



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

MESTRADO PROFISSIONAL
EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Projeto De Expansão Da Assistência Oncológica
Expande - um Novo Modelo Assistencial

Carla Pintas Marques

ORIENTADORA: PROF^ª DR^ª CELIA REGINA PIERANTONI

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Gestão de Sistemas de Saúde

2002



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**



**PROJETO DE EXPANSÃO DA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA
EXPANDE - UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL**

Carla Pintas Marques

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof^a Dr^a Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro
2002

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

M357 Marques, Carla Pintas.
Projeto de expansão da assistência oncológica :
EXPANDE, um novo modelo assistencial / Carla
Pintas Marques. - 2002.
... f.
Orientadora: Celia Regina Pierantoni.
Dissertação (mestrado) – Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina
Social.
1. Projeto EXPANDE – Teses. 2. Câncer –
Pacientes – Assistência hospitalar - Planejamento
– Teses. 3. Câncer – Pacientes – Acesso aos serviços
médicos – Teses. 4. Oncologia – Programas
médicos regionais - Teses. I. Pierantoni, Celia
Regina. II. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616-006.6:614.2

RESUMO

PROJETO DE EXPANSÃO DA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA – EXPANDE – UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL

Este estudo tem por objetivo descrever o Projeto EXPANDE – Projeto de Expansão da Assistência Oncológica, atualmente desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Faz um relato do Câncer e sua importância enquanto problema de saúde pública e a necessidade de organização da rede de serviços que prestam assistência especializada em oncologia.

Analisando a atual distribuição de serviços oncológicos no Sistema Único de Saúde – SUS e a proposta do Projeto, pode-se assegurar que para a melhoria no acesso, deve-se considerar alguns parâmetros de cobertura populacional e sua distribuição nas regiões do país.

O modelo analisado permite auxiliar na distribuição equitativa e universal que garanta ao paciente um atendimento integral e integralizado. Os critérios para a expansão contemplam o maior número de serviços, as regiões menos cobertas, além dos limites financeiros e infra-estrutura já existente.

Palavras-Chave: Assistência Oncológica; Cobertura Populacional; Organização da Rede; Câncer

ABSTRACT

EXPANSION AND ONCOLOGIC ASSISTANCE PROJECT – EXPANDE – NEW MODEL ASSISTANCE

This study aims to describe the EXPANDE – Expansion and Oncologic Assistance Project, developed nowadays by the Ministry of Health. A report on Cancer and its importance while a public health problem, and the need for organization of the network services that provide specialized assistance in oncology.

Analysing the present distribution of oncologic services in the Sole Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) and the proposal of the Project, one can be assured that, for the betterment in the access, some population coverage parameters must be considered, and its distribution in the regions of the country.

The analyzed model allows helping in the equitable and universal distribution that warrants an integral and integralized attendance to the patient. The criteria for the expansion aims at a greater number of services, the regions with less coverage, besides the existing financial limitations and infrastructure.

Key words: Oncologic Assistance; Population Coverage; Network Services; Cancer

INTRODUÇÃO

A política de saúde do Brasil desde a década de 90 tem buscado a implantação de um modelo assistencial capaz de oferecer a população garantia de acesso aos serviços de saúde com equidade. Este tem sido um dos principais avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90 buscar a ampliação do acesso. Isto está ocorrendo como resultado, principalmente, do intenso processo de descentralização político-administrativa, orientado em grande parte pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e pela Norma da Assistência - NOAS, editadas pelo Ministério da Saúde.

Particularmente no período de implementação da Norma Operacional Básica 01/96, a partir de 1998, pode se observar mudanças importantes relacionadas à estruturação da atenção básica, à ampliação e organização da rede de serviços públicos em várias regiões do país, ao aumento do volume de transferências financeiras diretas do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e ao fortalecimento das gestões locais.

No contexto da análise dos avanços e das limitações da descentralização nos anos 1990, em particular das mudanças induzidas pela NOB-SUS 01/96, tornou-se evidente a necessidade de aumentar a articulação entre os sistemas municipais de saúde e de fortalecer as secretarias estaduais de saúde na sua função reguladora, buscando assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas, que propiciem resultados positivos para a saúde da população. Desta forma, a questão da regionalização passou a ter um importante destaque no debate setorial a partir do final da década de 1990.

No que diz respeito à assistência de alta complexidade/alto custo - composta por procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e que não são ofertadas por todas unidades da federação, como no caso das cirurgias cardíacas, as neurocirurgias, os procedimentos de oncologia (radioterapia, quimioterapia), entre outros - o acesso da população a estes serviços, dada a atual concentração da oferta desses serviços e os altos custos envolvidos, requer ações coordenadas dos três níveis de governo, assim como mecanismos específicos de financiamento e regulação para a promoção da equidade.

Desta forma cabe ao Ministério da Saúde, como órgão normatizador, a definição de diretrizes e normas técnicas nacionais que possibilitem a implantação de uma política de assistência à alta complexidade voltada para a garantia do acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na oferta dos serviços, e da qualidade da assistência.

O gestor estadual é responsável pela macrogestão da política de alta complexidade/alto custo no estado, condicionada à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), mantendo vinculação com a política nacional. Suas principais funções estão relacionadas à definição de: prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, da alocação de recursos entre áreas da Alta Complexidade (AC) e entre municípios, com explicitação nos limites financeiros municipais da parcela correspondente ao atendimento das referências; a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade; a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência intermunicipal incluindo a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade e apoio à implementação de instrumentos de regulação da atenção de alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros) e o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade.

A Constituição Federal, no cap. II, seção II, art. 198, e a Lei Orgânica da Saúde, no cap. II, art. 7º, definem, claramente, que as ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas e que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade. Assim, pode-se dizer, que a estruturação das redes assistenciais e hierarquização dos serviços é a forma mais eficiente e eficaz de organizar a assistência à saúde e garantir o pleno acesso da população aos serviços.

A assistência de Alta Complexidade difere da atenção básica e da média complexidade, por características especiais, tais como:

- alta densidade tecnológica e o alto custo dos procedimentos;
- concentração de oferta em poucos municípios;
- escassez de profissionais especializados;
- economia de escala.

Para a assistência de Alta Complexidade a formação de redes é uma estratégia fundamental, pois cria condições para estruturação da assistência e da hierarquização dos serviços visando à ampliação do acesso da população e melhoria da qualidade dos serviços de alta complexidade.

A alta complexidade engloba 11 áreas, cuja assistência envolve alta tecnologia/especialização e ou alto custo:

- Cirurgia Cardiovascular e Endopróteses;
- Oncologia;
- Ortopedia;
- Neurocirurgia;
- Unidade de Terapia Intensiva - UTI;
- Gastroplastia;
- Lábio Palatal;
- Implante Coclear;
- Implante Ósteo-integrado;
- Tratamento Cirúrgico da Epilepsia; e
- Assistência ao Paciente Queimado.

Em 2000 o gasto do SUS com a alta complexidade, em regime ambulatorial, foi de R\$ 2,17 bilhões o que equivale a um per capita 12,78 - população IBGE 2000 -de R\$ 608,27 milhões em regime hospitalar, um total de R\$ 2,77 bilhões/ano.

Destes gastos, 20,7% correspondem ao gasto com a assistência oncológica, incluindo atendimento ambulatorial e de internação. Apesar do elevado gasto nesta área, este recurso financeiro não garante, necessariamente, o acesso do paciente e menos ainda a qualidade da assistência. Diante desta realidade o Ministério da Saúde busca estratégias que possibilitem a melhoria do acesso e a qualidade da assistência oncológica. Nesta perspectiva o Projeto Expande foi concebido em parceria com o Instituto Nacional do Câncer - INCA visando a expansão da assistência oncológica para áreas geograficamente desassistidas.

Considerando estas informações este estudo está estruturado em três capítulos. O Capítulo I apresenta o câncer como um problema de saúde pública no país além de tratar das estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil.

O Capítulo II apresenta a assistência oncológica atualmente disponível no Sistema Único de Saúde, através da política pública adotada para a área, além de tratar da organização das redes e sua distribuição no país.

O Capítulo III se propõe a analisar a implantação do Projeto Expande como um novo modelo assistencial na área oncológica, através da melhor distribuição de serviços no país e da busca na melhoria do acesso da população. E nas considerações finais é possível verificar a melhor distribuição dos serviços oncológicos, distribuídos por região administrativa, revelando-se cenários de cobertura assistencial diferenciada.

1. CÂNCER

1.1 - CÂNCER

Câncer é o nome que recebe um conjunto de cerca de 100 doenças que têm como característica comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, que podem se espalhar (metástase) para outras áreas do corpo.

Quando se dividem, rapidamente, estas células tendem a se tornar agressivas e incontroláveis, o que determina a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Um tumor benigno significa uma massa localizada de células que se multiplicam lentamente e que se assemelham ao tecido original, o que raramente se constitui em risco de vida.

A diferenciação dos tipos de câncer corresponde aos diferentes tipos de células do corpo. Se a origem do câncer se dá em tecidos epiteliais como pele e mucosas ele é denominado carcinoma. Se a origem se dá em tecidos conjuntivos como ossos, músculos e cartilagens, é denominado de sarcoma.

Uma outra característica da diferenciação dos tipos de câncer se dá através da velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invasão tecidual e de órgãos vizinhos ou distantes (metástase).

Pode-se relacionar o aparecimento do câncer às mais variadas causas, sejam elas externas ou internas ao organismo, porém todas estão inter-relacionadas.

As causas externas relacionam-se ao meio ambiente a aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na grande maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas e ligadas à capacidade de defesa de agressões externas do organismo. Todos esses fatores interagem de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

Cerca de 80% a 90% dos cânceres estão associados aos fatores ambientais, sendo alguns bastante conhecidos: o cigarro (câncer e pulmão), exposição excessiva ao sol (câncer de pele), alguns vírus (leucemia). Outros fatores ainda estão em pesquisa, como os alimentos transgênicos, alguns medicamentos, etc.

As mudanças sofridas pelas células no decorrer do tempo, assim como o envelhecimento natural, aumenta a suscetibilidade à transformação maligna. Soma-se ainda ao fato das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores e risco para câncer, e pode-se explicar o porquê do câncer ser mais comum nesses indivíduos.

Os fatores de risco ambientais do câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos. Tais fatores atuam na alteração da estrutura genética (DNA) das células. O surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células causadoras de câncer. Como exemplo: o risco de uma pessoa desenvolver câncer de pulmão é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que vem fumando.

1.2 – DETERMINANTES SOCIAIS DO CÂNCER

A mudança nos hábitos de vida da população associada aos mais diversos fatores, como o aumento da expectativa de vida, a industrialização, a urbanização, além dos avanços tecnológicos na área da saúde, permitem relacionar com o aumento do risco de desenvolvimento do câncer.

A expectativa de vida ao nascer no Brasil, tem aumentado progressivamente. No início do século XX, o brasileiro tinha uma expectativa de vida de menos de 35 anos e ao final do século é maior que 70 anos. Considera-se ainda a contribuição da redução das taxas de natalidade e mortalidade em idades prematura como parte da mudança na estrutura etária da população, o que a tem tornado mais velha, do ponto de vista demográfico.

Demonstramos o envelhecimento da população brasileira na Tabela 1, e nota-se que, entre 1940 e 1991, a participação de menores de 15 anos caiu e o contingente de indivíduos de 35 a 64 anos aumentou. Porém nesse mesmo período, a população de 65 anos e mais, praticamente duplicou. Assim, progressivamente, aumenta o número de pessoas que passam a fazer parte das faixas etárias que apresentam maior risco de desenvolver câncer.

Tabela 1
Composição etária relativa (%) nos censos demográficos brasileiros de 1940 a 1991.

| Faixa Etária | Ano/População | | | | | |
|--------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1991 |
| 0 - 14 | 42,57 | 41,73 | 42,60 | 42,01 | 37,36 | 34,80 |
| 15 - 34 | 34,38 | 34,38 | 33,03 | 32,97 | 35,71 | 35,50 |
| 35 - 64 | 20,59 | 21,16 | 21,47 | 21,68 | 22,56 | 24,09 |
| 65 + | 2,38 | 2,43 | 2,74 | 3,14 | 4,31 | 4,90 |
| Ignorado | 0,08 | 0,30 | 0,16 | 0,20 | 0,06 | 0,00 |

Fonte: IBGE - 1996

Os hábitos de vida da população são modificados pela crescente industrialização e urbanização. Os aspectos que se referem ao estilo de vida das populações devem receber atenção quanto à gênese dos tumores, pois a persistência, a acentuação ou a introdução de novos hábitos de vida pode induzir ou propiciar o desenvolvimento das neoplasias malignas.

Entre esses hábitos, o tabagismo é um dos mais importantes e está diretamente relacionado com o câncer de pulmão, de boca, de laringe e bexiga.

O aumento da mortalidade por câncer não se deve necessariamente ao aumento real da doença. O avanço científico e tecnológico possibilitou a melhoria dos meios diagnóstico e de tratamento. Mas a utilização desses ainda está aliada ao desenvolvimento sócio-econômico dos países e regiões.

A importância do câncer vem aumentando à medida que ocorre o controle progressivo de outras doenças. O progresso tecnológico observado nas últimas décadas ter proporcionado maior acuidade no diagnóstico do câncer, o que explica parte do aumento na prevalência da doença.

Merece considerar ainda que o impacto da melhoria dos recursos de diagnóstico e tratamento não pode ser avaliado sem que se analise o acesso da população aos serviços de saúde.

1.3. O CÂNCER COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O Brasil apresenta um quadro sanitário bastante divergente, onde se combinam doenças ligadas à pobreza, típicas de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e doenças crônico-degenerativas, características de países desenvolvidos. Tal situação nos mostra as contradições ainda existentes no país.

Ao analisarmos as taxas de mortalidade das regiões do Brasil, encontramos o câncer em diversas posições, mas sempre incluído entre as primeiras causas de morte, junto às doenças do aparelho cardiovascular, as causas externas, as doenças do aparelho respiratório, as doenças infecciosas e parasitárias e afecções peri-natais.

O fato de se considerar o câncer como um problema de saúde pública, com dimensões nacionais, levou à necessidade de se formular e implementar ações, progressivas, de planos e estratégias que orientem ao controle do câncer. Deve-se considerar a melhoria e expansão da rede de assistência médico-hospitalar, além de atividades de detecção precoce e de prevenção, que compreendem ações de promoção à saúde e de intervenção nos fatores de risco do câncer.

Para o ano de 2001, foi estimado pelo Ministério da Saúde, o registro de 305.330 casos novos e 117.550 óbitos por câncer em todo o Brasil (Tabela 2). Para o sexo masculino, foram esperados 150.450 casos e 63.330 óbitos e para o sexo feminino, estimados 154.880 casos e 54.220 óbitos. Estima-se ainda que o principal câncer a acometer a população brasileira seja o câncer de pele não melanoma (54.460 casos), seguido pelas neoplasias malignas de mama feminina (31.590 casos), estômago (22.330 casos), pulmão (20.835 casos) e próstata (20.820 casos).

Tabela 2

Estimativas para o ano 2001 do número de casos novos e de óbitos por câncer; entre homens e mulheres, segundo localização primária, no Brasil.

| Localização Primária | Estimativas de Casos Novos | | | Estimativa de Óbitos | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------|----------------|----------------------|---------------|----------------|
| | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total |
| Neoplasia Maligna | | | | | | |
| Pele não Melanoma | 27.710 | 26.750 | 54.460 | 480 | 345 | 830 |
| Mama Feminina | 0 | 31.590 | 31.590 | 0 | 8.670 | 8.670 |
| Traquéia, Brônquio e Pulmão | 14.900 | 5.935 | 20.830 | 10.700 | 445 | 15.145 |
| Estômago | 15.260 | 7.070 | 22.330 | 7.090 | 3.675 | 10.765 |
| Colo de útero | 0 | 16.270 | 16.270 | 0 | 3.725 | 3.725 |
| Próstata | 20.820 | 0 | 20.820 | 7.320 | 0 | 7.320 |
| Cólon e Reto | 7.795 | 8.370 | 16.165 | 3.355 | 3.875 | 7.230 |
| Esôfago | 6.650 | 2.215 | 8.865 | 4.080 | 1.230 | 5.310 |
| Leucemias | 3.880 | 3.120 | 7.000 | 2.315 | 1.950 | 4.265 |
| Boca | 7.940 | 2.625 | 10.565 | 2.565 | 660 | 3.225 |
| Pele Melanoma | 1.425 | 1.505 | 2.930 | 585 | 465 | 1.050 |
| Outras Localizações | 44.070 | 49.430 | 93.500 | 24.835 | 25.180 | 50.015 |
| Total | 150.450 | 154.880 | 305.325 | 63.325 | 50.220 | 117.550 |

Fonte: Estimativas de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil, INCA/MS, 2001.

A distribuição por sexo mostra que as maiores taxas de incidência entre os homens (Tabela 3) sejam devidas ao câncer de pele não melanoma (33,21/100.000), próstata (24,94/100.000), estômago (18,29/100.00) e pulmão (17,88/100.000). Já entre as mulheres (Tabela 4), destacam-se as neoplasias malignas de mama (36,47/100.000), pele não melanoma (30,90/100.000), colo do útero (18,86/100.000) e cólon e reto (9,65/100.000).

Tabela 3

Estimativas para o ano 2001 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 homens e do número de casos novos e de óbitos por câncer, segundo localização primária.

| Localização Primária | Estimativas de Casos Novos | | Estimativas de Óbitos | |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|
| Neoplasia Maligna | Nº de Casos | Taxa Bruta | Nº de Óbitos | Taxa Bruta |
| Pele não Melanoma | 27.710 | 33,21 | 485 | 0,54 |
| Traquéia, Brônquios e Pulmão | 14.900 | 17,88 | 10.700 | 12,83 |
| Estômago | 15.260 | 18,29 | 7.090 | 8,47 |
| Próstata | 20.820 | 24,94 | 7.320 | 8,75 |
| Cólon e Reto | 7.795 | 9,31 | 3.355 | 3,97 |
| Esôfago | 6.650 | 7,96 | 4.080 | 4,89 |
| Leucemias | 3.880 | 4,61 | 2.315 | 2,75 |
| Boca | 7.940 | 9,50 | 2.565 | 3,04 |
| Pele Melanoma | 1.425 | 1,66 | 585 | 0,66 |
| Outras Localizações | 44.070 | 52,83 | 24.835 | 29,77 |
| Total | 150.450 | 180,34 | 63.330 | 75,91 |

Fonte: Estimativas de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil, INCA/MS, 2001.

Tabela 4

Estimativa para o ano 2001 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 mulheres e do número de casos novos e de óbitos por câncer, segundo a localização primária.

| Localização Primária | Estimativas de Casos Novos | | Estimativas de Óbitos | |
|------------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------|--------------|
| | Nº de Casos | Taxa Bruta | Nº de Óbitos | Taxa Bruta |
| Pele não Melanoma | 26.750 | 30,90 | 345 | 0,35 |
| Mama Feminina | 31.590 | 36,47 | 8.670 | 9,99 |
| Traquéia, Brônquios e Pulmão | 5.935 | 06,86 | 4.445 | 5,10 |
| Estômago | 7.070 | 08,14 | 3.675 | 4,20 |
| Colo do útero | 16.270 | 18,86 | 3.725 | 4,31 |
| Cólon e Reto | 8.370 | 9,65 | 3.875 | 4,44 |
| Esôfago | 2.215 | 2,52 | 1.230 | 1,39 |
| Leucemias | 3.120 | 3,56 | 1.950 | 2,24 |
| Boca | 2.625 | 3,02 | 660 | 0,73 |
| Pele Melanoma | 1.505 | 1,70 | 465 | 0,50 |
| Outras Localizações | 49.430 | 57,40 | 25.180 | 29,24 |
| Total | 154.880 | 178,75 | 54.220 | 62,91 |

Fonte: Estimativas de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil, INCA/MS, 2001.

2. ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA

2.1. A ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO BRASIL

A política adotada pelo Ministério da Saúde na área oncológica tem como principais objetivos:

- a) Promover a integralidade da assistência prestada;
- b) Promover a ampliação da cobertura assistencial e do acesso dos pacientes aos serviços de saúde;
- c) Estimular e criar as condições para o desenvolvimento de ações de prevenção;
- d) Estimular e criar as condições para que o diagnóstico e tratamento sejam realizados o mais precocemente possível;
- e) Incrementar o desenvolvimento de cuidados paliativos.

Para implementar a política traçada, o Ministério da Saúde tem desenvolvido, desde 1998, diversas ações, de caráter normativo, de investimento e de custeio, que envolvem:

- a criação de mecanismos para a organização e estruturação de redes assistenciais hierarquizadas e regionalizadas;
- a definição de critérios de cadastramento de serviço;
- a definição de critérios para cobertura assistencial;
- a regulação da assistência;
- a realização de investimentos para aperfeiçoamento e ampliação da capacidade instalada de serviços de assistência oncológica;
- a adequação dos valores de remuneração das Tabelas do SUS para os procedimentos oncológicos;
- introdução de instrumentos de acompanhamento/controle sobre o atendimento dos pacientes, especialmente os atendidos em nível ambulatorial.

Todas estas medidas são destinadas a criar condições necessárias para a ampliação do acesso da população aos serviços e à melhoria da qualidade da assistência oncológica prestada. A organização das redes tem especial significado na área da assistência de alta complexidade uma vez que serviços desta natureza não estão disponíveis em todos os municípios, estados ou mesmo regiões.

A estruturação das redes, a definição dos níveis crescentes de complexidade assistencial, a definição de fluxos de referência e contra-referência de paciente, têm expressiva importância na organização da assistência a ser prestada e, especialmente, na garantia do acesso aos serviços ao cidadão, independentemente de sua procedência.

A assistência integral baseia-se nas especificidades do câncer, uma doença que por suas características envolve as mais diferentes ações assistenciais e de atenção à saúde que vão desde a prevenção, passando pelo diagnóstico, tratamento, até a prestação de cuidados paliativos. Estas peculiaridades significam o envolvimento das mais variadas terapias e a necessidade de que a abordagem do paciente tenha um enfoque multiprofissional e integrado.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA, o controle do câncer consiste em uma abordagem multidisciplinar, em que a prevenção nos níveis primários - promoção da saúde - e secundário - detecção do câncer em fase inicial - vinculada à vigilância epidemiológica - análise e produção de dados técnicos e científicos sobre o câncer -, tem papel preponderante nas reduções dos índices de incidência e mortalidade pela doença.

O controle do câncer depende de um conjunto de atuações em áreas diversas, mas é a terapêutica especializada, com o uso de tecnologia e medicamentos de alto custo que mais demanda o sistema de saúde. O sucesso da política desenvolvida nos últimos anos para ampliação da oferta e do acesso dos pacientes aos serviços de assistência oncológica, podem ser notados pelo aumento no número de pacientes sob tratamento de quimioterapia e radioterapia e pelo crescimento significativo nos gastos realizados, nos níveis ambulatorial e hospitalar, entre 1997 e 2001.

Este crescimento também é decorrente da incorporação de novos procedimentos na Tabela SUS, e do reajuste de valor de certos procedimentos.

Para demonstrar a evolução dos gastos e do número de pacientes atendidos, apresentamos na Tabela 5 um comparativo entre os anos de 1997 e 2001.

Tabela 5
Gastos e Frequências de Procedimentos em Assistência Oncológica, 1997 a 2001, no SUS.

| Quimioterapia - Gastos e nº de sessões | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | Varição de 1997 a 2001 |
| Gasto anual | 261.660.871 | 223.052.711 | 306.308.367 | 398.560.919 | 484.921.693 | 85,32% |
| Gasto mensal médio | 21.805.073 | 18.587.726 | 25.525.697 | 33.213.410 | 40.410.141 | 66,59% |
| N.º de sessões anual. | 567.654 | 561.959 | 592.933 | 785.220 | 945.299 | |

| Radioterapia - Gastos e nº de sessões | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------------------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | Varição de 1997 a 2001 |
| Gasto anual | 74.791.786 | 63.574.909 | 76.978.919 | 86.832.908 | 93.827.011 | 25,45% |
| Gasto mensal médio | 6.232.649 | 5.297.909 | 6.414.910 | 7.236.076 | 7.881.984 | 9,17% |
| N.º de sessões anual. | 4.917.670 | 4.718.867 | 4.501.305 | 4.955.963 | 5.368.805 | |

| Cirurgia Oncológica - Gastos e nº de procedimentos | | | | | | |
|--|------------|------------|------------|------------|-------------|------------------------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | Varição de 1997 a 2001 |
| Gasto anual | 57.373.815 | 59.600.074 | 86.937.348 | 86.723.356 | 103.017.974 | 79,56% |
| Gasto mensal médio | 4.781.151 | 4.966.673 | 7.244.779 | 7.226.946 | 8.584.831 | 89,14% |
| N.º de cirurgias anual. | 45.672 | 47.880 | 76.629 | 82.180 | 86.386 | |

| Oncologia - Gastos totais | | | | | | |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | Varição de 1997 a 2001 |
| Gasto anual | 393.826.472 | 346.227.694 | 470.224.634 | 572.117.183 | 662.370.325 | 68,19% |
| Gasto mensal médio | 32.818.873 | 28.852.308 | 39.185.386 | 47.676.432 | 54.752.184 | |

Fonte: SAS/MS. Valores em R\$1,00

2.2. ORGANIZAÇÃO DE REDES DE ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA

Como já foi dito, o paciente com câncer necessita de um conjunto de ações integradas para que sua abordagem seja adequadamente realizada. Até 1998, a assistência prestada ocorria de forma pouco ou não estruturada o que comprometia severamente sua qualidade. O paciente era, normalmente, visto “em partes” - um serviço cuidando da prevenção, outro do diagnóstico, um terceiro do tratamento cirúrgico e, várias vezes, um quinto e um sexto serviço se ocupando da quimioterapia e da radioterapia quando indicadas.

Esta fragmentação assistencial, além de desorientar o paciente que, por muitas vezes tinha que “bater de porta em porta” para receber o atendimento adequado, gerava um comprometimento da qualidade da assistência, comprometimento da qualidade de vida e da própria sobrevivência do paciente. Nesta lógica, não era rara a “seleção” de pacientes a serem tratados pelos serviços - os procedimentos de melhor remuneração eram priorizados em detrimento da assistência global do paciente.

A organização de redes assistenciais hierarquizadas e regionalizadas foi uma das estratégias adotadas para garantir a ampliação do acesso dos pacientes aos serviços e a integralidade da assistência. Assim, a Portaria GM/MS n.º 3.535, de 2 de setembro de 1998, (em Anexo) estabeleceu os critérios de cadastramento de serviços em oncologia, criou e hierarquizou por nível de complexidade e abrangência de atuação os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), criou os mecanismos para a organização das redes assistenciais e ainda definiu parâmetros de casos novos anuais de câncer e de necessidade de serviços para instrumentalizar o planejamento da cobertura assistencial.

Os CACON's são instituições que, com diferentes níveis de complexidade assistencial - I, II e III, oferecem assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente. A assistência abrange oito modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, quimioterapia, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Desta forma as redes assistenciais são integradas por:

- **CACON I** - são hospitais gerais, com e sem radioterapia própria, em que se procede ao diagnóstico e tratamento, das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil, que são os de pele, mama, colo uterino, estômago, intestino, próstata, além dos tumores linfomatosos e da infância e juventude. Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente numa perspectiva multiprofissional integrada. Necessariamente devem possuir as seguintes modalidades assistenciais: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, psicologia, serviço social, hemoterapia, pronto atendimento para as emergências oncológicas, nutrição, terapia ocupacional, farmácia, reabilitação e cuidados paliativos. Devem manter intercâmbio técnico-científico com pelo menos um CACON II ou III.

- **CACON II** - são instituições dedicadas prioritariamente ao controle do câncer, para o qual desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis. Além das modalidades assistenciais do CACON I, devem prestar atendimento em radioterapia, cirurgia de cabeça e pescoço, odontologia, oftalmologia, pediatria cirúrgica, plástica reparadora, cirurgia de tecido ósseo conjuntivo, unidade de órteses e próteses, fonoaudiologia, emergência oncológica e voluntariado. Devem desenvolver projetos de pesquisa oncológica e oferecer cursos de treinamento e atualização.

- **CACON III** - são instituições dedicadas exclusivamente ao controle do câncer, para o qual desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasias malignas, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos próprios. Além das modalidades assistenciais do CACON I, devem prestar atendimento em radioterapia de alta complexidade, cirurgia de cabeça e pescoço, odontologia, oftalmologia, neurocirurgia, pediatria cirúrgica, plástica reparadora, cirurgia de tecido ósseo conjuntivo, unidade de órteses e próteses, fonoaudiologia, emergência oncológica, voluntariado, biologia molecular, cuidados paliativos com assistência domiciliar, imagiologia com estereotaxia e ressonância magnética, unidade de transplante de medula óssea, laboratório de histocompatibilidade podendo este ser terceirizado, unidade de medicina nuclear equipada com gama-câmara. Devem oferecer residência médica, programas de treinamento e especialização e programa de prevenção, detecção precoce e de pesquisa na área do câncer.

- **Serviços Isolados de Quimioterapia ou Radioterapia** - unidades ambulatoriais que na maioria das vezes, encontram-se fora da estrutura de um hospital geral, necessitando para manutenção de seu cadastramento ao SUS de um conjunto de referências para outros hospitais e/ou serviços (já cadastrados ao SUS) que garantam a complementação da assistência não oferecida nestes serviços, dentro da perspectiva da “integralidade”.

Dando continuidade ao processo de organização da rede assistencial em oncologia, foi promovido um amplo recadastramento de serviços oncológicos em todo o país, priorizando o cadastramento de CACON em relação aos serviços isolados, pois se entende como mais adequada à assistência quando prestada em um único serviço. Até o final de 2001 foram cadastradas 254 unidades para prestação de serviços oncológicos com as seguintes classificações:

- 153 CACON I, II e III - Centros de Alta Complexidade em Oncologia;
- 29 Serviços Isolados de Radioterapia;
- 60 Serviços Isolados de Quimioterapia;
- 12 Serviços Isolados de Quimioterapia e Radioterapia.

Atualmente, a distribuição regional dos serviços é a seguinte:

Região Sudeste: 70 CACON I; 5 CACON II e 2 CACON III (referência nacional); 14 Serviços Isolados de Quimioterapia, 15 Serviços Isolados de Radioterapia e 7 Serviços Isolados de Químio e Radioterapia;

Região Sul: 31 CACON I e 1 CACON II; 16 Serviços Isolados de Quimioterapia, 7 Serviços Isolados de Radioterapia e 1 Serviço Isolado de Quimioterapia e Radioterapia;

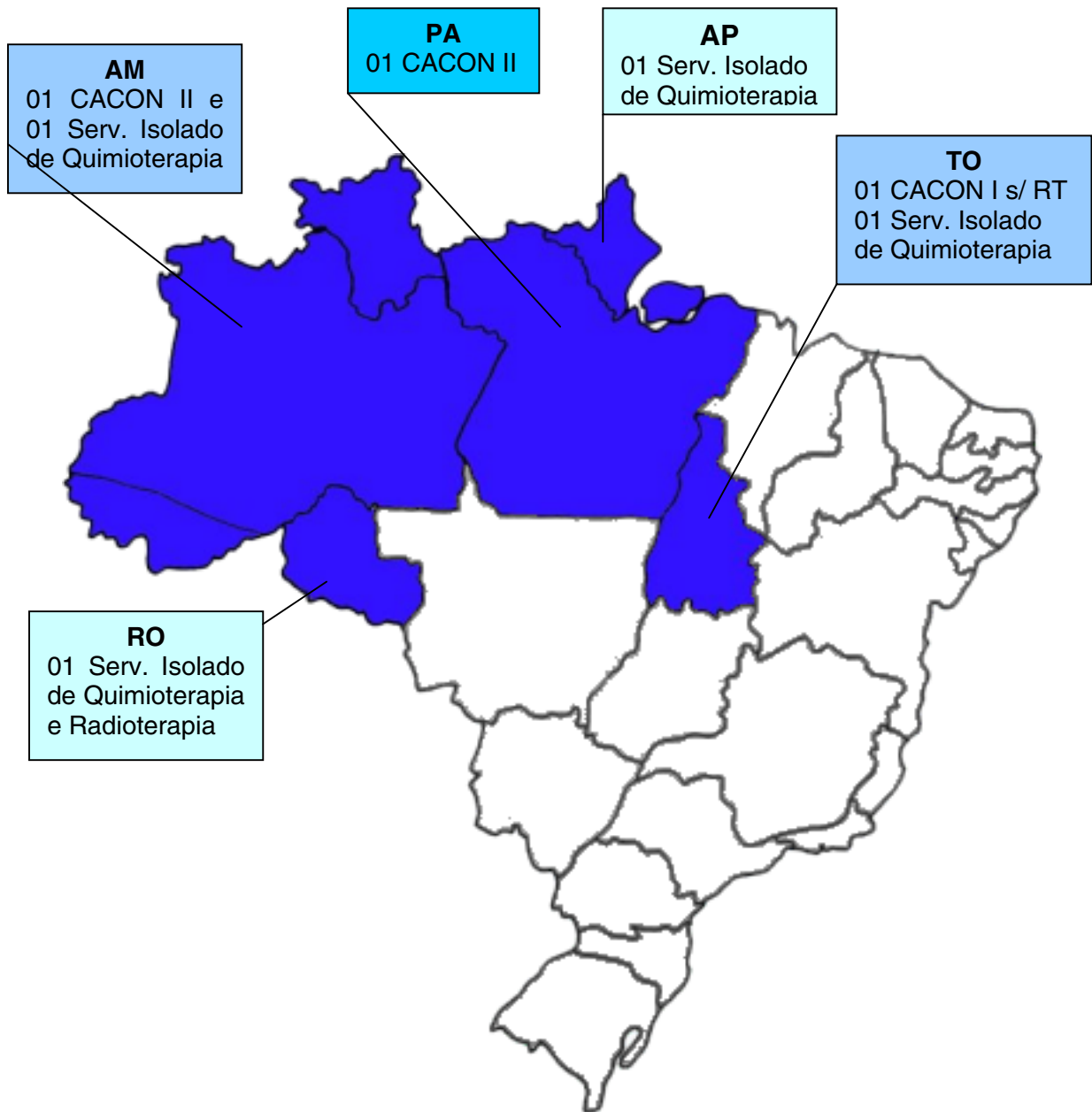
Região Nordeste: 24 CACON I e 5 CACON II; 20 Serviços Isolados de Quimioterapia, 7 Serviços Isolados de Radioterapia e 1 Serviço Isolado de Quimioterapia e Radioterapia;

Região Centro-Oeste: 10 CACON I e 1 CACON II; 8 Serviços Isolados de Quimioterapia e 2 Serviços Isolados de Quimioterapia e Radioterapia;

Região Norte: 2 CACON I e 2 CACON II; 2 Serviços Isolados de Quimioterapia e 1 Serviço Isolado de Quimioterapia e Radioterapia.

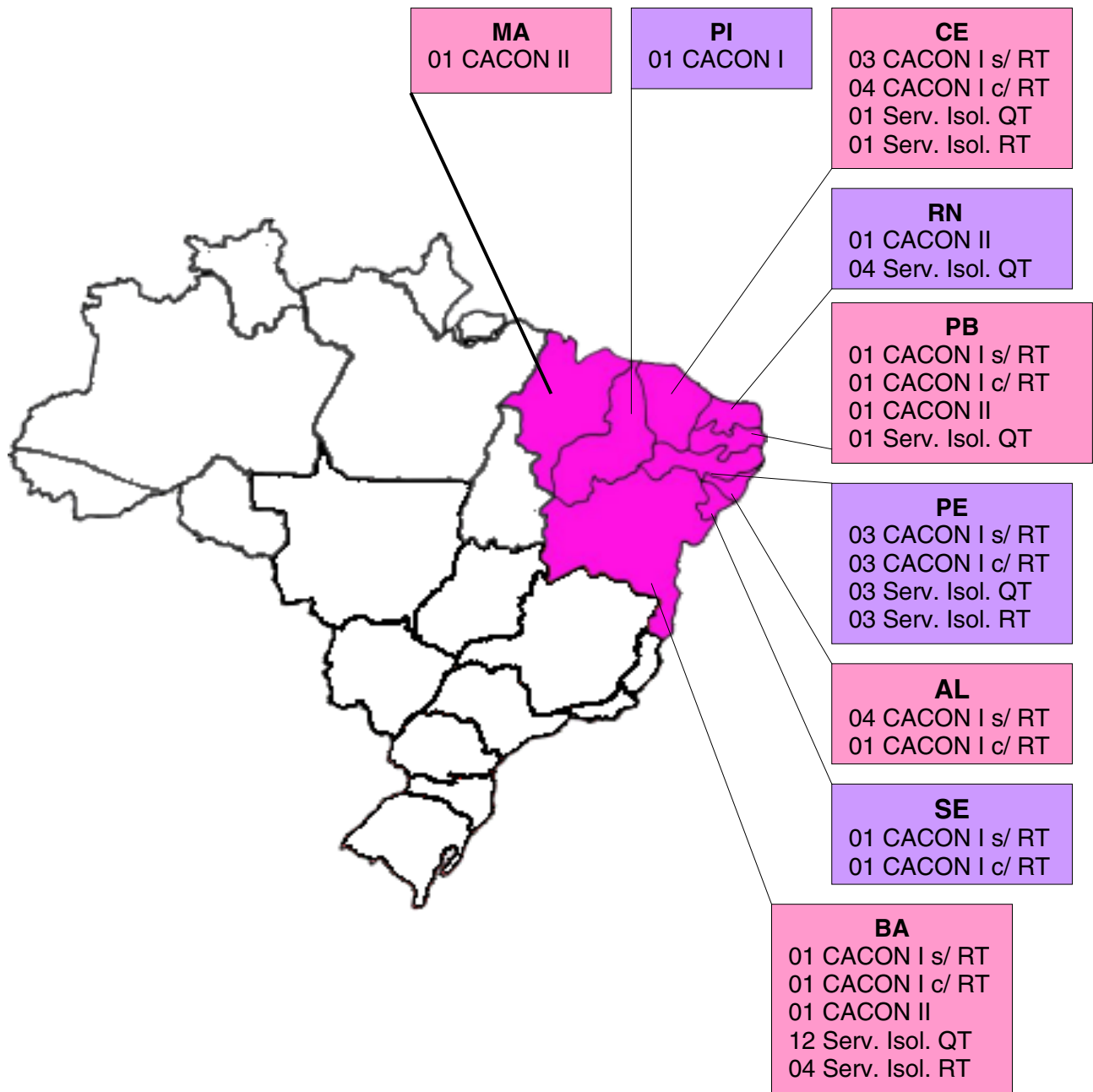
Mapa 1
Distribuição Regional de Serviços Oncológicos, no SUS, 2001.

REGIÃO NORTE



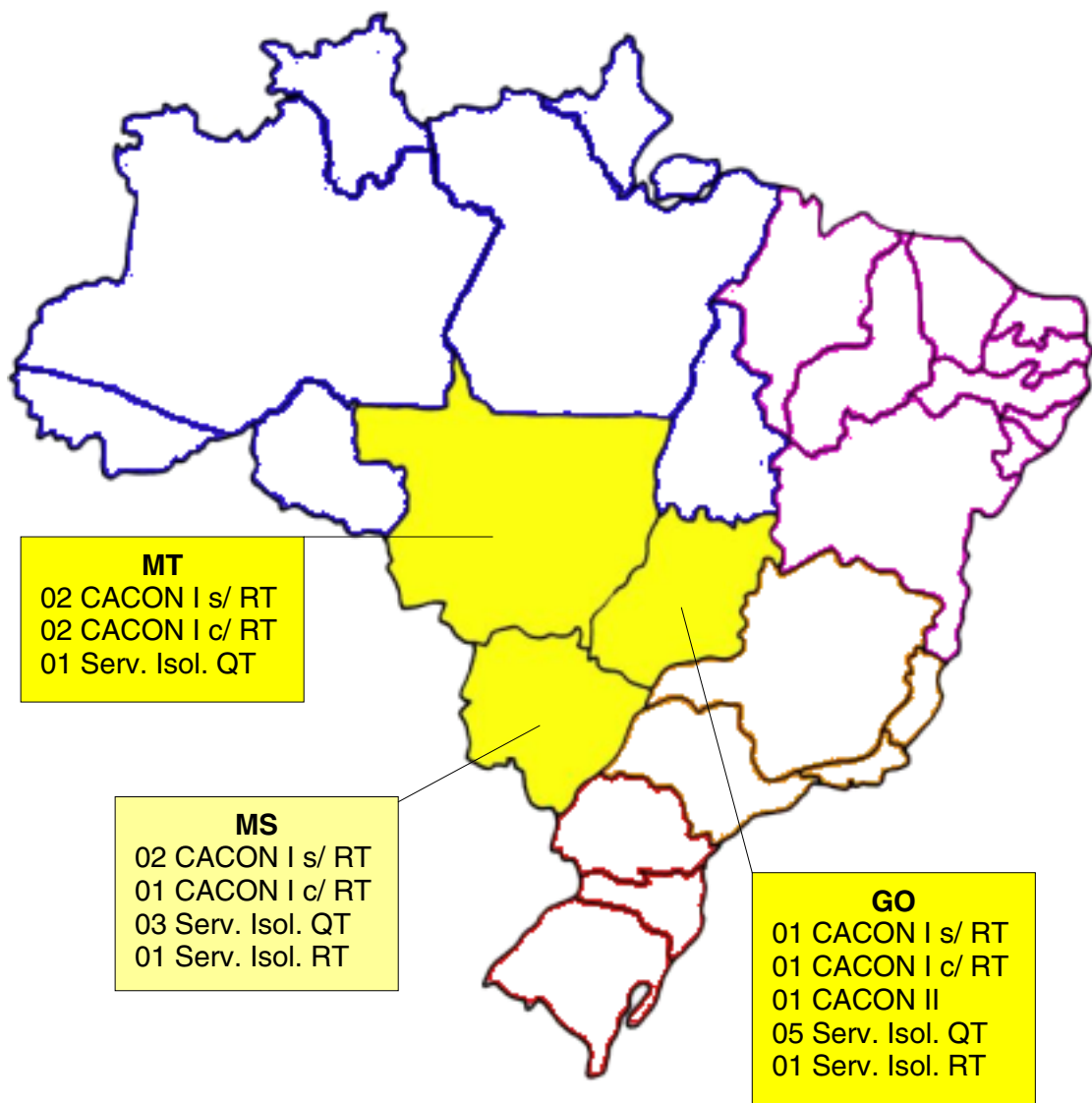
Mapa 2
Distribuição Regional de Serviços Oncológicos, no SUS, 2001.

REGIÃO NORDESTE



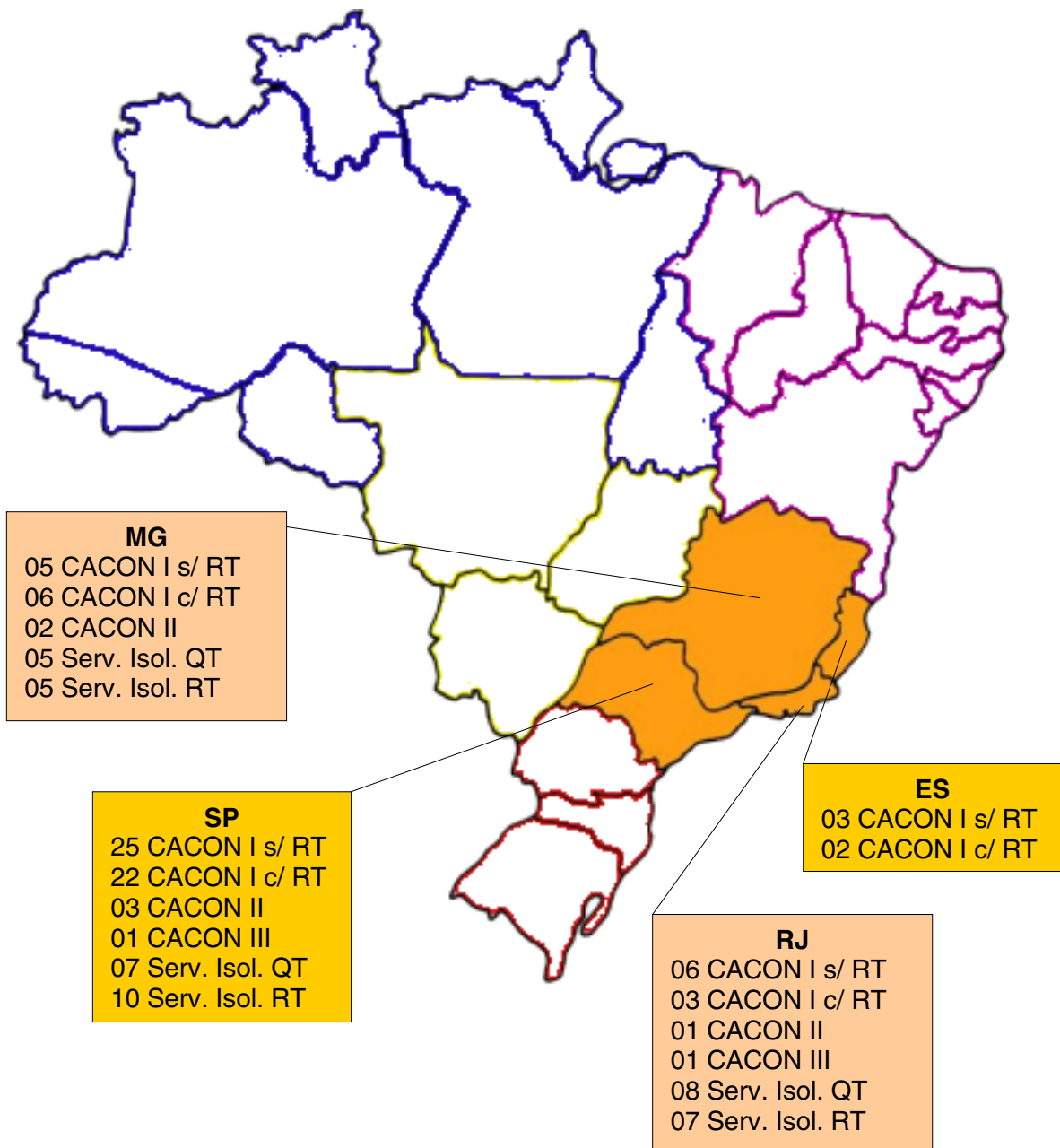
Mapa 3
Distribuição Regional de Serviços Oncológicos, no SUS, 2001.

REGIÃO CENTRO-OESTE



Mapa 4
Distribuição Regional de Serviços Oncológicos, no SUS, 2001.

REGIÃO SUDESTE



Mapa 5
Distribuição Regional de Serviços Oncológicos, no SUS, 2001.

REGIÃO SUL

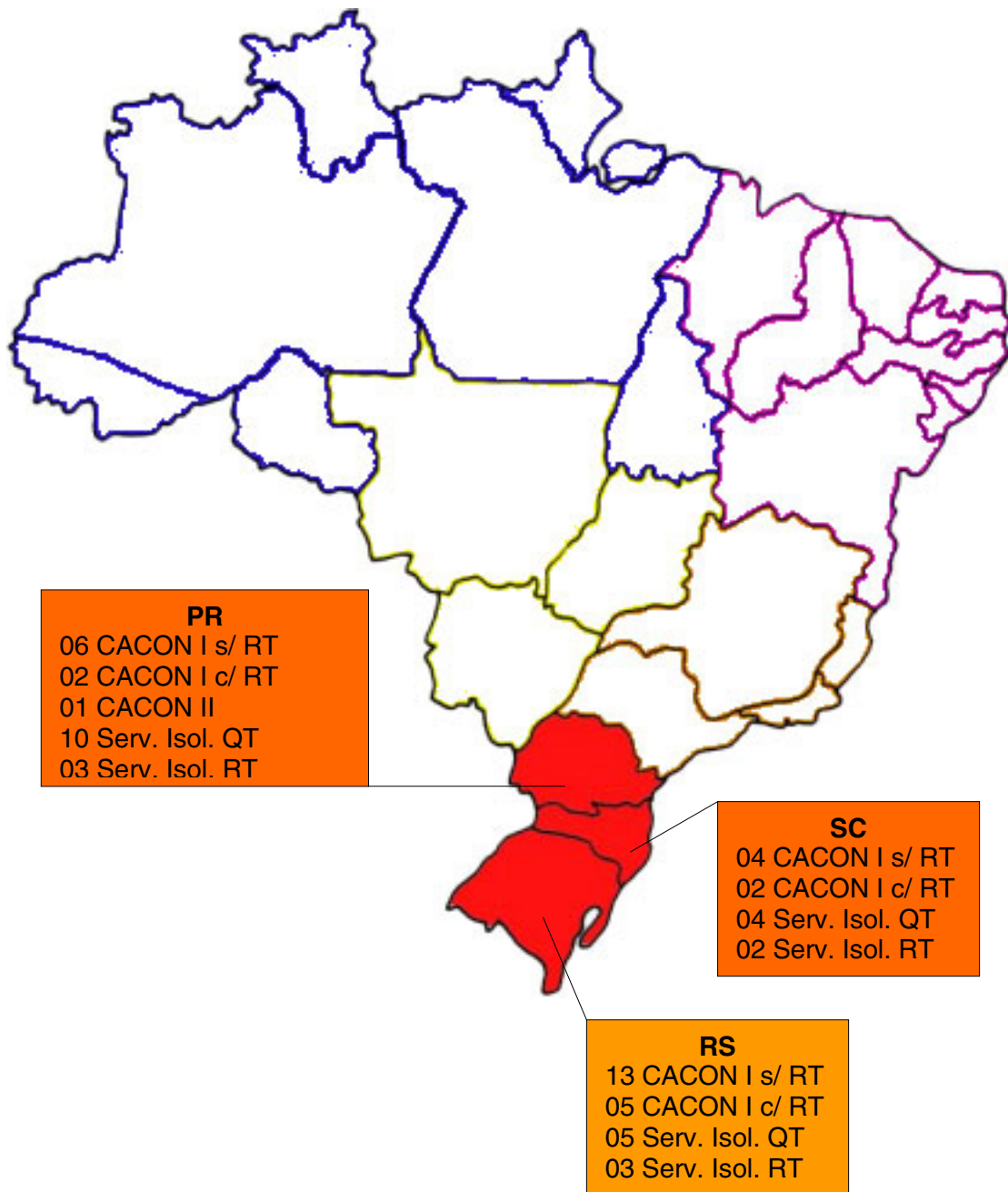
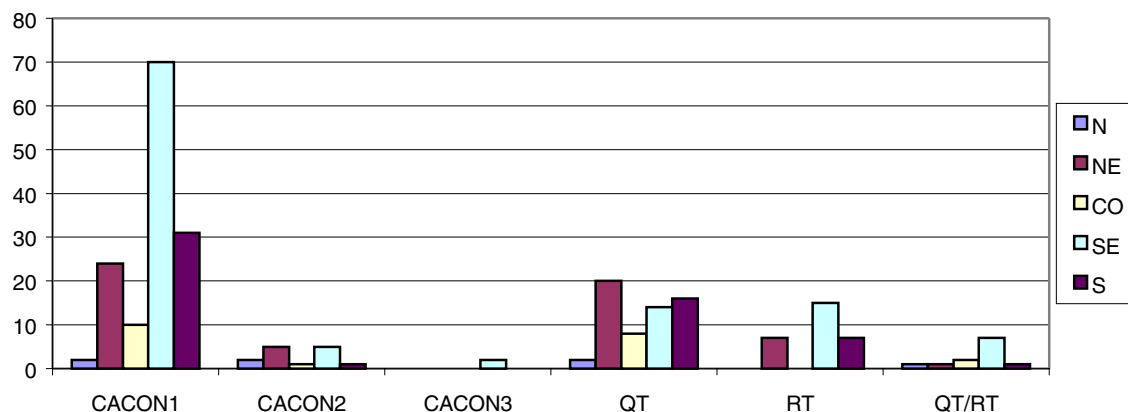


Gráfico 1
Distribuição Regional dos Serviços Oncológicos no SUS, 2001.



Verifica-se na atual distribuição de serviços oncológicos, do Sistema Único de Saúde – SUS, a deficiente e irregular oferta nas diversas regiões do país. A Região Sudeste é contemplada com cerca de 70% dos serviços cadastrados como CACON I, enquanto que a Região Norte dispõe de menos de 5% desses serviços.

A distribuição de serviços oncológicos não obedece a nenhuma lógica determinada pela incidência de casos, mas sim pela perversa lógica do sistema de oferta pela demanda.

No próximo capítulo, essa distribuição de serviços será mais adequadamente caracterizada para as diversas regiões do país.

3. PROJETO EXPANDE

3.1. O PROJETO EXPANDE

Com 305.330 casos novos de câncer estimados para 2001 em todo país, a atual rede de serviços oncológicos é insuficiente para oferecer boa cobertura assistencial para a população, segundo os parâmetros assistenciais internacionais, ajustados à realidade epidemiológica e demográfica brasileira. Atualmente, como já mencionado, o Sistema Único de Saúde dispõe de 254 serviços que prestam assistência oncológica.

Além da insuficiência do número de serviços, outras questões podem ser abordadas, como: a distribuição geograficamente inadequada dos serviços oncológicos, concentrados nas áreas economicamente mais ativas e esparsos no interior do país; as diferenças significativas na cobertura assistencial (na região Norte, por exemplo, a cobertura assistencial é boa para apenas 10% da população, enquanto no Sudeste ela atinge cerca de 40% da população); a falta de serviços integrados e a conseqüente não integralidade da atenção ao paciente com câncer, devido à oferta de serviços ser constituída, predominantemente, por unidades isoladas de quimioterapia ou radioterapia; a falta de mecanismos que garantam ao paciente o tratamento oncológico contínuo na rede SUS, obrigando o paciente a buscar, em diferentes locais, por seus próprios meios, os recursos assistenciais necessários ao seu tratamento.

Frente a este quadro, o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica - EXPANDE - está sendo implantado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de aumentar a capacidade instalada da rede de serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, de forma integral e integrada para 14 milhões de brasileiros, nos próximos quatro anos, com um investimento de R\$ 44 milhões. Para isso estão sendo criadas ou otimizadas as instalações de centros oncológicos em 20 hospitais, em vários estados do Brasil.

O Projeto visa romper com a predominância do atual modelo assistencial e orientar a ampliação do atendimento à população a partir da realidade epidemiológica, estimulando o crescimento ordenado da oferta de serviços. Pode-se dizer que há três critérios orientadores:

- **Validade social** - máxima cobertura possível;
- **Validade estratégica** - atendimento a área pouco coberta e,
- **Validade política** - integralidade de ações, integração de serviços e articulação pactuada de todos os envolvidos.

É um projeto que articula os diversos tipos de recursos necessários à organização de uma unidade oncológica, garantindo os recursos humanos especializados, os equipamentos, a infra-estrutura hospitalar geral e de rede para assistência integral ao paciente não configurando apenas um projeto de aquisição de equipamentos de radioterapia.

A metodologia do projeto utiliza o seguinte parâmetro técnico-assistencial:

- Um CACON com Radioterapia é capaz de oferecer boa cobertura assistencial para 715.000 habitantes;
- Para cada 715.000 habitantes, estima-se a ocorrência de 1.000 casos novos de câncer por ano, dos quais 700 pacientes de quimioterapia (70%), 600 pacientes de radioterapia (60%) e 560 pacientes de cirurgia (56%).

O tratamento da maioria dos pacientes exige a combinação dos recursos terapêuticos oncológicos – quimioterapia/radioterapia/cirurgia oncológica. A implantação de um CACON requer investimentos tecnológicos e humanos elevados, portanto não devem ser pulverizados em diversos locais e necessitam de economia de escala (volume de produção) com definição de porte mínimo para cada serviço.

A capacidade mínima instalada de um CACON pode ser definida em:

- Unidade de Quimioterapia: 8 cadeiras adulto, 4 cadeiras criança;
- Unidade de Radioterapia: 1 acelerador linear ou cobaltoterapia;
- Serviço de Cirurgia Oncológica;
- Recursos Humanos: 2 enfermeiros, 2 oncologistas clínicos, 1 hematologista, 2 radioterapeutas, 2 técnicos de radioterapia, 1 cirurgião oncológico titulado.

A partir destes parâmetros classifica-se a cobertura da assistência oncológica, em:

- **Boa cobertura:** quando a assistência é realizada por Centro de Alta Complexidade em Oncologia Com Radioterapia (CACON com radioterapia);
- **Cobertura aceitável:** quando é realizada por Centro de Alta Complexidade de Oncologia associado a Serviço Isolado de Radioterapia;
- **Má cobertura:** quando a assistência é realizada somente por Serviços Isolados de Quimioterapia ou CACON Sem Radioterapia.

A definição da área para implantação do CACON, leva em consideração alguns critérios:

- **social:** proporcionar benefício ao maior número de pessoas;
- **estratégico:** atingir regiões de menor cobertura assistencial e de difícil acesso;
- **gerencial:** capacidade de articular as instâncias gestoras do SUS, a unidade prestadora de serviços e a sociedade civil e,
- **estrutural:** existência de um hospital público ou filantrópico que possibilite o maior aproveitamento possível dos recursos físicos, humanos e tecnológicos disponíveis no local.

Atualmente, encontra-se em fase final de implantação 05 CACON's nas seguintes regiões: Araguaína/TO: Hospital Comunitário de Araguaína; Divinópolis/MG: Hospital São João de Deus; Ijuí/RS: Hospital de Caridade de Ijuí; Itabuna/BA: Santa Casa de Misericórdia de Itabuna; Maceió/AL: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Constituem ainda candidatos ao Projeto os estados de Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Espírito Santo, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão, Pará, Rondônia, Rio Grande do Sul, Amapá e o Distrito Federal.

Na Tabela 6 são detalhados todos os investimentos já realizados nos serviços atualmente contemplados com o Projeto. Os recursos financeiros são da ordem de R\$ 8,2 milhões. Os equipamentos são: acelerador linear de fótons e elétrons (incluindo acessórios e kit de peças), sistema de planejamento, sistema de braquiterapia de alta taxa de dose, conjunto de sistemas dosimétricos, mesa cirúrgica com leito radiotransparente e aparelho de raio-X portátil para radiografias de controle de braquiterapia.

Tabela 6

Equipamentos de Radioterapia adquiridos para cada candidato a CACON pelo Projeto EXPANDE no ano de 2001.

| Tipo de Recurso | Centro de Alta Complexidade de Oncologia - Projeto EXPANDE | | | | | Total por Equipamento |
|---|--|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| | Divinópolis | Araguaína | Ijuí | Santa Casa | Itabuna | |
| | Hosp. São João de Deus | Hospital Comunitário de Araguaína | Hospital de Caridade de Ijuí | de Caridade de Montes Claros | Santa Casa de Misericórdia de Itabuna | |
| | | | | | | |
| Acelerador Linear - Fótons e Elétrons (incluindo acessórios e kit de peças) | (1) | 1.249.760,00 | 1.249.760,00 | 1.252.435,00 | 1.249.760,00 | 5.001.715,00 |
| Sistema de Planejamento | (1) | 228.540,00 | 228.540,00 | 228.540,00 | | 685.620,00 |
| Sistema de Braquiterapia de Alta Taxa de Dose | (1) | 548.960,00 | 548.960,00 | 548.960,00 | 548.960,00 | 2.195.840,00 |
| Conjunto de sistemas dosimétricos | 34.593,30 | 34.593,30 | 34.593,30 | 34.593,30 | 34.593,30 | 172.966,50 |
| Equipamento por importação direta (subtotal) | 34.593,30 | 2.061.853,30 | 2.061.853,30 | 2.064.528,30 | 1.833.313,30 | 8.056.141,50 |
| Mesa Cirúrgica com Leito Radiotransparente | 10.130,00 | 10.130,00 | 10.130,00 | 10.131,00 | 10.132,00 | 50.653,00 |
| Aparelho de raio X portátil para radiografias de controle de braquiterapia | | 27.000,00 | 27.001,00 | 27.002,00 | 27.003,00 | 108.006,00 |
| Equipamento pelo Mercado Interno (subtotal - CACON) | 10.130,00 | 37.130,00 | 37.131,00 | 37.132,00 | 37.133,00 | 158.656,00 |
| Equipamentos (total por CACON) | 44.723,30 | 2.098.983,30 | 2.098.984,30 | 2.101.660,30 | 1.870.446,30 | 8.214.797,50 |

(1) Equipamentos provenientes de Emenda Parlamentar

OBS: Por atraso nas obras, o Acelerador Linear e o HDR da Universidade Federal de Alagoas serão transferidos para o CACON de Montes Claros.

Valores em Reais – Câmbio estimado em R\$ 2,312 a 2,336.

Fonte: INCA/MS, 2002

3.2. AVALIAÇÃO REGIONAL DO PROJETO EXPANDE

Considerando os serviços cadastrados no SUS na Alta Complexidade Oncologia, distribuídos em 25 estados da federação, com exceção dos estados do Acre e Roraima, traçamos o seguinte demonstrativo da oferta regional em oncologia – Tabela 7.

Tabela 7

Oferta de Serviços de Oncologia, por região do Brasil, no SUS.

| REGIÕES | S. ISOL.QT | S. ISOL. RT | CACON I SEM RT | CACON I COM RT | CACON II | CACON III |
|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|-----------|-----------|
| Norte | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Nordeste | 19 | 7 | 12 | 16 | 4 | 0 |
| Centro-Oeste | 7 | 3 | 4 | 6 | 1 | 0 |
| Sudeste | 22 | 23 | 40 | 33 | 4 | 2 |
| Sul | 15 | 8 | 24 | 12 | 1 | 0 |
| TOTAL | 67 | 42 | 81 | 68 | 12 | 2 |

Fonte: SAS/MS, 2001.

A partir da oferta de serviços disponíveis no SUS por região do Brasil e através da estimativa populacional (Tabelas 8 e 9), verifica-se que da população brasileira, 31,62% possui boa cobertura de serviços oncológicos; 15,17% possuem cobertura aceitável; 25,12% má cobertura e 28,08% sem cobertura.

A análise da Região Norte revela que, apenas 11,09% da população apresenta boa cobertura; não há cobertura aceitável (não existe serviço cadastrado como CACON sem Radioterapia); 13,88% da população conta com má cobertura e 75,02% sem cobertura oncológica.

Na Região Nordeste 23,98% da população conta com boa cobertura; 7,49% com cobertura aceitável; 21,76% com má cobertura e 46,74% sem cobertura. A Região Centro-Oeste mostra 36,92% de boa cobertura; 12,30% de cobertura aceitável; 40,06% de má cobertura e 10,69% sem cobertura.

A Região Sudeste apresenta 40,54% da população com boa cobertura; 20,76% de cobertura aceitável; 18,81% de má cobertura e 19,86% sem cobertura oncológica. Na Região Sul o quadro é determinado por 28,49% de boa cobertura; 22,79% de cobertura aceitável; 48,51% de má cobertura e 0,19% da população com sobre oferta de cobertura, ou seja, existem serviços oncológicos em sobre oferta o que garantem o atendimento integral e integralizado.

Tabela 8

Perfil Atual da Cobertura Assistencial Oncológica, por região do Brasil, no SUS, considerando a distribuição populacional.

| REGIAO | POPULAÇÃO | BOA COBERTURA | ACEITÁVEL COBERTURA | MÁ COBERTURA | SEM COBERTURA |
|---------------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Norte | 12.893.561 | 1.430.000 | - | 1.790.000 | 9.673.561 |
| Nordeste | 47.693.253 | 11.440.000 | 3.575.000 | 10.382.000 | 22.296.253 |
| Centro-Oeste | 11.616.745 | 4.290.000 | 1.430.000 | 4.654.000 | 1.242.745 |
| Sudeste | 72.297.351 | 29.315.000 | 15.015.000 | 13.604.000 | 14.363.351 |
| Sul | 25.089.783 | 7.150.000 | 5.720.000 | 12.172.000 | 47.783 |
| TOTAL | 169.590.693 | 53.625.000 | 25.740.000 | 42.602.000 | 47.623.693 |

Fonte: IBGE, 2000.

Tabela 9

Composição do Perfil (%) da Atual Cobertura Assistencial Oncológica, por região do Brasil, no SUS.

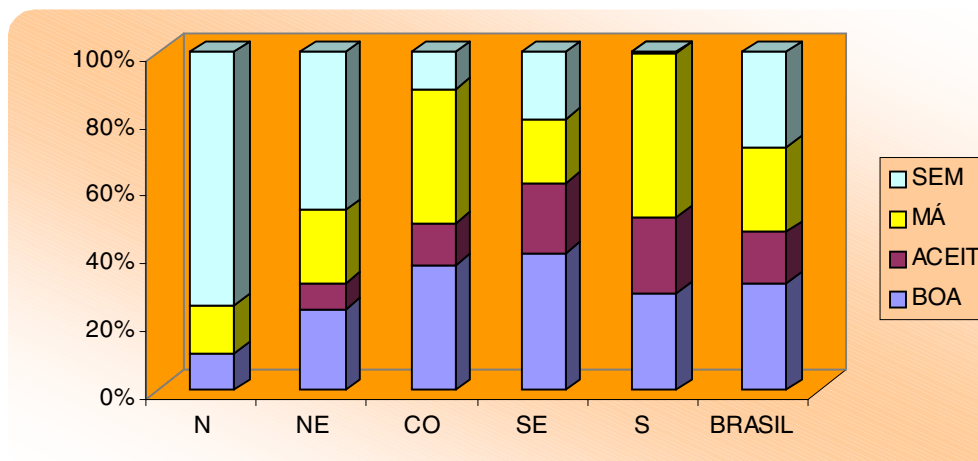
| REGIÕES | BOA COBERTURA | COBERTURA ACEITÁVEL | MÁ COBERTURA | SEM COBERTURA |
|---------------------|---------------|---------------------|--------------|---------------|
| Norte | 11,09 | - | 13,88 | 75,02 |
| Nordeste | 23,98 | 7,49 | 21,76 | 46,74 |
| Centro-Oeste | 36,92 | 12,30 | 40,06 | 10,69 |
| Sudeste | 40,54 | 20,76 | 18,81 | 19,86 |
| Sul | 28,49 | 22,79 | 48,51 | 0,19 |
| BRASIL | 31,62 | 15,17 | 25,12 | 28,08 |

Fonte: Projeto EXPANDE/INCA/MS, 2001.

Essa análise permite verificar que um serviço cadastrado como CACON I com Radioterapia é capaz de oferecer uma boa cobertura na assistência oncológica, pois há a garantia de um atendimento integral e integralizado. Quando há cobertura aceitável a disponibilidade de serviços se dá através de um CACON associado a um Serviço de Radioterapia e na má cobertura a assistência é realizada somente por Serviços Isolados de Quimioterapia ou CACON sem Radioterapia.

Gráfico 2

Atual Distribuição do Perfil de Cobertura Assistencial Oncológica, por região do Brasil, no SUS.



Considerando a proposta do Projeto de oferecer 20 CACON's em todo o país a partir da atual distribuição dos serviços, tem-se o seguinte quadro modificado para as regiões do país (Tabela 10):

Tabela 10

Perfil Modificado, segundo Projeto EXPANDE, da Cobertura Assistencial Oncológica, por região do Brasil, no SUS.

| REGIAO | POPULAÇÃO | BOA COBERTURA | ACEITÁVEL COBERTURA | MÁ COBERTURA | SEM COBERTURA |
|--------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Norte | 12.893.561 | 5.005.000 | - | 1.790.000 | 6.098.561 |
| Nordeste | 47.693.253 | 16.445.000 | 3.575.000 | 10.382.000 | 17.291.253 |
| Centro-Oeste | 11.616.745 | 5.005.000 | 1.430.000 | 4.654.000 | 527.745 |
| Sudeste | 72.297.351 | 32.890.000 | 15.015.000 | 13.604.000 | 10.788.351 |
| Sul | 25.089.783 | 8.580.000 | 5.720.000 | 12.172.000 | 1.382.217 |
| TOTAL | 169.590.693 | 67.925.000 | 25.740.000 | 42.602.000 | 33.323.693 |

Fonte: IBGE, 2000.

Verifica-se que a cobertura no país (Tabelas 10 e 11) passa a ser de 40,05% de boa cobertura; 15,18% de cobertura aceitável; 25,12% de má cobertura e 19,65% sem cobertura assistencial. Portanto a cobertura adicional é de 14,25 milhões de habitantes, com investimento de 1,65 dólares/habitante, e impacto anual no SUS de R\$ 57 milhões de reais.

Tabela 11

Composição do perfil (%), segundo Projeto EXPANDE, da Cobertura Assistencial Oncológica, por região do Brasil, no SUS.

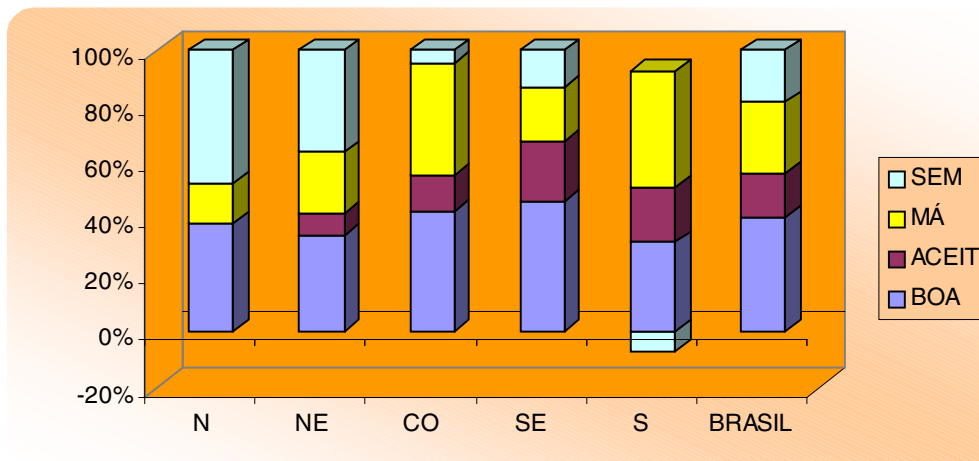
| REGIÕES | BOA COBERTURA | COBERTURA ACEITÁVEL | MÁ COBERTURA | SEM COBERTURA |
|---------------|---------------|---------------------|--------------|---------------|
| Norte | 38,81 | 5,5 | 10,8 | 47,29 |
| Nordeste | 34,48 | 10,4 | 17,8 | 36,25 |
| Centro-Oeste | 43,08 | 18,1 | 24,1 | 4,52 |
| Sudeste | 45,49 | 22,6 | 19,1 | 14,92 |
| Sul | 34,19 | 22,7 | 48,8 | -5,50 |
| BRASIL | 40,05 | 15,18 | 25,12 | 19,64 |

Fonte: Projeto EXPANDE/INCA/MS, 2001.

A análise de cobertura revela que ainda há a necessidade de ampliação da oferta de serviços integrados (Quimioterapia/Radioterapia/Cirurgia) é que torna-se desnecessário a ampliação de Serviços Isolados ou CACON sem Radioterapia. O contrário, recomenda-se o descredenciamento de unidades isoladas e até de CACON's sem Radioterapia para que não haja reforço no perfil assistencial do tipo má cobertura.

Gráfico 3

Distribuição Modificada do Perfil de Cobertura Assistencial Oncológica, por região do Brasil, no SUS.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços que compõem um sistema de saúde devem ter o seu número determinado pela população que cobrem, de serem adequadamente distribuídos pela área geográfica onde vive esta população, além de manterem um fluxo ágil de encaminhamentos e atendimentos, de modo a serem mais eficazes - menor custo possível - e eficientes - máxima qualidade possível.

Essa organização e fluxo são de fundamental importância para a adequada assistência oncológica. Deve-se buscar a integralidade de ações com a integração de serviços, nos centros de tratamento, o que se torna inviável quando não há o comprometimento de todos os órgãos envolvidos.

Da atual disponibilidade de centros e de serviços isolados, em todo o Brasil, cerca de $\frac{1}{4}$ da população brasileira necessita de cobertura e, pelo disponível atualmente, apenas $\frac{1}{4}$ da nossa população nacional conta com uma cobertura adequada - um CACON com serviço de Radioterapia. E quando analisada regionalmente, essa situação praticamente se repete.

Corrigir tais distorções representam - em última instância - o desafio de se implantar uma efetiva assistência oncológica no SUS. A proposta do Projeto Expandir vem de encontro com tal desafio, a partir da premissa de se manter a integralidade de ações, a integração de serviços e a articulação político-administrativa, indispensáveis à prevenção e diagnóstico do câncer e ao tratamento integral dos doentes.

Os critérios de expansão da assistência oncológica contemplam o atendimento do maior número de indivíduos, as regiões menos cobertas, os limites financeiros e a infra-estrutura já existente, a viabilidade de contrapartidas e a implantação escalonada de complexidade da estrutura médico-hospitalar compatível com os recursos disponíveis.

Porém, uma das maiores dificuldades encontradas para o desenvolvimento do Projeto, encontra-se na escassez de serviços nas regiões candidatas, além da existência das condições mínimas exigidas, no que se refere à estrutura física, para cumprimento dos requisitos de um CACON I.

Tal fato se deve em grande parte pela atual distribuição de serviços hospitalares no país, que se localizam nos grandes centros, preferencialmente nas capitais dos estados, ou quando há a disponibilidade de escolas médicas nesses municípios.

A inexistência de recursos humanos habilitados nas unidades hospitalares também é outro fator preocupante para o desenvolvimento do Projeto e tem sido motivo de questionamentos junto aos órgãos competentes, pois para a manutenção do cadastramento junto ao Ministério da Saúde, tais unidades hospitalares devem contar com responsáveis técnicos titulados. Tal fato questiona a qualidade do atendimento

atualmente prestado aos pacientes. Para tanto, uma das etapas do Projeto prevê a capacitação técnica de toda a equipe envolvida na formação do novo CACON, no Instituto Nacional do Câncer, que elabora um treinamento específico para cada área de atuação.

A metodologia desenvolvida pelo Projeto através da cobertura populacional, poderá, num próximo estudo, ser relacionada com a disponibilidade de equipamentos de radioterapia no país. Tal análise subsidiaria uma adequada distribuição desses equipamentos de alto custo, além de otimizar os já existentes através da sua capacidade de operacionalização. É interessante ressaltar que tal análise proveria os órgãos federais envolvidos, de informações claras e objetivas das áreas que mereceriam investimentos, possibilitando uma distribuição equitativa de equipamentos radioterápicos no país.

O desafio da organização do sistema é além da mudança de paradigmas e de novos parâmetros para avaliação de resultados, também de superação da contradição existente que enfatiza a doença e não a saúde e que dispõe da saúde como um bem de produção e não como um bem público, de direito constitucional absoluto que se anula numa sociedade de desigualdades sociais e econômicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C.M., Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva* - ABRASCO v 4 n 2, 1999.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Sistema de Cuentas de Salud, 2002*. Washington, DC.

COSTA, N. R., RIBEIRO, J. M., Descentralização e política social: o caso do setor saúde. IPEA/PNUD, 1997.

FERLAY, J. PARKIN, D. M., PISANI, P., GLOBOCAN 1: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC Press, Lyon, WHO, 1998.

LEVCOVITZ, E., 25 Anos de Transição na Política Nacional de Saúde... e Os Desafios Técnico-Operacionais Atuais da Consolidação do SUS, 2000. Texto elaborado para o Mestrado Profissional IMS/UERJ-SAS/MS.

MEDICI, A., El desafío de la descentralización – Financiamiento público de la salud en Brasil. Banco Interamericano de Desarrollo, 2002. Washington, DC.

MEDICI, A. C., Perfil da Saúde no Brasil. Brasília, DF: IPEA, 1997, (Texto para Discussão, n. 472).

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Norma Operacional Básica 01/96, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. *Informe Epidemiológico do SUS, 2000*, V 9, suplemento 1: p. 3-27.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública (1997). *Cadernos de Saúde Pública*. V. 13, n. 1, p. 103-8; jan/março.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer -INCA. *Registro Hospitalar de Câncer: dados das unidades hospitalares do INCA - relatório anual 1993*. Rio de Janeiro: INCA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer - INCA. *Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil - 2001*. Rio de Janeiro: INCA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer -INCA. *Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço (1999)*. 3ª edição. Rio de Janeiro: INCA.

MOTA, E., Desafios à gestão de sistemas locais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, volume 4, pp. 248-250, Rio de Janeiro, 1999.

NEGRI, B., DI GIOVANNI, G., et al. Brasil: Radiografia da Saúde. Instituto de Economia – UNICAMP, 2001. Campinas, SP.

SÁNCHEZ, H., ZULETA, G., La Hora de los Usuarios – Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Banco Interamericano de Desarrollo, Centro de Estudios Salud y Futuro., 2000. Washington, DC.

SOARES, L. T., NORONHA, J. C., A Política de Saúde no Brasil nos anos 90. Ciência e Saúde Coletiva - ABRASCO v 4 n 2, 2001.

SOUZA, R.R., A Regionalização no contexto atual das Políticas de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva - ABRASCO v 4 n 2, 2001.

VIANA, A.L., Políticas Sociais e Políticas Públicas de Saúde: uma incursão no debate, 2000. Texto elaborado para o Mestrado Profissional em Administração de saúde, IMS/UERJ - SAS/MS.

VIANA, A.L., DAL POZ, N.R., Estudo sobre o processo de Reforma em Saúde no Brasil. In: Programa de Investigación sobre Reformas Sociales en Educación y Salud en America Latina y El Caribe.1998.

ANEXO

DOU n ° 196-E, Seção 1, pág. 53 e 54, de 14.10.98.

Portaria n° 3.535/GM Em, 02 de setembro de 1998(*)

Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando a necessidade de:

- a) garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas;
- b) estabelecer uma rede hierarquizada dos Centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes, e
- c) atualizar os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia, resolve:

Art. 1º Aprovar as Normas Específicas, constantes do anexo desta Portaria, para o cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

Art. 2º Aprovar os parâmetros de casos novos anuais de câncer e de necessidade de serviços, na forma do Anexo II, que deverão servir para o planejamento de serviços da U.F.

Art. 3º Definir que compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com suas respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades pactuadas nas Comissões Intergestoras Bipartite, estabelecer os fluxos e referências para o atendimento a pacientes com câncer, com ênfase na prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Art. 4º Definir que os Centros de atendimento aos pacientes com câncer sejam vistoriados e avaliados no mínimo anualmente pela autoridade sanitária competente.

Art. 5º Determinar que a inobservância dos critérios mínimos estabelecidos nesta Portaria, bem como a falha na execução de medidas corretivas, implique na exclusão do Centro do cadastro do SUS, e na aplicação de medidas estipuladas pela autoridade sanitária competente.

Art. 6º Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotem as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais.

Art. 7º Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios procedam ao recadastramento de todas os serviços, hospitais e Centros, incluídos no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade na Área do Câncer – SIPAC/Câncer, de acordo com o estabelecido nesta Portaria, no prazo de 06 (seis) meses, contados a partir da data da publicação desta.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria SAS/MS/Nº 170 de 17 de dezembro de 1993.

JOSÉ SERRA

(*) Republicada por ter saído com incorreção no original, publicado no D.O n° 169, de 03.09.98, Seção 1, página 75/77.

ANEXO I

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

1. DEFINIÇÕES

1.1 - Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia são aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.

1.2 - As atividades de prevenção e de detecção precoce, devem ser desenvolvidas em conformidade com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde.

1.3 - A prestação da assistência ao paciente deve abranger 7 modalidades integradas:

a) Diagnóstico – serviço médico ambulatorial e hospitalar destinado ao atendimento imediato aos pacientes com forte suspeita ou com diagnóstico de câncer e que procedem à confirmação diagnóstica e ao estadiamento do câncer por meio de exames complementares de Patologia Clínica, Imagenologia e Anatomia Patológica;

b) Cirurgia oncológica - especialidade médica que atende, trata cirurgicamente e acompanha os pacientes com câncer;

c) Oncologia clínica: especialidade médica responsável pelo tratamento clínico, acompanhamento e avaliação dos pacientes portadores de câncer. O tratamento compreende a indicação e aplicação dos medicamentos antineoplásicos e adjuvantes;

d) Radioterapia - serviço médico especializado responsável pelo atendimento, indicação e aplicação de radiações ionizantes. Deve também acompanhar e avaliar os pacientes;

e) Medidas de suporte - compreende o conjunto de ações específicas destinadas à sustentação das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes que necessitam receber as diversas modalidades terapêuticas indicadas;

f) Reabilitação - técnicas que ajudam os pacientes em áreas específicas, promovendo melhoria das condições físicas e psicológicas para reintegração ao seu meio social;

g) Cuidados paliativos - que incluem a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional, para o controle da dor e de outros sintomas apresentados por pacientes refratários aos tratamentos previamente instituídos.

2. CARACTERIZAÇÃO GERAL

2.1 – Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia devem possuir um prontuário para cada paciente, com as informações sobre sua doença, seus diagnósticos, resultados de exames, estadiamento e tratamentos prévios, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável por cada atendimento.

2.2 - Os prontuários devem estar disponíveis aos órgãos gestores do SUS e aos pacientes ou seus responsáveis, desde que asseguradas as condições de sigilo previstas no Código de Ética Médica e de Direito, no Código de Defesa do Consumidor e demais códigos vigentes.

2.3 - Os Centros devem dispor e manter em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer, conforme as normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2.4 - Os Centros devem atender às normas estabelecidas em códigos ou leis da esfera federal, estadual e municipal, inclusive as normas de controle de infecção hospitalar, as da Portaria GM/MS n.º 1884/94 - Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, de 11/11/94, e as normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas.

3. CARACTERIZAÇÃO ESPECÍFICA

Para proceder-se às modalidades assistenciais, os Centros devem, no mínimo, dispor das unidades especificadas a seguir:

3.1 - SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO:

3.1.1 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar nas áreas de:

- a) ginecologia;
- b) pediatria;
- c) clínicas médica e cirúrgica;
- d) endoscopia.

3.1.2 - Laboratório de Patologia Clínica, no qual se realizem exames nas áreas de:

- a) bioquímica;
- b) hematologia;
- c) microbiologia;
- d) gasometria;
- e) parasitologia;
- f) dosagem de metotrexato;
- g) dosagem de marcadores tumorais (antígenos cárcino-embrionário – CEA, prostático específico –PSA, alfa-feto-proteína - alfa-FP, fração beta da gonadotrofina coriônica - beta-hCG e ácido vanil-mandélico - VMA);
- h) líquidos orgânicos, inclusive o líquido.

3.1.2.1 - O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

3.1.2.2 - Os exames previstos nas alíneas “f” e “g” podem ser realizados em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do centro.

3.1.3 – Unidade de Imagenologia equipada com aparelhos de:

- a) raios-X;
- b) mamografia;
- c) tomografia computadorizada;
- d) ultra-sonografia com doppler colorido e transdutores trans-vaginais e trans-retais.

3.1.3.1 - A tomografia computadorizada e de ultra-sonografia com doppler colorido pode ser realizada em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro.

3.1.4. Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas da CNEN, própria ou por meio de contrato formal e específico com serviços de terceiros instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro.

3.1.5 – Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

- a) citologia;
- b) histologia;
- c) biópsia de congelação;
- d) cito-histopatologia com colorações especiais;
- e) imunofenotipagem e imunohistoquímica;
- f) necropsia.

3.1.5.1 - Os exames previstos nas alíneas “e” e “f “ podem ser realizados em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do centro.

3.1.5.2 - A Unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade.

3.2 - SERVIÇO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA, QUE DEVE CONTEMPLAR OS SEGUINTE QUESITOS:

3.2.1 - fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nesta Portaria, além dos exigidos para o funcionamento de uma unidade cirúrgica geral.

3.2.2 - possuir uma Rotina de Funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo responsável técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

- a) procedimentos médico-cirúrgicos;
- b) procedimentos de enfermagem;
- c) condutas terapêuticas;
- d) rotina de controle de infecção cirúrgica;
- e) manutenção preventiva de equipamentos;
- f) ficha própria para descrição de ato operatório.

3.2.3 – o Serviço de Cirurgia Oncológica deve conter:

- a) Centro Cirúrgico;
- b) Serviço de Anestesia e Recuperação Pós-Anestésica;
- c) Unidade de Terapia Intensiva;
- d) Enfermarias para internação nas áreas Clínica, Cirúrgica e Pediátrica.

3.2.4 – o Serviço de Cirurgia Oncológica deve ter um Responsável médico, sendo que ele e todos os cirurgiões oncológicos devem ser especialistas em Cirurgia Oncológica.

3.2.4.1 - o médico somente poderá assumir responsabilidade por um Serviço de Cirurgia Oncológica.

3.2.5 – o Serviço de Cirurgia Oncológica deve ter as seguintes especialidades:

- a) Cirurgia Geral;
- b) Proctologia;
- c) Cirurgia Torácica;
- d) Ginecologia;
- e) Mastologia;
- f) Urologia.

3.2.6 – todo Serviço de Cirurgia Oncológica, além dos equipamentos gerais de um centro-cirúrgico, deve contar ainda com os seguintes equipamentos:

- a) eletrocautério;
- b) oxímetro e capnógrafo;
- c) monitores de sinais vitais;
- d) desfibrilador.

3.3 – SERVIÇO DE ONCOLOGIA CLÍNICA, QUE DEVE CONTEMPLAR OS SEGUINTE QUESITOS:

3.3.1 - anotar no prontuário, além do disposto no item 2.1, informações sobre a quimioterapia: esquema terapêutico, dosagem prescrita e aplicada em cada sessão.

3.3.2 - possuir uma Rotina de Funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável de cada área, contemplando, no mínimo, as seguintes atividades:

- a) procedimentos médicos;
- b) procedimentos de enfermagem;
- c) condutas terapêuticas;
- d) avaliação da eficácia da quimioterapia;
- e) controle e atendimento de intercorrências e de internações;
- f) armazenamento, controle e preparo de soluções e quimioterápicos;
- g) procedimentos de biossegurança;
- h) acondicionamento e eliminação de resíduos de quimioterapia;
- i) manutenção de equipamentos.

3.3.2.1. todo preparo de medicamentos antineoplásicos deve ser realizado pelo farmacêutico, de acordo com a Resolução do CFF nº 288/96.

3.3.2.2 - todo preparo de quimioterápicos deve ser realizado em cabine de fluxo laminar classe II B2.

3.3.2.3 - durante todo o período de funcionamento deve permanecer no Serviço pelo menos um médico, conforme especificado no item 3.3.3.

3.3.3 - ter um Responsável médico, sendo que ele e todos os oncologistas devem ser especialistas em Oncologia Clínica.

3.3.3.1 - o médico somente poderá assumir responsabilidade por um Serviço de Oncologia Clínica.

3.3.3.2 - os Serviços de Oncologia Clínica que atendem somente pacientes com doenças hemolinfopóéticas podem ter como Responsável um médico especialista em Hematologia.

3.3.3.3 - os Serviços de Oncologia Clínica que atendem exclusivamente crianças e adolescentes com câncer devem ter como Responsável, um médico especialista em Oncologia Pediátrica.

3.3.4 - possuir uma Central de Quimioterapia com:

- a) cadeiras reclináveis com braço;
- b) maca ou leito;
- c) cabine de fluxo laminar classe II B2;
- d) geladeira;
- e) equipamento para atendimento de emergência clínica.

3.3.4.1 - os Serviços de Oncologia Clínica que prestam assistência a crianças e adolescentes devem dispor de área e instalações específicas para eles.

3.4 – SERVIÇO DE RADIOTERAPIA, QUE DEVE:

3.4.1 – além do disposto no item 2.4, atender especificamente à norma CNEN-NE 3.06/90 – Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Radioterapia.

3.4.2 – anotar no prontuário, além do disposto no item 2.1, informações sobre a radioterapia: dose total de radiação, a dose diária de radiação, as doses por campo de radiação, o número de campos por área irradiada, o equipamento utilizado e as datas de início e término da radioterapia.

3.4.3 - possuir uma Rotina de Funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável de cada área, contemplando, no mínimo, as seguintes atividades:

- a) procedimentos médicos e de física médica;
- b) procedimentos de enfermagem;
- c) condutas terapêuticas;
- d) avaliação da eficácia do tratamento radioterápico;
- e) padrões de manipulação de fontes radioativas;

- f) padrões de preparo de moldes e máscaras;
- g) controle e atendimento de intercorrências e de internação;
- h) procedimentos de biossegurança;
- i) manutenção de materiais e equipamentos.

3.4.3.1 - manter o registro do controle do risco ocupacional de seus funcionários e arquivar os exames periódicos realizados.

3.4.3.2 - ter a presença no serviço, durante todo o período de atendimento, do médico radioterapeuta e, no caso dos serviços que dispõem de braquiterapia, também do físico médico, durante todo o turno de utilização das fontes radioativas.

3.4.3.3 - procurar atingir a relação de um médico radioterapeuta por cada 300 pacientes novos/ano.

3.4.4 - dispor de ficha de programação e de tratamento própria, devidamente preenchida com as informações sobre a dose total de radiação, a dose diária de radiação, as doses por campo de radiação, o número de campos por área irradiada, o equipamento utilizado e as datas de início e término da radioterapia.

3.4.5 - ter como Responsável pelo serviço, um médico especialista em Radioterapia, e como Responsável pelo setor de Física Médica, um físico especialista em Física Médica, ambos registrados na CNEN.

3.4.5.1 - o médico somente poderá assumir responsabilidade por um Serviço de Radioterapia.

3.4.6 – contar com os seguintes profissionais:

- a) médico especialista em Radioterapia;
- b) físico médico com título de especialista;
- c) técnico de radioterapia.

3.4.7 - contar com os seguintes equipamentos:

a) aparelho de raios-X para simulação de tratamento;

b) equipamento de ortovoltagem (Aparelho de raios-X de 10-50 kv - contatoterapia, ou de 50-150 kv – roentgenterapia superficial ou 150-500 kv – roentgenterapia profunda);

c) equipamento de megavoltagem (Acelerador linear de até 06 MeV, sem feixe de elétrons, ou unidade de cobalto - ambos, para radioterapia profunda);

d) fontes radioativas seladas para tratamento intracavitário e intersticial convencional com Césio 137 ou Iridium 192, inclusive os aplicadores e os equipamentos auxiliares de moldagens superficiais e intracavitárias, além dos dispositivos para a utilização destas fontes ou equipamento de braquiterapia de baixa ou média taxa de dose;

- e) dosímetro clínico;
- f) monitor de área e de monitoração individual;
- g) equipamento para confecção de máscaras, moldes e blocos de colimação personalizados.

3.5 - SERVIÇO DE SUPORTE, QUE DEVE POSSUIR OS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS NAS SEGUINTEs ÁREAS:

- a) Psicologia Clínica;
- b) Hemoterapia (processamento e unidade transfusional);
- c) Pronto atendimento para as emergências oncológicas;
- d) Nutrição;
- e) Assistência Social;
- f) Terapia Ocupacional;
- g) Farmácia.

3.5.1 - Os procedimentos previstos nas alíneas “a” e “f” podem ser realizados em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do centro.

3.6 - SERVIÇO DE REABILITAÇÃO, QUE DEVE POSSUIR OS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS NAS SEGUINTE ÁREAS:

- a) Fisioterapia;
- b) Estomaterapia.

3.7 - SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS, QUE DEVE OFERECER:

- a) assistência ambulatorial multiprofissional;
- b) garantia das internações por intercorrências;
- c) garantia das internações de longa permanência;
- d) fornecimento de medicação ou procedimentos de controle da dor.

4. CLASSIFICAÇÃO

Os Centros de Alta Complexidade na Área em Oncologia (CACON) são classificados como:

4.1 - CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA I

4.1.1 - São hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfomatoepoéticos e da infância e adolescência). Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente sempre numa perspectiva multiprofissional integrada.

4.1.2 – Devem ter os serviços e seus respectivos profissionais especialistas, conforme descrito no item 3, nas seguintes modalidades assistenciais:

- a) Diagnóstico;
- b) Cirurgia Oncológica;
- c) Oncologia Clínica;
- d) Suporte;
- e) Reabilitação;
- f) Cuidados Paliativos.

4.1.2.1 - Podem ter um Serviço de Radioterapia próprio ou manterem contrato formal e específico com um CACON I, CACON II ou outro CACON III, para o atendimento nesta modalidade terapêutica.

4.1.3 - Devem manter intercâmbio técnico-científico com pelo menos um CACON II ou um CACON III.

4.2 – CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA II

4.2.1 – São instituições dedicadas prioritariamente ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfomatoepoéticos e da infância e adolescência), em todas as modalidades assistenciais citadas no item 1.3, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis.

4.2.2 – Além de todas as descrições feitas nos itens 1, 2 e 3, devem prestar atendimento de:

- a) Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- b) Odontologia;
- c) Oftalmologia;
- d) Pediatria Cirúrgica;
- e) Plástica Reparadora;
- f) Cirurgia de Tecidos Ósseo e Conjuntivos;

- g) Unidade de Órteses e Próteses;
- h) Fonoaudiologia;
- i) Emergência Oncológica;
- j) Voluntariado.

4.2.2.1 - O Serviço de Radioterapia pode estar equipado também com Simulador, Acelerador linear de mais de 6 MeV com feixe de elétrons.

4.2.3 – Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas da CNEN, dentro da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro.

4.2.4 – Devem também oferecer cursos de treinamento e atualização, pelo menos nas áreas de Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica ou Radioterapia.

4.2.5 – Desenvolvem projetos de pesquisa oncológica, próprios ou em parceria com um CACON III.

4.2.6 - Participam dos programas de prevenção e detecção precoce do câncer, em consonância com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

4.3 – CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA III

4.3.1 – São instituições dedicadas exclusivamente ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasia maligna, em todas as modalidades assistenciais citadas no item 1.3, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos próprios.

4.3.2 – Além de todas as descrições feitas nos itens 1, 2 e 3 desta Portaria, devem prestar atendimento de:

- a) Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- b) Odontologia;
- c) Neurocirurgia;
- d) Oftalmologia;
- e) Pediatria Cirúrgica;
- f) Plástica Reparadora;
- g) Cirurgia de Tecidos Ósseo e Conjuntivos;
- h) Unidade de Órteses e Próteses;
- i) Fonoaudiologia;
- j) Voluntariado;
- k) Biologia Molecular;
- l) Emergência Oncológica;
- m) Serviço de Cuidados Paliativos que também disponha de assistência domiciliar;
- n) Unidade de Imagenologia equipada também com aparelhos de raios-X com dispositivo de estereotaxia e aparelho de ressonância nuclear magnética;
- o) Serviço de Radioterapia equipado também com Simulador, Acelerador Linear de mais de 6 MeV com feixe de elétrons;
- p) Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas da CNEN, dentro da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro;
- q) Unidade de Transplante de Medula Óssea, em consonância com as normas específicas do Ministério da Saúde;
- r) Laboratório de Histocompatibilidade - podendo ser um serviço de terceiros, instalado fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro;
- s) Unidade de Hemoterapia e aferese, em consonância com as normas específicas do Ministério da Saúde.

4.3.3 – Devem também oferecer:

- a) Programa de Residência Médica, pelo menos em Oncologia Cirúrgica, Oncologia Clínica e Radioterapia;
- b) Programa de treinamento e especialização;
- c) Programas de prevenção, de detecção precoce e de pesquisa na área do câncer.

5 – TRATAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE.

5.1 – PARA REALIZAR TRATAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA DOSE OS CACON'S - CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA, DEVEM:

5.1.1 - obter autorização da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde para a realização do procedimento;

5.1.2 – possuir sistema de computação para planejamento e equipamento para a aplicação;

5.1.3 – prestar as seguintes informações sobre a braquiterapia:

- a) treinamento dos profissionais envolvidos;
- b) número de casos tratados no serviço;
- c) classificação (estadiamento) dos tumores tratados;
- d) número de inserções utilizadas por caso;
- e) complicações observadas (taxa global e por tipo de complicação);
- f) número de campos de radioterapia externa associada (especificamente por caso tratado).

5.1.4. não é permitido cadastrar para tratamento de braquiterapia de alta dose serviços isolados, ou não cadastrados como CACON I, CACON II E CACON III.

6 - AVALIAÇÃO

6.1 – COMPETE ÀS SECRETARIAS DE SAÚDE DOS ESTADOS E DO DISTRITO FEDERAL, REALIZAR A AVALIAÇÃO CONTÍNUA DO DESEMPENHO E PADRÃO DE FUNCIONAMENTO DOS CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA, PODENDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE REALIZAR VISITAS COMPLEMENTARES DE AVALIAÇÃO, SEMPRE QUE NECESSÁRIO, JUNTAMENTE COM O GESTOR LOCAL DO SUS.

6.2 - CONSTITUEM INDICADORES DE AVALIAÇÃO, ENTRE OUTROS:

- a) tempo médio entre a data do diagnóstico e a do início do tratamento;
- b) percentual de pacientes tratados e em seguimento;
- c) tempo médio que os pacientes ficam sob tratamento;
- d) tempo médio de sobrevida global dos pacientes tratados, por localização primária e extensão do tumor;
- e) taxa de abandono de tratamento.

7 - NORMAS PARA CADASTRAMENTO JUNTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

7.1 – A ABERTURA DE QUALQUER CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DEVE SER PRECEDIDA DE CONSULTA AO GESTOR DO SUS, EM NÍVEIS LOCAL E ESTADUAL, SOBRE AS NORMAS VIGENTES, A NECESSIDADE DA SUA CRIAÇÃO E A POSSIBILIDADE DE CADASTRAMENTO DO MESMO, SEM A QUAL O SUS NÃO SE OBRIGA AO CADASTRAMENTO.

7.1.1 - As bases técnicas para a estimativa de casos novos de câncer entre uma dada população e do cálculo de estimativas da necessidade de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, constituem o Anexo I desta Portaria.

7.2 – UMA VEZ CONFIRMADA A NECESSIDADE DE CRIAÇÃO DO CENTRO, A SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO DEVE SER FORMALIZADA JUNTO À SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO, DISTRITO FEDERAL OU MUNICIPAL, DE ACORDO COM AS RESPECTIVAS CONDIÇÕES DE GESTÃO E A DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES PACTUADA NA COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE, QUE SE ENCARREGARÁ DA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO, DA EMISSÃO DE LAUDO CONCLUSIVO A RESPEITO DO CADASTRAMENTO, BEM COMO DA INTEGRAÇÃO DO NOVO CENTRO NA REDE DE REFERÊNCIA ESTADUAL.

7.3 – O MINISTÉRIO DA SAÚDE, SE JULGAR NECESSÁRIO, PODERÁ SOLICITAR PARECER TÉCNICO AO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER COM RELAÇÃO AO CADASTRAMENTO E, CASO O PARECER SEJA FAVORÁVEL, TOMARÁ TODAS AS MEDIDAS NECESSÁRIAS AO CADASTRAMENTO.

8. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

8.1 – OS SERVIÇOS CADASTRADOS ANTERIORMENTE À PUBLICAÇÃO DESTA PORTARIA QUE NÃO POSSUEM AS DIFERENTES UNIDADES ESPECIFICADAS NO ITEM 3 DEVERÃO FORMALIZAR SUAS REFERÊNCIAS, DEFINIDAS EM CONJUNTO COM A SES, DE MODO A GARANTIR ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO.

8.2 – A PARTIR DA DATA DE PUBLICAÇÃO DESTA PORTARIA, NÃO SE CADASTRAM MAIS NEM SERVIÇOS, NEM HOSPITAIS, NEM CENTROS QUE NÃO SEJAM CACON I, CACON II OU CACON III

8.3 – TODOS OS SERVIÇOS, HOSPITAIS E CENTROS JÁ INCLUÍDOS NO SISTEMA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE NA ÁREA DO CÂNCER DEVEM SE ADEQUAR AOS REQUISITOS DESTA PORTARIA NO PRAZO DE 06 (SEIS) MESES, A CONTAR DA DATA DA PUBLICAÇÃO DESTA PORTARIA.

ANEXO II

ESTIMATIVA DE CASOS NOVOS ANUAIS DE CÂNCER E DE NECESSIDADE DE SERVIÇOS

Estimativa de casos novos anuais a partir das taxas de incidência de câncer* específicas por sexo**

| REGIÃO | Homens | Mulheres |
|--------------|--------|----------|
| Nordeste | 165,4 | 191,9 |
| Norte | 141,4 | 150,3 |
| Centro-Oeste | 223,2 | 260,4 |
| Sudeste | 154,1 | 160,6 |
| Sul | 260,9 | 252,7 |
| BRASIL | 176,8 | 189,3 |

* Inclui o câncer de pele

** Por 100.000 homens ou por 100.000 mulheres

2. Estimativa da necessidade de serviços de Radioterapia e de Oncologia Clínica

2.1 - Estima-se que 60% dos casos de casos novos de câncer/ano necessitarão de radioterapia.

2.2 - Estima-se que 70% dos casos de casos novos de câncer/ano necessitarão de quimioterapia.

a) Necessidade de serviços de Radioterapia, 1 serviço descrito no item 3.4 por cada 500 casos novos anuais.

b) Necessidade de serviços de Oncologia Clínica, 1 serviço com 2 oncologistas clínicos por cada 600 casos novos anuais.

c) Necessidade de serviços de Radioterapia e de Oncologia Clínica pelo SUS

80% do calculado nos itens 3 e 4 acima.

Fontes: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. 1) *Estimativa de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil, 1998*. 2) *Programa de Controle e Avaliação em Oncologia, 1994-1997*.