

Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde

Cancer Care Policy in Brazil after Creation of Unified Health System

Política de Atención Oncológica en Brasil después de la Creación del Sistema Único de Salud

Mario Jorge Sobreira da Silva¹; Fernando Lopes Tavares de Lima²; Gisele O'Dwyer³; Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro⁴

Resumo

Introdução: Com o Sistema Único de Saúde (SUS), um conjunto de normativas foi publicado objetivando estruturar a atenção ao paciente oncológico em diversas frentes de organização. **Objetivo:** Analisar as contribuições das legislações para a evolução da política de atenção ao câncer no Brasil no período pós-SUS (1990-2017). **Método:** Realizou-se um estudo descritivo utilizando a Teoria da Estruturação de Giddens para análise dos dados. As fontes de dados foram as legislações sobre a atenção ao câncer no Brasil, disponíveis nos sítios eletrônicos governamentais, publicadas entre setembro/1990 e abril/2017. O conteúdo das normas legais foi classificado quanto ao período histórico (em quatro fases: definição; organização; expansão; integração) e à sua finalidade (nas categorias: regras estruturantes; habilitação/credenciamento; financiamento; protocolos/tecnologia). **Resultados:** Foram incluídas e analisadas 220 normativas, sendo seis referentes à fase de definição, 70 na fase de organização, 85 na fase de expansão e 59 na fase de integração. Quanto à finalidade, 76 eram regras estruturantes, 14 tratavam de habilitação/credenciamento, 50 versavam sobre financiamento e 100 referiam-se a protocolos/tecnologias. Ao longo do tempo, o número de regras publicadas oscilou, dependendo da categoria. **Conclusão:** Pode-se afirmar que, nos poucos anos de normatização legal, estruturou-se uma política de atenção ao câncer com vários elementos, com importância maior ou menor no decorrer do período. O grande volume de normas dificulta o conhecimento dos gestores e profissionais de saúde, ainda que inseridos e atuantes na área. Porém, a sucessão de normativas indica lugar de destaque na agenda política, em consonância com a importância epidemiológica do câncer.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Neoplasias; Sistema Único de Saúde.

¹ Farmacêutico. Doutorando em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Coordenação de Ensino do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* mario.silva@inca.gov.br.

² Cirurgião-Dentista. Doutorando em Saúde Pública na Ensp/Fiocruz. Coordenação de Ensino do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* flima@inca.gov.br.

³ Médica. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Departamento de Administração e Planejamento da Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* odwyer@ensp.fiocruz.br.

⁴ Farmacêutica. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz. Departamento de Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* claudiaosorio.soc@gmail.com.

Endereço para correspondência: Mario Jorge Sobreira da Silva. Rua Marquês de Pombal, 125 - 3º andar - Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20.230-240. *E-mail:* mario.silva@inca.gov.br.

INTRODUÇÃO

No início do século XX, os países desenvolvidos identificavam o câncer como um problema de saúde pública e implementavam medidas para o seu controle, enquanto, no Brasil, as endemias ocupavam a agenda das políticas de saúde. A primeira proposta governamental de combate ao câncer no Brasil se deu em 1920, mas seu arcabouço envolvia, basicamente, a notificação compulsória dos casos e o registro do câncer como causa de óbito¹.

O perfil epidemiológico do câncer, produzido por notificações e registros, levou à criação de unidades específicas para o tratamento, a partir de parcerias entre instituições filantrópicas e a iniciativa pública, além de ações públicas que objetivavam ampliar o conhecimento da população sobre medidas de prevenção².

Em 1937, surge normativa criando o Centro de Cancerologia, no Estado do Rio de Janeiro, unidade hospitalar pública destinada exclusivamente ao tratamento e ao estudo do câncer³. Entretanto, apenas em 1941 surge o Serviço Nacional de Câncer, atualmente denominado Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), responsável por organizar, orientar, fiscalizar e executar as atividades relacionadas ao câncer, em todo o país⁴.

Até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, diversas campanhas e programas foram desenvolvidos em prol do combate ao câncer e houve uma ampliação significativa no número de estabelecimentos destinados ao seu tratamento^{1,4-5}. Em que pese os avanços alcançados, as questões conjunturais do período entre 1940 e 1990, tais como a expansão da lógica privatista, médico-hospitalocêntrica e de medicina liberal especialmente após o golpe militar de 1964^{1,5}, não favoreceram a organização do sistema de saúde de forma satisfatória para um eficiente controle do câncer no Brasil.

Com o SUS, um novo conjunto de políticas foi implementado com o intuito de estruturar a assistência ao paciente oncológico, em diversas frentes de organização. No entanto, não existem publicações sistematizando o volume das normativas publicadas no período e a suficiência destas para organizar e regular o setor. Nessa perspectiva, este artigo buscou analisar as contribuições das legislações para a evolução da política de atenção ao câncer no Brasil no período pós-SUS (1990-2017).

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo sobre as políticas de atenção ao câncer implementadas no Brasil no período pós-SUS. As fontes de dados foram as legislações publicadas no período de setembro de 1990 a abril de 2017.

A busca da legislação foi realizada, inicialmente, nos sites das Secretarias de Atenção⁶ e Vigilância em Saúde⁷

do Ministério da Saúde (MS), do INCA⁸ e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec)⁹, por dois pesquisadores devidamente treinados para a coleta dos dados. Os dados foram coletados no mês de maio de 2017. Após leitura do *caput* de cada normativa, foram incluídas as que tratavam da organização da atenção oncológica. No entanto, a revisão das normas mostrou que outras legislações importantes estavam citadas no corpo das Portarias, Decretos, Leis e Resoluções. Dessa forma, foi necessário verificar, em cada norma encontrada pela busca nos sites oficiais, citações adicionais da legislação, para inclusão.

Foram excluídas aquelas normas que, apesar de estarem relacionadas à prevenção e ao controle do câncer, não abordavam de forma direta a estruturação do cuidado, como por exemplo, as políticas de promoção à saúde que, por sua importância e dimensão, merecem uma análise específica.

O conteúdo de cada norma foi classificado quanto ao período histórico correspondente e à sua finalidade. Para os fins deste artigo, foram definidas quatro fases históricas de análise, correspondentes à fase de estruturação da política de organização do cuidado oncológico no período pós-SUS: **fase de definição** (de 1990 até a publicação da Portaria GM/MS nº 3.535 de 1998); **fase de organização** (da publicação da Portaria GM/MS nº 3.535 de 1998 até a Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005); **fase de expansão** (da publicação da Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005 até a Portaria GM/MS nº 874 de 2013); e **fase de integração** (a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 874 de 2013). A escolha dessas normativas como marcos temporais se justifica pela considerável mudança na forma de compreensão e organização da atenção oncológica^{5,10}.

No que diz respeito à finalidade dos documentos, o aspecto semântico das regras, identificou-se que o conjunto legislativo se divide nas seguintes categorias: **regras estruturantes** (envolvendo organização do sistema e dos serviços de saúde; gestão/governança; parâmetros funcionais; instalações físicas; critérios para credenciamento de serviços; formas de habilitação; recursos humanos; parâmetros de avaliação e sistemas de apoio); **habilitação/credenciamento** (incluindo o número de estabelecimentos habilitados); **financiamento** (abarcando valores de procedimentos; programação de recursos; modelos de repasse e reembolso); **protocolos e tecnologia** (contendo definições operacionais; inclusão, substituição e exclusão de tecnologia e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT). Cabe destacar que uma normativa, a depender de seu conteúdo, foi classificada em mais de uma categoria.

A análise foi descritiva, considerando a categoria da norma e ano de publicação. As evoluções das fases identificadas pelos marcos históricos foram caracterizadas no interior de cada uma das categorias. Foi também feita

uma análise da distribuição das normas de cada categoria ao longo do tempo.

Utilizou-se a Teoria da Estruturação de Giddens para analisar as normativas implementadas no período pós-SUS. Essa teoria pressupõe que a estruturação depende de procedimentos, métodos ou técnicas hábeis executados a partir de regras e recursos estruturais. As regras têm um aspecto normativo, dos direitos e obrigações, e um aspecto semântico, mais processual, associado ao desempenho. Os recursos são autoritativos, próprios da relação entre pessoas, ou alocativos, relativos às capacidades materiais. Nesse contexto, as dimensões estruturais são a base de poder, ora facilitadoras ora restritivas¹¹. O plano de análise documental visou a compreender a implantação da política de atenção ao câncer no Brasil, onde as legislações seriam as regras e recursos estruturais disponíveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de busca resultou em 99 normativas que trataram da implantação de uma política para controle do câncer no Brasil no período pós-SUS, sendo 36 no site do Ministério da Saúde, 36 no do INCA e 27 no da Conitec. Destas, 30 eram duplicatas ou triplicatas e foram excluídas. Após leitura dos 69 documentos na íntegra, foram incluídas mais 151 referenciadas, o que resultou em 220 normativas analisadas neste estudo.

A primeira análise realizada foi a distribuição temporal das normas estudadas. Foram identificadas seis normas na fase de definição, 70 na fase de organização, 85 na fase de expansão e 59 na fase de integração. Ao longo do tempo, o número de regras publicadas oscilou, a depender da categoria, conforme demonstrado na Figura 1.

REGRAS ESTRUTURANTES

Foram identificadas 76 legislações relativas a essa categoria, distribuídas conforme apresentado no Quadro 1.

Na *fase de definição*, foram identificadas três normativas relativas à organização dos serviços de tratamento oncológico e duas que visavam à prevenção e ao diagnóstico do câncer. Elas regulamentaram os cuidados prolongados de doentes crônicos, inclusive oncológicos, incluíram os serviços de oncologia entre as áreas que passaram a compor as Redes Integradas de Procedimentos de Alta Complexidade e normatizaram o credenciamento de hospitais de alta complexidade.

Destaca-se a Portaria nº 170/93, que classifica as unidades de tratamento oncológico em: 1) Centro de Referência (CR) I (aptos para atendimentos a pacientes com qualquer tipo de neoplasia); 2) CR II (aptos ao tratamento dos principais tipos de neoplasias). Em paralelo, houve a normatização dos Centros de Radioterapia e de Quimioterapia isolados, que deveriam, obrigatoriamente, estar vinculados a um CR.

Nota-se que, nessa fase, houve pouco incremento das normativas relacionadas à atenção oncológica. Esse fato pode estar relacionado à ênfase governamental no processo de descentralização da saúde¹².

A *fase de organização* teve como seu Marco Legal a publicação da Portaria nº 3.535/98, que estabeleceu novos critérios para cadastramento de centros de atendimento de alta complexidade em oncologia. Entre as principais finalidades dessa normativa, destacam-se as estratégias para o atendimento integral aos usuários com câncer e o estabelecimento de uma rede hierarquizada, com definição de fluxos e referências. Pela primeira vez, foi utilizado um parâmetro epidemiológico/

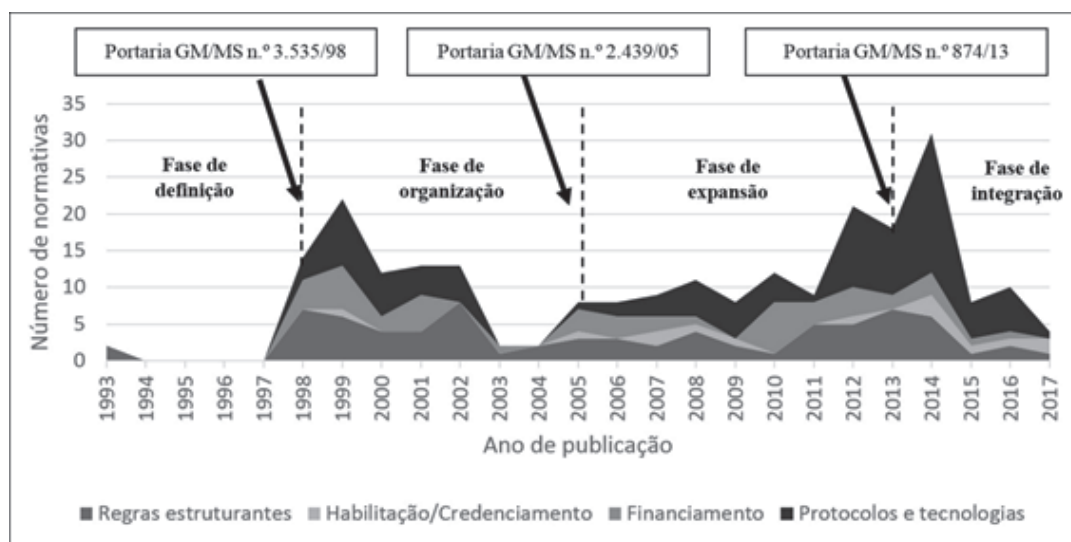


Figura 1. Distribuição das normativas publicadas sobre atenção ao câncer no período pós-SUS, de acordo com a finalidade. Brasil, 1990-2017
Fonte: Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

Quadro 1. Normativas analisadas na categoria “Regras Estruturante”, por fase de estruturação

Fase de estruturação da política (76)	Normativa
Definição (5)	Portaria MS/GM 65/93; Portaria MS/GM 170/93; Portaria MS/GM 2.413/98; Portaria MS/GM 3.040/98; Portaria MS/GM 3.041/98
Organização (30)	Portaria MS/SAS 171/98; Portaria MS/GM 3.535/98; Portaria MS/GM 3.536/98; Portaria MS/SAS 113/99; Portaria MS/GM 255/99; Portaria MS/SAS 296/99; Portaria MS/GM 788/99; Portaria MS/GM 1.478/99; Lei 9.797/99; Portaria MS/GM 1.312/00; Portaria MS/GM 1.313/00; Portaria MS/GM 1.315/00; Portaria MS/GM 1.316/00; Portaria MS/GM 44/01; Portaria MS/SAS 579/01; Portaria MS/GM 1.102/01; Lei 10.289/01; Portaria MS/GM 19/02; RDC 50/02; RDC 202/02; Portaria MS/GM 472/02; Portaria MS/GM 1.101/02; Portaria MS/GM 1.289/02; Portaria MS/GM 1.318/02; Portaria MS/GM 1.319/02; Portaria MS/GM 456/03; RDC 220/04; RDC 306/04; Portaria MS/GM 485/05; Portaria MS/GM 1.163/05
Expansão (25)	Portaria MS/GM 2.439/05; Portaria MS/GM 2.571/05; RDC 20/06; Portaria MS/SAS 741/06; Portaria MS/SAS 768/06; RDC 67/07; Portaria MS/GM 3.212/07; Portaria MS/SAS 288/08; Portaria MS/SAS 779/08; Retificação da Portaria MS/SAS 779/08; Lei 11.664/08; Portaria MS/SAS 215/09; Portaria MS/SAS 2.600/09; Portaria MS/SAS 310/10; Portaria MS/GM 12/11; Portaria MS/GM 451/11; Portaria MS/GM 588/11; Portaria MS/GM 847/11; Portaria MS/GM 1.682/11; Portaria MS/GM 531/12; Portaria MS/GM 931/12; Portaria MS/SAS 1.228/12; Portaria MS/SAS 2.304/12; Lei 12.732/12; Lei 12.802/12
Integração (16)	Portaria MS/GM 874/13; Portaria MS/GM 876/13; Portaria MS/GM 1.504/13; Portaria MS/GM 2.898/13; Portaria MS/GM 3.388/13; Portaria MS/GM 3.394/13; Portaria MS/GM 140/14; Portaria MS/GM 176/14; Portaria MS/GM 189/14; Portaria MS/GM 192/14; Portaria MS/GM 1.220/14; Portaria MS/GM 1.550/14; Portaria MS/GM 1.575/14; Portaria MS/GM 186/16; Portaria MS/GM 1.325/16; Portaria MS/GM 613/16

Fonte: Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

demográfico (casos novos anuais de câncer) para justificar a necessidade de novos serviços.

Uma importante mudança foi a substituição dos CR pelo Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e a inclusão de seus ambulatórios no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Os Cacon foram tipificados em: Cacon I (hospital geral que realiza diagnóstico e tratamento dos tumores mais frequentes); Cacon II (instituições dedicadas prioritariamente ao controle dos tumores mais frequentes); Cacon III (instituições dedicadas exclusivamente ao controle de qualquer tipo de câncer). Os estabelecimentos credenciados deveriam atuar na prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.

Em 1999, ficou reestabelecida a abertura de serviço isolado de radioterapia e/ou quimioterapia, desde que houvesse referência junto ao hospital geral já cadastrado pelo SUS (Portaria nº 113/99). A unidade deveria consultar, previamente, o gestor local ou estadual do SUS, sobre a necessidade da sua criação. Tratou-se de uma regra de aspecto normativo, considerando direitos e obrigações,

e de um recurso autoritativo, por estar condicionada à aprovação do gestor local¹¹, sendo uma primeira iniciativa de descentralização do processo de habilitação.

Nessa fase, foram identificadas, ainda, normas estruturantes facilitadoras do desempenho do sistema de atenção ao câncer. Entre elas, destacam-se: 1) a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pelo SUS, nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer (Lei nº 9.797/99); 2) a criação de Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica (Portaria nº 1.478/99); 3) a definição do Regulamento Técnico para Transplante de Medula Óssea (Portarias nº 1.312/00, nº 1.313/00, nº 1.315/00, nº 1.316/00, e nº 44/01); 4) o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial, incluindo a oncologia (Portaria nº 1.101/02); 5) a implantação do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (Portarias nº 19/02, nº 472/02 e nº 1.319/02); 6) a instituição do Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (Lei nº 10.289/01); 7) a inserção de indicadores na atenção básica relacionados aos exames citopatológicos

cervicovaginais e às taxas de mortalidade de mulheres por cânceres do colo do útero e de mama (Portaria nº 456/03).

Por fim, nesse segundo período, foram publicadas normas referentes à organização e segurança em estabelecimentos de saúde que, apesar de não estarem relacionadas exclusivamente à oncologia, impactaram na estruturação dos serviços (Portaria nº 485/05; RDC nº 50/02, nº 202/02 e nº 306/04).

Apesar da diversidade de normativas publicadas relativas à atenção ao câncer na fase de organização, esse período foi claramente marcado pela centralidade no fortalecimento, expansão e qualificação da atenção básica, dos Serviços de Atendimento Móvel e de Urgência e dos Programas Brasil Sorridente e Farmácia Popular¹³. Sendo assim, as regras estruturantes foram mais relacionadas aos serviços e processos de alta complexidade em oncologia, e pouco direcionadas à organização do sistema.

A conhecida Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) (Portaria nº 2.439/05) é considerada um grande marco para a área da oncologia e para denominada *fase de expansão*, principalmente por estruturar a linha de cuidado do paciente com câncer. O reconhecimento das ações de promoção à saúde e prevenção do câncer e a organização do sistema para promover um itinerário terapêutico adequado do paciente refletem a importância dessa regulamentação. Tais aspectos foram endossados pelo ‘Pacto pela saúde’ publicado em 2006¹⁴, fortalecendo as ações estratégicas para prevenção e controle do câncer no Brasil.

No que tange à organização das Redes de Atenção Oncológica (RAO), a Portaria nº 741/05 promove uma reconfiguração dos critérios para habilitação de unidades em alta complexidade em oncologia, passando a adotar as seguintes categorias: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), Cacon e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Essas unidades se diferenciam principalmente pela capacidade e tipo de atendimento realizado. Outro aspecto importante a ser ressaltado é a demanda pela implantação dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), como instrumento necessário para realizar as ações de vigilância em saúde.

Nessa fase, duas normativas versaram sobre a gestão da assistência oncológica, apontando a responsabilidade das esferas governamentais na governança da RAO. As condições técnicas dos serviços especializados foram abordadas em seis normativas. Parâmetros funcionais mínimos foram elencados de forma a buscar melhorar os processos de trabalho e qualificar as ações desenvolvidas pelos serviços. Os aspectos relacionados às instalações físicas foram descritos em três regulamentações, quatro normativas versaram sobre equipamentos, três documentos tratavam de recursos humanos, incluindo formação de pessoas, e duas legislações traziam subsídios para avaliação dos serviços. Foram identificadas sete normativas

relacionadas à integralidade do cuidado para os tumores oftalmológicos, mamários e do colo uterino. Aspectos diagnósticos foram identificados em oito legislações e duas se referiam aos sistemas de informação.

Algumas regulamentações merecem ser destacadas, considerando a sua relevância e as alterações estruturais proporcionadas: 1) o regulamento técnico dos serviços de radioterapia (RDC nº 20/06); 2) a atualização da regulamentação técnica do transplante de células-tronco hematopoéticas, incluindo os requisitos mínimos para a realização dessa terapêutica e o fortalecimento do Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome), do Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea (Rereme), do Registro Nacional de Doadores de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (Renacord) e do Registro Brasileiro de Transplantes de Medula Óssea (RBTMO) (Portaria nº 2.600/09); 3) a criação da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC) (Portaria nº 12/11); 4) o plano de expansão da radioterapia (Portaria nº 931/12); 5) a publicação da Lei nº 12.732/12, que instituiu a obrigatoriedade de iniciar o tratamento oncológico em no máximo 60 dias após o diagnóstico. Essas normativas constituíram-se em recursos autoritativos¹¹, devido à definição dos atores envolvidos e relações hierárquicas estabelecidas, e alocativos¹¹, mediante a distribuição de equipamentos de radioterapia para os serviços. Além disso, representam regras com aspectos normativos e semânticos¹¹, considerando o desempenho esperado pelos serviços a partir dos regulamentos técnicos, sendo, portanto, regras facilitadoras de modificação estruturante na assistência ao câncer.

No quarto período (*fase de integração*), a conformação do modelo de redes de atenção à saúde foi priorizada. Dessa forma, é possível observar que há uma ampliação nas atribuições dos demais níveis de atenção componentes da rede. A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Portaria nº 874/13), que substituiu a PNAO, é o grande Marco Legal dessa fase. Além de questões centrais relacionadas à linha de cuidado já contempladas nas legislações anteriores, maior ênfase à integralidade do cuidado e à informação em saúde foram evidenciadas.

Para organizar o sistema, novos critérios e parâmetros passaram a ser estabelecidos pela Portaria nº 140/2014. Essa redefinição buscou ampliar a qualificação e consolidar a atuação dos serviços especializados em oncologia. Nota-se que o parâmetro para habilitação de Unacon e Cacon passou a adotar o número de habitantes (uma unidade para 500 mil). Uma novidade é a definição de critérios para credenciamento de estabelecimentos que realizam atendimento em oncologia pediátrica ou hematológica.

Nessa fase, cinco normativas estiveram relacionadas à gestão da assistência oncológica, duas versaram sobre instalações físicas, quatro trataram de condições técnicas,

duas referiram-se a equipamentos e duas descreveram aspectos sobre recursos humanos. Parâmetros para avaliação e monitoramento dos estabelecimentos foram descritos em três legislações.

Destacam-se, nessa fase, as legislações referentes: 1) à instituição do Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do SUS (Portaria nº 3.394/13); 2) à criação dos Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC) e dos Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) (Portaria nº 189/14); 3) à qualificação dos diagnósticos para câncer do colo do útero (Portarias nº 3.388/13, nº 1.504/13, nº 176/14, nº 1.325/16 e nº 613/17).

HABILITAÇÃO/CRENCIAMENTO

Foram identificadas 14 normativas relacionadas à habilitação/credenciamento, sendo uma na *fase de organização*, seis na *fase de expansão* e sete na *fase de integração* (Quadro 2). Embora tenham sido estabelecidos critérios para credenciamento de serviços de alta complexidade em oncologia na primeira fase (Portaria nº 170/93), nesse período não foi publicada nenhuma portaria com a lista das unidades habilitadas.

A primeira portaria que versou sobre esse tema objetivou cadastrar os centros de alta complexidade e os serviços isolados de quimioterapia (Portaria nº 410/99). O documento apresentou um total de 202 estabelecimentos habilitados.

A partir de 2007, durante a *fase de expansão*, passou-se a admitir nove formas diferentes de habilitação de serviços especializados em oncologia e a manutenção dos serviços isolados de quimioterapia e radioterapia (Portaria nº 361/07). Essa variedade permitiu ampliar o número de estabelecimentos credenciados, chegando a 232 estabelecimentos (Portaria nº 513/07). Este é um caso em que a regra permitiu uma modificação significativa nos serviços disponíveis, estruturando um novo patamar de acesso a serviços especializados.

Em 2008, visando a reorganizar a rede de alta complexidade em oncologia, novas formas de credenciamento foram adotadas, extinguindo-se os serviços isolados de quimioterapia e radioterapia, e incluindo-se a conformação de complexos hospitalares. Essa nova condição passou a permitir que um conjunto de estabelecimentos de um mesmo município pudesse se reunir e conformar uma habilitação sob uma instituição mantenedora, resultando na habilitação de 222 estabelecimentos (Portaria nº 146/08). Novamente, há estruturação de serviços integrados induzidos por normas legais.

Em 2009, observa-se uma mudança na concepção sobre a conformação dos complexos hospitalares, não sendo mais permitida a associação de serviços de radioterapia ou de oncologia clínica de complexo hospitalar às Unacon (Portaria nº 62/09). Essa reorganização previa a expansão da rede de atenção oncológica ao permitir que serviços de radioterapia e de oncologia/clínica pudessem se associar entre si, desde que ao menos um dos estabelecimentos fosse um hospital. Considerando as novas formas de habilitação, foram habilitados 269 estabelecimentos (Portaria nº 102/12).

Na *fase de integração*, com o intuito de estruturar a PNPCC, observou-se pela primeira vez o estabelecimento de critérios para habilitação de serviços de média complexidade, voltados ao diagnóstico e tratamento de lesões precursoras de câncer do colo do útero e ao diagnóstico do câncer de mama (Portaria nº 189/14). Essa mudança paradigmática pareceu ser uma estratégia importante para ampliar o acesso à alta complexidade e para atender às metas estabelecidas no plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis¹⁵ e concretizar o modelo de atenção à saúde que passou a ser estruturado a partir de 2011 no país¹⁶.

Ainda em 2014, com intuito de fortalecer a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no eixo temático câncer, novos critérios foram definidos para credenciamento de serviços de alta complexidade, passando-se a adotar seis tipos de habilitação distintos

Quadro 2. Normativas analisadas na categoria “Habilitações e credenciamento”, por fase de estruturação

Fase de estruturação da política (14)	Normativa
Definição (0)	-
Organização (1)	Portaria MS/SAS 410/99
Expansão (6)	Portaria MS/SAS 741/05; Portaria MS/SAS 361/07; Portaria MS/SAS 513/07; Portaria MS/SAS 146/08; Portaria MS/SAS 62/09; Portaria MS/SAS 102/12
Integração (7)	Portaria MS/SAS 140/14; Portaria MS/SAS 189/14; Portaria MS/SAS 1426/14; Portaria MS/SAS 886/15; Portaria MS/SAS 181/16; Portaria MS/SAS 458/17; Portaria MS/SAS 637/17

Fonte: Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

(Portaria nº 140/14). A principal alteração se deu em relação ao hospital geral com cirurgia oncológica que passou a ter necessidade de conformar um complexo hospitalar. Nesse período, estavam habilitados 288 estabelecimentos (Portaria nº 140/14).

Os novos critérios buscaram ampliar a qualificação dos estabelecimentos de alta complexidade e, no primeiro semestre de 2017, 299 estabelecimentos foram credenciados para o tratamento do câncer (Portaria nº 458/17).

As constantes mudanças nos critérios de habilitação/credenciamento ao longo dos períodos promoveram incremento de 48,0% no número de estabelecimentos habilitados, passando de 202 em 1999 (Portaria nº 410) para 299 em 2017 (Portaria nº 458). Há de se considerar, ainda, que em 1999 havia 75 serviços isolados de quimioterapia (Portaria nº 410). Esses estabelecimentos, por estarem focados em um único procedimento, não atendiam à integralidade do cuidado do paciente oncológico. Essa disparidade foi resolvida ao longo do tempo, com os novos critérios de habilitação que foram sendo estabelecidos. No entanto, cabe problematizar a suficiência no número de estabelecimentos para atender às necessidades da população, considerando a incidência crescente do câncer no Brasil e a alta mortalidade relacionada a esse agravo¹⁷.

FINANCIAMENTO

Das 50 portarias sobre financiamento implantadas, apenas uma pertence à *fase de definição*. As *fases de organização e expansão* contêm a maioria das portarias sobre financiamento, 19 e 22, respectivamente. Na *fase de integração* da área, foram produzidas oito portarias (Quadro 3).

As portarias editadas nas *fases de definição e organização* versam principalmente sobre valores de procedimentos, incluindo limites de cobrança. Destacasse, na fase de organização, três portarias que tratavam de programação de recursos para a assistência ambulatorial de média e alta complexidades (Portarias nº 01/99, nº 531/99 e nº 3.536/99) e ações estratégicas de alta complexidade (Portaria nº 627/01). Outra portaria importante foi a definição da fonte de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec) para financiar a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (CNCPAAC) (Portaria nº 1.479/99).

Na *fase de expansão*, três portarias são mais importantes por tratarem de repasse para fundos municipais e estaduais, por instituírem incentivo financeiro para custeio das atividades desenvolvidas pelo Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) (Portarias nº 2.607/05 e nº 1.345/06) e por estabelecerem

Quadro 3. Normativas analisadas na categoria "Financiamento", por fase de estruturação

Fase de estruturação da política (50)	Normativa
Definição (1)	Portaria MS/GM 2.413/98
Organização (19)	Portaria MS/SAS 145/98; Portaria MS/SAS 205/98; Portaria MS/GM 3.536/98; Portaria MS/SAS 01/99; Portaria MS/SAS 34/99; Portaria MS/SAS 54/99; Portaria MS/SAS/SE 56/99; Portaria MS/GM 531/99; Portaria MS/GM 1.479/99; Portaria MS/SAS/SE 19/00; Portaria MS/GM 1.317/00; Portaria MS/SAS/SE 54/01; Portaria MS/SAS 432/01; Portaria MS/SAS 482/01; Portaria MS/SAS 515/01; Portaria MS/GM 627/01; Portaria MS/GM 1.708/03; Portaria MS/GM 1.095/05; Portaria MS/GM 1.617/05
Expansão (22)	Portaria MS/SAS 757/05; Portaria MS/GM 2.607/05; Portaria MS/SAS 287/06; Portaria MS/GM 1.345/06; Portaria MS/SAS 467/2007; Portaria MS/GM 2.488/07; Portaria MS/SAS 346/2008; Portaria MS/SAS 282/10; Portaria MS/SAS 305/10; Portaria MS/SAS 706/10; Portaria MS/SAS 720/2010; Portaria MS/SAS 1.856/10; Portaria MS/GM 2.410/2010; Portaria MS/GM 3.662/10; Portaria MS/SAS 90/11; Portaria MS/SAS 939/11; Portaria MS/SAS 122/12; Portaria MS/GM 2.948/12; Portaria MS/GM 931/12; Portaria MS/GM 2.012/11; Decreto 7.988/13. Lei 12.715/12
Integração (8)	Portaria MS/SAS 827/13; Portaria MS/GM 874/13; Portaria MS/SAS 140/14; Portaria MS/GM 183/14; Portaria MS/GM 189/14; Portaria MS/SAS 1.363/14; Portaria MS/SAS 103/15; Portaria MS/GM 94/16

Fonte: Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

recursos aos Estados, municípios e Distrito Federal para custeio da atualização dos procedimentos de radioterapia e quimioterapia da tabela do SUS (Portaria nº 2.410/10). Uma normativa que também se destaca nesse período é a Lei nº 12.715/12, que institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) para captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer. As outras 12 normativas tratavam de valores de procedimentos.

Três importantes normativas da *fase de integração* tratam do financiamento no bojo dos temas prevenção e controle na atenção ao paciente com câncer e avaliação de estabelecimentos especializados em câncer (Portarias nº 874/13, nº 140/14 e nº 183/14). Outras duas tratavam da recomposição de valores de procedimentos.

Percebe-se que poucos investimentos foram relacionados à ampliação da oferta de serviços, estando

em sua maioria focados no processo de ressarcimento pelos procedimentos realizados. A restrita indução financeira pode estar se refletindo na expansão dos estabelecimentos destinados ao tratamento do câncer.

PROTOSCOLOS E TECNOLOGIAS

A primeira fase teve apenas uma normativa sobre tecnologias e protocolos (Portaria nº 38/98), seguida por 27 normas, da *fase de organização* (Quadro 4). Nesse período, as normativas se voltaram para definições operacionais delimitando o escopo da atenção ao câncer no país, com os serviços e insumos envolvidos. Já em 2000 e 2001, protocolos pontuais para tecnologias de uso em situações específicas foram publicados, como a Portaria nº 431/01, que aprova o PCDT de leucemia mieloide crônica do adulto. Esse foi o primeiro PCDT em oncologia, da forma como conhecemos atualmente.

Quadro 4. Normativas analisadas na categoria "Protocolos e tecnologias", por fase de estruturação

Fase de estruturação da política (100)	Normativa
Definição (1)	Portaria MS/SAS 38/98
Organização (27)	Portaria MS/SAS 184/98; Portaria MS/SAS 3.536/98; Portaria MS/SAS 34/99; Portaria MS/SAS/SE 44/99; Portaria MS/SAS/SE 54/99; Portaria MS/SAS 190/99; Portaria MS/GM 288/99; Portaria MS/GM 295/99; Portaria MS/SAS 296/99; Portaria MS/SAS 401/99; Lei 9.797/99; RDC 34/00; Portaria MS/SAS 54/00; Portaria MS/SAS 96/00; Portaria MS/SAS 130/00; Portaria MS/GM 1.314/00; Portaria MS/GM 1.317/00; Portaria MS/SAS/SE 48/01; Portaria MS/SAS/SE 49/01; Portaria MS/SAS 431/01; Portaria MS/SAS 580/01; Portaria SPS/MS/SAS 25/02; Portaria MS/GM 585/02; Portaria MS/SAS 859/02; Portaria MS/SAS 862/02; Portaria MS/GM 1.319/02; Portaria MS/GM 1.655/02
Expansão (38)	Portaria SAS/MS 757/05; RDC 20/06; Portaria MS/SAS 322/06; Portaria MS/SAS 466/07; Portaria MS/SAS 723/07; Portaria MS/GM 2.918/07; Portaria MS/SAS 36/08; Portaria MS/SAS 346/2008; Portaria MS/SAS 347/08; Portaria MS/SAS 461/08; Portaria MS/SAS 649/08; Portaria MS/SAS 381/09; Portaria MS/GM 1.183/09; Portaria MS/GM 1.783/09; Portaria MS/GM 1.945/09; Portaria MS/GM 2.600/09; Portaria MS/SAS 420/10; Portaria MS/SAS 421/10; Portaria MS/SAS 581/10; Portaria MS/GM 2.415/10; Portaria MS/GM 189/11; Portaria MS/SCTIE 18/12; Portaria MS/SAS 114/12; Portaria MS/SAS 115/12; Portaria MS/SAS 458/12; Portaria MS/SAS 599/12; Portaria MS/SAS 600/12; Portaria MS/SAS 601/12; Portaria MS/SAS 602/12; Portaria MS/SAS 621/12; Portaria MS/SAS 1.083/12; Portaria MS/GM 2.947/12; Portaria MS/SAS 73/13; Portaria MS/SAS 298/13; Portaria MS/SAS 312/13; Portaria MS/SAS 357/13; Portaria MS/SAS 453/13; Portaria MS/SAS 505/13
Integração (34)	Portaria MS/GM 54/13; Portaria MS/SAS 1.219/13; Portaria MS/SAS 1.253/13; Portaria MS/SAS 07/14; Portaria MS/SAS 09/14; Portaria MS/SAS 10/14; Portaria MS/SAS 67/14; Portaria MS/SAS 126/14; Portaria MS/SAS 494/14; Portaria MS/SAS 705/14; Portaria MS/SAS 743/14; Portaria MS/SAS 840/14; Portaria MS/SAS 956/14; Portaria MS/SAS 957/14; Portaria MS/SAS 958/14; Portaria MS/SAS 1.051/14; Portaria MS/SAS 1.340/14; Portaria MS/SAS 1.439/14; Portaria MS/SAS 1.440/14; Portaria MS/SAS 1.444/14; Portaria MS/SAS 1.501/14; Portaria MS/SAS 1.576/14; Portaria MS/GM 59/15; Portaria MS/SAS 516/15; Portaria MS/SAS 708/15; Portaria MS/SAS 821/15; Portaria MS/SAS 1.008/15; Portaria SVS/MS 54/16; Portaria MS/GM 94/16; Portaria MS/SAS 498/16; Portaria MS/SAS 933/16; Portaria MS/SAS 1.354/16; Lei nº 13.269/16; Portaria MS/GM 16/17

Fonte: Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

Ainda nesse período, observa-se que três das 27 normas publicadas foram consideradas normas estruturantes para a categoria “tecnologias” (Portarias nº 401/99, nº 96/00 e nº 1.319/02).

A partir de 2002, os PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde, se consolidaram. Os PCDT, baseados nas premissas da Medicina Baseada em Evidências (MBE), objetivam definir critérios claros para inclusão no tratamento, propor esquemas terapêuticos, monitorar resultados e desfechos clínicos e propor normas para seguimento farmacoterapêutico, possibilitando um olhar criterioso sobre o tratamento e o paciente individual¹⁸.

De 2002 a 2006, aparece um hiato nas normativas sobre tecnologias adotadas e protocolos terapêuticos em oncologia. A sequência é retomada em 2006, com a publicação de diversos protocolos, na *fase de expansão*, de acordo com a linha de tempo proposta, que vai até 2013. Nessa fase, observam-se 38 normativas publicadas. As normativas que tratam de tecnologias estão imbuídas de perfil relacionado à aprovação de procedimentos, inclusão ou exclusão em tabelas de procedimentos e revisão de procedimentos oncológicos. Destaca-se que, das normas publicadas nesse período, 23 (cerca de 61%) são PCDT. Nesse momento, havia uma pressão importante para incorporação de novas tecnologias e para a revisão de procedimentos no SUS¹⁷. Essa pressão se fazia sentir pelo governo federal, Estados e municípios, por meio da judicialização¹⁹⁻²¹. Os medicamentos oncológicos e procedimentos em oncologia, área de alto custo e de importância epidemiológica crescente^{18,22}, eram percebidos como grandemente defasados²⁰.

A partir de 2013 e até 2017 (*fase de integração*), foram publicadas 34 normas, sendo 14 sobre tecnologias e 20 (cerca de 59%) PCDT. O equilíbrio relativo, entre esses dois aspectos, se justifica. A partir de 2011, surge a Conitec²³, pautando a forma da incorporação de tecnologias em saúde. As normas recomendam a inclusão de tecnologias providas no âmbito do SUS em lista nacional. A Lei prevê tempo regulamentar para a decisão de incorporação, para provisão da tecnologia pelo SUS e para o desenvolvimento de um PCDT, pela Conitec²⁴⁻²⁵. Assim, vê-se relativa correspondência entre PCDT e normas de tecnologias – regulando incorporação, não incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em oncologia.

Entretanto, observam-se inconsistências, frente à lei, relacionadas aos protocolos. Não existe correspondência estrita de protocolos para tudo que foi incorporado, evidenciando lacunas importantes. A vacina contra o papilomavírus humano (HPV) para prevenção do colo do útero, incorporada em 2013, não apresentou, até abril de 2017, protocolo específico, como também para iodoterapia incorporada em 2014.

Identifica-se como limite desse estudo a impossibilidade de coletar os dados em um único sítio governamental, o

que implica na possibilidade de não inclusão de todas as normativas. Porém, a busca das normas referenciadas nas legislações encontradas buscou minimizar essa dificuldade. Outra limitação foi a ausência de correlação dos achados com os agentes envolvidos nas publicações e na gestão da saúde no período, para compreender os motivos e ações dos gestores na definição e aplicação do conjunto de normas. Acessar esses agentes poderia explicar lacunas temporais identificadas, assim como privilégio de alguns temas.

CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que, nos poucos anos de normatização, estruturou-se uma política de atenção ao câncer com vários elementos, incluindo normas de estruturação de serviços, de organização e de orientação terapêutica. Houve expansão do número de serviços habilitados em alta complexidade em oncologia, mesmo que insuficiente para as demandas epidemiológicas. Apesar da habitual indução financeira que o nível federal pratica sobre Estados e municípios, não houve predominância de normas de financiamento da política, como esperado.

Percebeu-se um predomínio de temas como: o câncer cervicouterino, o câncer de mama e o transplante de medula óssea. O que se destaca, no entanto, é o número de normas, em todas as fases da política. A sucessão de normativas indica pujança do tema e lugar de destaque na agenda política, em consonância com a importância epidemiológica do câncer. Outrossim, esse acúmulo de normas dificulta o conhecimento dos gestores e profissionais de saúde, ainda que inseridos e atuantes na área.

Por fim, destaca-se a necessidade de maior equilíbrio na agenda governamental para provimento da assistência integral ao paciente com câncer, fortalecendo a integração de todos os níveis de atenção e garantindo o acesso qualificado aos serviços de alta de complexidade em oncologia.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores trabalharam igualmente na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, na obtenção e/ou análise de dados, bem como na redação e revisão crítica do manuscrito.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (BR). A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
2. Teixeira LA. O câncer na mira da medicina brasileira. Rev Bras Hist Ciênc. 2009;2(1):104-17.
3. Presidência da República (BR). Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937. Brasília (DF): Diário Oficial da União. Seção I, fl. 1210 (1937 jan 15); 1937.

4. Teixeira LA, Fonseca CMO. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007.
5. Teixeira LA, Porto M, Habib PABB. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cad Saúde Colet* 2012; 20(3): 375-80.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação de doenças crônicas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em 2017 maio]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/814-sas-raiz/daet-raiz/doencas-chronica/11-doencas-chronica/12343-legislacao-doencas-chronicas>.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Legislação de doenças crônicas não-transmissíveis [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em 2017 maio]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leiamais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-chronicas-nao-transmissiveis/11230-orientacoes>.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ações e programas no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [acesso em 2017 maio]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/.
9. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (BR). Protocolos e diretrizes [Internet]. Brasil: CONITEC; [acesso em 2017 maio]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.
10. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde debate*. 2015;39(106):881-92.
11. Giddens A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
12. Viana ALD, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Cienc Saude Colet*. 2009;14(3):807-17.
13. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):521-32.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília (DF): Diário Oficial da União. Seção I, fl. 43-51 (2006 fev 23); 2006.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília (DF): Diário Oficial da União. Seção I, fl. 88-93 (2010 dez 31). 2010.
17. Tribunal de Contas da União (BR). Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília (DF): TCU; 2011.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
19. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, Osorio-de-Castro CGS. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:620-8.
20. Vidal TJ, Moraes EL, Retto MPF, Silva MJS. Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um iceberg?. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(8):2539-48.
21. Pereira JR, Santos RI, Nascimento Junior JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15:3551-60.
22. Silva CF, Silva MV, Osorio-de-Castro CGS. Os ensaios clínicos e o registro de anticorpos monoclonais e biomedicamentos oncológicos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39(3):149-56.
23. Presidência da República (BR). Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília (DF): Diário Oficial da União. Seção I, fl. 1-3 (2011 jun 29). 2011.
24. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Brasília (DF): Diário Oficial da União. Seção I, fl. 3 (2011 dez 22). 2011.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Nova Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias de Saúde e impacto ao Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(5):993-6.

Abstract

Introduction: With the advent of the Brazilian Health System (SUS), a series of norms were passed to organize several aspects of cancer care. **Objective:** To analyze the contributions of legislation to evolution of cancer care policy in Brazil, after SUS (1990-2017). **Method:** A descriptive study was realized based on Giddens' Structural Theory to analyze the data. Legislation on cancer care in Brazil was used as a data source. The documents were searched in government websites, for the period from September 1990 to April 2017. Content of each law was reviewed and classified according to historical period (in four phases: definition, organization, expansion, integration) and to purpose of regulation (into four categories: structural aspects; certified type; financing; protocols and technology). **Results:** A total of 220 laws were included and analyzed: six for the definition phase, 70 for the organization phase, 85 for expansion phase and 59 for the integration phase. As to purpose, 76 versed on structural aspects, 14 on certified type, 50 on financing and 100 on protocols and technology. Number of laws varied during the period, according to category. **Conclusion:** From 1990 to 2017 a structured policy on cancer care was produced, composed of different elements which differed in importance over time. The large number of laws makes overall knowledge of regulation difficult even for committed managers and health professionals. However, publication of laws indicates that cancer care is among the government's priorities, in agreement with the epidemiologic importance of the disease.

Key words: Public Health Policy; Neoplasms; Unified Health System.

Resumen

Introducción: Con el advenimiento del Sistema Único de Salud (SUS), un conjunto de normativas fue publicado con el objetivo de estructurar la atención al paciente oncológico, en diversos frentes de organización. **Objetivo:** Analizar las contribuciones de la legislación a la evolución de la política de atención oncológica en Brasil, después del SUS (1990-2017). **Método:** Se realizó un estudio descriptivo basado en la Teoría Estructural de Giddens para el análisis de los datos. Se utilizó como fuente de datos las legislaciones sobre la atención al cáncer en Brasil, disponibles en los sitios electrónicos gubernamentales, referente al período de septiembre de 1990 hasta abril de 2017. El contenido de cada legislación fue revisado y clasificado de acuerdo con el período histórico (en cuatro fases: definición, organización, expansión, integración) y con finalidad de regulación (en cuatro categorías: aspectos estructurales, tipo de habilitación, financiación, protocolos y tecnología). **Resultados:** Se incluyeron y analizaron un total de 220 normas: seis para la fase de definición, 70 para la fase de organización, 85 para expansión y 59 para la fase de integración. En cuanto a su finalidad, 76 versado en aspectos estructurales, 14 en tipo de habilitación, 50 en financiamiento y 100 en protocolos y tecnología. A lo largo del tiempo, el número de reglas publicadas osciló, dependiendo de la categoría. **Conclusión:** De 1990 a 2017 se elaboró una política estructurada sobre la atención al cáncer, compuesta por diferentes elementos que diferían en importancia a lo largo del tiempo. El gran número de normas legales hace que el conocimiento global de la reglamentación sea difícil incluso para los directivos comprometidos y los profesionales de la salud. Sin embargo, la publicación de las normas indica el estatus especial del cuidado del cáncer en la agenda política, de acuerdo con la importancia epidemiológica de la enfermedad.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud; Neoplasias; Sistema Único de Salud.