

capoa

DIMINUIR O TEMPO PARA TRATAMENTO DO CÂNCER É DESAFIO
PARA GESTORES DE SAÚDE EM TODO O MUNDO

A redução da espera

Ver o tempo passar na expectativa de algo que está por acontecer gera angústia e desconforto. Quando essa espera está relacionada com alguma condição de saúde, a aflição é ainda maior. É sabido que, na maioria dos casos, quanto mais cedo se inicia o tratamento, maiores as chances de sucesso. No caso do câncer não é diferente. Entretanto, na perspectiva de um sistema público e unificado de saúde, lidar com esse problema é tarefa bastante complexa. São múltiplas as situações que envolvem a gestão dos sistemas para acelerar os processos relacionados ao tratamento; e as abordagens do caso podem ser ainda mais diversas. A falta de posicionamentos

claros por parte de organizações internacionais demonstra o quanto o assunto é controverso. O certo é que não há solução mágica e que o enfrentamento do problema requer muita reflexão e proposições específicas para cada contexto.

As dificuldades começam com a própria definição do que seja espera. Durante toda a jornada de um paciente, desde sua primeira consulta com um médico generalista até o desfecho do tratamento contra alguma doença, há diversas etapas, como realização de exames, visitas a especialistas e início de terapias. Cada uma dessas gera esperas. Isso não é prerrogativa do câncer, de países em desenvolvimento ou de sistemas de saúde públicos. Longas filas para acesso a serviços de saúde levaram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a desenvolver um projeto, entre 2001 e 2004, com o intuito de identificar melhores maneiras de administrar os sistemas e reduzir esses prazos em 13 países: Austrália, Canadá, Dinamarca, Finlândia, Irlanda, Itália, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido.



Quase uma década depois, a OCDE lançou este ano publicação que visa a demonstrar as diversas políticas implementadas por esses países, que incluem definição de tempo máximo de espera e organização das linhas de cuidado aos pacientes (veja tabela na página 25). O objeto do trabalho foi o acesso a tratamentos eletivos, mas os autores identificaram lentidão em outros pontos dos sistemas de saúde, como na atenção primária, emergencial e no tratamento do câncer. “Essa é uma questão importante em qualquer lugar do mundo dentro dos mais diferenciados sistemas de atenção à saúde. Dentro mesmo dos Estados Unidos nós não resolvemos esse problema, e muitas pessoas não têm acesso a tratamento dentro de tempo razoável”, afirma Len Lichtenfeld, vice-diretor médico da American Cancer Society (ACS). Mesmo em sistemas de saúde que não são públicos, como o americano, desigualdades são observadas no que se refere à agilidade no acesso ao tratamento.

No contexto do controle do câncer, a questão se torna ainda mais complexa. A começar pelo fato de o câncer não ser uma única doença, mas sim um conjunto delas, com comportamentos diferentes umas das outras e que exigem terapêuticas das mais diversas. Soma-se a isso o fato de que há uma ideia geral de que o avanço de qualquer tipo de câncer acontece de um dia para o outro, o que demandaria início imediato do tratamento em todos os casos. Tal crença só ajuda a aumentar a angústia dos pacientes. Na realidade, a maioria dos casos evolui de maneira lenta; e esperar algumas semanas, ou até meses, para acesso a algumas etapas do tratamento não interfere de maneira importante nos resultados. “A maioria dos casos se desenvolve através de anos; então esperar algumas semanas por exames ou pelo início do tratamento não determina o quão bem-sucedido esse tratamento será”, considera Terrence Sullivan, líder de Qualidade da Canadian Partnership Against Cancer.

Por outro lado, isso não pode ser justificativa para acomodação. Diversos países, incluindo o Canadá, têm empreendido esforços no intuito de reduzir o tempo para iniciar o tratamento contra o câncer. Uma medida comum é o estabelecimento de metas em relação ao tempo máximo que um paciente deve esperar para ter seu tratamento iniciado. Na Inglaterra, por exemplo, o intervalo máximo para a primeira consulta com um especialista é de duas semanas para pacientes com suspeita urgente de câncer referido por médico da atenção básica. E a partir do diagnóstico confirmado de qualquer tipo

de câncer, o tratamento tem de ser iniciado em até 31 dias. No total, fixa-se o prazo máximo de 62 dias entre a indicação do médico generalista e o início do tratamento do câncer.

URGÊNCIA DOS CASOS DEVE SER LEVADA EM CONTA

“A constituição do Serviço Nacional de Saúde na Inglaterra, que tem força de lei, determina padrões que são esperados e devem ser seguidos pelos gestores do sistema. É importante notar que os padrões operacionais exigidos devem ser atendidos em uma porcentagem dos casos, não em todos, já que existem particularidades”, diz o vice-diretor do National Health Service (NHS), Matthew Fagg. Na prática, os tempos de espera variam de acordo com a localização do câncer e o tratamento indicado. É mais comum pacientes terem que esperar mais tempo pela radioterapia do que por quimioterapia ou cirurgia. Além disso, em casos de extrema urgência, um médico da atenção básica pode indicar a admissão de um paciente por um hospital especializado. Assim, o paciente será recebido em caráter de emergência e atendido por um oncologista como um paciente externo.

A urgência dos casos é um fato importante que deve ser levado em conta ao se definir períodos máximos de espera para o tratamento. Na Inglaterra, por exemplo, há orientações para os médicos generalistas avaliarem por meio dos sintomas, o grau de urgência em relação à suspeita de cada tipo de câncer. Em Ontário, no Canadá, são definidas quatro categorias de urgência para acesso à cirurgia oncológica. Na primeira, e mais urgente, se enquadram os pacientes que apresentem condições de risco de vida, como obstrução das vias aéreas, hemorragias ou comprometimento neurológico, e que devem ser submetidos à cirurgia imediatamente. Na segunda, incluem-se os pacientes com tipos de câncer mais agressivos, como os do sistema nervoso central, e que devem ser operados em até 14 dias. No terceiro nível ficam os pacientes com outros tumores invasivos e cuja cirurgia deve ocorrer em até 28 dias. Por último, classificam-se os pacientes com tumores indolentes e que podem esperar até 84 dias pela sua retirada.

“Esse tempo de espera é contado a partir do momento em que o paciente está pronto para ser tratado. Ou seja, todos os exames já foram realizados e o paciente concordou em iniciar o tratamento. Em alguns casos, por questões pessoais, os pacientes decidem retardar o tratamento. Esse tempo não

“A necessidade de rapidez vai variar muito de acordo com diversos fatores, e é preciso que todos esses sejam considerados pelos gestores de saúde no momento de definição de políticas”

CLÁUDIO NORONHA, coordenador de Prevenção e Vigilância do INCA

pode ser levado em conta, pois interferiria negativamente nos indicadores de qualidade. Por isso, consideramos a situação de ‘pronto para ser tratado’”, explica Terrence Sullivan. O líder de Qualidade da Canadian Partnership Against Cancer ainda destaca que os tempos de espera para tratamento em cada um dos hospitais ficam disponíveis na Internet. Pacientes têm acesso a esses indicadores e podem decidir junto com seu médico para qual hospital gostariam de ir.

As diferentes complexidades dos tratamentos de câncer também devem ser levadas em conta ao se definir tempos máximos de espera. A oferta de tratamento para um câncer de pele do tipo não melanoma, que exige pouca complexidade e pode ser tratado em nível ambulatorial, é muito mais fácil de ser ampliada. Já ampliar a oferta de tratamento de cânceres de cabeça e pescoço, que exigem estruturas mais complexas e profissionais altamente qualificados é mais complicado. Um dos grandes gargalos no mundo todo é a oferta de radioterapia, já que compra de equipamentos, construção de estruturas que receberão os aparelhos e treinamento de profissionais são processos demorados e que tornam qualquer tentativa de solução desse problema uma iniciativa de longo prazo. “Tivemos sérios problemas com acesso ao tratamento radioterápico no Canadá, no passado. Com isso, essa se tornou uma questão prioritária e passou a ser monitorada muito de perto”, conta Terrence.

Os comportamentos de cada tipo de câncer também são fatores importantes na definição dos tempos máximos de espera. “Quando estamos lidando com

um caso de leucemia aguda o tratamento precisa ser oferecido o mais rapidamente possível. Tumores de intestino ou mama também precisam de agilidade, mas não tanta quanto nos casos de leucemia”, afirma Len Lichtenfeld. O vice-diretor médico da American Cancer Society destaca que esses fatores devem fazer parte do planejamento dos sistemas de cuidado que serão implementados para oferecer tratamento do câncer à população.

Nos casos dos tumores pediátricos, a agilidade para início do tratamento é ainda mais importante para o sucesso. Devido à velocidade com a qual o câncer em crianças avança, é comum que não se aguardem nem os resultados de exames citopatológicos para início do tratamento, pois essa espera poderia deixar o paciente muito debilitado e com o tumor em um estágio bem mais avançado. “A necessidade de rapidez vai variar muito de acordo com diversos fatores, e é preciso que todos esses sejam considerados pelos gestores de saúde no momento de definição de políticas”, analisa Cláudio Noronha, coordenador de Prevenção e Vigilância do INCA.

Noronha destaca, ainda, que a preocupação não deve estar voltada somente para o tratamento em si, mas para toda a trajetória do paciente até acessar uma unidade especializada em oncologia. “Muitas vezes, os maiores gargalos serão encontrados no nível de suspeição. Há demora para realização de exames de imagem e de biopsias que podem impactar negativamente na qualidade do tratamento”, afirma. “Por isso, é importante que o caminho a ser percorrido pelo paciente esteja claramente definido e que esforços sejam colocados em prática no intuito de facilitar cada etapa dessa trajetória. O monitoramento desse caminho é elemento fundamental para identificação dos gargalos e implementação de soluções”, propõe.

NOVA LEI DETERMINA PRAZO PARA TRATAMENTO NO PAÍS

No Brasil, está em vigor há pouco mais de três meses a Lei Federal 12.732/12, que determina que o primeiro tratamento de paciente com diagnóstico confirmado de câncer ocorra em no máximo 60 dias. Pela lei, o prazo começa a contar a partir do registro do diagnóstico no prontuário. (Mas, no dia 5 de setembro, a Justiça Federal determinou que o prazo passe a contar da data do diagnóstico. Essa decisão, no entanto, pode ser alterada). São feitas exceções em relação ao câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular, câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de

TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E O INÍCIO DO TRATAMENTO (CIRURGIA, RADIOTERAPIA E/OU QUIMIOTERAPIA) | 2010

PAÍS	Mama	Colo do útero	Colorretal	Pulmão	Todos os tipos
Canadá	30 dias (média)	20 dias (média)	21 dias (média)	29 dias (média)	25 dias (média)
Chipre	17 dias	11 dias	8 dias	10 dias	11 dias
Escócia	24 dias	-	23 dias	25 dias	-
Eslováquia*	7-21 dias				
Eslovênia*	3-6 meses	3-6 meses	2 meses	2 meses	-
França	21 dias	-	-	38 dias	-
Hungria*	7-14 dias	7-14 dias	10-21 dias	7-14 dias	10-17 dias
Islândia*	1-4 dias				
Israel*	Radioterapia: 15-45 dias				
Japão*	Imediato ou em semanas				
Letônia	30 dias (média)	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Luxemburgo*	< 3 dias				
Malta*	Semanas, não meses				
Noruega*	2-4 semanas	-	-	-	-
Países Baixos	25 dias	15 dias	10-50 dias	21 dias	Aproximadamente 40 dias
Polônia*	3-12 semanas	3-6 semanas	4-8 semanas	4-6 semanas	4-6 semanas
República Tcheca*	Semanas, não meses				
Suécia	Semanas, não meses				
Turquia*	Semanas, não meses				

Nota: Os dados sobre os Países Baixos, Escócia e Suécia se referem a 2008, e sobre Canadá, Israel, Letônia e Polônia, a 2009. Em relação à França, os dados sobre o tempo de espera para o câncer de mama se referem a 2007, e para o câncer de pulmão, a 2003. Países com * são aqueles em que especialistas forneceram as estimativas de tempo de espera.

1) Nota de rodapé da Turquia: As informações sobre o Chipre se referem à parte sul da ilha. Não existem autoridades que representem os turcos e os cipriotas gregos na ilha. A Turquia reconhece a República Turca do Norte de Chipre. Até que uma solução duradoura e justa seja encontrada dentro do contexto da Organização das Nações Unidas, a Turquia deve preservar a sua posição em relação ao "problema de Chipre".

2) Nota de rodapé de todos os Estados-Membros da União Europeia que fazem parte da OCDE e da Comissão Europeia: A República de Chipre é reconhecida por todos os membros das Nações Unidas, com exceção da Turquia. As informações neste documento se referem à área sob o controle efetivo do Governo da República de Chipre.

Os dados estatísticos sobre Israel foram fornecidos pelas e sob a responsabilidade das autoridades israelenses. A utilização de tais dados pela OCDE é feita sem prejuízo ao status das Colinas de Golã, Jerusalém Oriental e os assentamentos israelenses na Cisjordânia, nos termos do direito internacional.

Fonte: *Cancer care: assuring quality to improve survival* (OECD Publishing, Paris, 2013)

“A criação dessa lei no Brasil demonstra o quanto a população passa a exigir mais dos governos a partir do momento em que se alcança mais desenvolvimento”

LEN LICHTENFELD, vice-diretor médico da American Cancer Society (ACS)

alto risco e casos sem indicação de tratamento anti-neoplásico imediato. A lei também considera que o prazo pode ser menor, conforme necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário. O primeiro tratamento se dá na realização da cirurgia, início da radioterapia ou da quimioterapia, conforme indicação. “A nova lei surge como uma oportunidade de começarmos uma discussão tão importante quanto essa no Brasil”, avalia Noronha.

O Ministério da Saúde (MS) criou uma Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento da Lei nº 12.732/12 e tem empreendido diversos esforços para ampliar a oferta de tratamento oncológico no País. A Comissão deve se reunir mensalmente, e o próximo encontro está previsto para o dia 12 de setembro. Até o momento, não há indicadores disponíveis, mas o MS está implantando nacionalmente o Sistema de Informação do Câncer (Siscan), que além de integrar os sistemas de informação para alguns tipos de câncer anteriormente existentes, registrará todos os casos de câncer diagnosticados e tratados no âmbito do SUS. O uso do Siscan será obrigatório pelos serviços de apoio diagnóstico e hospitais que são referência para o tratamento oncológico. O sistema contará com o registro das datas do diagnóstico em laudo patológico, registro do exame no prontuário e data do primeiro tratamento.

“É interessante observar a criação dessa lei no Brasil. Isso demonstra o quanto a população passa a exigir mais dos governos a partir do momento em que se alcança mais desenvolvimento. É importante aproveitar essa oportunidade para definir prioridades e avançar com o trabalho”, opina Len Lichtenfeld.

Que esse é um assunto importante todos concordam, mas a falta de posicionamentos mais claros por parte de organizações internacionais demonstra

como a questão é complexa. Procuradas pela REDE CÂNCER, a União Internacional para o Controle do Câncer (UICC) e a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) preferiram não conceder entrevistas. Por meio de suas assessorias de imprensa, a UICC informou que essa não é uma área com a qual a organização lida, e a IARC declarou que a questão está fora do seu escopo de trabalho. A IARC disse que acredita na importância do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno, mas que não faz pesquisas focadas puramente em tempos de espera.

A OCDE, em publicação com lançamento previsto para outubro ou novembro deste ano, já enfoca mais diretamente essa questão. Para a organização, os países devem desenvolver uma compreensão clara do padrão de tempos de espera excessivos ou injustos para o tratamento do câncer em suas populações e responder com políticas adequadas ao contexto local. A OCDE acredita que longos tempos de espera são geralmente causados pela escassez e distribuição desigual de recursos, juntamente com sistemas de referência ineficientes.

Uma solução que parece fácil é aumentar o investimento de recursos, ampliando a oferta de serviços. Mas os países têm implementado soluções que incluem a organização da trajetória dos pacientes, reforço na coordenação dos cuidados e racionalização das vias de prestação de cuidados oncológicos. Além disso, o monitoramento e avaliação dos tempos de espera é fundamental para garantir acesso mais ágil ao tratamento do câncer. “O Brasil já produz muitos dados relativos ao controle do câncer. É preciso agora que esses dados sejam trabalhados e transformados em informações que possam subsidiar gestores na criação de políticas públicas efetivas”, afirma Ian Forde, analista de Políticas da Divisão de Saúde da OCDE.

Apesar de a definição de tempos máximos de espera ser estratégia usada por diversos países, a complexidade da atenção oncológica faz com que os prazos sejam bastante diversos. “Não existe solução genérica. O ideal é se identificar o que é mais importante localmente e passar a monitorar de maneira mais rígida aquela etapa, ou tipo de câncer, ou tipo de tratamento”, defende Terrence Sullivan. De uma maneira geral, os países definem tempos máximos gerais e a partir daí passam a definir etapas ou exceções com base nas prioridades e limitações do contexto local. “Querer focar e consertar tudo ao mesmo tempo pode não ser possível. É mais interessante delimitar um contexto e trabalhar para melhorá-lo. A partir daí passa-se para as próximas etapas”, recomenda Len Lichtenfeld. ■