

A Assistência Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n2.83>

30 years of Cancer Care in the Brazilian National Health System

30 años de Asistencia Oncológica en el Sistema Único de Salud en Brasil

Maria Inez Pordeus Gadelha¹

INTRODUÇÃO

No Brasil, há 30 anos, em 5 de outubro de 1988, foi promulgada a vigente Constituição Federal¹, cujo art. 6º inclui a saúde como um dos direitos sociais e, nos arts. 196 ao 200, estabelece os nortes para a constituição de um sistema único de saúde.

No art. 198, encontram-se claras as diretrizes constitucionais para a estruturação desse sistema:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Embora, de março de 1992 a dezembro de 2017, a Constituição tenha sofrido 99 emendas², três das quais relativas à Saúde, essas diretrizes têm permanecido ao longo do tempo.

Dois anos depois daquela promulgação, em 19 de setembro de 1990, publicou-se a Lei Orgânica da Saúde (a 8.080)³, que, em seu art. 7º, estabelece que:

[...] as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do

sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Posteriormente, em 2013 e 2017, por meio de leis específicas, foi acrescentado o item:

XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras.

Assim como a Constituição Federal, a Lei 8.080 sofreu alterações (mais de 60, trazidas por dez diferentes leis, de 1999 a 2017)⁴, porém nenhuma delas alterando os princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, integralidade assistencial,

¹ Médica Oncologista Clínica. Chefe de Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. E-mail: maria.gadelha@saude.gov.br. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-7059-8464>

Endereço para correspondência: Maria Inez Pordeus Gadelha. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sede, 9º andar, Sala 900. Brasília (DF), Brasil. CEP 70058-900.



igualdade no acesso assistencial, participação da comunidade, descentralização administrativa e de serviços, hierarquização e regionalização.

Porém, somente em 2011, essa Lei foi devidamente regulamentada, por meio do Decreto 7.508, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde e a articulação interfederativa⁵. Nesse ínterim, o SUS se estruturou com base em Normas Operacionais, Portarias e Resoluções, que lhe outorgaram um arcabouço normativo conceitual e funcional que persiste até hoje, com atualizações e melhorias.

Em 1991, por meio do Instituto Nacional de Câncer, atual Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), do Ministério da Saúde, é que se iniciou a discussão sobre o controle do câncer no SUS (da prevenção aos cuidados paliativos, incluindo a detecção e diagnóstico das neoplasias malignas e o tratamento e recuperação dos doentes). Deu-se continuidade a ações e programas iniciados na segunda metade da década de 1980, por intermédio do Programa de Oncologia (Pro-Onco), no âmbito da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, então ligada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Com a descentralização administrativa, tomou força a necessidade de se estruturar, nas secretarias de saúde, setores que pudessem implantar ou implementar as ações e serviços de saúde correspondentes. Quatro áreas foram de imediato priorizadas, sem prejuízo de outras: 1) os programas nacionais de controle dos cânceres do colo do útero e de mama⁶⁻⁹; 2) o controle do tabagismo^{6,7,10}; 3) os registros de câncer; e 4) a capacitação para controle e avaliação em oncologia^{6,7,11,12}.

Paralelamente, envidavam-se esforços para desenvolver cuidados paliativos no Brasil^{13,14} e implementar a educação para o controle do câncer nas escolas de medicina e de enfermagem^{6,7,15-17}.

Relativamente à assistência oncológica, as normas específicas para sua organização, funcionamento e financiamento, no âmbito do SUS, passaram a ser publicadas em 1993, com as Portarias SAS/MS nº. 170 e nº. 171 (assistência de alta complexidade cirúrgica oncológica hospitalar e seus respectivos procedimentos), culminando em 1998 com as Portarias GM/MS nº. 3.535 (organização e habilitação de serviços na alta complexidade em oncologia) e nº. 3.536 (atualização, com grande expansão, de radioterapia e de quimioterapia, com procedimentos únicos para o atendimento ambulatorial e hospitalar)¹².

A essas portarias, subsequentemente revogadas, seguiram-se outras que se atualizam e se agregam¹², buscando ampliar ações e serviços de saúde para a prevenção e o controle do câncer, em uma jornada contínua para enfrentar essa doença que é de incidência crescente no Brasil.

O presente trabalho objetiva resumir, historicamente, a assistência oncológica nos 30 anos da criação constitucional do SUS e os seus 28 anos de regulamentação legal, intentando mostrar, às próximas gerações, o quanto se precisa melhorar e avançar para enfrentar os novos conhecimentos e tecnologias, diagnósticas e terapêuticas, nem sempre efetivas ou custo-efetivas, que, contínua e progressivamente, se apresentam para a prevenção e o controle do câncer.

PERÍODO DE 1988 A 1997

Mesmo antes da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, de 1990, o Ministério da Saúde, por meio do INCA e em parceria com o Inamps, vinha implantando, desde 1986, programas nacionais de controle do câncer¹⁸, como os de educação em cancerologia nas escolas médicas, de controle e avaliação em oncologia e de registros de câncer, e implementando outros, como os de controle do tabagismo e dos cânceres do colo uterino e de mama.

Na assistência oncológica até 1992, o SUS manteve os mesmos instrumentos do Inamps, quais sejam: o Sistema Integrado de Patrimônio, Administração e Contratos (SIPAC-Câncer) com seus procedimentos cirúrgicos nas diversas especialidades, de radioterapia (5) e de quimioterapia (10). Havia poucos hospitais e profissionais prestadores de serviços. A Central de Medicamentos (Ceme) já havia sido extinta, ainda no tempo do Inamps, e a quimioterapia do câncer já tinha passado a ser de responsabilidade dos prestadores, a maioria serviços isolados de quimioterapia ou terceirizados dos hospitais, que eram ressarcidos pelos procedimentos realizados.

Integrar o SIPAC-Câncer, um sistema de credenciamento de hospitais especificados para o atendimento na alta complexidade em oncologia, dava ao hospital o direito de receber os chamados índices de valorização hospitalar (IVH) e ambulatorial (IVA), assim como ocorria em outros SIPAC (como, por exemplo, os de ortopedia e de neurocirurgia).

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH)¹⁹, criado em 1981 para substituir em 1982 o sistema GIH (Guia de Internação Hospitalar), foi mantido no SUS, com sua Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Já o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS)²⁰ foi criado em 1992 e implantado a partir de julho de 1995.

Observa-se, assim, que o SUS conseguiu absorver e avançar com os instrumentos gerenciais do extinto Inamps.

A primeira grande mudança na assistência de alta complexidade em oncologia no SUS deu-se em 1993, com a publicação dos procedimentos de Cirurgia Oncológica, exclusivos para os hospitais do SIPAC-Câncer e no total de 119. Com a extinção dos índices de valorização, esses procedimentos foram valorados unitariamente a mais

do que os correspondentes procedimentos cirúrgicos de média complexidade, porém sem compatibilidade com procedimentos sequenciais, nem com órteses, próteses e materiais especiais. Esse porém, desconhecido ou desconsiderado por muitos, deu azo à ideia, muito repetida, mesmo que equivocada, de que Cirurgia Oncológica era mais valorada do que as demais especialidades médico-cirúrgicas, pois a comparação era feita unicamente entre os valores dos procedimentos correspondentes, mas não entre os valores das AIH, registradas no SIH-SUS.

No entanto, não houve mudança no que dizia respeito à radioterapia e à quimioterapia, continuando a duplicidade de procedimentos e tabelas (do SIH-SUS e do SIA-SUS), multiplicidade de prestadores (contados pelos serviços e não pelos hospitais com seus serviços), a terceirização, a assistência desintegrada dos serviços e a dificuldade de obtenção de dados individuais (as radioterapia e quimioterapia eram anotadas em Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, no SIA-SUS) pelos registros de câncer, que se vinham consolidando.

Porém, o Programa de Controle e Avaliação em Oncologia, levado a cabo pelo Pro-Onco/INCA/MS, iniciado junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campos-RJ¹¹, em 1993, demonstrou as distorções de registro e faturamento existentes, mormente na radioterapia e na quimioterapia. Desenvolveram-se, então, métodos de avaliação da prestação de procedimentos nessas duas áreas e, com isso, realizaram-se auditorias em vários hospitais de diferentes cidades brasileiras, capitais e interioranas, cujos resultados comprovaram a duplicidade de cobrança pelo atendimento de um mesmo doente no mesmo mês de competência para um mesmo tratamento.

De Campos-RJ, onde se concebeu a autorização de procedimentos de radioterapia e de quimioterapia, assim como acontecia com a AIH, o trabalho de controle e avaliação era manual, mas logo se mostrou a necessidade de informatizá-lo – e assim ocorreu. De pronto, deu-se o limite para o faturamento somente em um dos sistemas de informações do SUS (SIH ou SIA) em uma mesma competência mensal¹¹.

Então, o Programa passou a ser aplicado pela secretaria municipal de Belo Horizonte, onde se deu um grande avanço, em termos gerenciais e operacionais, inclusive informáticos. Os avanços continuaram na secretaria municipal de Curitiba-PR, onde se desenvolveu mais ainda, com a integração da autorização com a avaliação e pagamento dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia apresentados.

O processo estava maduro para estender-se a outras cidades e Estados brasileiros, e assim foi feito, por meio de treinamentos dos setores de controle e avaliação das secretarias de saúde¹¹. Mas também estava conceitualmente

pronto para transformar-se em um *modus operandi* do SUS, portanto nacionalizar-se.

Estavam dadas as condições para a criação de um subsistema do SIA-SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) em Oncologia [A implantação pioneira da APAC terminou sendo feita em Terapia Renal Substitutiva, por ocasião do episódio de triste lembrança acontecido em Caruaru-PE].

PERÍODO DE 1998 A 2004

Uma segunda grande mudança na assistência oncológica no SUS deu-se em 2 de setembro de 1998, com a publicação de duas portarias disruptivas¹²: 1) a Portaria GM/MS nº. 3.535, referente à estruturação da rede de atenção e ao credenciamento e habilitação dos hospitais como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) I, II e III; e 2) a Portaria GM/MS nº. 3.536, referente à criação e autorização por APAC de procedimentos radioterápicos e quimioterápicos, válida para os atendimentos hospitalar e ambulatorial, exclusivamente no SIA-SUS.

Com a Portaria GM/MS nº. 3.535, criaram-se critérios e parâmetros para a integração dos serviços oncológicos – cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos – e para a estimativa de necessidade de hospitais habilitados em oncologia com base no número anual de casos de câncer esperados, por Estado, no Brasil. Todos os serviços existentes, hospitalares e ambulatoriais, tiveram de se adequar e se habilitar sob os novos critérios, sendo os hospitais classificados conforme o seu porte tecnológico, como Cacon I, II ou III.

Com isso, deram-se aos gestores locais do SUS subsídios técnicos e normativos para organizar a assistência oncológica no SUS, em termos de necessidade de hospitais e de demanda e oferta de serviços oncológicos, com base hospitalar, não mais se permitindo a inclusão no SUS de serviços isolados de radioterapia nem de quimioterapia.

Com a Portaria GM/MS nº. 3.536, além da unificação dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia, criaram-se as bases para o subsistema APAC-SIA-SUS. Subsistema este que permite a qualificação da informação, planejamento e programação, organização da assistência oncológica, geração de dados epidemiológicos, estimativa de demanda atendida e reprimida, avaliação de resultados e produção científica^{21,22}.

A Portaria GM/MS nº. 3.536 criou 25 novos procedimentos de radioterapia (hoje, são 31) e 100 de quimioterapia (hoje, são 168) e seus respectivos códigos na Tabela do SIA-SUS; ou seja, repete-se, sem mais duplicidade com o SIH-SUS.

Os procedimentos de Cirurgia Oncológica, de alta complexidade, permaneceram os 119 estabelecidos pela

Portaria SAS/MS nº. 171/1993, sendo que, hoje, são 457 procedimentos cirúrgicos compatíveis com códigos da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O), dos quais 274 são de alta complexidade.

Com os dados obtidos dos registros dos procedimentos oncológicos no SUS, passou-se a utilizá-los como base para estimativas de necessidade de serviços e o planejamento da assistência oncológica²³. Até hoje, o modelo desse planejamento tem sido utilizado, com melhorias, para se proceder às estimativas de necessidade de hospitais habilitados em oncologia e para o monitoramento da sua produção específica.

Continuando a estruturação da oncologia no SUS, esta, juntamente com a cardiologia, ortopedia e neurologia, compôs as quatro especialidades pioneiras da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)²⁴, criada em 2001 e até hoje operante, com atualizações.

Outrossim, em 2004, a oncologia incluiu-se também no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, juntamente com Clínica Cirúrgica, Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva e Terapia Renal Substitutiva²⁵. A partir de então, com uns poucos anos de interrupção, indicadores para a avaliação da produção de procedimentos oncológicos no SUS são anualmente calculados pelo Ministério da Saúde e encaminhados para as secretarias municipais (com hospitais habilitados em oncologia), estaduais e distrital da saúde, assim como para os conselhos de saúde e órgãos externos de controle.

Vale ressaltar que, em 2000, o Ministério da Saúde publicara seis portarias²⁶⁻³¹ que regulamentaram o Sistema Nacional de Transplantes, em termos de exames de histocompatibilidade, de habilitação de laboratórios, de transplantes de células-tronco hematopoéticas (TCTH), do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) e das buscas de doadores nacional e internacional. Embora não somente relacionadas com o câncer, pois também versam sobre exames de histocompatibilidade para transplantes de órgãos sólidos, esses atos normativos trouxeram grande impulso aos TCTH em casos de leucemias e linfomas. Suas indicações foram atualizadas a partir de 2009, quando, relativamente ao câncer, também se incluiu o TCTH autólogo no tratamento do neuroblastoma³².

PERÍODO DE 2005 A 2018

As constantes demandas que levavam à evolução estrutural, administrativa e assistencial do SUS fizeram com que, em 2005, se desse a atualização das Portarias GM/MS nº. 3.535 e nº. 3.536, resultando na formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), estabelecida pela Portaria GM/MS nº. 2.439/2005 (revogada pela Portaria GM/MS nº. 2.439/2013) e, na reformulação, pela Portaria SAS/MS

nº. 741/2005, dos critérios e parâmetros para a habilitação na alta complexidade em oncologia^{12,33,34}.

Como em todas as áreas de alta complexidade, os hospitais passaram a ser habilitados como Centro de Assistência de Alta Complexidade (no caso da oncologia, Cacon) e Unidade de Assistência de Alta Complexidade (no caso da oncologia, Unacon). Diferentes categorias de Unacon foram então criadas^{12,34}, e foi possibilitada a habilitação de Hospital Geral com Cirurgia Oncológica e orientada a criação de grupo técnico de assessoramento às secretarias de saúde para o planejamento da atenção oncológica no SUS. Também, aquela portaria determinou a elaboração e divulgação de Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica, que contemplem as neoplasias malignas mais prevalentes no Brasil, a serem observadas pelos hospitais habilitados como Cacon e Unacon, assim como estabeleceu os critérios para que um hospital habilitado como Cacon pudesse ser autorizado, para auxiliar o gestor local do SUS, como Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

De todas as determinações dadas pela Portaria SAS/MS nº. 741/2005, apenas uma não se concretizou, por inexistência de indicação: a de autorização de Centro de Referência.

Quando, em 2007, deu-se a unificação dos procedimentos das tabelas do SIA-SUS e do SIH-SUS^{12,35}, os procedimentos de radioterapia e de quimioterapia não o tiveram de ser, pois assim já se encontravam desde 1998.

Embora jamais tivesse deixado de se atualizar, de modo contínuo e pontualmente, no período de 2005 a 2018, a oncologia contou ainda com avanços estruturais e conceituais: a) a atualização global dos procedimentos radioterápicos e quimioterápicos^{12,36}; b) a atualização global dos procedimentos de cirurgia oncológica, inclusive com a criação de “procedimentos sequenciais em oncologia” e com a inclusão das compatibilidades entre procedimentos sequenciais e entre procedimentos e órteses, próteses e materiais especiais^{12,37}; c) com a atualização da Portaria SAS/MS nº. 140/2014 (que revogou a SAS nº. 741/2005), quanto aos critérios e parâmetros para a organização da oncologia no SUS e a habilitação dos hospitais e seus serviços especializados^{12,38}; e d) com a elaboração e publicação de protocolos e de diretrizes diagnósticas e terapêuticas em oncologia^{12,39}.

Até aqui, foram mencionados os marcos da trajetória da oncologia no SUS, pois muitas ações, projetos, programas e normativos se deram entre eles e não podem ser esquecidos. As ilustrações 1 a 5 resumem, respectivamente, (1) os normativos mais relevantes; (2) a evolução das habilitações de setembro de 1999 a outubro de 2018; (3) as habilitações em oncologia distribuídas por estado federativo e por tipologia no Brasil em 2018; (4) os gastos federais com o tratamento do câncer em 1999, 2009 e 2017; e (5) os protocolos clínicos e diretrizes

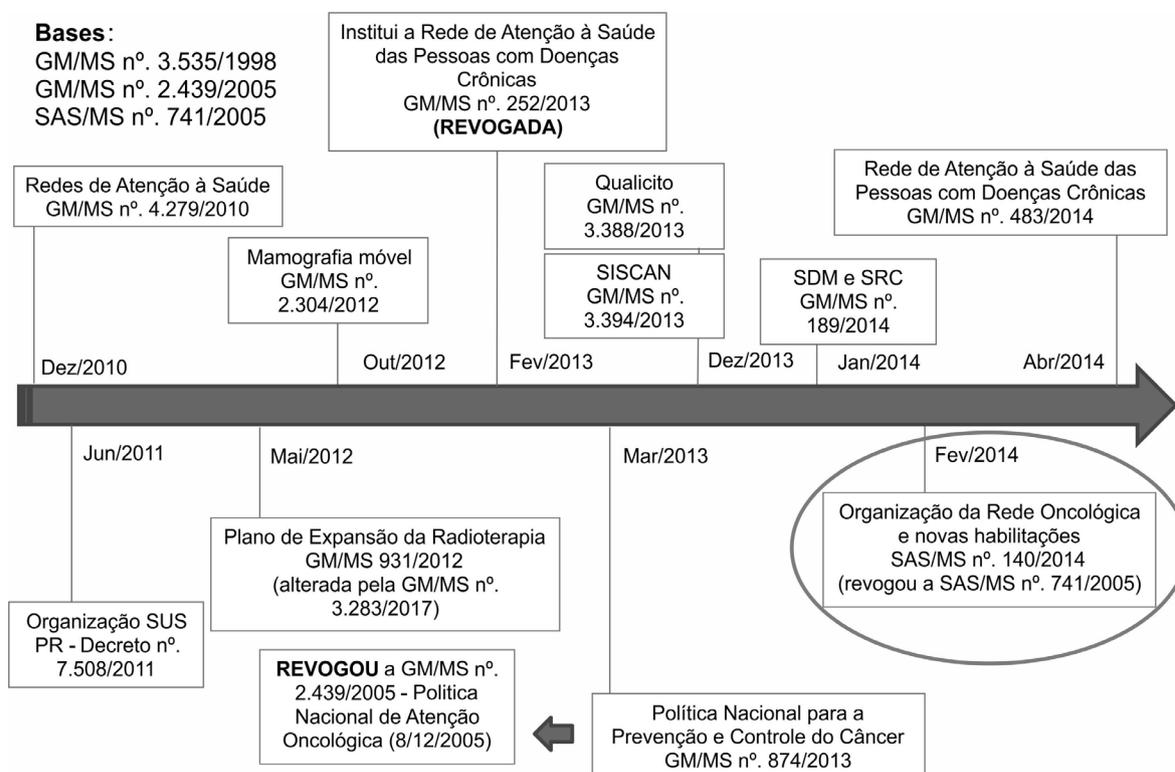


Figura 1. Principais estratégias e normativos

Quadro 1. Evolução da atenção oncológica de setembro de 1998 a outubro de 2018

Classificação	Set/1998	Dez/2009	Jan/2014	Fev/2015	Nov/2017	Out/2018	Observações
Cacon	181 *	41**	44**	44**	43**	44	Até 2014, só Cacon
Unacon com RT	-	83	101	102	113	111	Evolução para Cacon e novos
Unacon sem RT	-	125	126	130	137	144	Integração de serviços isolados e novos
HG-CO	-	9	7	7	6	6	
Serviço isolado RT ou QT	91	21	0	0	0	0	
Serviço isolado de RT	-	15 [∞]	11	10	9	8	Prorrogado até integração em complexo hospitalar ou exclusão do SUS
Serviço Isolado de QT	-	8 [∞]	0	0	0	0	
Estabelecimentos	272	275	299	304	325	336	Unificação de cadastros, integração de serviços isolados e novos
Habilitações	-	258	278	283	299	305	

Legendas: RT = Radioterapia; QT = Quimioterapia; HG-CO = Hospital Geral com Cirurgia Oncológica

* Com ou sem RT. Incluíam serviços isolados de RT ou QT.

** Obrigatoriamente com RT.

[∞] 2 de RT e QT (dez/09)

Fonte: CGAE/DAET/SAS/MS – NOVEMBRO/2018.

UF	Caçon	Unacon com RT	Unacon sem RT	HG com CO	Serviços isolados de RT
AC	0	1	0	0	0
AL	2	1	2	0	0
AP	0	0	1	0	0
AM	0	1	0	0	0
BA	1	5	8	0	1
CE	2	2	5	0	0
DF	1	1	2	0	0
ES	1	1	6	0	0
GO	1	2	2	0	0
MA	1	0	2	0	0
MT	0	2	3	0	0
MS	0	4	3	0	0
MG	4	21	9	0	0
PA	1	1	2	0	0
PB	1	1	2	0	0
PR	5	5	14	0	0
PE	1	2	7	0	2
PI	1	0	2	0	0
RN	1	1	5	0	0
RS	3	14	12	0	0
RJ	2	9	14	2	3
RO	0	2	1	0	0
RR	0	0	1	0	0
SC	1	6	10	0	1
SP	15	25	31	4	1
SE	0	2	0	0	0
TO	0	2	0	0	0
Total	44	111	144	6	8

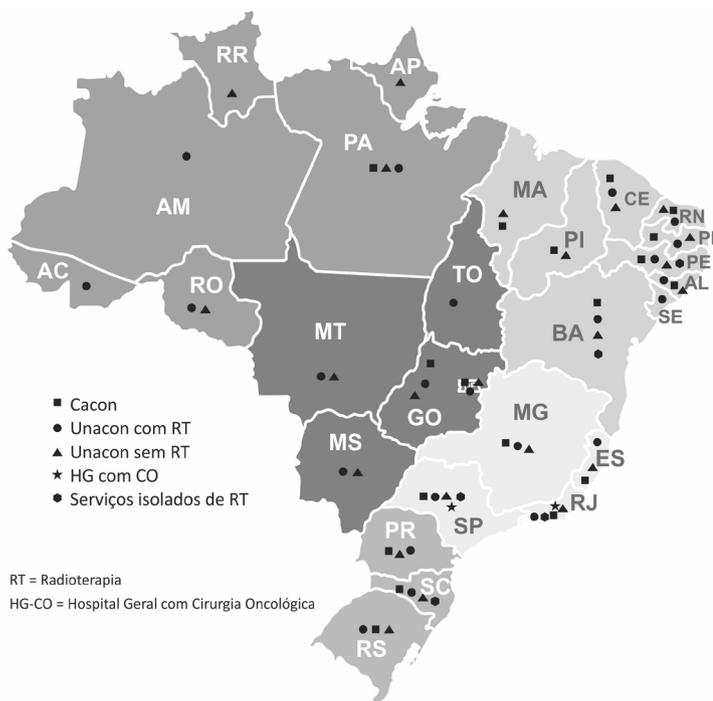


Figura 2. Hospitais habilitados na Alta Complexidade em Oncologia distribuídos por estado federativo em outubro de 2018

Quadro 2. Gastos federais com serviços oncológicos no SUSBRASIL, 1999 – 2009 – 2017

	1999	2009	2017
Cirurgia oncológica	R\$ 87 milhões	R\$ 172,81 milhões	R\$ 910.536.114,77 ^{1,2}
Radioterapia	R\$ 77 milhões	R\$ 163,72 milhões	R\$ 436.589.390,34 ³
Quimioterapia	R\$ 306 milhões	R\$ 1.228,41 milhões	R\$ 2.394.807.252,20 ⁴
Iodoterapia	R\$ 0,048 milhão	R\$ 4,15 milhões	R\$ 4.443.595,68 ⁵
Total	R\$ 470,5 milhões	R\$ 1,6 bilhão	R\$ 3.746.376.352,99

Legendas: ¹ Procedimentos do subgrupo 0416 e o procedimento 0415020050 PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA.

² Não estão incluídos os gastos com Ortopedia, Neurocirurgia e Oftalmologia com CID de câncer, que representaram um montante de R\$ 41.257.016,69.

³ Procedimentos registrados na forma de organização 03.04.01 (SIA e SIH) – Radioterapia.

⁴ Procedimentos registrados nas formas de organização 03.04.02 – Quimioterapia paliativa – adulto; 03.04.03 – Quimioterapia para controle temporário de doença – adulto; 03.04.04 – Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora) – adulto; 03.04.05 – Quimioterapia adjuvante (profilática) – adulto; 03.04.06 – Quimioterapia curativa – adulto; 03.04.07 – Quimioterapia de tumores de criança e adolescente; 03.04.08 – Procedimentos especiais; e valores gastos com medicamentos oncológicos no total de R\$ 570.938.963,55.

⁵ Procedimentos registrados na forma de organização 03.04.09 (SIA e SIH) – Medicina Nuclear – terapêutica oncológica.

Não foram computados os gastos federais no ano de 2017 com:

- Procedimentos cirúrgicos com CID de câncer não registrados no subgrupo 0416 (Cirurgia Oncológica) e o procedimento 0415020050 PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA em hospitais habilitados e não habilitados em alta complexidade em oncologia (R\$ 634.512.346,92).
- 03.04.10 Gerais em oncologia (R\$ 178.508.947,21).
- Transplantes de esclera, fígado e células-tronco hematopoéticas para tratamento de câncer (R\$ 142.107.980,00).

TOTAL GERAL – ONCOLOGIA – 2017: R\$ 4.742.643,81

diagnósticas e terapêuticas de 2012 a 2018 (em um total de 23, dos quais cinco já atualizados).

Atualmente, trabalhos em andamento incluem a atualização da radioterapia no SUS, com mudança conceitual e operacional da autorização, registro e faturamento dos seus procedimentos no formato de tratamentos, e não mais de equipamentos; a revisão dos procedimentos de cirurgia oncológica, com melhoria das descrições e compatibilidades dos procedimentos e

discussão com vistas à proposta de incorporação de novas tecnologias; e a atualização de protocolos e diretrizes diagnósticas e terapêuticas.

Intensa discussão tem-se dado, no âmbito tripartite da gestão do SUS e também do Conselho Consultivo do INCA (Consinca), sobre que modelo o Brasil deve adotar para a melhoria do diagnóstico e do tratamento do câncer, partindo da defesa incontestada da integralidade assistencial pela integração de serviços especializados para garantir melhores resultados terapêuticos.

Quadro 3. Protocolos clínicos / Diretrizes diagnósticas e terapêuticas em oncologia

Nº	PCDT / DDT	Portaria vigente
1	Câncer de ovário	Portaria SAS/MS nº. 458, de 21/5/2012
2	Câncer de estômago	Portaria conjunta nº. 3, de 15/1/2018
3	Melanoma cutâneo	Portaria SAS/MS nº. 357, de 8/4/2013
4	Tumor do estroma gastrointestinal (GIST)	Portaria SAS/MS nº. 494, de 18/6/2014
5	Câncer de próstata	Portaria SAS/MS nº. 498, de 11/5/2016
6	Câncer de esôfago	Portaria SAS/MS nº. 1.439, de 16/12/2014
7	Câncer de mama	Portaria conjunta nº. 19, de 3/7/2018
8	Câncer de cólon e reto	Portaria SAS/MS nº. 601, de 26/6/2012
9	Câncer de fígado no adulto	Portaria SAS/MS nº. 602, de 26/6/2012
10	Câncer de pulmão	Portaria SAS/MS nº. 600, de 26/6/2012
11	Tumor cerebral no adulto	Portaria SAS/MS nº. 599, de 26/6/2012
12	Câncer de cabeça e pescoço	Portaria SAS/MS nº. 516, de 17/6/2015
13	Câncer de rim	Portaria SAS/MS nº. 1.440, de 16/12/2014
14	Linfoma folicular	Portaria SAS/MS nº. 1.501, de 10/10/2014
15	Leucemia mieloide crônica - adultos	Portaria SAS/MS nº. 1.219, de 4/11/2013
16	Mieloma múltiplo	Portaria SAS/MS nº. 708, de 6/8/2015
17	Leucemia mieloide aguda - crianças e adolescentes	Portaria SAS/MS nº. 840, de 10/9/2014
18	Leucemia mieloide aguda - adultos	Portaria SAS/MS nº. 705, de 12/8/2014 (*)
19	Carcinoma diferenciado de tireoide	Portaria SAS/MS nº. 7, de 3/1/2014
20	Leucemia linfóide aguda Ph+ - adultos	Portaria SAS/MS nº. 312, de 27/3/2013
21	Linfoma difuso de grandes células B	Portaria SAS/MS nº. 621, de 5/7/2012
22	Leucemia mieloide crônica - crianças e adolescentes	Portaria SAS/MS nº. 114, de 10/2/2012
23	Leucemia linfóide aguda Ph+ - crianças e adolescentes	Portaria SAS/MS nº. 115, de 10/2/2012

Legendas: (*) Republicada. PCDT = Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas; DDT - Diretrizes diagnósticas e terapêuticas em oncologia.

CONCLUSÃO

Mudanças na sociedade brasileira demandaram, e continuam a demandar, um grande esforço de diversos setores do Ministério da Saúde, como departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde e do INCA, em termos de propostas de novas ações e serviços para a prevenção e controle do câncer, atualização de portarias, cursos de capacitação de auditores, supervisores e auditores das secretarias de saúde, elaboração e atualização do manual de bases técnicas em oncologia do SIA-SUS, expedição de pareceres para as secretarias de saúde e apresentação de estudantes universitários, operadores do Direito, especialistas e associações de usuários e prestadores de serviços ao SUS.

A dinâmica dessa trajetória pode ser vista por meio da publicação e revogação de Portarias Ministeriais e encontra-se documentada no Manual de Bases Técnicas da Oncologia - SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais, hoje em sua 23ª edição, tendo sido a primeira disponibilizada em 1999¹².

O INCA, desde os anos 1986, e com seu Consinca, desde 1991, sempre teve, com poucos lapsos, papel relevante em toda essa trajetória. A eles, se somaram os

grupos técnicos da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e secretarias de saúde, estaduais, distrital e municipais, que, incansavelmente, conceberam e implantaram programas e projetos, processos de gestão, e continuam em busca da sua melhoria contínua.

Desafios foram superados e novos desafios surgem continuamente. Por isso, o registro e a divulgação de como as ideias, conflitos e soluções foram conduzidos no passado e como se faz a transição entre presentes, que são sempre pontes entre o passado e o futuro, tornam-se importantes instrumentos para que as novas gerações saibam avaliá-los e levem a oncologia a um patamar mais integrado com o sistema de saúde em que se insere e mais próxima do que a população efetivamente necessita.

AGRADECIMENTO

À Revista Brasileira de Cancerologia, pelo convite que me foi feito para deixar registrada a “Assistência oncológica e os 30 anos do SUS”.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Presidência da República. Emendas constitucionais [Internet]. [acesso 2018 Nov 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/quadro_emc.htm.
3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. [acesso 2018 Nov 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
4. Brasil. Presidência da República. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. [Internet]. [acesso 2018 Nov 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm.
5. Santos L, Carvalho GI. SUS: comentários à lei orgânica da saúde. 5nd ed. Campinas: Saberes Editora; 2018.
6. Gadelha MI. Entrevista: Uma vida dedicada à oncologia. Rede Câncer [Internet]. 2011 Jul [citado 11 Nov 2018];14: 9-12. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n14/revista_14.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Fundação Oswaldo Cruz. O controle do câncer de mama no Brasil: trajetória e controvérsias. Rio de Janeiro: INCA; Fiocruz; 2018. [Depoimentos para a História do Controle do Câncer no Brasil].
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2nd ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016 [citado 11 Nov 2018]. Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio_2016.pdf.
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado 11 Nov 2018]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf.
10. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco [Internet]. Rio de Janeiro: Coniq; [c1999-2018] [citado 11 Nov 2018]. Prevalência de tabagismo. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo.
11. Ministério da Saúde (BR). Como promover e trabalhar em parceria. In: Petrucci VL, Rua MG, organizador. Ações premiadas no 1º Concurso de Experiências Inovadoras de Gestão na Administração Pública Federal 1996. Brasília: ENAP; 1998. p. 135-138.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de bases técnicas da oncologia - SIA/SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais [Internet]. 23rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 11 Nov 2018]. Disponível em: ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/APAC/Manual_Oncologia_23a_edicao.pdf.
13. Teixeira MA, Rezende MRC, Lavor MF, Belém RN, Carrullo MPG. Implantando um serviço de suporte terapêutico oncológico – STO. Rev Bras Cancerol. 1993;39(2):65-88.
14. Instituto Nacional de Câncer (BR). Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2001 [citado 11 Nov 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf.
15. Instituto Nacional de Câncer (BR). Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-Serviço. 2nd ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 1993. 249 p.
16. Instituto Nacional de Câncer (BR). Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3rd ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 1999. 279 p.
17. Instituto Nacional de Câncer (BR). Ações de enfermagem para o controle do câncer. uma proposta de integração ensino-serviço. 2nd ed. Rio de Janeiro: INCA; 2002. 380 p.
18. Abreu E. Pro-Onco 10 anos. Editorial. Rev Bras Cancerol. [Internet]. 1997 Out- Dez; [citado 11 Nov 2018];43(4): Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_43/v04/editorial.html.
19. Ministério da Saúde (BR). DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2018 DATASUS [citado 11 Nov 2018]. SIHSUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>.
20. Ministério da Saúde (BR). DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2018 DATASUS [citado 11 Nov 2018]. SIA. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>.
21. Gadelha MIP, Costa MR, Almeida RT. Estadiamento de tumores malignos: análise e sugestões a partir de dados da APAC. Rev Bras Cancerol. 2005;51(3):193-99.
22. Gênova RM. Modelos de Alocação de Recursos em Saúde: quimioterapia no câncer de mama [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.
23. Gadelha MIP. Planejamento da assistência oncológica: um exercício de estimativas. Rev Bras Cancerol. 2002;48(4):533-543.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2309_19_12_2001.html.
25. Ministério da Saúde (BR). Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso 2018 Nov 11]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf.

26. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.312, de 30 de novembro de 2000 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1312_30_11_2000.html.
27. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.313, de 30 de novembro de 2000 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1313_30_11_2000.html.
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.314, de 30 de novembro de 2000 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1314_30_11_2000.html.
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.315, de 30 de novembro de 2000 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/matrizconsolidacao/comum/8974.html>.
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.316, de 30 de novembro de 2000 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_%2019549_portaria_n_1316_de_30_de_novembro_de_2000.aspx.
31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.317, de 30 de novembro de 2000 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_848405_portaria_n_1317_de_30_de_novembro_de_2000.aspx.
32. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/20130520-doc12_contribconsnadesaude regulamentotecnico dosnt.pdf.
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html.
35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.848, de 06 de novembro de 2007 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html.
36. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 420, de 25 de agosto de 2010 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0420_25_08_2010.html.
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.947, de 21 de dezembro de 2012 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2947_21_12_2012_rep.html.
38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html.
39. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; ©CONITEC 2016 – 2018 [acesso 2018 Nov 13]. Protocolos e Diretrizes. Protocolos de uso. Disponíveis em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.

Recebido em 17/11/2018

Aprovado em 22/11/2018