

# A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n2.84>

*30 Years of Oncological Care in the Brazilian National Health System*

*30 Años de Atención Oncológica en el Sistema Único de Salud en Brasil*

Arn Migowski<sup>1</sup>; Adriana Tavares de Moraes Atty<sup>2</sup>; Jeane Glauca Tomazelli<sup>3</sup>; Maria Beatriz Kneipp Dias<sup>4</sup>; Beatriz Cordeiro Jardim<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) completa 30 anos, tendo como uma de suas missões oferecer atenção universal e integral para os mais de 209 milhões de brasileiros, sendo a cobertura exclusiva de 76% dessa população.

Logo nos primeiros anos após a Constituição de 1988, o SUS surgiu como política pública contra-hegemônica de forma concomitante à chegada do neoliberalismo no Brasil, que visava a reduzir a participação do Estado e à redução dos gastos públicos, inclusive na área da saúde, gerando uma permanente tensão quanto ao financiamento do sistema. Paralelamente, foi mantido o financiamento público à saúde suplementar, principalmente por meio de renúncias fiscais e não ressarcimento ao SUS. Isso, de certa forma, deu continuidade ao financiamento público do setor privado, que havia sido intenso nas décadas anteriores, por meio da compra de serviços pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e por investimentos públicos na ampliação e modernização da capacidade ambulatorial e hospitalar privadas, mormente na Região Sudeste, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social<sup>1</sup>.

O objetivo do presente artigo é apresentar um panorama geral da evolução da organização da atenção oncológica ao longo da história do SUS.

## PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

Entre as diretrizes do SUS, a descentralização, que se contrapõe à intensa centralização inampsiana,

foi a que teve maior avanço. Esse processo exigiu mecanismos de regulação que orientassem os gestores na sua condução. Para tanto, o Ministério da Saúde editou as Normas Operacionais Básicas (NOB), que representavam instrumentos normativos, que objetivavam regular a transferência de recursos financeiros da união para Estados e municípios, o planejamento das ações e os mecanismos de controle social<sup>2</sup>. Entre as NOB, destaca-se a editada em 1993, NOB 01/93, que criou as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) nos Estados (por representação paritária entre Estados e municípios) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes dos governos federal, estaduais e municipais no plano nacional. Criou ainda, critérios e categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios respeitando as condições técnico-operacionais<sup>2,3</sup>. Mesmo com as conquistas alcançadas com a NOB 01/93, ainda era necessário avançar na descentralização e no financiamento, pois o custeio da assistência à saúde permanecia repassado por intermédio do pagamento por produção. Diante desse quadro, surge a proposta de uma nova norma operacional, a NOB 01/96, que alterou a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, deixando de ser por produção e passando a ser feito com base num valor fixo *per capita*<sup>4</sup>.

Nesse período, o Ministério da Saúde lança, em 1994, o Programa Saúde da Família, de responsabilidade do gestor municipal, com o objetivo de organizar o acesso do usuário ao sistema de saúde e desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Nos anos 2000, o Ministério da Saúde

<sup>1</sup> Médico. Doutor. Tecnologista em C&T. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: [arn.santos@inca.gov.br](mailto:arn.santos@inca.gov.br). Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-4861-2319>

<sup>2</sup> Cirurgiã-dentista. Doutoranda. Tecnologista em C&T. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: [aatty@inca.gov.br](mailto:aatty@inca.gov.br). Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-2271-746X>

<sup>3</sup> Psicóloga. Doutora. Tecnologista em C&T. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: [jtomazelli@inca.gov.br](mailto:jtomazelli@inca.gov.br). Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-2472-3444>

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutoranda. Tecnologista em C&T. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: [mdias@inca.gov.br](mailto:mdias@inca.gov.br). Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-5847-9830>

<sup>5</sup> Nutricionista. Doutoranda. Tecnologista em C&T. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: [bjardim@inca.gov.br](mailto:bjardim@inca.gov.br). Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-3075-2591>

Endereço para correspondência: Arn Migowski. Rua Marquês de Pombal, 125 – 7º andar. Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20230-240.



lançou as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), 01/2001 e 01/2002, em substituição às NOB. As NOAS destacam a importância da regionalização para atender aos princípios do SUS. A ferramenta utilizada foi o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que inclui o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI)<sup>5</sup>.

A necessidade de qualificar e fortalecer o SUS levou o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) a pactuarem, em 2006, responsabilidades entre os três gestores do SUS. Da reunião da CIT, resultou o documento *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*.

## ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Ainda na primeira década de implantação do SUS, as normativas existentes não atendiam ao princípio de integralidade, pois estavam fragmentadas em diferentes programas nacionais de prevenção e detecção precoce, e o acesso ao tratamento oncológico estava concentrado em hospitais especializados<sup>6,7</sup>.

Em 1998, a assistência oncológica no Brasil foi regulamentada por meio das Portarias GM/MS nº. 3.535 e nº. 3.536. A primeira apresentava critérios para o cadastramento de centros de atendimento em oncologia, contribuindo na estruturação do acesso ao tratamento de câncer de forma integral, e na definição de parâmetros para o planejamento da assistência oncológica. Tais parâmetros tinham como base a estimativa regional de casos de câncer<sup>8</sup>. Já a Portaria GM/MS nº. 3.536 abordava a autorização e a cobrança de procedimentos ambulatoriais para o tratamento do câncer. Ambas as Portarias eram limitadas no que tange à organização do fluxo assistencial no âmbito do SUS, além de, no ano seguinte, serem credenciadas unidades isoladas de quimio e radioterapia, que contribuíram para a continuidade da fragmentação assistencial<sup>9</sup>: em 2002, existiam 105 serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia<sup>8</sup>.

Somente por meio da Portaria GM/MS nº. 2.439, de 2005, que se instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a percepção da integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer foi melhor explicitada nas normativas do SUS, incluindo em seu conjunto de ações – além do diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos – a promoção e a prevenção, buscando, dessa forma, superar as fragmentações das ações e garantir maior integralidade na assistência<sup>8,9</sup>. A PNAO descreveu a necessidade de garantir o cuidado integral do usuário por intermédio de mecanismos de referência e contrarreferência que permitissem acessar todos os níveis de complexidade,

de modo a obter assistência às demandas advindas tanto do processo de confirmação diagnóstica quanto do tratamento.

Nesse mesmo ano, com a Portaria SAS/MS nº. 741, foram revistos a definição e os parâmetros da organização da habilitação dos hospitais em oncologia, suspendendo a habilitação de novos serviços isolados de quimio ou radioterapia, enquanto os existentes deveriam se adequar às novas exigências em prazo determinado<sup>10</sup>.

Contudo, mediante a constatação da necessidade de organizar o sistema de saúde e superar a fragmentação da assistência prestada, o Ministério da Saúde lançou, em 2010, as *Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde*, definidas como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado<sup>11</sup>.

Nesse processo evolutivo, diante das alterações ocorridas no SUS, como a Portaria de Redes de Atenção à Saúde em 2010, o Decreto 7.508<sup>12</sup> e a política de incorporação tecnológica, ambos de 2011, fez-se necessária a atualização da PNAO, cuja revisão supera o conceito de ‘atenção oncológica’ para controle do câncer, também adotado pela Organização Mundial da Saúde. Em 2013, foi lançada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que conceitua o câncer como uma doença crônica prevenível. A PNPCC destaca princípios e diretrizes de promoção, prevenção, cuidado integral, vigilância, educação, comunicação e incorporação tecnológica. Apresenta ainda as responsabilidades dos entes federados nas ações de controle do câncer, bem como dos pontos de atenção e sistemas de apoio que compõem a rede de atenção à saúde, descrevendo como as ações devem ser planejadas e realizadas, em diferentes níveis de atenção, para garantir a integralidade definida no SUS.

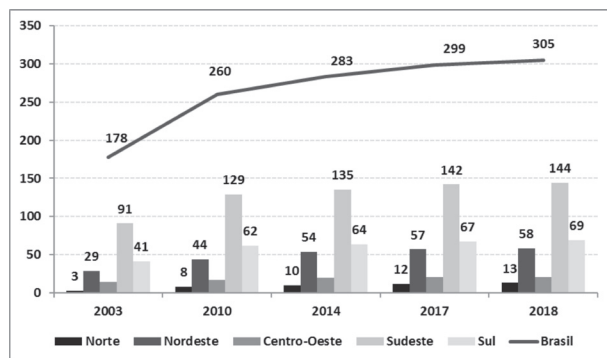
No que se refere especificamente à expansão da radioterapia no país, um marco importante foi o projeto Expande, iniciado no ano 2000 e coordenado pelo o Instituto Nacional Câncer, atual Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ele previa, a partir de critérios epidemiológicos, sociais e de cobertura assistencial na área oncológica, a criação de centros de alta complexidade em oncologia com radioterapia, em hospitais gerais públicos ou filantrópicos, além de contemplar outras ações voltadas para a integralidade da atenção ao câncer.

O Expande implementou 24 projetos tanto de criação de Unidades ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia com Serviço de Radioterapia

quanto de ampliação da capacidade instalada em hospitais já habilitados no SUS em 11 Estados do país, atingindo cerca de 18 milhões de habitantes, com um investimento da ordem de 50 milhões de reais.

No ano de 2012, o Ministério da Saúde anunciou novos investimentos para a ampliação da oferta de serviços de radioterapia com aporte de recursos em equipamentos e infraestrutura, por meio do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PerSUS), que prevê a implantação de 80 soluções de radioterapia, sendo, inicialmente, previstos 42 novos serviços de radioterapia e a ampliação de outros 38.

Todos esses esforços na expansão da assistência oncológica no Brasil se traduziram em um expressivo aumento de estabelecimentos de saúde no SUS e de procedimentos de oncologia no país. Nos últimos 15 anos, houve um aumento de 71,3% no número de estabelecimentos de saúde habilitados para tratamento oncológico. Esse aumento foi diferenciado entre as Regiões, variando de 333% na Região Norte a 50% na Região Centro-Oeste (Gráfico 1).



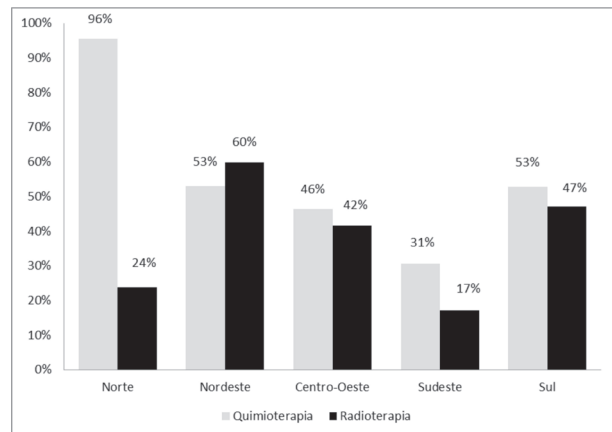
**Gráfico 1.** Número de estabelecimentos habilitados para tratamento de câncer, segundo o ano. Brasil e Regiões, 2003-2018

**Fonte:** Registros INCA; Portaria SAS/MS 62 – Mar 2009; Portaria SAS/MS 140 – Fev 2014; Portaria SAS/MS 458 – Fev 2017; Portaria SAS/MS 1.154 – Jul 2018.

**Nota:** Não foram considerados os serviços isolados de radioterapia em 2018.

A produção de quimioterapia e radioterapia (número de campos de cobaltoterapia e de acelerados linear) está apresentada no Gráfico 2. No período entre 2010 e 2017, pode ser observado que o maior incremento na produção dos procedimentos de quimioterapia foi na Região Norte (96%) enquanto de radioterapia, foi na Região Nordeste (60%).

Apesar dessa expansão da assistência oncológica, persiste o desafio de expandir a média complexidade considerando a rede de atenção com vistas a garantir o diagnóstico oportuno e com qualidade das neoplasias<sup>13</sup>.



**Gráfico 2.** Proporção do incremento de procedimentos de quimioterapia e de campos de radioterapia, entre os anos 2010 e 2017, por Região do estabelecimento. Brasil, 2010-2017

**Fonte:** SIASUS. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS [Internet]. Brasília: DATASUS; ©2013 [citado 12 Nov 2018]. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>.

## CONCLUSÃO

A expansão da assistência oncológica no SUS, aliada à ampliação da cobertura da atenção primária, principalmente por meio da estratégia saúde da família, trouxe importantes avanços para o alcance da universalidade do acesso aos serviços de saúde, embora persista a tensão envolvendo o financiamento do sistema.

Um dos grandes avanços no SUS, no que se refere à garantia da integralidade da assistência oncológica, foi a suspensão da habilitação de novos serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia concomitante à implantação do projeto Expande e de normativas que previam a integração de várias modalidades terapêuticas e de cuidado ao câncer nos estabelecimentos credenciados.

A adoção de critérios epidemiológicos, baseada na incidência de câncer para implantação centros de oncologia, foi uma importante contribuição para melhorar a equidade no acesso e para induzir a regionalização da rede de serviços de saúde. A descentralização baseada na municipalização é um desafio ao processo de regionalização e pactuação entre os entes federados. Esse aspecto é especialmente relevante na oncologia, em que a garantia da integralidade depende da articulação entre todos os níveis de atenção com uma rede de referência explícita e regulada para seus usuários. Serviços de maior densidade tecnológica por sua característica estão mais concentrados, gerando um grande desafio à regulação e à contratualização para a garantia da integralidade na atenção oncológica.

## CONTRIBUIÇÕES

Arn Migowski concebeu o artigo, participou da redação e fez a revisão do texto. Jeane Glaucia Tomazelli contribuiu na redação do artigo e realizou análise de dados. Adriana Tavares de Moraes Atty, Maria Beatriz Kneipp Dias e Beatriz Cordeiro Jardim contribuíram na redação do artigo. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do artigo.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a Declarar.

Recebido em 22/11/2018  
Aprovado em 27/11/2018

## REFERÊNCIAS

1. Médici AC. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Rev Adm Púb.* 1992;26(2):79-115.
2. Polignano MV. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão [Internet]. Mato Grosso (MT): SES; [2015] [acesso 2018 Set 12]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>.
3. Venâncio VAS. A descentralização do setor saúde no município de Campos dos Goytacazes na década de 90 [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
4. Lecovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciênc Saúde Colet.* 2001;6(2):269-91.
5. Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Rev Admin Pública.* 2009;43(2):445-56.
6. Kligerman J. Ampliação da assistência oncológica no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2000;4(4):347-9.
7. Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK, et al. A Política Nacional de Atenção Oncologia e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev APS.* 2008;11(2):199-206.
8. Gadelha MIP. Planejamento da assistência oncológica: um exercício de estimativas. *Rev Bras Cancerol.* 2002;48(4):533-43.
9. Renna Junior NL. Acesso a diagnóstico e tratamento do câncer de mama e colo uterino no Brasil: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016.
10. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741\\_19\\_12\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html).
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. [Internet]. [acesso 2018 Nov 13]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html).
12. Presidência da República (BR). 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm).
13. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. [Coleção Temas em Saúde].