

Políticas de Salud Pública para Combatir el Cáncer en el Brasil: Análisis de los Planes Estatales de Atención al Cáncer

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4454>

Public Health Policies to Combat Cancer in Brazil: Analysis of State Cancer Care Plans

Políticas Públicas de Saúde para o Enfrentamento do Câncer no Brasil: Análise dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica

Fernanda Angélica da Silva¹; Emmanuel Santos Trindade²; Bia Guimarães Santiago³; Gabriela Vital Afonso⁴; Hebert Luan Pereira Campos dos Santos⁵; Níliá Maria de Brito Lima Prado⁶

RESUMEN

Introducción: El creciente número de muertes por neoplasias ha señalado la necesidad de adoptar medidas sostenibles y de base regional para prevenir y controlar el cáncer. A lo largo de los más de 30 años de existencia del Sistema Único de Salud (SUS), las políticas de atención oncológica evolucionaron de un modelo fragmentado hacia la noción de atención integral y cualificación de la red de atención a las personas con cáncer. **Objetivo:** Analizar los Planes Estatales de Atención Oncológica de los estados brasileños, previstos en la Ordenanza n.º 874 de 2013 y en la Ordenanza n.º 1399 de 2019, y describir los datos asistenciales e indicadores de salud relacionados con los estados que contemplan la planificación de esta atención. **Método:** Estudio de método mixto, con un enfoque cualitativo basado en una revisión documental de los Planes Estatales de Atención Oncológica y un enfoque cuantitativo basado en un estudio descriptivo de los datos epidemiológicos relacionados con el cáncer en el Brasil. **Resultados:** Sólo el 63% de los estados brasileños (n = 17) tiene Planes Estaduales de Atención Oncológica operacionalizados y, de ellos, la mayoría tiene Planes que no están alineados con la Ordenanza 874. **Conclusión:** La ausencia de planes estaduales de atención oncológica señala la urgente necesidad de establecer esfuerzos nacionales para que los estados asuman el compromiso de desarrollar la planificación y programación de acciones en los servicios para enfrentar el cáncer como problema de salud pública.

Palabras clave: Política de salud/Brasil; Planes Estatales de Salud; Gestión en Salud; Neoplasias/epidemiología; Sistema único de Salud.

ABSTRACT

Introduction: The growing number of deaths by neoplasms has indicated the necessity to adopt sustainable, regionally-based measures to prevent and control cancer. Along more than 30 years of existence of the National Health System (SUS), cancer care policies have evolved from a fragmented model towards a concept of integrality and qualification of the cancer care network. **Objective:** Review Brazilian State Oncology Care Plans according to Ordinance 874 of 2013 and Ordinance 1,399 of 2019, and to describe care data and health indicators of the States that comply with these two Ordinances. **Method:** Qualitative document-review of the States' Cancer Care Plans and quantitative approach study describing cancer epidemiological data in Brazil. **Results:** Only 63% of Brazilian States (n = 17) have implemented oncology care plans and of these, most does not comply with Ordinance 874. **Conclusion:** The lack of State oncology care plans highlights the urgency to establish nation-wide efforts for the States to engage in developing action planning and programmes to tackle cancer as a public health problem.

Key words: Health policy/Brazil; State Health Plans; Health Management; Neoplasms/epidemiology; Unified Health System.

RESUMO

Introdução: O crescente número de mortalidade por neoplasias tem apontado para a necessidade de adoção de medidas sustentáveis e regionalmente situadas para prevenção e controle do câncer. Ao longo dos mais de 30 anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de Atenção Oncológica evoluíram de um modelo fragmentado rumo à noção de integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer. **Objetivo:** Analisar os Planos Estaduais de Atenção Oncológica dos Estados brasileiros, conforme previsto pelas Portarias n.º 874 de 2013 e n.º 1.399 de 2019, e descrever os dados de assistência e indicadores de saúde relacionados aos Estados que contemplan o planejamento da referida assistência. **Método:** Estudo de caráter misto com abordagem qualitativa baseada em revisão documental dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica, e abordagem quantitativa realizada a partir de um estudo descriptivo dos dados epidemiológicos relacionados ao câncer no Brasil. **Resultados:** Apenas 63% dos Estados brasileiros (n = 17) têm operacionalizado Planos Estaduais de Atenção Oncológica; destes, a maioria possui Planos em desacordo com a Portaria n.º 874. **Conclusão:** A ausência de Planos Estaduais para Atenção Oncológica aponta para urgência em estabelecer nacionalmente esforços para que os Estados assumam o compromisso de desenvolver o planejamento e a programação de ações em serviços para o enfrentamento do câncer como um problema de saúde pública.

Palavras-chave: Política de saúde/Brasil; Planos Governamentais de Saúde; Gestão em saúde; Neoplasias/epidemiologia; Sistema Único de Saúde.

¹Liga Acadêmica de Oncologia Clínica e Cirúrgica do Sudoeste Baiano. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Vitória da Conquista (BA), Brasil. E-mails: fernandaangelica0374@gmail.com; fernanda.angelica@ufba.br; ohebertluan@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-4156-274X>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2722-7945>

²Liga Acadêmica de Oncologia Clínica e Cirúrgica do Sudoeste Baiano. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Vitória da Conquista (BA), Brasil. E-mails: emmanuelstrindade@gmail.com; biagsantiago@gmail.com; gabrielaafonso33@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0008-5878-596X>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0007-0258-7027>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-1035-9298>

⁴UFBA, Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Observatório de Análise Política em Saúde. Vitória da Conquista (BA), Brasil. E-mails: nilia.ufba@gmail.com; nilia.prado@ufba.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8243-566>

Dirección para correspondencia: Fernanda Angélica da Silva. UFBA/IMS/Campus Anísio Teixeira. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58 – Candeias. Vitória da Conquista (BA), Brasil. CEP 45029-094. E-mails: fernandaangelica0374@gmail.com; fernanda.angelica@ufba.br



INTRODUCCIÓN

El cáncer es considerado un problema de salud pública en todo el mundo y las estimaciones apuntan hacia un crecimiento gradual de la morbimortalidad por la enfermedad en los próximos años¹. En el Brasil, el cáncer es considerado la segunda principal causa de muerte desde 2003, configurándose como una enfermedad de alta complejidad y desafiante para el Sistema Único de Salud (SUS), considerando las dificultades en lo que concierne al acceso al diagnóstico y tratamiento en momento oportuno².

A lo largo de los más de 30 años de existencia del SUS, las políticas de Atención Oncológica pasaron de una perspectiva fragmentada en diferentes programas nacionales de prevención, detección temprana y acceso al tratamiento oncológico concentrado en hospitales especializados hacia una perspectiva de integralidad de la asistencia y cualificación de la red de atención a la persona con cáncer³. En 2005, el Ministerio de Salud, mediante la Ordenanza GM/MS n.º 2439⁴, creó la Política Nacional de Atención Oncológica (PNAO), considerada un marco en la superación de la visión fragmentada de la asistencia oncológica y una iniciativa central para la garantía de un conjunto de acciones que envuelven no solo el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, sino también la promoción y la prevención de la salud.

En 2013, la PNAO fue substituida por la Ordenanza n.º 874⁵, que instituyó la Política Nacional para la Prevención y Control del Cáncer (PNPCC) en la Red de Atención a la Salud de las Personas con Enfermedades Crónicas. Además de reafirmar el objetivo de reducir la incidencia y la morbimortalidad por cáncer en el país, la PNPCC estableció como competencia de las Secretarías Estatales de Salud la definición de estrategias de articulación con las Secretarías Municipales de Salud, buscando el desarrollo de planes regionales para garantizar la prevención y el cuidado integral de la persona con cáncer, así como coordinar la organización y la implantación de los planes regionales y de la Red de Atención a la Salud de las Personas con Enfermedades Crónicas en el SUS⁵.

Más recientemente, en 2019, el Ministerio de Salud redefinió los criterios y parámetros referenciales para la habilitación de establecimientos de salud de alta complejidad en oncología en el ámbito del SUS mediante la Ordenanza n.º 1399⁶. En su anexo II, la ordenanza presenta los principales puntos que deben contemplarse en el Plan de Atención para el Diagnóstico y el Tratamiento del Cáncer, que integra las acciones para la prevención y el control del cáncer y une la Atención Especializada con la Atención Primaria a la Salud.

Aunque la PNPCC haya completado diez años de publicación y hace cinco años el Ministerio de Salud haya publicado la Ordenanza n.º 1399⁶, se nota una ausencia de estudios que busquen analizar los Planes Estatales de Atención Oncológica. Al mismo tiempo, a pesar de la expansión de la asistencia oncológica en el país en los últimos años, aún persisten los desafíos para el acceso calificado al diagnóstico y tratamiento considerando las diferentes realidades locorregionales⁷. Para superarlos, es necesario comprender qué estrategias, acciones y políticas de salud han sido instituidas por los estados brasileños para el enfrentamiento del cáncer como un problema de salud pública. En ese sentido, este artículo tiene como objetivo analizar los Planes Estatales de Atención Oncológica de los estados brasileños conforme con lo previsto por las Ordenanzas n.º 874⁵ de 2013 y n.º 1399⁶ de 2019 y describir los datos de asistencia a la salud e indicadores de salud relacionados a la Atención Oncológica de los estados brasileños que poseen Planes Estatales de Atención Oncológica.

MÉTODO

Estudio de carácter cuali-cuantitativo con adopción de múltiples técnicas para la producción y análisis de datos. Los datos cuantitativos estuvieron constituidos por los indicadores epidemiológicos para analizar la atención oncológica. Los datos cualitativos fueron investigados, a partir de la identificación y análisis de los planes de salud estatales.

Se pretendió discutir, a la luz de los indicadores y de los instrumentos de planeamiento, en especial los Planes Estatales de Salud, el impacto potencial de la conformación pretendida para la atención oncológica mediante la disposición estratégica de liderazgos estatales autónomos articulados por los gestores federales.

En el estudio cualitativo, se desarrolló una revisión documental, a partir del análisis de los Planes Estatales de Atención Oncológica de los estados brasileños. Para la obtención de los datos, se realizó una búsqueda sistemática de los Planes Estatales de Atención Oncológica de los 26 estados brasileños y el Distrito Federal (DF) en los sitios web gubernamentales de las respectivas Secretarías Estatales de Salud. En cada *website*, se utilizó la herramienta de búsqueda con los siguientes términos: Atención Oncológica; Plan de Atención al Cáncer; Oncología; Cáncer (Figura 1).

En los casos en los que no fueron localizados los Planes Estatales en sitios web de las Secretarías, se continuó con la búsqueda usando el Google Académico con la combinación de palabras: “Atención Oncológica” AND “nombre del estado”; “Plan de atención al cáncer” AND

“nombre del estado”, presentes en cualquier parte del texto, realizando el barrido de los 100 primeros resultados (Figura 1).

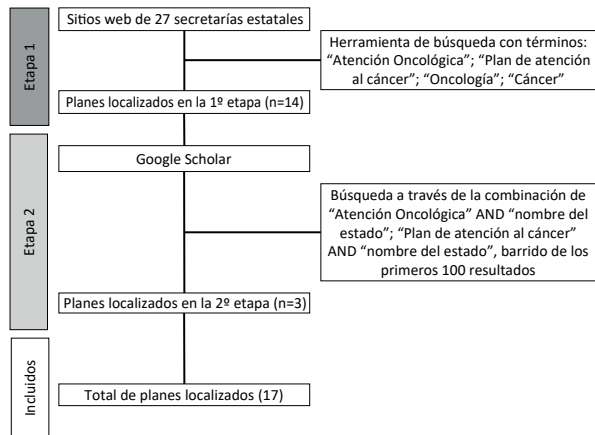


Figura 1. Flujograma del proceso de recolección de los Planes Estatales de Atención Oncológica

Fuente: Adaptado de PRISMA 2020⁸.

Se consideraron criterios de elegibilidad a los Planes Estatales que tratasen específicamente sobre el control del cáncer en el estado a partir del año de 2013, cuando fue publicada la Ordenanza n.º 874⁵, del 16 de mayo de 2013, hasta el año 2023, período en que fue realizada la recolección de datos. Fueron excluidos los Planes Estatales de Salud, considerando que son documentos que no tratan exclusivamente sobre control del cáncer, y los planes encontrados en forma de diapositiva, por no tener un carácter oficial.

Posteriormente, se procedió a la sistematización de los datos por medio de la 1) prelectura de los documentos; 2) lectura selectiva; 3) categorización de los trechos identificados a partir de la lectura selectiva; y, finalmente, 4) análisis descriptivo y reflexivo de los datos⁹. Se elaboró un cuadro analítico en *Microsoft Excel* conteniendo los elementos que deberían contener los Planes Oncológicos Estatales, conforme con los artículos n.º 21 y 23 de la Ordenanza n.º 874 de 2013⁵ y por la Ordenanza n.º 1399⁶ de 2019: 1) datos epidemiológicos del contexto oncológico regional con base en los Registros Hospitalarios de Cáncer (RHC) y Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP); 2) descripción de la red de atención con definición de flujos y líneas de cuidado de tumores específicos; 3) evaluación y monitoreo de los servicios prestados; 4) metas e indicadores para mejoría progresiva de la asistencia⁵.

En la etapa cuantitativa del estudio, se realizó un análisis descriptivo de los datos de asistencia a la salud y de los indicadores de salud relacionados a la Atención Oncológica, buscando complementar el análisis

desarrollado sobre los Planes Estatales de Atención Oncológica. Para caracterizar la asistencia a la salud de los estados, se evaluaron el número absoluto de hospitales habilitados para el tratamiento oncológico según el Catastro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES), incluidos los Centros de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología (Cacon), Unidades de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología (Unacon), Hospitales de Cáncer, Servicios de Cirugía Oncológica y Servicios de Radioterapia; el número de médicos oncólogos que atendían en el SUS en diciembre de 2022 dividido entre la población total de cada estado multiplicado por 100 000 habitantes; número de equipos de tomografía, resonancia y mamografía disponibles en el SUS en diciembre de 2022 dividido entre la población total de cada estado multiplicado por 100 000 habitantes. La población total de los estados tuvo como base los datos disponibles del Censo Demográfico de 2022¹¹ publicados por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Los datos referentes al número absoluto de hospitales y establecimientos en oncología fueron obtenidos del Instituto Nacional de Cáncer (INCA)¹² y del CNES¹⁰. El número de equipos de tomografía, resonancia y mamografía, así como el número de médicos fue obtenido a través del Departamento de Informática del SUS (DATASUS)¹³.

Para los indicadores de salud, se recurrió a la tasa promedio anual de mortalidad por cáncer, tomando como numerador el número de decesos por neoplasias (capítulo II de la 10ª Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud –CID-10)¹⁴ puesto a disposición por el Sistema de Informaciones sobre Mortalidad (SIM)¹⁵, entre los años 2013 y 2022, para cada estado, y como denominador la población total de cada estado según la Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares Continua (PNADC) del IBGE para cada año, multiplicado por 100 000 habitantes; número de casos con tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento de 60 días y el porcentaje de casos diagnosticados que respetaron este tiempo conforme a lo recomendado por la Ley n.º 12732 de 2012¹⁶, ambos a disposición en el PANEL-Oncología DATASUS¹³.

Por utilizar exclusivamente datos puestos a disposición públicamente, conforme con la Ordenanza n.º 466 de 2012¹⁷ del Consejo Nacional de Salud, no fue necesario someter el proyecto a la apreciación de un Comité de Ética en Pesquisa con seres humanos.

RESULTADOS

De las 27 Unidades de la Federación brasileña, 17 formularon y publicaron Planes Estatales específicos

para la Atención Oncológica considerando el período analizado (2013-2023). En cuanto a la distribución por región del país, se comprobó que el 100% de los estados del Sur (n = 3) y del Sudeste (n = 4), el 78% (n = 7) de los estados del Nordeste, el 50% (n = 2) de los estados del Centro-Oeste y solo el 14% (n = 1) de los estados del Norte formularon y publicaron un plan específico para el combate al cáncer¹⁸⁻³⁴. Se resalta que, en las búsquedas de los estados de Tocantins y Alagoas, solo se localizó un boceto del plan en formato de diapositiva, pero ningún documento oficial fue publicado en los sitios web de las respectivas secretarías de salud, siendo considerados como “estados sin Planes Estatales específicos de Atención Oncológica”^{35,36}. De los 17 planes encontrados, nueve eran de antes de 2018, esto es, anteriores a la Ordenanza n.º 1399 de 2019. El documento más actualizado fue el plan del estado de Santa Catarina de 2022 y el más desactualizado el plan del estado de Piauí de 2014.

De los 17 planes encontrados, solo los de Río Grande del Sur y de Minas Gerais siguieron íntegramente las recomendaciones generales de la Ordenanza n.º 874 de 2013⁵, o sea, contenían en su alcance: 1) datos epidemiológicos del contexto oncológico regional con base en los RHC y RCBP; 2) descripción de la red de atención con definición de flujos y líneas de cuidado de tumores específicos; 3) evaluación y monitoreo de los servicios prestados; 4) metas e indicadores para mejoría progresiva de la asistencia, conforme queda ilustrado en el Cuadro 1^{29,31}. Los planes de los estados de Bahía, Río de Janeiro y Espírito Santo también fueron considerados completos, a pesar de presentar una red de atención oncológica generalista, sin el recorte para líneas de cuidado orientadas hacia tumores específicos, aspecto ausente en el 65% (n = 11) de los planes analizados^{18,20,23}, además, de los planes encontrados, el 53% (n = 9) no tenía datos epidemiológicos propios, obtenidos y gerenciados dentro del estado con base en los RHC y RCBP. La ausencia de sistemas de evaluación y monitoreo de los servicios fue encontrada en el 53% (n = 9) de los planes y coincide con los estados que no tenían el control de sus datos epidemiológicos. Con referencia a la presencia de metas e indicadores para la mejora de la asistencia oncológica, se constató que el 41% (n = 7) de los Planes Estatales no tenía metas e indicadores trazados (Cuadro 1).

La evaluación de la asistencia a la salud reveló que el número de servicios de oncología varió significativamente entre los estados con una mayor concentración de servicios en las regiones Sudeste y Sur, con el 51,9% y 23,1% de los servicios, respectivamente; y menor concentración en las regiones Norte y Centro-Oeste, con el 1,82% y 4,86% de los servicios cada una. El promedio nacional es de 1,38 médicos oncólogos por cada 100 000 habitantes,

ningún estado del Norte llegó al promedio nacional, solo cuatro estados del Nordeste (Río Grande del Norte (2,6), Pernambuco (2,0), Alagoas (1,6) y Sergipe (2,0)) alcanzaron ese promedio; la mayoría de los estados de las regiones Sudeste, Sur y Centro-Oeste llegó al promedio nacional, con excepción de Espírito Santo (1,0) en la región Sudeste; y Mato Grosso (0,7) y Goiás (0,9) en la región Centro-Oeste. Con relación a las herramientas diagnósticas, los tomógrafos tienen un promedio nacional de 1,3 equipos por cada 100 000 habitantes, con solo dos estados, Acre y Amazonas, con menos de un equipo por cada 100 000 habitantes. El mismo patrón se observa para los equipos de resonancia y mamografía, con promedios respectivos de 0,6 y 0,4 por cada 100 000 habitantes; la mayoría de los estados alcanzó el promedio nacional en este asunto (Tabla 1).

Se observaron tasas de mortalidad elevadas para todos los estados brasileños. Las mayores tasas se concentraron en el Sur, con destaque para Río Grande del Sur con 168,99, la mayor tasa del Brasil. Ya las menores tasas se concentraron en el Norte y Nordeste, con destaque para Pará, con tasa equivalente a 58,86 (Tabla 1).

Con referencia al tiempo para establecer el tratamiento propuesto de hasta 60 días, los tres estados con el mayor porcentaje de casos que comenzaron el tratamiento en tiempo hábil fueron, respectivamente, Paraná (48,95%), Piauí (47,89%) y Mato Grosso (45,19%). Mientras que los estados de Maranhão (28,90%), Río de Janeiro (29,03%) y Paraíba (31,26%) fueron los que tuvieron los menores números de pacientes que iniciaron el tratamiento en hasta 60 días desde el diagnóstico. Se destaca que los datos no buscaron establecer una relación causal entre la implementación de la PNPCC en 2013 y el impacto directo en la reducción del porcentaje tiempo-tratamiento de 60 días.

DISCUSIÓN

Los Planes Municipales y Estatales de Salud constituyen un elemento importante de la gestión del SUS, uniéndose a los demás elementos del planeamiento de la gestión pública como el Plan Plurianual, la Ley de Directrices Presupuestarias y las Leyes Presupuestarias Anuales, oficializando y legitimando prioridades de gestión. En el caso de los Planes Estatales de Salud analizados, se desprende que el tema del cáncer viene asumiendo un papel cada vez mayor en el planeamiento de los gestores, con algunos avances importantes en el período.

Aunque hay algunas consideraciones que son importantes para el análisis de ese escenario. Se observaron los presupuestos contenidos en las recomendaciones descritas por la Ordenanza n.º 874 de 2013⁵, siendo

Cuadro 1. Cuadro analítico de los Planes Estatales de Atención Oncológica, según las recomendaciones de la PNPCC y de la Ordenanza n.º 1399 de 2019

Región	Recomendaciones Priorizadas por la PNPCC y por la Ordenanza n.º 1399 de 2019				
	Estados que poseen Plan Estatal de Atención Oncológica	Epidemiología del contexto oncológico regional con base en los RHC y RCBP	Descripción de la red de atención con definición de flujos y líneas de cuidado de tumores específicos	Evaluación y monitoreo de los servicios prestados	Metas e indicadores para mejoría progresiva de la asistencia
Norte	Pará	No	Sí*	No	No
Nordeste	Maranhão	No	Sí*	Sí	No
	Piauí	No	Sí*	Sí	No
	Rio Grande do Norte	No	Sí*	No	No
	Paraíba	No	Sí	No	No
	Pernambuco	No	Sí*	No	Sí
	Sergipe	Sí	Sí*	Sí	Sí
	Bahia	Sí	Sí*	Sí	Sí
Sudeste	Minas Gerais	Sí	Sí	Sí	Sí
	Espírito Santo	Sí	Sí*	Sí	Sí
	Rio de Janeiro	Sí	Sí*	Sí	Sí
	São Paulo	Sí	Sí*	No	No
Sur	Paraná	Sí	Sí	No	No
	Santa Catarina	No	Sí*	No	No
	Rio Grande do Sul	Sí	Sí	Sí	Sí
Centro-Oeste	Mato Grosso	No	Sí	Sí	Sí
	Distrito Federal	No	Sí	Sí	No

Fuente: Adaptado de Ordenanza n.º 1399 de 2019⁶.

Leyendas: PNPCC = Política Nacional para la Prevención y Control del Cáncer; RHC = Registros Hospitalarios de Cáncer; RCBP = Registros de Cáncer de Base Poblacional.

* Estados que tienen red de atención, pero no definen líneas de cuidado para tumores específicos.

notoria la heterogeneidad entre los documentos analizados. En lo que atañe al análisis de la relación suficiencia/dependencia, los resultados muestran perfiles muy diferentes en las regiones estudiadas.

Estas diferencias fueron percibidas principalmente en la estructuración de la red de atención oncológica orientada hacia las líneas de cuidado de tumores específicos. En este aspecto, cuando se analizan la estructuración y la divulgación de líneas de cuidados en el ámbito estatal, aun los documentos de los estados de Bahía, Río de Janeiro y Espírito Santo, considerados completos, no contemplaron el recorte para líneas de cuidado.

En cuanto a los flujos para el envío a interconsulta de los usuarios en la red de atención, el Plan Oncológico del estado de Pará se mostró como el más didáctico y completo para los tumores más prevalentes de la región. De esta manera, Pará se destacó al detallar los flujos de envíos y los puntos de atención de la red en cada municipio, en

un direccionamiento muy claro tanto para el profesional de la red como para el usuario²⁴.

La presencia de metas e indicadores para la mejoría en la asistencia oncológica fue insuficiente en la mayoría de los documentos. Así, las consideraciones anteriormente realizadas ganan un nuevo significado cuando se analiza la reorganización de la asistencia al cáncer por parte de los estados. Se notó que un alto porcentaje de estados no operacionalizó Planes Estatales específicos para asistencia al cáncer, considerando lo propuesto por las Ordenanzas n.º 874 de 2013⁵ y n.º 1399 de 2019⁶.

Independientemente de la variabilidad del escenario político, es necesario consolidar algunos conceptos que fueron edificados durante la historia. El cáncer es un problema social, por lo tanto, el control del cáncer extrapola el ámbito de la asistencia a la salud. La reducción en las tasas de mortalidad y el aumento de la sobrevivencia dependen de factores no clínicos, influenciados

Tabla 1. Indicadores de asistencia a la salud de los estados que poseen un Plan Estatal de Atención Oncológica, Brasil, 2022

Región/Unidad de la Federación	Número de servicios de oncología ¹	Médicos oncólogos ²	Tomógrafos ²	Resonancia magnética ²	Mamógrafos ²	Mortalidad por cáncer ²	Casos con tiempo-tratamiento hasta 60 días ³	% casos con tiempo-tratamiento dentro de lo recomendado ³
Norte								
Pará	6	0,4	1	0,4	0,2	58,86	16 218	34,62%
Nordeste								
Maranhão	10	0,4	1,2	0,2	0,3	59,92	23 555	28,90%
Piauí	4	0,5	1,5	0,4	0,3	84,72	16 863	47,89%
Rio Grande do Norte	6	2,6	1	0,5	0,6	98,51	31 165	36,47%
Paraíba	5	1,2	1,5	0,5	0,6	99,76	18 398	31,26%
Pernambuco	13	2	1	0,6	0,4	95,55	43 814	32,10%
Sergipe	3	2	1	0,3	0,5	78,05	7964	35,35%
Bahía	19	1	1,1	0,6	0,3	84,59	54 554	36,64%
Sudeste								
Minas Gerais	40	3,3	1,5	0,6	0,4	111,21	157 037	39,25%
Espírito Santo	7	1	1,2	0,7	0,7	108,71	29 786	37,39%
Rio de Janeiro	32	1,5	1,4	0,5	0,4	128,11	58 681	29,03%
São Paulo	92	2,3	1,0	0,5	0,2	121,82	263 839	33,73%
Sur								
Paraná	26	1,9	1,4	0,7	0,3	126,46	140 303	48,95%
Santa Catarina	19	1,7	2	1,1	0,6	126,30	64 665	33,17%
Rio Grande do Sul	31	2,2	1,7	0,9	0,4	168,99	125 037	38,64%
Centro-Oeste								
Mato Grosso	5	0,7	2,1	1	0,8	81,04	18 106	45,19%
Distrito Federal	11	3,3	1,1	1	0,2	88,29	11 332	42,58%

Fuente: Elaborado a partir de datos del DATASUS y CNES.

¹Hospitales habilitados para el tratamiento oncológico según el CNES.²Por cada 100.000 habitantes.³Conforme a lo recomendado en la Ley n.º 1273216 de 22 de noviembre de 2012.

directamente por los determinantes sociales. El nivel socioeconómico, las desigualdades étnicas y el acceso a los seguros de salud, por ejemplo, ya fueron analizados como determinantes para la sobrevida en pacientes oncológicos³⁷⁻³⁹.

La reciente implementación de la Ley n.º 14 758, de 2023, que instituye la nueva PNPCC en el ámbito SUS y el Programa Nacional de Navegación de la Persona con Diagnóstico de Cáncer, corrobora esta visión ampliada acerca de la asistencia oncológica⁴⁰. Ejes relacionados al combate de agentes carcinogénicos, a la incorporación de nuevas tecnologías y a la asistencia en cuidados paliativos son algunos de los destaques que esta nueva ley agrega a las políticas anteriores.

De los estados analizados, el 63% (n = 17) presentaba planes propios y, de aquellos que los tenían, muchos no abordaban todos los aspectos recomendados por la PNPCC (datos epidemiológicos regionales, descripción de la red de atención a la salud, evaluación y monitoreo de los servicios, metas e indicadores de la asistencia)⁵. Además, solo una pequeña parte de los Planes Estatales era actualizada con frecuencia, levantando dudas respecto al escenario actual de la oncología en el sistema de salud de sus estados.

No obstante la importancia de esos documentos, es menester observar que las acciones de planeamiento de gestión de los entes federales en el ámbito del SUS no se circunscriben a los planes de salud. Hay otros instrumentos de planeamiento que pueden y son utilizados rutinariamente para este fin. En este sentido, se percibió que los Planes Estatales consideran al cáncer como prioridad, reconociendo el análisis de los datos epidemiológicos.

Con relación a los datos analizados, fue notable una mayor concentración de servicios de oncología en las regiones Sudeste y Sur. El presente escenario es reflejo de un ciclo histórico de confluencia económica que revisa prioritariamente la atención de la agenda pública durante las fases iniciales de *Definición* y *Organización* de las políticas de atención oncológica del período después del SUS⁴¹.

Los esfuerzos efectivos para la mayor descentralización de la asistencia oncológica, marcados por la creación de la primera PNAO mediante la Ordenanza n.º 2439 de 2005⁴, en la fase de *Expansión*, son bastante contemporáneos considerando que los debates acerca del control del cáncer en el Brasil tuvieron su marco inicial alrededor de la década de 1990 con la creación de la Ordenanza n.º 3535 de 1998⁴² y la implementación de los Centros de Referencias (CR) habilitados para el manejo de cualquier neoplasia.

La escasez de médicos especialistas en la región Norte es otro punto de destaque del presente estudio. La cuestión

no está directamente abordada en la política de 2013 con estrategias de incentivo a la migración y permanencia de dichos profesionales o metas para ampliación de recursos humanos⁵, aunque esta sugiera la necesidad de apoyar a los municipios en la educación permanente, y que los puntos de atención a la salud deberán garantizar tecnologías adecuadas y profesionales aptos y suficientes para atender a la región de salud.

Con relación específicamente a los datos de presencia de equipos médicos, se nota que los equipos de tomografía, resonancia y mamografía existían en todos los estados de modo relativamente homogéneo. La presencia de estos recursos es indispensable para la investigación diagnóstica de una amplia gama de neoplasias. Sin embargo, su presencia por sí sola no garantiza la concreción del diagnóstico temprano, y también fueron encontradas dificultades para consolidar el rastreo.

Algunos factores dependientes del equipo médico, de los profesionales que realizan e informan los exámenes, y de la propia gestión del sistema de salud podrían intentar justificar la disparidad entre la presencia de recursos y la dificultad de rastreo. Con relación al equipo médico de imágenes, no basta su sola existencia, necesita estar operativo, lo que demanda mantenimientos periódicos preventivos y correctivos, además de la necesidad de estar asociado a un buen sistema de software que permita cortes más finos para obtener imágenes más precisas. Es necesario considerar también que la resonancia y la tomografía son recursos diagnósticos para patologías no oncológicas, lo que dificulta medir efectivamente el acceso de los pacientes oncológicos a dichos recursos.

Con relación a los profesionales que realizan el informe, existe una gran demanda de recursos humanos, o sea, la necesidad de médicos y técnicos capacitados y entrenados para identificar incluso las alteraciones más discretas. En lo que se refiere a la propia gestión del servicio, se sabe que el rastreo y el seguimiento de las recidivas dependen de exámenes seriados, lo que implica en la necesidad de garantizar que dichos pacientes acudan y tengan acceso en tiempo hábil para el diagnóstico temprano. De esta forma, la presencia de herramientas para diagnóstico de imágenes es solo un recorte del acceso efectivo a estos recursos.

Otro punto importante que se desprende sobre la cuestión es que, a pesar de la mejor infraestructura para el diagnóstico, las mayores tasas de mortalidad se concentraron en el Sur, con énfasis para Río Grande del Sur; y las menores tasas se concentraron en el Norte y Nordeste. Tal escenario puede ser un reflejo del subregistro por la escasez de recursos en las regiones Norte y Nordeste. Los números señalan que hay, aparentemente, un camino relativamente grande aun por ser recorrido para hacer viables itinerarios más seguros y adecuados, teniendo

como objetivo el diagnóstico temprano y la reducción de la morbimortalidad relacionada.

Algunas limitaciones de este artículo merecen ser destacadas: no fueron analizados los Planes Estatales de Salud, instrumentos fundamentales del planeamiento en salud de los estados. Se destaca que, aunque ninguna de las dos Ordenanzas (n.º 874 de 2013⁵ y n.º 1399 de 2019⁶) *limiten la formalización del Plan en un documento específico de control del cáncer*, se considera que la confección de un plan específico para la Atención Oncológica fortalece el combate al cáncer, especialmente ante el escenario de alta mortalidad e incidencia de neoplasias en los estados brasileños.

Otro punto no mencionado es la asociación de los Planes Estatales de Atención Oncológica con otras políticas públicas estatales de salud que se relacionan con la incidencia de neoplasias y su diagnóstico, tales como la salud de la mujer y los programas de inmunización. Incluso con tales limitaciones, se destaca que la literatura nacional carece de estudios que traten sobre las políticas de Atención Oncológica como está propuesto en este trabajo.

CONCLUSIÓN

A pesar de existir un conjunto de políticas que orienten la reorganización de la asistencia al cáncer por parte de los estados y municipios brasileños, los objetivos propuestos todavía no fueron alcanzados.

Es notable el mantenimiento en el escenario de los indicadores de salud cuya mayoría de pacientes oncológicos aun lleva más de 60 días entre el diagnóstico de su patología y el inicio del tratamiento. Tal escenario evidencia que persiste en la mayor parte de los estados brasileños un déficit de servicios y de recursos técnicos y humanos para el tratamiento adecuado de todos los pacientes oncológicos por parte del SUS, siendo las regiones Norte y Nordeste las más desfavorecidas en todos los aspectos, aunque algunos estados, como Bahía y Pará, se hayan destacado en la formulación de sus respectivos planes; este hecho se refleja en el mantenimiento de elevadas tasas de incidencia y mortalidad por enfermedades oncológicas a nivel nacional.

Queda en evidencia que el cumplimiento de la elaboración de Planes Estatales sigue la tendencia histórica de concentración de avances en los servicios de salud en las regiones de mayores ingresos y mayor densidad tecnológica. La negligencia en cuanto a la elaboración de planes por parte de los estados con los peores indicadores epidemiológicos y menor acceso a servicios puede contribuir con la perpetuación de su situación salud-enfermedad negativa.

Frente a lo expuesto, la labor de la oncología en el SUS todavía presenta una serie de obstáculos para

garantizar acceso y tratamiento efectivo para la población nacional. Estudios evaluadores tradicionales podrían ayudar a comprender aspectos cuantitativos, así como verificar cuáles son las acciones realizadas por los planes que tuvieron mayor o menor impacto para cada estado, contribuyendo para la sistematización continua de las necesidades y el perfeccionamiento del planeamiento estratégico en cada lugar.

APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente en la concepción y en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Alves MO, Magalhães SCM, Coelho BA. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. *Saúde soc.* 2017;26(1):141-54. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017160663>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA A Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
3. Migowski A, Silva GA, Dias MBK, et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(6):e00074817. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074817>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.º 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. [acesso 2023 ago 12]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2005 dez 8. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças

- Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 17 [acesso 2023 ago 8]; Seção I:129. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria SAES/MS n.º 1399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 dez 17. [acesso 2023 ago 12]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/portaria_1399_17dez2019.pdf
 7. Silva MJS, Lima FLT, O'Dwyer G, et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cancerol.* 2019;63(3):177-8. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n3.133>
 8. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e112. doi: <https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2022.112>
 9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
 10. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [2000] – [acesso 2023 ago 8]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
 12. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [2000] – [acesso 2023 ago 8]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
 13. DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [2000] – [acesso 2023 ago 8]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
 14. World Health Organization. Chapter II – Neoplasms. In: World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 5. ed. 10 rev. Geneva: World Health Organization; 2016. p. 165.
 15. SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade [Internet]. Versão 3.2.1.2. Brasília (DF): DATASUS. [data desconhecida] - [acesso 2023 ago 12]. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>
 16. Presidência da República (BR). Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 nov 22. [acesso 2023 ago 12]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20primeiro%20tratamento,estabelece%20prazo%20para%20seu%20in%C3%ADcio
 17. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 466/2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS n.º 196/96, 303/2000 e 404/2008 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13. [acesso 2023 ago 12]; Seção I:59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 18. Secretaria de Estado (BA). Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016 – 2023. 1. ed. Salvador: Secretaria de Estado da Saúde da Bahia; 2016. 108 p. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Plano-Estadual-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-ao-C%C3%A2ncer-2016-2023.pdf>
 19. Secretaria de Estado da Saúde (DF). Plano Distrital de Atenção Oncológica 2020-2023. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal; 2020. 85 p. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/90810/Plano-Oncologico-formatado-final.pdf>
 20. Secretaria de Estado da Saúde (ES). Linha de cuidado - oncologia. 1. ed. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo; 2016. 113 p. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Rede%20Cuidar/PLANO%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20ONCOLOGICA%20vers%C3%A3o%20final.pdf>
 21. Secretaria de Estado da Saúde (MA). Plano Estadual de Oncologia. 5. ed. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão; 2020. 153 p. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/PLANO-DE-DOENCAS-CRONICAS-ONCOLOGIA-OFFICIAL-ATUALIZACAO.pdf>
 22. Secretaria de Estado da Saúde (MT). Plano de Ação da Atenção Oncológica no Estado de Mato Grosso. 1. ed. Cuiabá: Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso; 2017. 110 p. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/7317>
 23. Secretaria de Estado da Saúde (MG). Plano da Rede de Atenção em Oncologia – Diagnóstico e Diretrizes. 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2018. 346 p. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202846%20-%20PLANO%20ESTADUAL%20DE%20ONCOLOGIA.pdf>
 24. Secretaria de Estado da Saúde (PA). Protocolo de Acesso da Rede de Assistência de Média e Alta Complexidade em Oncologia do Estado do Pará 2021. 1. ed. Belém: Secretaria de Estado da Saúde do Pará; 2021. 31 p. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/PROTOCOLO-DE-ACESSO-ALTA-E-MEDIA-COMPLEXIDADE-EM-ONCOLOGIA-2021.pdf>

25. Secretaria de Estado da Saúde (PB). Plano Estadual de Oncologia. 1. ed. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba; 2022. 64 p. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/cib-2022/resolucao-cib-no-220-plano-de-oncologia.pdf>
26. Secretaria de Estado da Saúde (PR). Plano de Atenção Oncológica do Estado do Paraná. 1. ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2016. 144 p. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuiid=@gtf-escriba-sesa@ee2cd973-32ee-4b76-a096-d47c7889528d&empPg=true>
27. Secretaria de Estado da Saúde (PE). Plano de Atenção para Diagnóstico e o Tratamento do Câncer no Estado de Pernambuco. 1. ed. Recife: Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco; 2020. 81 p. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_9096744_plano_de_oncologia_.pdf
28. Secretaria de Estado da Saúde (PI). Plano Estadual de Atenção Oncológica. 1. ed. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí; 2015. 36p. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/763/ultimo_plano_de_oncologia_2015.pdf
29. Secretaria de Estado da Saúde (RJ). Plano Estadual de Atenção Oncológica. 2. ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro; 2017. 119 p. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2228-planoatencaooncologicafinal-centrosregionaisdiagnostico-052017/file.html#:~:text=O%20Plano%20Estadual%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3oEstado%20do%20Rio%20de%20Janeiro>
30. Secretaria de Estado da Saúde (RN). Plano Estadual para a Prevenção e o Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. 3. ed. Natal: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte; 2021. 93 p. Disponível em: http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000_294770.PDF
31. Secretaria de Estado da Saúde (RS). Plano de Ação Estadual de Oncologia. 4. ed. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; 2020. 139 p. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/30165925-plano-oncologia.pdf>
32. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer em Santa Catarina. 3. ed. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; 2022. 93 p. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-oncologia/13892-plano-de-oncologia/file>
33. Secretaria de Estado da Saúde (SP). Plano de Atenção Oncológica do Estado de São Paulo. 1. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2020. 48 p. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano_estadual_de_oncologia_do_estado_de_sao_paulo-2020.pdf
34. Secretaria de Estado da Saúde (SE). Plano de Ação para Organização da Rede de Atenção à Saúde para o Controle do Câncer em Sergipe. 1. ed. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe; 2017. 91 p. Disponível em: <https://www.saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Plano-At.-Oncol%C3%B3gica-de-Sergipe-17-02-2017.pdf>
35. Secretaria de Estado da Saúde (TO). Plano Estadual de Promoção da saúde, Prevenção e Controle do Câncer. 1. ed. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde de Tocantins; 2015. 15 p. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/257080/>
36. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Apreciação Pactuação da Atualização do Plano Estadual de Oncologia do Estado (AL). 1. ed. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas; 2021. 14 p. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/Linha-de-Cuidados-de-Oncologia.pdf>
37. Tran YH, Coven SL, Park S, et al. Social determinants of health and pediatric cancer survival: a systematic review. *Pediatr Blood Cancer*. 2022;69(5):e29546. doi: <https://doi.org/10.1002/pbc.29546>
38. Alcaraz KI, Wiedt TL, Daniels EC, et al. Understanding and addressing social determinants to advance cancer health equity in the United States: a blueprint for practice, research, and policy. *CA Cancer J Clin*. 2020;70(1):31-46. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21586>
39. Cousin L, Roper N, Nolan TS. Cardio-Oncology health disparities: social determinants of health and care for black breast cancer survivors. *Clin J Oncol Nurs*. 2021;25(5):36-41. doi: <https://doi.org/10.1188/21.cjon.s1.36-41>
40. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 dez 19. [acesso 2023 ago 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2023/publicada-lei-que-institui-a-politica-nacional-de-prevencao-e-controle-do-cancer-no-sus>
41. Silva MJS, Lima FLT, O'Dwyer G, et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cancerol*. 2019; 63(3):177-8. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n3.133>
42. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de

centros de atendimento em oncologia. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1998 set 2. [acesso 2023 ago 12]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html

| Recebido em 23/11/2023
| Aprovado em 6/3/2024