

A assistência oncológica no SUS

Oncology care in the Brazilian Public Health System

Embora o controle do câncer dependa de um conjunto de atuações em áreas diversas, em geral é a terapêutica especializada com o uso de tecnologia e medicamentos de alto custo que mais demanda do sistema de saúde.

No Brasil, a ênfase se dá no tratamento especializado, atestado pelo inexpressivo número de programas de prevenção e detecção bem planejados, executados e avaliados; pelo alto percentual de diagnósticos de tumores avançados e pela deficiência de cuidados de reabilitação e paliativos.

As conseqüências dessa clara tendência se verificam facilmente. Entre os tumores que mais incidem entre nós, brasileiros, encontram-se aqueles que podem ser evitados (os cânceres do colo uterino, estômago, pulmão e boca) e curáveis ou controláveis (os cânceres do colo uterino, mama e estômago e leucemias).

A mortalidade por câncer (geral e proporcional) mantida ao longo do tempo, a despeito da incorporação tecnológica e científica que temos sistematicamente feito desde os anos 60, deriva, principalmente, dos diagnósticos feitos em fases avançadas, inclusive de tumores de fácil acesso, como os que ocorrem na boca, no colo uterino e na mama.

Sabe-se que quanto menor o estágio tumoral maior será o percentual de cura. Porém, essa relação se inverte quando se considera o custo que se tem para diagnosticar e tratar um caso de neoplasia maligna, sendo isto uma realidade independente do tipo e da localização tumoral.

Dos setores que compõem o sistema de saúde brasileiro, o SUS é o maior deles e o único a divulgar os seus dados, razão por que somente

estes serão utilizados no presente ensaio. Sabe-se, de antemão, que são dados de procedimentos pagos, que dificilmente podem ser convertidos em número de casos, ou mesmo em procedimentos especificamente relativos a casos de câncer, por exemplo.

No Brasil, em janeiro de 1998, o SUS gastou cerca de R\$ 592.700.000 para prover um pouco mais de 89.700.000 procedimentos ambulatoriais, distribuídos majoritariamente entre entidades estaduais e municipais. Os procedimentos quimioterápicos e radioterápicos concentram-se, em ordem decrescente, nas entidades privadas sem fins lucrativos (filantrópicas), privadas com fins lucrativos e universitárias, inclusive com nítidas diferenças percentuais entre a quimioterapia e a radioterapia. Esta última ficando mais a cargo das filantrópicas (52,6%) e menos das universitárias (11,5%), e a quimioterapia, mais das filantrópicas (42,1%) e menos das privadas (18,5%).

Relativamente ao número de internações, naquele mesmo mês, a distribuição percentual de todas as 1.011.271 AIH pagas pelo SUS também demonstra a concentração nessas entidades (65,3% nas privadas com e sem fins lucrativos e 12,4%, nas universitárias).

Para se ter uma idéia do quanto custa ao SUS a assistência oncológica, exclusivamente terapêutica, veja-se o ano de 1997: mais de R\$ 362 milhões foram destinados aos procedimentos oncológicos do SIH-SUS e do SIA-SUS, numa estimativa mensal de mais de R\$ 30 milhões. Merece destaque com relação a estes números que o custo médio dos procedimentos de radioterapia é 2,6 menor do que o dos cirúrgicos e 3,4 vezes menor do que o dos quimioterápicos.

Quadro 1 - Números e razões entre os serviços oncológicos cadastrados no SUS.

Região	SIH-SUS	SIA-SUS/QT	SIA-SUS/RT	Razão
Norte	3	7	2	1: 2,3: 0,6
Nordeste	24	67	22	1: 2,7: 0,9
Centro-Oeste	5	22	5	1: 4,4: 1,0
Sudeste	79	163	63	1: 2,0: 0,7
Sul	33	85	16	1: 2,5: 0,4
Brasil	144	344	108	1: 1,3: 0,7

Fonte: Copac/Codec - Ministério da Saúde, 1998.

Vendo-se agora sob o prisma da oferta de serviços oncológicos cadastrados no SUS (Quadro 1), a relação entre eles varia de região a região, sendo maior no Nordeste e Centro-Oeste. O que orienta essa disponibilidade? Poder-se-ia dizer que a oferta espontânea de serviços quimioterápicos e a necessidade de investimento muito maior para a criação de serviços hospitalares e radioterápicos.

Evidencia-se também um fator regional nesta oferta, como ocorre em muitas outras áreas, médicas e não médicas. Tomando-se como base o número de casos novos estimados regionalmente para 1998, retirando-se deles os 20% previstos como de câncer não melanótico de pele (de baixa complexidade) e também os 20% que se estima serem atendidos fora do SUS, produz-se o Quadro 2, que reafirma o caráter regional e mostra a maior oferta de serviços quimioterápicos e o déficit de radioterapia.

Como poderia ser classificada a oferta nas áreas cirúrgica, de diagnóstico e estadiamento, de suporte, de reabilitação e de cuidados paliativos? Ainda se buscam as bases de cálculo, que é dificultado pela multiplicidade de procedimentos envolvidos e pela falta de dados individuais no sistema. Mas é inquestionável que a assistência oncológica deve ter como base a oferta de serviços multiprofissionais, cujo fator integrador é a estrutura hospitalar, do SIH, embora isto não signifique obrigatoriamente hospitalização.

Se se desconhece parte da realidade do SUS e não se dispõe de informação sobre a assistência oncológica prestada por empresas privadas (planos, convênios, cooperativas ou seguradoras), não se pode discutir, em bases reais, sobre as possíveis diferenciações de oferta de serviços em hospitais do SUS, de particulares e de planos privados.

Quadro 2 - Necessidade de serviços oncológicos no SUS a partir da estimativa de casos novos de câncer em 1998.

Região	Casos novos 1998	SIH-SUS		SIA-SUS/QT			SIA-SUS/RT		
		Cadas- trado	Déficit	Cadas- trado	Neces- sário*	Déficit (%)	Cadas- trado	Neces- sário**	Déficit (%)
Norte	14.620	3	?	7	15	53,3	2	9	77,7
Nordeste	76.045	24	?	67	81	17,2	22	48	54,1
C. Oeste	22.790	5	?	22	24	8,3	5	14	64,2
Sudeste	98.715	79	?	163	105	-55,2	63	63	0,0
Sul	56.830	33	?	85	60	-41,6	16	36	55,5
Brasil	269.000	144	?	344	286	-20,2	108	172	37,2

*Casos novos x 80% (exclusão do câncer de pele) x 80% (cobertura pelo SUS)/600 casos novos/ano/serviço.

**Casos novos x 80% (exclusão do câncer de pele) x 80% (cobertura pelo SUS)/1.000 casos novos/ano/serviço.

Mas são características gerais da assistência oncológica no SUS:

- os procedimentos ambulatoriais representam em torno de 80% do sistema;
- são mais lucrativos;
- pelo menos 58% são prestados em serviços isolados do SIH;
- pelo menos 40% das quimioterapias são de medicação oral (que não é coberta pela assistência privada), o que também significa assistência para dispensação de medicamentos; e
- cobrem o tratamento dos cânceres prevalentes entre nós, brasileiros.

O SIA-SUS, porém, ainda:

- é um sistema numérico, de controle deficiente;
- facilita cobranças múltiplas (mais de uma/mês/caso) e duplicadas (mais de um serviço/mês/caso, ou cobrança simultânea no SIA e no SIH/mês/caso);
- facilita a duplicação com doentes do SUS e de particulares e de empresas privadas;
- facilita a seleção de procedimentos e de doentes; e
- permite que os próprios prestadores controlem a autorização de procedimentos e o encaminhamento de doentes.

Por sua vez, os procedimentos de internação, que contam com a informação da AIH e mecanismos de controle e avaliação, embora parciais:

- representam cerca de 20% do sistema;
- costumam ser deficitários;
- costumam ser prestados por hospitais públicos ou filantrópicos; e
- são informados individualmente, porém sem possibilidade de compatibilização com os dados numéricos do SIA-SUS.

O SIH-SUS:

- serve de fonte de doentes para os serviços do SIA-SUS;

- quando não é utilizado para atos operatórios, é depositário de pacientes do SIA-SUS (hotelaria ou assistência paliativa de pacientes refratários à quimioterapia e à radioterapia); e

- não se beneficia do lucro gerado nos serviços isolados do SIA-SUS.

Técnicos do Ministério da Saúde, inclusive do Instituto Nacional de Câncer, em parceria com várias secretarias municipais e estaduais de saúde, vêm há mais de quatro anos trabalhando conjuntamente e desenvolvendo conceitos e mecanismos que permitam a criação de parâmetros e normas necessárias à reformulação desse sistema.

Atualmente, está-se caminhando para:

- recadastrar todos os serviços oncológicos em bases técnicas e epidemiológicas;
- não cadastrar serviços no SIA-SUS isolados do SIH-SUS, para garantir a integridade da assistência oncológica;
- individualizar o atendimento no SIA-SUS;
- aplicar a nova tabela de procedimentos individualizados (e não mais agrupados);
- evitar a duplicidade de atendimento da cobertura simultânea no SUS e em serviços particulares ou de empresas privadas de saúde;
- reformular o fluxo de doentes, por meio de uma nova gestão de autorização; e
- promover a uniformização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em bases técnico-científicas atualizadas.

Afora de quaisquer opiniões e ilações, todos temos um desafio a vencer: controlar realmente o câncer, que, ano após ano, vem matando inexoravelmente os brasileiros, inclusive por tumores evitáveis ou curáveis. E a reformulação conceitual e do sistema da assistência oncológica também faz parte desse desafio.

Jacob Kligerman

Diretor do Instituto Nacional de Câncer
e-mail: kligerman@inca.org.br