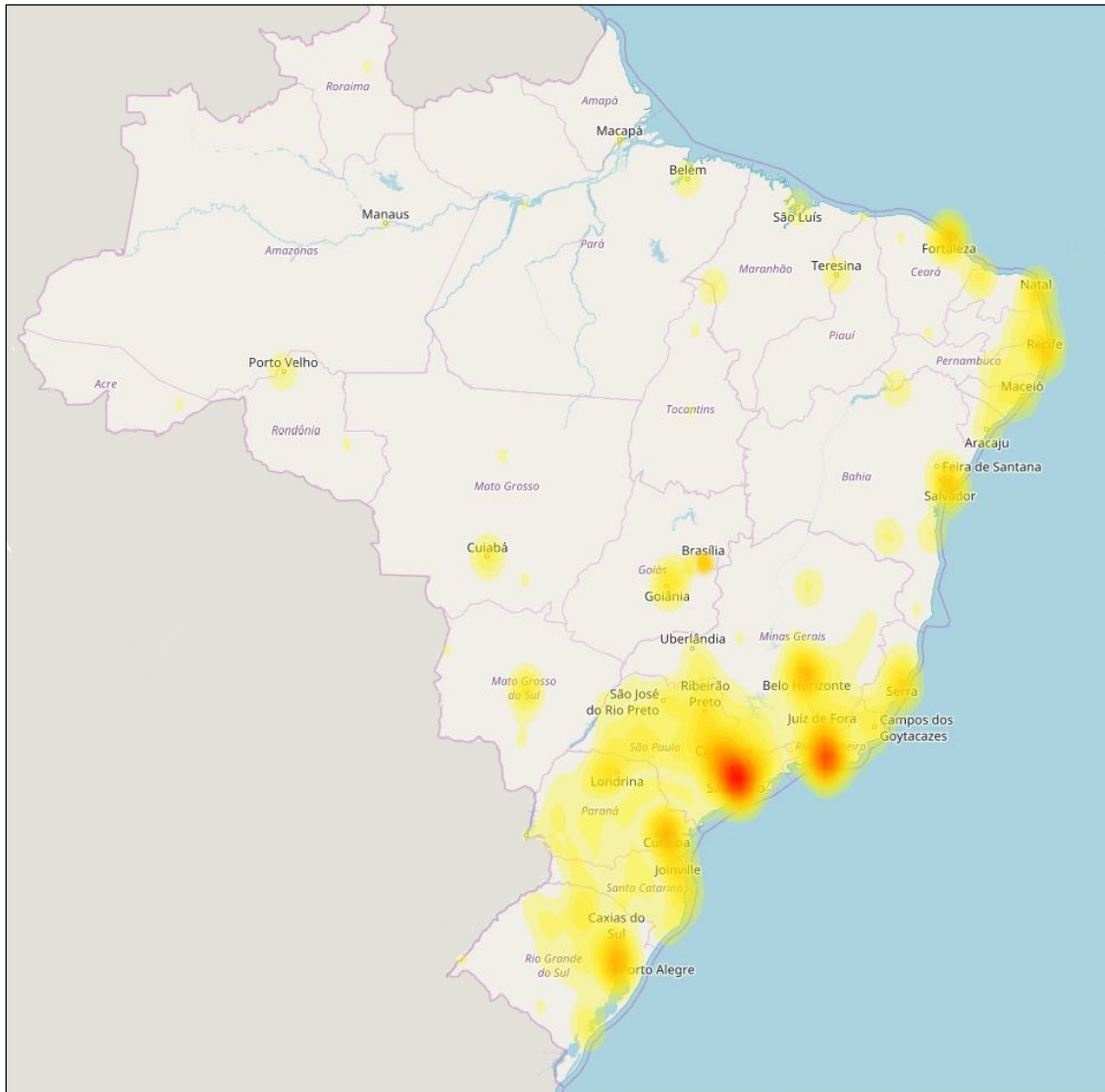
Fonte: Portaria SAS/MS nº 140/2014, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Nota Técnica nº 1.017/2018-CGAE/DAET/SAS/MS

De acordo com esse critério, há uma carência de mais de 200 hospitais habilitados em oncologia no país. Convém destacar que esse indicador não sintetiza grande parte das questões relacionadas à cobertura da assistência oncológica no SUS, sobretudo no que diz respeito à produtividade de cada hospital e à efetiva demanda por tratamentos oncológicos nas diferentes regiões do país. Não obstante, trata-se de uma evidência de que a oferta de tratamentos contra o câncer no país é significativamente defasada.

Ainda sobre a quantidade de hospitais que ofertam tratamentos oncológicos no SUS, verificou-se que somente 298 apresentaram produção ambulatorial referente à oncologia em 2017, conforme dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Isso indica que parte dos hospitais habilitados sequer atende em oncologia pelo SUS. Os aspectos relacionados à quantidade de tratamentos ofertados por esses hospitais são abordados em ponto específico desse relatório.

O mapa a seguir indica as localidades onde estão concentrados os 298 estabelecimentos que realizaram tratamentos oncológicos ambulatoriais no Brasil em 2017. Quanto mais escura for a marcação no mapa, maior é a concentração de hospitais oncológicos que atendem pelo SUS.

Imagem 01: Mapa que representa a concentração territorial dos estabelecimentos que ofertam tratamento contra o câncer no Brasil



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

Esses hospitais representados no mapa acima estão concentrados em 173 municípios do país. Conforme tratado nesse relatório, a concentração territorial é uma premissa da organização das redes de atenção oncológica. A diretriz é que os hospitais habilitados em oncologia sejam responsáveis pela cobertura populacional inclusive de municípios vizinhos àquele onde está instalado. Dessa forma, é mais adequado analisar a cobertura populacional com base nas regiões de saúde do que cada município isoladamente.

Nesse sentido, verifica-se que existem 437 regiões de saúde formalmente instituídas no Brasil. Dessas, 156 possuem estabelecimentos habilitados em oncologia, sendo que 121 regiões possuem cobertura superior ao parâmetro instituído pelo Ministério da Saúde, ou seja, possui um estabelecimento para grupos inferiores a 500 mil habitantes.

As regiões de saúde listadas são as que possuem a melhor relação entre quantidade de estabelecimentos pelo porte populacional. Nesses casos, a quantidade de habitantes para cada estabelecimento oncológico é inferior a 160 mil.

Quadro 02: Regiões de saúde com a melhor relação entre hospitais habilitados em oncologia e porte populacional

REGIÃO DE SAÚDE	UF	MUNICÍPIOS	RELAÇÃO ESTABELECIMENTOS / HABITANTES
Jales	SP	Aparecida d'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Parapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santana da Ponte Pensa, Santa Salete, São Francisco, Urânia, Vitória Brasil	1 estabelecimento / 103.948 habitantes
Corumbá	MS	Corumbá, Ladário	1 estabelecimento / 128.453 habitantes
Tupã	SP	Arco Iris, Bastos, Herculândia, Iacri, Parapuã, Queiroz, Rinópolis, Tupã	1 estabelecimento / 128.564 habitantes
Região 17 - Planalto	RS	Almirante Tamandaré do Sul, Camargo, Carazinho, Casca, Ciríaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Lagoa dos Três Cantos, Marau, Mato Castelhano, Montauri, Muliterno, Não-Me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Passo Fundo, Pontão, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, São Domingos do Sul, Serafina Corrêa, Sertão, Vanini, Victor Graeff, Vila Maria	1 estabelecimento / 133.792 habitantes
2ª Região de Saúde - Mossoró	RN	Apodi, Areia Branca, Augusto Severo, Baraúna, Caraúbas, Felipe Guerra, Governador Dix-Sept Rosado, Grossos, Messias, Targino, Mossoró, Serra do Mel, Tibau, Upanema	1 estabelecimento / 155.830 habitantes
Região 12 – Portal das Missões	RS	Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach, Tupanciretã	1 estabelecimento / 156.540 habitantes

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do CNES e do IBGE

As regiões indicadas no quadro acima são as que possuem as melhores relações entre hospitais oncológicos e porte populacional. Destaca-se que essa análise é importante para avaliar a cobertura da atenção oncológica no país, em que pese desconsiderar a efetiva produtividade dos hospitais e o fluxo de pacientes entre as diferentes regiões de saúde.

Por outro lado, dentre as 156 regiões de saúde que possuem estabelecimentos habilitados em oncologia, 35 apresentam proporção estabelecimentos/habitantes maior que 500 mil. Nos cinco piores casos, essa proporção supera a marca de 1 milhão de habitantes para cada estabelecimento oncológico. Segue relação das regiões com piores coberturas oncológica (dentre as que possuem hospitais habilitados):

Quadro 03: Regiões de saúde com a pior relação entre hospitais habilitados em oncologia e porte populacional

REGIÃO DE SAÚDE	UF	MAIOR MUNICÍPIO	RELAÇÃO ESTABELECIMENTOS / HABITANTES
Alto do Tietê	SP	Guarulhos	1 estabelecimento / 2.840.318 habitantes
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	AM	Manaus	1 estabelecimento / 2.334.394 habitantes
Caruaru	PE	Caruaru	1 estabelecimento / 1.310.903 habitantes
Feira de Santana	BA	Feira de Santana	1 estabelecimento / 1.156.963 habitantes
Metropolitana I	PA	Belém	1 estabelecimento / 1.056.180 habitantes

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do CNES e do IBGE

Além disso, destaca-se que as 281 regiões de saúde que não possuem hospitais habilitados em oncologia concentram mais de 66 milhões de habitantes, ou seja, cerca de 1/3 da população brasileira vive em regiões que não possuem hospitais habilitados para a oferta de tratamentos contra o câncer pelo SUS.

A população supera 500 mil habitantes em 19 dessas regiões de saúde. Isso significa que essas regiões de saúde atendem ao critério populacional indicado na Portaria SAS/MS nº 140/2014 e poderiam, portanto, possuir estabelecimentos oncológicos voltados a atender exclusivamente às populações daquelas regiões. Segue a relação de regiões de saúde com população superior a 500 mil habitantes e que não possuem estabelecimentos habilitados.

Quadro 04: Regiões de saúde com porte populacional superior a 500 mil habitantes que não possuem estabelecimentos habilitados em oncologia

REGIÃO DE SAÚDE	MAIOR MUNICÍPIO	UF	PORTE POPULACIONAL
Rota dos Bandeirantes	Osasco	SP	1.800.000
Mananciais	Taboão da Serra	SP	1.050.000
Metropolitana III	Castanhal	PA	870.000
Contagem	Contagem	MG	840.000
Centro Sul	Aparecida de Goiânia	GO	840.000
Camaçari	Camaçari	BA	800.000
Carajás	Marabá	PA	800.000
Serrinha	Serrinha	BA	650.000
Tocantins	Abaetetuba	PA	650.000

Palmares	Escada	PE	600.000
2ª Região Caucaia	Caucaia	CE	600.000
Entorno Sul	Luziânia	GO	600.000
Limoeiro	Carpina	PE	600.000
Franco da Rocha	Francisco Morato	SP	560.000
Alagoinhas	Alagoinhas	BA	550.000
Jequié	Jequié	BA	520.000
3ª Região Maracanaú	Maracanaú	CE	520.000
Araguaia	São Felix do Xingú	PA	510.000
Rio Caeté	Bragança	PA	500.000

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do CNES e do IBGE

Pelo o exposto, verifica-se que existem diversas regiões do país que não possuem a quantidade mínima necessária de estabelecimentos de saúde habilitados para ofertarem tratamentos oncológicos pelo SUS. Sobre esse aspecto, a SAS/MS informou que os vazios assistenciais “devem ser sanados por meio do planejamento e organização da rede de atenção oncológica, a ser implementada pelos gestores locais”.

Sobre isso, o art. 21 da Portaria GM/MS nº 874/2013, que estabelece as diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no SUS, indica que compete aos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), organizar as redes de atenção oncológica, “considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer”. Além disso, o art. 22 estabelece que compete ao Ministério da Saúde “prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer”.

Nesse contexto, e com o objetivo de avaliar a atuação do Ministério da Saúde na organização das redes de atenção oncológica, foram analisados os casos de novas habilitações em oncologia no exercício 2017. Verificou-se que a quantidade de habilitações em oncologia saltou de 381 em dezembro de 2016 para 406 em dezembro de 2017, ou seja, foram 25 novas habilitações. Convém destacar que um estabelecimento pode possuir mais de uma habilitação, o que explica a diferença em relação à quantidade de hospitais existentes indicada nesse relatório.

Das 25 novas habilitações em 2017, 4 foram para regiões de saúde que não possuíam estabelecimentos habilitados, são elas: Madeira Mamoré, em Rondônia; Curvelo, em Minas Gerais/MG; Ourinhos, em São Paulo e Itapeva, em São Paulo. Dessas regiões, somente a “Madeira-Mamoré”, que inclui o município de Porto Velho/RO, possui população superior a 500 mil habitantes. Nos outros três casos, as populações totais das regiões não chegam a 300 mil habitantes.

No que diz respeito às habilitações em regiões de saúde que já possuíam estabelecimentos habilitados, o quadro a seguir indica a situação das redes de atenção oncológica dessas regiões em 2016.

Quadro 05: Situação em 2016 das regiões de saúde que tiveram estabelecimentos habilitados em 2017

REGIÃO DE SAÚDE	UF	PORTE POPULACIONAL	QTDE HABILITAÇÕES (2016)	RELAÇÃO ESTABELECIMENTOS / HABITANTES
Metropolitana I	PA	2.200.000	1	1 estabelecimento / 2.200.000 habitantes
Imperatriz	MA	500.000	1	1 estabelecimento / 500.000 habitantes
São Luís	MA	1.400.000	2	1 estabelecimento / 700.000 habitantes
Vitória da Conquista	BA	700.000	2	1 estabelecimento / 350.000 habitantes
Alfenas Machado	MG	320.000	2	1 estabelecimento / 160.000 habitantes
Ipatinga	MG	400.000	2	1 estabelecimento / 200.000 habitantes
Baixada Litorânea	RJ	800.000	1	1 estabelecimento / 800.000 habitantes
Médio Paraíba	RJ	870.000	4	1 estabelecimento / 217.500 habitantes
Noroeste	RJ	340.000	3	1 estabelecimento / 114.000 habitantes
Serrana	RJ	930.000	2	1 estabelecimento / 465.000 habitantes
Baixada Santista	SP	1.800.000	4	1 estabelecimento / 450.000 habitantes
Alta Sorocabana	SP	400.000	1	1 estabelecimento / 400.000 habitantes
Aquífero Guarani	SP	870.000	3	1 estabelecimento / 290.000 habitantes
São José do Rio Preto	SP	700.000	3	1 estabelecimento / 240.000 habitantes
3ª RS Ponta Grossa	PR	610.000	1	1 estabelecimento / 610.000 habitantes
17ª RS Londrina	PR	920.000	3	1 estabelecimento / 306.000 habitantes

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do CNES e do IBGE

Os dados acima indicam que das 25 novas habilitações concedidas pelo Ministério da Saúde em 2017, somente 5 foram concedidas a hospitais localizados em regiões de saúde que apresentavam proporção igual ou pior a 500 mil habitantes por estabelecimento habilitado. Destaca-se que essa análise não considera se havia, ou não, necessidade de ampliação das redes de atenção oncológica. Entretanto, é possível concluir que a atuação do Ministério da Saúde no que diz respeito às novas habilitações em oncologia no ano de 2017 não foi aderente ao objetivo de reduzir os vazios

assistenciais, uma vez que a ampliação da quantidade de estabelecimentos habilitados se deu principalmente em regiões que já possuíam cobertura relativamente alta.

- **PROGNÓSTICO SOBRE O IMPACTO FINANCEIRO DE NOVAS HABILITAÇÕES**

Ao habilitar um novo estabelecimento em oncologia, o Ministério da Saúde calcula o quanto aquele estabelecimento deve ofertar de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, conforme os parâmetros contidos nos art. 31 e 32 da Portaria SAS/MS nº 140/2014. Esse valor, denominado “impacto financeiro”, é incorporado ao Teto MAC do ente gestor do hospital habilitado.

A metodologia de cálculo desse impacto financeiro está descrita no Anexo IV da Portaria 140/2014 e depende basicamente dos valores médios da produção aprovada no Estado para os procedimentos relacionados ao tratamento oncológico. Já no que diz respeito aos procedimentos diagnóstico, o cálculo do impacto leva em consideração o valor da Tabela SUS, e não o valor médio aprovado. O quadro a seguir indica qual seria o impacto financeiro decorrente de uma nova habilitação em oncologia, considerando valores de 2017.

Quadro 06: Estimativa de impacto financeiro decorrente da habilitação de um hospital em oncologia, com serviço de radioterapia.

TRATAMENTOS			
PROCEDIMENTO	PARÂMETRO	VALOR MÉDIO	IMPACTO FINANCEIRO
Radioterapia	43000	R\$ 41,66	R\$ 1.791.380,00
Quimioterapia	5300	R\$ 529,71	R\$ 2.807.463,00
Cirurgias Oncológicas-	650	R\$ 3.444,24	R\$ 2.238.756,00
DIAGNÓSTICO			
PROCEDIMENTO	PARÂMETRO	VALOR	IMPACTO FINANCEIRO
Consultas especializadas	6000	R\$ 10,00	R\$ 60.000,00
Exames de Ultrassonografia	7680	R\$ 24,38	R\$ 187.238,40
Endoscopias	1920	R\$ 48,16	R\$ 92.467,20
Colono e Retossigmoidoscopias	2880	R\$ 67,90	R\$ 195.552,00
Exames de Anatomia Patológica	2400	R\$ 36,49	R\$ 87.576,00
TOTAL (diagnóstico + tratamento)			R\$ 7.460.432,60

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SIA, do SIH e da Portaria SAS/MS nº 140/14.

Esse montante de aproximadamente R\$ 7,5 milhões corresponde ao valor que o Ministério da Saúde repassa anualmente para cada novo estabelecimento habilitado que contém um equipamento de radioterapia. Destaca-se que a demanda por serviços de radioterapia não é a mesma demanda por estabelecimentos habilitados. Sobre esse aspecto, o Ministério da Saúde aponta para a necessidade de 234 novos equipamentos

de radioterapia (aceleradores lineares) no país, enquanto que a necessidade de estabelecimentos habilitados é de 203 hospitais.

Nesse sentido, é possível estimar o quanto que custaria ao Ministério da Saúde, por ano, a habilitação de estabelecimentos em oncologia na quantidade preconizada, conforme detalhado no quadro a seguir.

Quadro 07: Estimativa de impacto financeiro para habilitar a quantidade necessária de estabelecimentos em oncologia

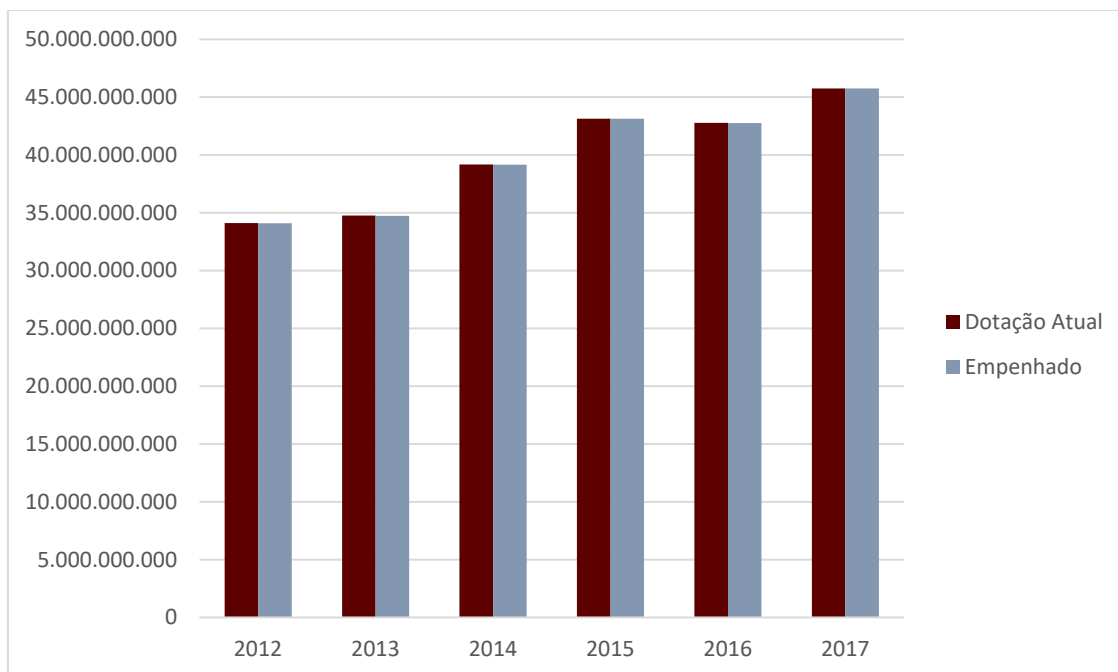
PROCEDIMENTO	NECESSIDADE	IMPACTO FINANCEIRO UNITÁRIO	IMPACTO FINANCEIRO TOTAL
Radioterapia	234	R\$ 1.791.380,00	R\$ 419.182.920,00
Quimioterapia	203	R\$ 2.807.463,00	R\$ 569.914.989,00
Cirurgias Oncológicas	203	R\$ 2.238.756,00	R\$ 454.467.468,00
Consultas especializadas	203	R\$ 60.000,00	R\$ 12.180.000,00
Exames de Ultrassonografia	203	R\$ 187.238,40	R\$ 38.009.395,20
Endoscopias	203	R\$ 92.467,20	R\$ 18.770.841,60
Colono e Retossigmoidoscopias	203	R\$ 195.552,00	R\$ 39.697.056,00
Exames de Anatomia Patológica	203	R\$ 87.576,00	R\$ 17.777.928,00
TOTAL			R\$ 1.570.000.597,80

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SIA, do SIH e da Portaria SAS/MS nº 140/14 e Nota Técnica nº 1.017/2018-CGAE/DAET/SAS/MS

Dessa forma, o custo estimado para que o Ministério da Saúde habilite a quantidade de estabelecimentos em oncologia preconizada pela Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer supera R\$ 1,5 bilhão por ano. Esse cálculo consiste somente no impacto financeiro decorrente das novas habilitações, desconsiderando todos os custos para a implantação dos serviços (despesas de capital) e eventuais ajustes nos Teto MAC ocorridos após a habilitação.

Destaca-se que essas despesas decorrentes das novas habilitações são executadas na ação orçamentária 8585 (Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Ala Complexidade). A dotação dessa ação supera R\$ 45 bi por ano. Apesar disso, trata-se de uma rubrica que apresenta alta taxa de execução ao longo dos anos. O gráfico a seguir indica a execução da Ação 8585 em relação à dotação atualizada de 2012 a 2017.

Imagem 02: Gráfico sobre a execução orçamentária da Ação 8585 de 2012 a 2017



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP)

Nesses seis exercícios analisados, o percentual de execução orçamentária da Ação 8585 sempre foi superior a 99,9%. O ano de 2013 foi o que teve a menor taxa de execução: 99,923%. Já em 2017, foram empenhados 99,998% dos recursos disponíveis nessa rubrica, o que representa uma “sobra” de R\$ 759.547,00.

Considerando que praticamente a totalidade dos recursos disponíveis na Ação 8585 já está comprometida, conclui-se que não há disponibilidade orçamentária nessa rubrica para a habilitação de novos estabelecimentos em oncologia.

Além disso, o limite ao crescimento das despesas federais na área de saúde imposto pela Emenda Constitucional nº 95/2016 indica que não deverão ocorrer aumentos significativos na dotação da Ação 8585 nos próximos anos capazes de financiar o aumento da quantidade de estabelecimentos habilitados em oncologia da forma como as habilitações são feitas atualmente.

Isso demonstra que a expansão na oferta dos tratamentos contra o câncer no SUS somente será possível mediante alterações na lógica de financiamento federal. Nesse contexto, a viabilidade do aumento da quantidade de hospitais habilitados depende da adoção de medidas que visem qualificar o financiamento federal da atenção oncológica, tais como:

- Revisão dos valores atualmente repassados: A existência de diferentes formas de financiar a assistência oncológica ao longo dos anos levou à situação atual em que não é possível identificar, ao certo, o quanto que o Ministério da Saúde transfere a estados e municípios para esse fim. Portanto, as discussões acerca do financiamento das ações

oncológicas no SUS são permeadas por estimativas em diversos aspectos. Além disso, a lógica de não vinculação dos recursos federais transferidos impossibilita analisar o financiamento da oncologia sem considerar o financiamento de todas as outras ações de média e alta complexidade. Fato é que existem distorções nesse processo de financiamento do SUS, o que pode ser atestado pela insuficiência dos critérios de rateio dos recursos federais. A instituição de critérios de rateio claramente definidos é condição fundamental para corrigir distorções no financiamento federal do SUS, incluindo das ações de oncologia. A partir daí, será possível buscar otimizar a eficiência na alocação dos recursos federais no cenário de restrição orçamentária, retirando recursos de áreas/localidades menos necessitadas e destinando-os para áreas/localidades que devem propiciar melhores resultados à população.

- Ampliação de serviços existentes: A lógica adotada pelo Ministério da Saúde de planejar e monitorar as ações de oncologia tendo como base cada hospital habilitado tem demonstrado fragilidades quando se analisa o financiamento federal dessas ações. Isso porque, na prática, a produtividade dos hospitais não é determinada pelos parâmetros instituídos pelo Ministério da Saúde (especificamente na Portaria SAS/MS nº 140/2014). Existem hospitais com produção acima e outros com produção abaixo do parâmetro. Há, inclusive, hospitais com produção acima em uma modalidade de tratamento (ex.: quimioterapia) e abaixo em outra (ex.: cirurgia oncológica). Isso indica que o Ministério da Saúde deve considerar a produção total de uma região, e não de cada hospital que a compõe. Nesse sentido, abre-se espaço para a consolidação dos grandes hospitais, com produção significativamente superior ao parâmetro estabelecido. Trata-se de um arranjo interessante nas localidades que já possuem rede habilitada. Em termos de custos, se mostra mais eficiente ter um hospital capaz de atender duas vezes o parâmetro do que dois hospitais com produções compatíveis com o parâmetro. Isso porque a assistência oncológica apresenta custos fixos elevados, e, portanto, é possível obter ganhos de escala com a centralização. Nesse contexto, a habilitação de novos estabelecimentos somente se justifica nos casos em que há vazios assistenciais ou quando a ampliação da oferta nos estabelecimentos já existentes é tecnicamente inviável.

- Monitoramento das ações e dos serviços habilitados: Cabe ao Ministério da Saúde acompanhar, de forma constante, a produção dos hospitais habilitados em oncologia. Esse acompanhamento permitirá adotar providências visando aumentar a produtividade dos hospitais que estiverem com produção aquém do esperado. Ao identificar esses casos críticos, o Ministério da Saúde poderá atuar em diversas frentes, tais como o aprimoramento da regulação do acesso local, o investimento em ações de estruturação, na capacitação de profissionais, no processo de contratualização etc. Caso as providências do Ministério da Saúde não surtam o efeito esperado de aumentar a produtividade do hospital habilitado, caberá a adoção de medidas voltadas à diminuição

das transferências federais para aquele fim, de modo a compatibilizar o montante de recursos federais repassados com a produção oncológica na região.

3. Existência de hospitais que ofertam tratamento contra o câncer em quantitativo inferior ao mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde

O planejamento das ações de atenção oncológica no nível federal tem como base os parâmetros de produção por estabelecimento habilitado contido na Portaria SAS/MS nº 140/2014. Em síntese, o Ministério da Saúde preconiza que deve existir um estabelecimento habilitado em oncologia para cada 500 mil habitantes, ou a cada 900 novos casos de câncer por ano, e que cada estabelecimento deve realizar 650 cirurgias oncológicas e 5.300 procedimentos de quimioterapia por ano. Além disso, deve-se realizar procedimentos de radioterapia equivalentes a 43.000 campos irradiados/ano para cada equipamento instalado.

Conforme tratado em ponto específico nesse relatório, a quantidade de estabelecimentos habilitados no país está abaixo do parâmetro supracitado. A quantidade atualmente existente de hospitais oncológicos corresponde a cerca de 60% do preconizado pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto, se todos os estabelecimentos habilitados em oncologia apresentassem produção compatível com os parâmetros contidos na Portaria 140/2014, haveria “suboferta” de tratamentos oncológicos à população, uma vez que a quantidade de hospitais existentes é insuficiente. Por isso, a utilização de parâmetros de produção por estabelecimento habilitado se mostra inconsistente. Seguem análises sobre o parâmetro para cada tipo de tratamento oncológico, incluindo análises quanto à efetiva oferta de procedimentos oncológicos em 2017.

- **Parâmetros para quimioterapia**

Os parâmetros adotados para os tratamentos quimioterápicos são: (i) 5.300 procedimentos desse tipo por estabelecimento a cada ano; (ii) um estabelecimento para cada 500 mil habitantes. Considerando os dois parâmetros, têm-se a métrica de 5.300 procedimentos de quimioterapia para cada 500 mil habitantes. Considerando o porte populacional brasileiro de 200 milhões de habitantes, chega-se à quantidade de 2,12 milhões de procedimentos de quimioterapia por ano.

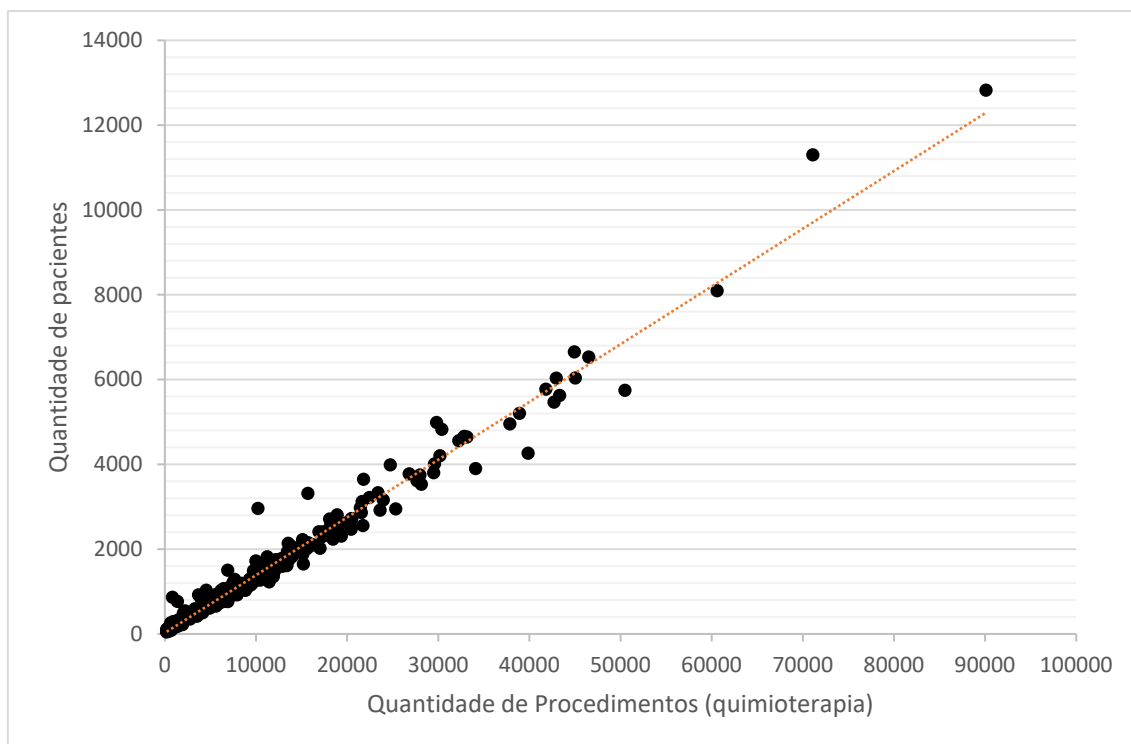
Se todos os 303 hospitais habilitados ofertarem a quantidade preconizada (5.300/ano), a oferta de quimioterapias seria de 1,6 milhão de procedimentos/ano, ou seja, cerca de 75% do preconizado para o país.

Entretanto, a quantidade de procedimentos de quimioterapia efetivamente realizada pelo SUS em 2017 foi superior a 3,3 milhões. Isso ocorreu porque 197 hospitais habilitados ofertaram procedimentos de quimioterapia em quantidade superior ao parâmetro. Esses casos de produção acima dos parâmetros compensaram a produção abaixo do esperado em mais de 100 hospitais habilitados e compensaram inclusive o déficit na quantidade de estabelecimentos habilitados.

Ainda sobre os parâmetros da quimioterapia, cabe destacar que cada quantidade aprovada corresponde a um mês de tratamento. Num caso hipotético de um paciente submetido a quatro meses de tratamento quimioterápico, tal tratamento representará quatro procedimentos de quimioterapia nos registros oficiais do SUS.

Por isso, não é possível vincular, de forma objetiva, a quantidade de procedimentos realizados com a quantidade de pacientes tratados. No caso da produção ambulatorial em 2017, foram registrados, em média, 7,2 procedimentos para cada paciente. Dessa forma, a produção de 3,3 milhões de procedimentos corresponde a 458 mil pacientes.

O gráfico de dispersão a seguir ilustra a relação entre essas duas variáveis (quantidade de pacientes e de procedimentos) em cada um dos hospitais que apresentaram produção de quimioterapia em 2017 (cada ponto do gráfico representa um hospital).



Os pontos acima da linha pontilhada representam os hospitais onde a quantidade média de procedimentos aprovados para cada paciente é inferior a 7,2. Já os pontos abaixo da linha representam hospitais que apresentam proporção média superior a 7,2 procedimentos de quimioterapia por paciente atendido.

Em alguns hospitais, a média em 2017 foi superior a 9 procedimentos de quimioterapia por paciente tratado (localizados abaixo da linha no gráfico de dispersão), são eles: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), em São Paulo/SP – média de 9,36 procedimentos por paciente; Hospital Cura D'ars, em Fortaleza/CE – média de 9,35 procedimentos por paciente; Hospital Santa Izabel, em Cabo Frio/RJ – média de 9,24 procedimentos por paciente; e Hospital Imaculada Conceição, em Ribeirão Preto/SP – média de 9,11 procedimentos por paciente.

Por outro lado, foram identificados hospitais com média inferior a 3 procedimentos para cada paciente atendido (localizados acima da linha no gráfico de dispersão), são eles: Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher e Criança Aroeira, em Macaé/RJ – média de 1,82 procedimentos por paciente; Oncocardium, em Imperatriz/MA – média de 1,97 procedimentos por paciente; Hospital Regional de Assis, em Assis/SP – média de 2,53 procedimentos por paciente; e Hospital do Rocio, em Campo Largo/PR – média de 2,80 procedimentos por paciente.

Isso revela que, na prática, o parâmetro de 5.300 procedimentos de quimioterapia por ano pode representar o tratamento de menos de 590 pacientes por ano (média de 9 procedimentos por paciente) ou de mais de 1.700 pacientes por ano (média de 3 procedimentos por paciente).

- **Parâmetros para cirurgias oncológicas**

Considerando o parâmetro de 650 cirurgias oncológicas para cada estabelecimento habilitado e de um estabelecimento para cada 500 mil habitantes, tem-se a quantidade estimada de 260 mil cirurgias oncológicas por ano no Brasil (porte populacional de 200 milhões de habitantes).

Para identificar esse tipo de procedimento, existem códigos da Tabela SUS (iniciados com 04.16) que deveriam ser utilizados para registrar as cirurgias oncológicas. Nesse sentido, verifica-se que foram realizadas 144 mil cirurgias no Brasil tendo como procedimento principal algum iniciado pelo código 04.16 (cirurgias oncológicas).

Assim como ocorre nas quimioterapias, existem hospitais que realizam cirurgias oncológicas em quantidade muito superior ao parâmetro, enquanto que outros ofertam em quantidade abaixo do esperado. Dos 307 hospitais que realizaram cirurgias oncológicas em 2017, 245 realizaram menos de 650 cirurgias oncológicas em 2017, de acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) – procedimentos principais. Por outro lado, 62 hospitais realizaram cirurgias oncológicas em quantitativo superior ao parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Desses que realizaram cirurgias oncológicas em quantitativo superior ao parâmetro, destacam-se os dez que mais realizaram cirurgias oncológicas e que, juntos, foram

responsáveis por 20% do total realizado no Brasil. São eles: Hospital Araújo Jorge, em Goiânia/GO (4.083 cirurgias); Hospital Aristides Maltez, em Salvador/BA (3.643 cirurgias); Hospital do Câncer de Pernambuco, em Recife/PE (3.441 cirurgias); Fundação Pio XII, em Barretos/SP (2.846 cirurgias); Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, em São Paulo/SP (2.607 cirurgias); Hospital Dr. Luiz Antoni, em Natal/RN (2.544 cirurgias); Hospital Amaral Carvalho, em Jaú/SP (2.532 cirurgias); CEONC, em Cascacel/PR (2.473 cirurgias); Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba/PR (2.076 cirurgias); e Associação Mário Penna, em Belo Horizonte/MG (2.030 cirurgias)

Esses hospitais supracitados realizam em média mais de 5 cirurgias oncológicas por dia. Superam o triplo do parâmetro mínimo para cirurgias oncológicas estabelecido pelo Ministério da Saúde. Por esse motivo, não faz sentido tratar de forma igual os hospitais que atuam de forma significativamente diferentes. Como exemplo, segue a quantidade de cirurgias oncológicas realizadas pelos quatro hospitais no município de Salvador/BA que realizaram esse procedimento em 2017:

Quadro 01: Produção de cirurgias oncológicas nos hospitais de Salvador/BA em 2017

HOSPITAL	QTDE CIRURGIAS ONCOLÓGICAS
Hospital Aristides Maltez	3.643
Hospital São Rafael	244
Hospital Santa Isabel	435
Hospital Martagão Gesteira	67

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SIH

A média desses quatro hospitais é de mais de mil cirurgias oncológicas no ano, elevada pela produção do Hospital Aristides Maltez (segundo maior realizador de cirurgias oncológicas no país). Apesar disso, a produção dos outros três hospitais está bem abaixo do parâmetro mínimo estabelecimento pelo Ministério da Saúde.

Chama a atenção também o fato de que metade dos 10 hospitais que mais realizaram cirurgias oncológicas são dos estados de São Paulo e do Paraná. Entretanto, isso não significa que a oferta de cirurgias oncológicas nessas localidades é proporcionalmente superior à de outros estados. Sobre esse aspecto, a tabela a seguir ilustra quais são as proporções de cirurgias oncológicas realizadas em cada Unidade da Federação ponderada pela estimativa de incidência de novos casos de câncer.

Quadro 02: Quantidade de cirurgias oncológicas em relação à incidência de novos casos de câncer, por UF

UF	QTDE CIRURGIAS ONCOLÓGICAS	ESTIMATIVA DE NOVOS CASOS 2017 (INCA)	PROPORÇÃO CIRURGIAS REALIZADAS / INCIDÊNCIA
RN	3.858	5.590	0,69
ES	4.431	7.650	0,58

GO	5.470	11.610	0,47
MA	2.992	6.370	0,47
PR	16.126	34.590	0,47
PE	7.615	16.720	0,46
MG	16.637	38.900	0,43
AL	1.371	3.590	0,38
RO	668	1.750	0,38
PB	2.364	6.220	0,38
MT	1.949	5.150	0,38
SC	6.979	18.840	0,37
RR	197	540	0,36
BA	7.399	20.420	0,36
MS	1.938	5.640	0,34
SP	32.696	103.010	0,32
TO	557	1.900	0,29
RS	13.008	44.900	0,29
CE	4.613	15.930	0,29
AM	1.210	4.280	0,28
AC	190	750	0,25
DF	1.338	5.680	0,24
PA	1.460	7.300	0,20
PI	930	4.660	0,20
AP	118	670	0,18
RJ	7.586	44.440	0,17
SE	386	3.210	0,12

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SIH e nas estimativas do INCA

Nessa análise, verifica-se que os estados de São Paulo e do Paraná, que apresentam maiores quantidades de cirurgias oncológicas em termos absolutos, não são os que mais realizam cirurgias em termos relativos, se comparado à incidência de casos de câncer. Sob essa perspectiva, o estado que mais realiza cirurgias oncológicas em comparação à demanda (incidência) é o do Rio Grande do Norte, seguido pelo estado do Espírito Santo. O estado do Paraná é o quinto nessa relação e São Paulo aparece somente como décimo sexto estado.

Ainda sobre a oferta de cirurgias oncológicas, convém destacar que existe uma inconsistência importante relacionada ao registro desses procedimentos. Isso porque diversos hospitais no país, sobretudo aqueles que não possuem habilitação em oncologia, realizam cirurgias voltadas a tratar o câncer e registram esses procedimentos com outros códigos (e não o “04.16”). Tendo como base a produção em dezembro de 2017, é possível estimar que somente cerca de 25% das cirurgias realizadas para tratar o câncer (com indicação de CID de câncer) são registradas sobre o código 04.16.

Por isso, é fundamental que as análises quanto à produção oncológica leve em consideração as cirurgias registradas com CID de câncer, e não somente aquelas com código 04.16, ainda que essa seja a metodologia oficial de mensuração das cirurgias oncológicas.

- **Parâmetros para radioterapia**

O parâmetro adotado pelo Ministério da Saúde é de 43.000 campos irradiados ao ano para cada equipamento de radioterapia instalado. Considerando a média de aproximadamente 70 campos para cada tratamento, tem-se uma estimativa de 615 pacientes atendidos ao ano por equipamento instalado.

Uma outra métrica bastante difundida é a que indica que 60% dos pacientes com câncer necessitam da radioterapia em algum momento do tratamento. Considerando a estimativa do INCA de aproximadamente 420 mil novos casos de câncer no país, excluídos os casos de câncer de pele não melanoma, tem-se a estimativa de que mais de 250 mil pacientes necessitam da radioterapia no Brasil a cada ano. Esse grupo inclui aqueles que deverão ser amparados pelo SUS e aqueles que buscam tratamento na rede suplementar.

Retornando ao parâmetro de produção por equipamento instalado, o Ministério da Saúde afirma que existem 272 aparelhos de radioterapia instalados nos hospitais habilitados em oncologia no SUS. Afirma, ainda, que a necessidade é de 506 equipamentos, ou seja, há um déficit de 234 equipamentos.

Destaca-se que a existência de equipamentos instalados nos hospitais habilitados não significa que tais equipamentos estão disponíveis para o SUS. Isso porque a maior parte dos hospitais habilitados em oncologia são filantrópicos e podem, portanto, destinar parte da sua produção ao setor privado. A definição do quanto da capacidade instalada do hospital é destinada ao SUS depende dos termos dos contratos firmados entre esses hospitais e o SUS, tendo como norteador básico o disposto no artigo 4º da Lei nº 12.101/2009, que estabelece que 60% dos serviços prestados por hospitais filantrópicos devem ser destinados ao SUS.

Destaca-se, ainda, que a informação prestada pelo Ministério da Saúde diverge das informações contidas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. De acordo com esse sistema, existem 253 aceleradores lineares e 48 equipamentos de cobalto nos hospitais habilitados, totalizando 301 equipamentos de radioterapia de megavoltagem.

Em face dessa divergência, optou-se por considerar as informações contidas no CNES. Considerando, ainda, que os aceleradores lineares são os equipamentos de radioterapia mais avançados, as análises aqui serão focadas nesse tipo de aparelho, ou seja,

desconsidera os equipamentos de cobaltoterapia e os de terapia superficial (braquiterapia), em que pese sua importância na assistência oncológica.

Considerando as especificidades de cada habilitação em oncologia contida na Portaria SAS/MS nº 141/2014, conclui-se que 5 tipos de habilitações exigem a oferta de serviços de radioterapia, conforme detalhado no quadro a seguir.

Quadro 03: Quantidade hospitais habilitados para a oferta de radioterapia no SUS

CNES	Nome do Hospital	UF
1704	Serviço Isolado de Radioterapia	9
1707	UNACON com serviço de radioterapia	106
1712	CACON	17
1713	CACON com serviço de oncologia pediátrica	28
1715	Serviço de Radioterapia de complexo hospitalar	19

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Dos 179 hospitais que deveriam ofertar radioterapia no SUS, 160 apresentaram produção referente à radioterapia em 2017. Isso significa que 19 hospitais habilitados não estão ofertando tratamentos de radioterapia. Desses 19 hospitais, 5 receberam a habilitação para radioterapia no ano de 2017. Os outros 14 já possuíam habilitação para radioterapia antes de 2017, são eles:

Quadro 04: Hospitais que deveriam ofertar radioterapia para o SUS que não apresentaram produção em 2017

CNES	Nome do Hospital	UF
4251	HOSPITAL PORTUGUES	BA
9709	EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	MS
26964	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI	MG
2206528	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	MG
2252694	HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS	RS
2269422	CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANDO J MACHADO SANTO CRISTO	RJ
2269988	MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	RJ
2275562	HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	RJ
2338351	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA	GO
2600536	HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA	TO
2603276	ION	BA
2708779	SANTA CASA DE SOROCABA	SP
2755130	HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO PRESIDENTE PRUDENTE	SP
2790602	HOSPITAL ESTADUAL BAURU	SP

Fonte: Elaboração própria com base em informações do CNES e o SIA/SUS

Considerando a métrica de 600 pacientes por equipamento instalado, e que cada hospital habilitado deve possuir ao menos um equipamento de radioterapia, estima-se que esses 14 hospitais deixaram de atender mais de 8.000 pacientes oncológicos em 2017. Além disso, a habilitação de um serviço de radioterapia implica em aumento de Teto MAC na ordem de R\$ 1,7 milhão por ano, ou seja, o Ministério da Saúde pode estar

repassando até R\$ 23,8 milhões por ano para custear a radioterapia nesses hospitais que não apresentaram produção em 2017.

Dos hospitais que realizaram tratamentos de radioterapia pelo SUS em 2017, 156 realizaram procedimentos relativos a aceleradores lineares (códigos 03.04.01.028-6 e 03.04.01.029-4). Nesse contexto, foram identificadas algumas inconsistências nas produções desses hospitais. A primeira dessas inconsistências diz respeito ao registro de produção de radioterapia com acelerador linear em hospitais que não possuem acelerador linear registrado no CNES. Foram identificados 11 casos assim, são eles:

Quadro 05: Hospitais com produção referente à radioterapia com aceleradores lineares que não possuem esse equipamento registrado no CNES

CNES	Nome do Hospital	UF
14109	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPO MOURÃO	PR
2007037	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ	AL
2025361	HOSPITAL ANCHIETA – SÃO BERNARDO DO CAMPO	SP
2126494	HOSPITAL PREFEITO OSVALDO FRANCO - BETIM	MG
2127989	HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE	MG
2232995	SANTA CASA DO RIO GRANDE	RS
2244306	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	RS
2287285	HOSPITAL DR BEDA – CAMPO DOS GOYTACAZES	RJ
2558246	HOSPITAL SANTA ISABEL – BLUMENAU	SC
6599877	HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL	RO
2427419	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - CARUARU	PE

Fonte: Elaboração própria com base em informações do CNES e o SIA/SUS

A CGU fiscalizou dois desses hospitais em 2017 e atestou a existência de aceleradores lineares nesses estabelecimentos (Santa Casa de Maceió e Hospital Universitário de Santa Maria), o que indica que a inconsistência aqui descrita se deve principalmente à desatualização do CNES.

Outra inconsistência identificada em análise à produção de radioterapia em 2017 é quanto ao tipo de procedimento registrado. O procedimento de código 03.04.01.028-6 consiste na radioterapia com acelerador linear só de fótons e custa R\$ 30,00 por campo. Já o procedimento de código 03.04.01.029-4 é utilizado para os tratamentos com acelerador linear de fótons e elétrons e custa R\$ 35,00 por campo. Foram identificados 35 casos onde o hospital possui somente aceleradores só de fótons registrados no CNES, mas possui registros no procedimento de radioterapia com fótons e elétrons.

Quadro 06: Relação de hospitais (CNES) que apresentaram produção de radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons e que não possuem esse equipamento registrado no CNES

434	25186	2077590	2118661	2171945	2558246	2772310
1023	26840	2080125	2126494	2232995	2586797	2775999

8753	2007037	2080575	2127989	2244306	2655519	3145425
10510	2025361	2082187	2153106	2269899	2686953	4049020
14109	2077485	2110075	2153114	2287285	2707918	6599877

Fonte: Elaboração própria com base em informações do CNES e o SIA/SUS

A produção total do procedimento 03.04.01.029-4 nesses hospitais em 2017 foi de aproximadamente 1,2 milhão de campos. Considerando a diferença de R\$ 5,00 entre os procedimentos, o valor total aprovado inadequadamente em 2017 pode chegar a R\$ 6,1 milhões.

Dentre os 146 estabelecimentos que apresentaram produção relativa à radioterapia com aceleradores lineares em 2017 e que possuem esse equipamento registrado no CNES (desconsiderando os estabelecimentos do Quadro 05), 91 (62%) apresentaram produção inferior a 43.000 campos por equipamento instalado. Desses, 29 hospitais apresentaram produção inferior à metade do parâmetro, ou seja, menos de 21.500 campos por equipamento no ano.

Esses 91 hospitais com produção inferior ao parâmetro concentram 146 aceleradores lineares (conforme informações do CNES) e registraram produção referente a 2,48 milhões de campos (conforme informações do SIA), resultando em uma média de 17.000 campos por equipamento. Caso a produção estivesse dentro do parâmetro de 43.000 campos por equipamento, a produção total deveria ser de 6,27 milhões de campos, ou seja, cerca de 3,8 milhões acima do observado.

Considerando a média de 70 campos irradiados para cada paciente, é possível estimar que se esses hospitais apresentassem produtividade conforme o esperado, cerca de 54 mil pacientes a mais poderiam ter acesso ao tratamento radioterápico em 2017.

Além do impacto em relação ao acesso ao tratamento oncológico, a produtividade abaixo do esperado implica em alocação inadequada dos recursos federais. Isso porque o Ministério da Saúde transfere cerca de R\$ 1,7 milhão por ano para um equipamento habilitado, tendo como parâmetro a produção esperada de 43.000 campos. No caso dos 146 equipamentos com produção abaixo do esperado, o desembolso federal por chegar a R\$ 248,2 milhões ao ano, para uma produção esperada de 6,27 milhões de campo. Nesse caso, o montante federal transferido acima da efetiva produção pode chegar a R\$ 150 milhões ao ano.

Por fim, convém destacar que 55 hospitais apresentaram produção de radioterapia superior ao mínimo preconizado, com destaque para os hospitais que apresentaram produção superior a 100.000 campos por equipamento instalado. São eles: Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos, de Lages/SC (138 mil campos/equipamento), Hospital Bom Pastor, de Varginha/MG (121 mil campos/equipamento), Instituto do Câncer de São Paulo/SP (115 mil campos/equipamento) e Associação Mário Penna, de Belo Horizonte/MG (104 mil campos/equipamento).

No total, 116 mil pacientes receberam tratamento radioterápico pelo SUS em 2017. Considerando que a cobertura da saúde suplementar no Brasil é de aproximadamente 20% e que a estimativa do INCA é de 420 novos casos de câncer (exceto câncer de pele), estima-se a incidência de aproximadamente 336 mil casos de câncer sobre a população não coberta pela saúde suplementar. Considerando, ainda, a métrica de 60% dos casos que necessitam de radioterapia, estima-se que pelo menos 200 mil pacientes novos vão necessitar de radioterapia no SUS a cada ano.

Essas estimativas indicam que a oferta de radioterapia pelo SUS é defasada, tanto pela quantidade de serviços implantados como pela produtividade dos hospitais já habilitados.

- **Monitoramento dos parâmetros por estabelecimento habilitado**

Pelo exposto, percebe-se que existem diversos hospitais habilitados em oncologia que apresentam produção abaixo dos parâmetros mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Sobre esse aspecto, o art. 33 da Portaria SAS/MS nº 140/2014 estabelece que cabe ao Ministério da Saúde verificar os parâmetros de produção dos hospitais habilitados. Já o art. 38 da mesma portaria vincula a manutenção da habilitação ao alcance desses parâmetros.

Dessa forma, a produção abaixo do parâmetro pode ensejar o cancelamento da habilitação do hospital, e, por consequência, a diminuição do valor transferido pelo Ministério da Saúde por meio do Teto MAC.

Questionado acerca desse aspecto, o Ministério da Saúde alegou o seguinte:

“Foi realizado levantamento de produção dos estabelecimentos habilitados em alta complexidade em oncologia para avaliar o atingimento dos parâmetros mínimos de produção. A ideia é suspender o repasse para os gestores que não tiverem justificado bem a não implantação dos serviços. Este processo está em discussão e é conduzido pelo Gabinete da SAS”

A suspensão dos repasses consiste em uma medida extrema, tendo em vista o risco de impactar negativamente o acesso da população a um serviço já altamente deficitário como é a radioterapia.

RECOMENDAÇÕES

1 – Instituir, em conjunto com os demais atores e instâncias envolvidos na PNPCC, um sistema de monitoramento das ações de competência do Ministério da Saúde no âmbito dessa Política, incluindo os objetivos, as metas e os indicadores relacionados às dimensões tática e estratégica.

Achado nº 1

2 – Elaborar um Plano de Ação voltado a sanar os vazios assistenciais atualmente existentes no país e as situações onde a quantidade de estabelecimentos habilitados é inferior aos parâmetros adotados, incluindo, dentre outras informações, a hierarquização das regiões mais necessitadas e as estratégias a serem adotadas para suprir as carências, considerando a inviabilidade financeira de expandir a rede de estabelecimentos habilitados nos moldes adotados atualmente (impacto financeiro para cada nova habilitação).

Achado nº 2

3 – Ajustar a metodologia utilizada para avaliar a oferta de procedimentos oncológicos no país, considerando, dentre outros aspectos: a) Oferta total de tratamentos na região (e não de cada estabelecimento de forma isolada); b) Quantidade de pacientes atendidos (e não de cada procedimento isolado); c) Estimativa de incidência de câncer na região; d) cobertura da saúde suplementar (ajustada pela proporção de beneficiários que realizam tratamento pelo SUS);

Achado nº 3

4 – Avaliar a oferta de tratamentos oncológicos no SUS, considerando a existência de estabelecimentos com suboferta e outros com superoferta em uma mesma região, e ajustar os valores transferidos pelo Ministério da Saúde ao respectivo ente gestor quando ficar constatada a oferta abaixo do esperado na localidade.

Achado nº 3

CONCLUSÃO

Os levantamentos realizados no âmbito dessa auditoria revelam um cenário preocupante e desafiador no que diz respeito à oferta de tratamentos contra o câncer no país. A primeira conclusão é que a quantidade de hospitais que ofertam tratamentos oncológicos no SUS é insuficiente em diversas regiões do país. Verificou-se que os 303 hospitais atualmente habilitados estão distribuídos em 173 municípios. Nesse cenário, cerca de 66 milhões de pessoas (1/3 da população brasileira) vivem em regiões de saúde que não possuem hospitais habilitados para a oferta de tratamentos contra o câncer pelo SUS.

Em alguns estados, tais como Amazonas, Maranhão, Pará, Goiás e Sergipe a quantidade de estabelecimentos existente representa menos de 40% do quantitativo necessário. Como reflexo disso, tem-se que é necessário habilitar mais de 200 novos hospitais no país para o tratamento oncológico. No modelo atual de financiamento, isso representaria cerca de R\$ 1,5 bilhão a mais de desembolsos federais para custeio desses estabelecimentos a cada ano, o que é inviável no atual contexto de restrição orçamentária.

Além da carência por estabelecimentos habilitados, verificou-se que a produtividade dos hospitais existentes está abaixo do esperado em muitos casos. Mais de 100 hospitais no país ofertaram quimioterapia em quantitativo inferior ao mínimo esperado. No que diz respeito às cirurgias oncológicas, 245 hospitais apresentaram produção abaixo do esperado em 2017. Essa baixa produtividade de grande parte dos hospitais habilitados é absorvida por outros estabelecimentos que estão operando acima da capacidade esperada.

A situação é mais crítica quando se trata da oferta de tratamentos radioterápicos. As análises efetuadas indicam que somente 160 hospitais realizaram esse tipo de tratamento no país em 2017. Foram identificados 14 hospitais que deveriam ofertar esse tratamento mas não o fizeram em 2017. Outros 91 hospitais apresentaram produção abaixo do esperado. Nesse contexto, estima-se que mais de 60 mil pacientes não tiveram acesso ao tratamento de radioterapia por conta da baixa produtividade dos hospitais habilitados. Além disso, o montante transferido pelo Ministério da Saúde para custear esses tratamentos que não foram realizados nos hospitais habilitados supera R\$ 170 milhões ao ano.

Os exames indicam também que o monitoramento da PNPCC por parte do Ministério da Saúde carece de aprimoramentos, tanto no sentido de alinhar as metas e os indicadores aos objetivos da Política, como no sentido de qualificar os parâmetros utilizados para monitorar a oferta de tratamentos, uma vez que os atualmente utilizados não consideram aspectos importantes, tais como a quantidade de pacientes atendidos, a incidência de novos casos e a cobertura da saúde suplementar.

Dessa forma, em referência às questões de auditoria, conclui-se o seguinte:

- Foram instituídos indicadores e metas para o monitoramento da PNPCC, mas esses carecem de aprimoramento de modo a se alinharem aos objetivos estratégicos da

política e a refletirem de forma mais qualificada a oferta de tratamentos oncológicos no SUS

- A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) não atua de forma adequada na organização das Redes de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, uma vez que as habilitações emitidas no período em análise (2017) não foram nas regiões com maior carência por procedimentos oncológicos.

- A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) não adotou as devidas providências nos casos em que a oferta de tratamentos oncológicos no SUS ficou aquém do esperado.