



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Maria Fátima de Abreu

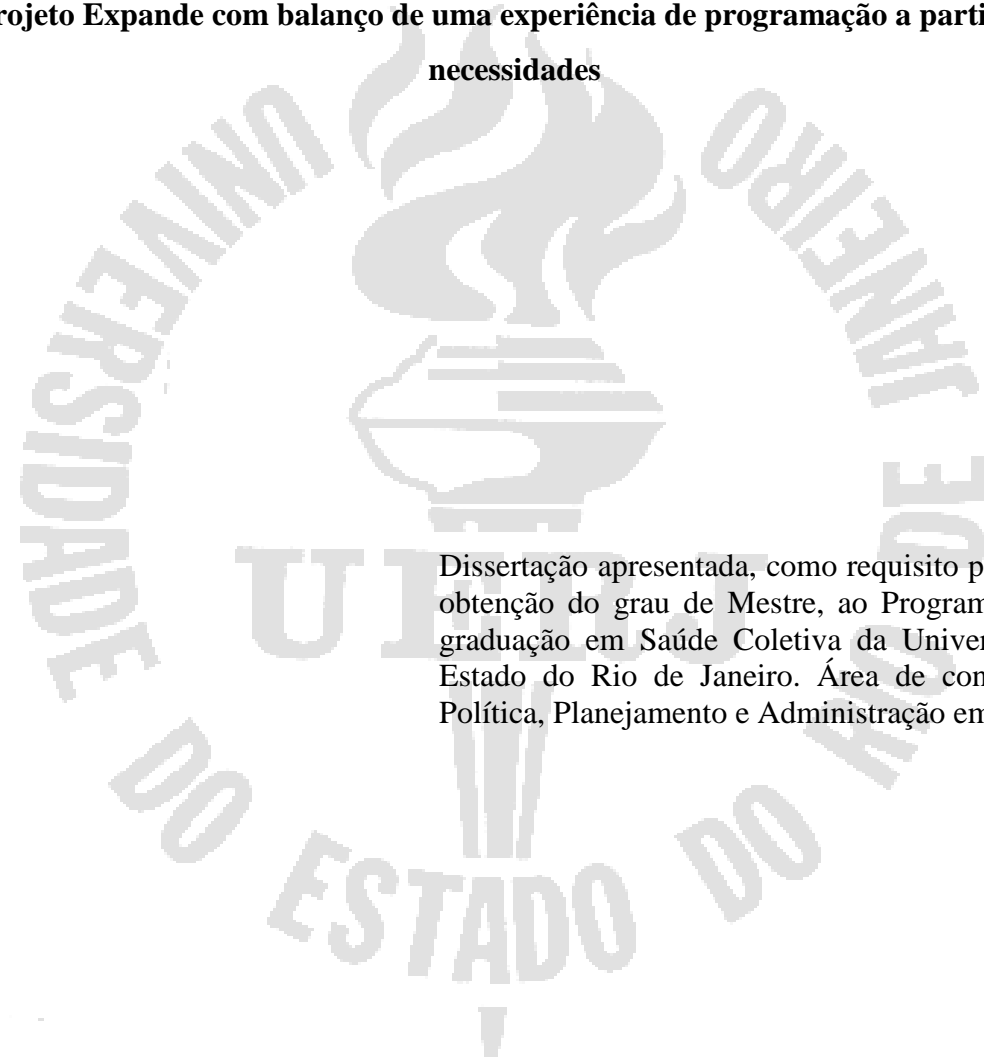
**Projeto Expande com balanço de uma experiência de programação a partir
das necessidades**

Rio de Janeiro

2010

Maria Fátima de Abreu

**Projeto Expande com balanço de uma experiência de programação a partir das
necessidades**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

A162 Abreu, Maria Fátima de.

Projeto Expande com balanço de uma experiência de programação a partir das necessidades / Maria Fátima de Abreu. – 2009.

145f.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 2. Câncer – Tratamento – Brasil – Teses. 3. Assistência à saúde. I. Mattos, Ruben Araujo de, 1957- II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.006.6(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maria Fátima de Abreu

**Projeto Expande com balanço de uma experiência de programação a partir das
necessidades**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 30 de abril de 2010.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Marco Antonio Teixeira Porto
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof^a. Dra. Gulnar Azevedo e Silva
Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

A minha amada família, que compartilha comigo todos os momentos; luz do meu caminho, minha inspiração, eu dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, força superior, que guia meus passos, pois nada fazemos sozinhos.

A minha família, à qual imensurável amor eu dedico.

Ao meu orientador, Professor Ruben Mattos, pela credibilidade, pelo apoio e contribuições feitas no aperfeiçoamento deste trabalho, que avivaram em mim o sentimento mais nobre, mais lindo, de aprender, me transmitindo, com suas orientações exemplares e seguras, autoconfiança e autonomia no desenvolvimento deste trabalho acadêmico. Meus sinceros agradecimentos.

A bibliotecária Eliana Rosa Fonseca, pela amizade, disponibilidade quando mais precisei e acima de tudo por seu positivismo contagiante.

A Cláudia Brito e Valkíria Mattos, pelo apoio, amizade, “torcida organizada”, companheirismo e aprendizado compartilhado.

Ao Ministério da Saúde, ao Instituto Nacional do Câncer e à Conprev/INCA, em especial ao Instituto de Medicina Social, que possibilitaram a realização deste trabalho.

Aos amigos, colegas e professores, agradeço cada conselho, cada ideia, cada palavra. Muito obrigada por sua amizade, apoio e incentivo.

A Rosângela, Gustavo, Natércia, amigos que preencheram esta caminhada com simplicidade, bom humor, companheirismo e a tornaram mais leve e prazerosa, agradeço com alegria.

A todos que não citei, por falta de espaço, pela exaustão da caminhada, mas que estão guardados na minha memória e no meu coração, sem dúvida e sem precedentes.

RESUMO

ABREU, Maria Fátima de. *Projeto Expande com balanço de uma experiência de programação a partir das necessidades*. 2010. 145f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologias em Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O estudo que se segue é uma proposta de reflexão sobre a programação de saúde para a população usuária do SUS, em especial a assistência oncológica, as sucessivas estratégias político-administrativas e medidas de soluções a serem ofertadas à população portadora de câncer. Percebe-se o desequilíbrio entre a operacionalidade real e a operacionalidade suposta ideal, para dar conta dos casos novos de câncer (CNC)/ano, a atenção à saúde concentrada nos grandes centros urbanos, reflexo de um estímulo a investimentos em saúde direcionados aos centros urbanos, localidades de maior crescimento econômico e social. Objetivando o balanço de uma experiência de programação a partir das necessidades, tomamos como “norte” o *Projeto Expande*, para a análise da real assistência em oncologia no país, que se traduz no conjunto: oferta de serviço – necessidade de tratamento específico para a população – demanda, identificando déficit e necessidade. Nesse sentido, com base na programação e nas informações de produtividade – SUS/Brasil, disponíveis no INCA –, optamos por acompanhar os dados referentes ao ano 2008, quantificados e analisados, tendo como ponto de partida a estimativa de CNC/ano 2008, parâmetros assistenciais (estimativa de necessidade máxima). Este estudo, com esse modelo, objetivou levantar subsídios que supostamente contribuam para o aprimoramento da Política de Atenção ao Câncer, em especial uma Política de Expansão Oncológica para o país.

Palavras-chave: Programação de saúde. Assistência oncológica. Planejamento de saúde

ABSTRACT

The study is a proposal for consideration of health programming for the SUS users, in particular, cancer care, successive political and administrative measures strategies and solutions offered to people with cancer. One sees the real imbalance between the operation and operability considered ideal, to account for new cases of cancer (CNC) / year, health care concentrated in large urban centers, reflecting a stimulus to health investments targeted to urban centers, locations of greatest economic and social growth. In order to balance experience from the programming needs, we based ourselves on the *Expande Project*, for the analysis of real care in oncology in the country, which is reflected in the set: the provision of service - specific treatment for the population - demand, identifying deficits and need. Accordingly, based on the schedule and information productivity - SUS / Brazil, available at INCA - we decided to follow the data for the year 2008, quantified and analyzed, taking as its starting point the estimated CNC / 2008, health care parameters (maximum estimate of need). Based on this model, this study aimed to gather information that presumably contributes to the enhancement of the Cancer Care Politics, especially Oncology Expansion Policy for the country.

Keywords: Health programming. Cancer care. Health planning.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Mortalidade proporcional por alguns grupos de causa, Brasil, 1996 – 2007.....	10
Tabela 2 –	Proporção de morbidade hospitalar segundo alguns grupos de doença, Brasil, 1998 – 2007.....	11
Tabela 3 -	Brasil - TME e Óbitos por câncer segundo o ano de ocorrência.....	12
Tabela 4 –	Brasil - Estimativas, para o ano 2010, de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária.....	13
Tabela 5 –	Programa 1220 – Assistência Integral, Ambulatorial e Hospitalar Especializada.....	19
Tabela 6 –	Estimativa para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e número de câncer mais prevalente em mulheres, segundo localização primária e a macrorregião brasileira.....	26
Tabela 7 –	Estimativa para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e número de câncer mais prevalente em homens, segundo localização primária e a macrorregião brasileira.....	26
Tabela 8 –	Quantitativo de serviços que disponibilizavam assistência oncológica ao SUS, segundo sua habilitação, ano 2003.....	32
Tabela 9 –	Capacidade instalada da rede de assistência oncológica, operacional, por modalidade terapêutica no SUS e por macrorregião – Brasil, 2008.....	42
Tabela 10 –	Situação encontrada em número de campos máximo de teleterapia para dar conta dos casos novos de câncer/ano – Brasil, 2008. - equipamento: radioterapia.....	55
Tabela 11 –	Situação encontrada em número de procedimentos máximo de quimioterapia para dar conta dos casos novos de câncer/ano – Brasil, 2008.....	73
Tabela 12 -	Situação encontrada em número de procedimentos máximos de cirurgias oncológicas para dar conta dos casos novos de câncer/ano – Brasil, 2008...	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cacon	Centros de Alta Complexidade na Área em Oncologia
Conprev	Coordenação de Prevenção e Vigilância
Cracon	Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia
Datasus	Departamento de Informática do SUS
Datasus/IBGE	Departamento de Informática do SUS/Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
GM	Gabinete do Ministro
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PPA	Plano Plurianual
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RH	Registro Hospitalar
RHC	Registros Hospitalar de Câncer
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SE	Secretaria Executiva
SIA/SIH	Sistema de Informação Ambulatorial/ Sistema de Informação Hospitalar
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federada
Unacon	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	BREVES REFLEXÕES SOBRE A ESTIMATIVA DE CÂNCER NO BRASIL.....	20
1.1	A expansão oncológica.....	28
2	OBJETIVOS.....	36
3	METODOLOGIA DO ESTUDO.....	37
3.1	Diagnóstico situacional da atenção oncológica e a necessidade de radioterapia para o Brasil a partir da expansão oncológica.....	38
4	RESULTADOS.....	41
5	DISCUSSÃO.....	106
6	CONCLUSÕES.....	126
	REFERÊNCIAS.....	141
	ANEXO A - Situação atual – novo processo de seleção de candidatos ao projeto de transição do expande/junho de 2009.....	144
	ANEXO B - Fluxo de execução.....	145

INTRODUÇÃO

Compreender a saúde como um direito significa procurar entendê-la em toda sua amplitude: políticas, serviços voltados à redução de riscos e agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a responsabilidade constitucional por dar resposta às necessidades de saúde da população.

A discussão sobre a saúde da população envolve aspectos socioeconômicos e culturais. Compreendemos que as condições de vida de uma população (incluindo educação, valores culturais, trabalho, habitação, saneamento e alimentação) são aspectos que produzem a saúde e delimitam o perfil do adoecimento de um grupo ou subgrupo populacional, que se desenvolve diferentemente nas diversas regiões do país. É importante conhecer o comportamento das doenças, fatores de risco e, a partir desses aspectos, acompanhar a distribuição de doenças e sua evolução clínica em determinado grupo, de forma a suscitar recomendações que conduzam à prevenção e ao controle destes e melhoria das condições de saúde.

Uma das formas de nos aproximar do perfil de morbi-mortalidade é através dos dados de mortalidade e de sua evolução.

Tabela 1 - Mortalidade proporcional por alguns grupos de causa, Brasil (%) 1996-2007

Capítulo CID-10	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6
II. Neoplasias (tumores)	16	17	17	17	18	18	18	19	19	20	20	20
IX. Doenças do aparelho circulatório	38	39	38	39	39	38	38	38	38	38	38	38
X. Doenças do aparelho respiratório	14	13	14	13	13	13	13	13	14	13	13	13
XI. Doenças do aparelho digestivo	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	18	18	18	18	18	18	18	17	17	17	16	16
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte SIM, Datasus 08.01.2010

Ao analisar as informações contidas na tabela 1 (mortalidade no Brasil e sua evolução recente) fica claro, em primeiro lugar, o predomínio da causa morte por doenças do aparelho

circulatório. Por sua vez, as doenças infecciosas e parasitárias seguem em ligeira queda relativa.

Um dado que merece ser destacado é o crescimento relativo da proporção das mortes causadas por neoplasias – pelo menos em parte, este crescimento pode ser atribuído ao processo de envelhecimento da população. Contudo, diante de um conjunto de dificuldades de acesso ao diagnóstico de câncer, é possível imaginar que deve haver expressiva subnotificação de óbito por esse tipo de causa.

Outro modo de nos aproximarmos do perfil epidemiológico é utilizar as informações relativas à morbidade hospitalar. Embora restrito às internações no SUS, e refletir, pelo menos em parte, a oferta de serviços existentes, esse sistema possibilita uma visão daquele perfil de adoecimento da população.

Tabela 2 - Proporção de morbidade hospitalar segundo alguns grupos de doença – Brasil (%) 1998-2007

Capítulo CID-10	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16	15	15	16	17	17	16	16	16	15
II. Neoplasias (tumores)	6	6	6	7	8	9	9	10	10	11
IX. Doenças do aparelho circulatório	18	19	19	19	19	20	19	19	19	19
X. Doenças do aparelho respiratório	34	33	32	31	29	28	28	26	25	25
XI. Doenças do aparelho digestivo	16	17	17	17	16	15	16	16	16	16
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	9	10	11	11	11	12	12	13	13	14
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte SIH Datasus 08.01.2010

A tabela 2 apresenta os seis primeiros grupos de causa das internações registradas no SUS. Podemos observar que as doenças do aparelho respiratório se situam no topo, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e, por último (nesse elenco de morbidade), as neoplasias. Devemos ressaltar, contudo, que na construção desta tabela consideramos apenas as internações por doenças, deixando de considerar os partos, que ocupam lugar de destaque entre as causas de internação no SUS.

O aumento proporcional gradativo das internações por câncer pode estar relacionado à melhoria dos registros hospitalares de câncer (RHC) e à implantação gradativa de novos RHC no país. Entretanto, ao perceber o envelhecimento da população, deve-se considerar também a

hipótese do aumento do câncer – portanto, aumento da necessidade de internação para tratamentos especializados, que requer previamente um diagnóstico diferenciado.

Devemos dizer de imediato que, para a melhor compreensão do quadro do câncer, as informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) não são suficientes. É nesse sentido que surgiu um grande esforço de produzir estimativas de câncer voltado tanto para a compreensão e controle dessa doença, como para a melhoria na utilização de recursos, planejamento, execução e avaliação das estratégias de controle do câncer.

O aparecimento do câncer, em pelo menos 80% dos casos, está intimamente associado a fatores de risco de natureza ambiental, segundo o *site* do Inca (*Prevenção e Fatores de Risco*, 2010): o ambiente em que vivemos (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (ambiente de trabalho, indústrias, químicos e afins), o ambiente de consumo (como nos alimentamos, medicamentos), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). A mudança do homem e pelo homem, no estilo de vida e hábitos, pode ser fator determinante nos diversos tipos de câncer. Constituem minoria os tipos de câncer que estão associados a fatores hereditários, familiares e étnicos.

A tabela 3 mostra a evolução recente da mortalidade por algumas localizações primárias.

Tabela 3 - BRASIL - TME e Óbitos por neoplasias malignas segundo o ano de ocorrência

Ano	Pulmão	Colo do Útero	Mama	Esôfago	Estômago	Cólon, Reto, Ânus	Próstata	Demais Localiz.	Total Câncer
	TME	TME	TME	TME	TME	TME	TME	TME	TME
1996	8,02	4,12	8,9	3,14	6,69	3,95	7,83	32,61	64,88
1997	8,36	4,26	9,4	3,09	6,67	4,1	8,45	33,07	66,38
1998	8,39	4,44	9,74	3,1	6,62	4,27	8,96	33,85	67,84
1999	8,62	4,67	9,75	3,15	6,54	4,38	8,93	35,28	69,68
2000	8,67	4,59	9,64	3,12	6,45	4,53	8,96	35,72	70,14
2001	8,82	4,82	9,89	3,15	6,42	4,69	9,47	36,64	71,85
2002	8,96	4,61	10,15	3,3	6,54	5,02	9,77	37,26	73,39
2003	9,3	4,68	10,39	3,39	6,64	5,14	10,32	37,99	75,19
2004	9,63	4,76	10,6	3,49	6,66	5,26	10,74	38,49	76,62
2005	9,82	4,81	10,9	3,51	6,75	5,6	11,29	39,75	78,96

Fonte: Datasus/julho 2009 - Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Notas:

1. TME - Taxa de mortalidade específica: óbitos por 100.000 habitantes.
2. Taxas calculadas a partir dos óbitos informados ao SIM. As análises devem considerar as limitações de cobertura e qualidade da informação da causa de óbito.
3. As taxas de mortalidade específica por câncer do colo do útero e da mama estão calculadas apenas para a população feminina, e por câncer da próstata apenas para a população masculina.

Note-se que o risco de morte por câncer em geral apresenta ligeiro aumento ao longo do tempo.

O câncer aparece em oitavo lugar no *ranking* da morbidade hospitalar do SUS por local de residência no Brasil. Ao se analisar comparativamente os dados disponíveis de mortalidade, morbidade e incidência de câncer em ambos os sexos (estimativa para o ano 2010, de casos novos por câncer), observa-se uma discrepância que nos leva a alguns questionamentos: terão os portadores de câncer acesso ao diagnóstico em estágio precoce ou tardio da doença? Tal fato implica oferta de tratamento especializado e garantia de acesso a este, e a consequente qualidade de vida da pessoa em situação de doença.

Tabela 4 – Brasil - Estimativas, para o ano 2010, de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Câncer	Estimativa de casos novos		
	Masculino	Feminino	Total
Próstata	52.350	-	52.350
Mama Feminina	-	49.240	49.240
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.800	9.830	27.630
Cólon e Reto	13.310	14.800	28.110
Estômago	13.820	7.680	21.500
Colo do Útero	-	18.430	18.430
Cavidade Oral	10.330	3.790	14.120
Esôfago	7.890	2.740	10.630
Leucemias	5.240	4.340	9.580
Pele Melanoma	2.960	2.970	5.930
Outras Localizações	59.130	78.770	137.900
Subtotal	182.830	192.590	375.420
Pele não Melanoma	53.410	60.440	113.850
Todos os Cânceres	232.240	253.030	489.270

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer –INCA/INCA, 2009/MS.

A diversidade da distribuição regional do câncer demanda integração no contexto de desenvolvimento do SUS, ações articuladas, intersetoriais, com variados graus de complexidade e envolvimento de diversos atores sociais. Na alta complexidade, os custos são cada vez mais elevados, necessitando traçar estudos que envolvam custo-efetividade e critérios de qualidade da assistência oncológica.

O câncer constitui um desafio para o SUS, em assegurar ações direcionadas à oferta de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer para a população. Ao longo do tempo, surgem tentativas de resposta ao SUS para dar conta desse problema. Para esse fim, constitui um avanço na área da saúde o estabelecimento de normas e condutas, através da Portaria n. 3.535/GM de 1998, uma das primeiras tentativas técnico-gerenciais de organização da assistência oncológica no país.

A Portaria n. 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998, estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Essa portaria teve sua importância

durante os sete anos em que norteava a alta complexidade em Oncologia, em seus pressupostos ratificavam o conceito de que a assistência à saúde deveria ser vista e executada de forma integrada. Definia que os Centros de Alta Complexidade na Área em Oncologia (Cacon¹) deveriam oferecer assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento e parâmetros.

Essa portaria não cria novos parâmetros; ela aprova parâmetros de casos novos anuais de câncer e de necessidade, fundamentada nos documentos *Estimativa de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil, 1998* e *Programa de Controle e Avaliação em Oncologia, 1994-1997*, MS/INCA. Esses parâmetros constituiriam base para o planejamento, em cada unidade federada, de forma integrada, das ações que garantam o atendimento ao portador de câncer.

Deve-se ressaltar de imediato o caráter inovador desta iniciativa. Apesar do reconhecimento do direito universal à saúde, a programação dos serviços de saúde no Brasil se faz ainda hoje predominantemente a partir da oferta de serviços, e não das necessidades da população. Deste modo, o modelo de programação instituído é uma das poucas tentativas de efetuar a programação a partir das necessidades.

Em termos gerais, a necessidade de serviços de saúde de uma população pode ser estimada a partir de três conjuntos de informações: 1) a incidência dos agravos em questão (obtida pelos sistemas de informação ou estimada); 2) um conjunto de parâmetros que definam, em primeiro lugar, os tipos de procedimentos (ou recursos tecnológicos) que podem e devem ser utilizados nos casos dos agravos em questão, e ainda, a proporção de uso esperada desses procedimentos frente a certo número de casos novos; e 3) um conjunto de parâmetros de oferta dos serviços: dado um tipo de serviço, estabelecem-se parâmetros que definem quantos procedimentos podem ser realizados, delimitando uma capacidade máxima esperada. É claro que aqui é possível proceder de modo ligeiramente diferente, estabelecendo um tipo de serviço novo, dimensionado de modo a dar conta de certo número de casos novos levando em conta exatamente os parâmetros mencionados no primeiro conjunto acima.

Um grande marco histórico e político voltado, entre tantas demandas, à questão do câncer, teve seu esboço desenhado a partir da Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, quando

¹ **Cacon** – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

se atualizaram estruturas, regimentos e novas diretrizes que ampliariam ações de controle e prevenção do câncer.

Desse período histórico-político, cabe destacar as décadas 1990 e 2000, quando, por decretos presidenciais, se estabelece o Regimento do Ministério da Saúde, sendo atribuído ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), “*assistir o Ministro de Estado na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer*”, passando todos os esforços direcionados a formulação de uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – PNPCC (KLIGERMAN, 2002).

Por conta dessa responsabilização atribuída ao INCA, especialistas intra e extra-instituto reunidos identificaram os principais elementos que caracterizaram a necessidade de uma política pública: apontaram a dimensão do problema câncer tendendo ao crescimento; identificaram a inadequação dos serviços oncológicos e a importância de se buscar o equilíbrio entre a prevenção, detecção precoce e a terapia oncológica. A PNCC, formulada entre as décadas 1990 e 2000, surgiu com o propósito de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no país, buscando integrar áreas e ações abrangentes para o controle do câncer. A estratégia utilizada para difundir a PNCC era a articulação entre as três esferas de governo e a integração de atividades de Prevenção, Detecção, Assistência, Informação, Educação, Pesquisa, Gestão e Desenvolvimento Organizacional.

A evolução clínica do câncer pode apresentar comportamento lento, agressivo e silencioso, conforme sua localização primária. Como tantas outras patologias, ações que ajudam a enfrentar o adoecimento por câncer residem na elaboração de diagnóstico em seu estágio inicial, assintomático, e antes que apresente alguma alteração no organismo. Para o diagnóstico precoce de determinados tipos de câncer, tem-se: o *screening* e a busca ativa. E as principais formas de tratamento, para pacientes com câncer se resume a cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

O câncer, em sua fase inicial, pode ser controlado e/ou curado, através do tratamento cirúrgico, quando este é o tratamento indicado para o caso. O planejamento cirúrgico deve incluir todos os cuidados referentes aos princípios gerais da cirurgia e ao preparo do paciente e seus familiares sobre as alterações fisiológicas e/ou mutilações que poderão advir do tratamento. O tratamento cirúrgico do câncer pode ser aplicado com finalidade curativa ou paliativa. (INSTITUTO ..., 2010).

A radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada. (INSTITUTO ..., 1993).

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral. (INSTITUTO ...,1993).

Transpor do cenário ideal da PNPCC e das diretrizes desta ao nível de execução não seria uma tarefa das mais fáceis; necessitaria de elementos considerados estratégicos para por em prática aquelas ações recomendadas. Os elementos estratégicos sinalizados foram: a existência de uma coordenação centralizada (Ministério da Saúde), coordenando as ações de prevenção e controle do câncer; consolidar a estrutura de saúde (SUS), atendimento à população, diversos níveis de gestão e de responsabilização; estabelecer a descentralização das ações – imprimir a lógica do SUS, inclusive para as ações de prevenção, detecção precoce e assistência ao portador de câncer; prevendo a interiorização dessas ações e incentivando a integralidade assistencial dos serviços básicos e preventivos, e dos serviços especializados e terapêuticos – integrados nos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons).

Operacionalizar essa política implicava: criar parcerias entre a União e os entes federados; conseguir recursos que, em sua maioria, viriam da União; estabelecer normas para as ações (instrumentos legais, regulação, acompanhamento, avaliação) e escolher prioridades, postas pelas diretrizes. Numa série de tantas prioridades de fundamental importância, cabe destacar “*propiciar condições para a prestação de serviços assistenciais integrados e expandi-los nacionalmente*”. Neste momento, é possível imaginar que se iniciava à época, o esboço de um desenho de projeto que levaria a expansão da rede de serviços oncológicos para o país.

O Projeto de Expansão da Assistência Oncológica no Brasil (Expande) surgiu em 2001, lançado pelo Governo Federal, sob a coordenação do Instituto Nacional de Câncer (INCA), tendo em seu bojo a proposta de organização da assistência oncológica integrada. Dando continuidade a essa proposta de expansão, um marco político na atenção oncológica, deu-se o lançamento, pelo Ministério da Saúde, da Portaria n. 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Esta tratava da Política Nacional de Atenção Oncológica, a qual deveria ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. A portaria definia em seu texto uma nova classificação para a assistência de Alta Complexidade em Oncologia. A classificação até então existente – Cacon I²; Cacon II³ e Cacon III⁴ – é

² **Cacon I** - Centro de Alta Complexidade em Oncologia I (pode ser com ou sem radioterapia): são hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfo-hematopoiéticos e da infância e da adolescência). Caracterizam-se por

substituída por Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon); Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia⁵ (Cracon) e inclui a classificação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon⁶).

Essa política, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, define os rumos da atenção oncológica para o país. Entre tantas resoluções, estimula a atenção integral e articulada nos três níveis de governo; procura desenvolver estratégias em consonância com a política nacional de promoção da saúde; busca organizar a linha de cuidado que perpassa todos os níveis de atenção, da promoção aos cuidados paliativos; e constitui Redes de Atenção Oncológica (Estaduais ou Regionais).

Para compreender a magnitude dessa política, é preciso se aprofundar em seus diversos artigos. Destacaremos, em linhas gerais apenas o Artigo 3º que trata da constituição da própria Política Nacional de Atenção Oncológica, a partir de seus componentes fundamentais, assim enunciados: promoção e vigilância em saúde; atenção básica; média complexidade; alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção; determinar a extensão do câncer (estadiamento); tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas – assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon); regulação, fiscalização e avaliação; avaliação tecnológica; educação permanente; pesquisa sobre o câncer; entre outros.

A Portaria 2.439/GM trata entre seus pressupostos da importância epidemiológica do câncer; da distribuição regional do câncer, que requer uma diversidade de ações e serviços de

dispor de todos os recursos humanos e equipamentos dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestar atendimento sempre de forma multiprofissional integrada, do diagnóstico aos cuidados paliativos. O procedimento de braquiterapia só poderá ser realizado em Cacon com radioterapia.

³ **Cacon II** - Centro de Alta Complexidade em Oncologia II: instituição dedicada prioritariamente ao controle do câncer, para o que desenvolve ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento dos tipos de câncer mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além de tumores linfo-hematopoiéticos e da infância e adolescência) em todas as modalidades assistenciais integradas que abrangem diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Caracteriza-se por possuir todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais é diretamente responsável. Devem prestar atendimento também na área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Odontologia, Oftalmologia, Pediatria Cirúrgica, Plástica Reparadora, Cirurgia de Tecidos Ósseo e Conjuntivos, Unidade de Órteses e Próteses, Fonoaudiologia, Emergência Oncológica e Voluntariado.

⁴ **Cacon III** - Centro de Alta Complexidade em Oncologia III: instituição dedicada exclusivamente ao controle do câncer, para o que desenvolve ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo ou localização de câncer, em todas as modalidades assistenciais que abrangem diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Caracteriza-se por possuir todos os recursos humanos e equipamentos próprios.

⁵ **Centro de Referência em Alta Complexidade** – Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia um Cacon que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica.

⁶ **Unacon** - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia: o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.

REFERÊNCIAS

BOING, Antonio Fernando; VARGAS, Silvia Angélica López; BOING, Alexandra Crispim. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 53, n. 4, p. 317-322, ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, DF, 1990. Seção 1, p. 18055 - 18059

_____. _____. Portaria nº 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, DF, n. 196-E, 14 out. 1998. Seção 1, p.53-54.

_____. _____. Portaria nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília DF, n. 76, 09 dez. 2005. Seção 1, p. 80-81.

_____. _____. Portaria nº 741/SAS, de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, DF, n. 79, 23 dez. 2005. Seção 1, p. 113.

_____. _____. Portaria nº. 513, de 26 de setembro de 2007. Habilita, nos respectivos Estados, com Rede de Atenção Oncológica constituída, os estabelecimentos de saúde listados no Anexo I desta Portaria. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, DF, 2007. Seção 1, p. 108.

_____. _____. Portaria nº 146, de 11 de março de 2008. Habilita os estabelecimentos de saúde em Oncologia. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, DF, n. 49, 12 mar. 2008. Seção 1, p. 76.

_____. _____. Portaria nº 302, de 17 de fevereiro de 2009. Estabelece que profissionais de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, DF, 18 fev. 2009. Seção I, p. 37.

_____. _____. Portaria nº. 62, de 11 de março de 2009. Mantém na Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, os códigos de habilitações.... *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, DF, 13 mar. 2009. Seção 1, p. 98.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 256, de 27 de julho de 2009. Habilita, na Alta Complexidade em Oncologia, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade

(UNACON), Código 17.06, os estabelecimentos... *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, DF, 29 jul. 2009. Seção I, p. 38.

_____. _____. Portaria nº. 262, de 6 de agosto de 2009. Habilita, na Alta Complexidade em Oncologia, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), Código da habilitação 17.06, o estabelecimento Hospital Geral de Roraima. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, DF, 11 ago. 2009. Seção I, p. 41.

_____. _____. Portaria nº. 303, de 14 de setembro de 2009. Habilita na Alta Complexidade em Oncologia os estabelecimentos... *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, DF, 15 set. 2009. Seção I, p. 115.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília, 2007. 48 p. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Série Pactos pela Saúde; v. 3).

_____. _____. _____. _____. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006. 76 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. _____. _____. _____. _____. *Regulamento dos pactos pela vida e de gestão*. Brasília, 2006. (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p. (Série A. Normas e manuais técnicos; n. 116).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília, 2006. 148 p. (Série B. Textos básicos de saúde)

_____. Secretaria de Vigilância à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série B. Textos básicos de atenção à saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 05 maio 2010.

_____. *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional*. Rio de Janeiro, 2003. v. 3.

_____. *Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 2. ed. rev. Rio de Janeiro, 1993.

_____. *Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2007. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de

Janeiro, 2009.

_____. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 1995

_____. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo. *Falando sobre câncer e seus fatores de risco*. Rio de Janeiro, 1996.

LOTUFO, Paulo. Como funciona a transição demográfica. *HowStuffWorks*: como tudo funciona. Publicado em 24 maio 2007; atualizado em 18 jul. 2008. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/transicao-demografica.htm>>. Acesso em: 05 maio 2010.

MOURA, L.; CURADO, M. P.; SIMÕES, E. J.; CEZÁRIO, A. C.; URDANETA, M. Avaliação do registro de câncer de base populacional do Município de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 4, p. 7-17 out./dez. 2006.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS*. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

_____. _____. *Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM*. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

saúde; das condições de acesso da população à atenção oncológica e a necessidade de estruturação de redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas, garantindo atenção integral à população e acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer; da necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no país.

No mesmo ano (2005), surgiu a Portaria n. 741/ SAS, lançada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Essa portaria vem conjugar as considerações da Portaria n. 2.439/GM, no que tange à organização de redes estaduais ou regionais de atenção oncológica, considerando a necessidade de definir unidades e centros de alta complexidade em oncologia, assim como determinar seus papéis na atenção à saúde e das qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções no contexto da rede assistencial: “define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidade”, considerando a necessidade de garantir o acesso da população a assistência oncológica e de auxiliar os gestores na regulação do acesso, controle e avaliação da assistência oncológica. Também estipula prazo para a manutenção de credenciamento dos serviços isolados de radioterapia e/ou de quimioterapia. Ou seja, sinaliza que esses serviços isolados terão gradativamente a suspensão de sua habilitação caso se mantenham fora de estrutura hospitalar, isto é, ao não se conformatarem a um complexo hospitalar.

As dificuldades técnico-operacionais vivenciadas durante a implementação e implantação dos primeiros projetos já apontavam para a necessidade de mudanças. As Portarias n. 2439/GM e 741/SAS, ambas de 2005, normatizam e preconizam novos critérios e parâmetros ao se definir a Atenção Oncológica. Isso constitui o início de uma nova fase para o Projeto Expande, e forçosamente a necessidade de melhoria na metodologia para a ampliação da Atenção Oncológica no Brasil.

A grandiosidade da importância da expansão oncológica pode ser verificada através dos programas de governo definidos no Plano Plurianual (PPA) 2004-2007. As atividades desenvolvidas pelo instituto foram reorganizadas, estando um dos programas sob a gerência da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS), a saber: “Programa Atenção Especializada em Saúde – Ação Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia – Cacon”. Para o período 2008-2011, no PPA, cinco ações nos quais o INCA se insere foram distribuídas por três programas de trabalho, dos quais discriminaremos apenas o programa onde se insere a ação de implantação de Cacon. Tabela 5.

Tabela 5 – Programa 1220 – Assistência Integral, Ambulatorial e Hospitalar Especializada

PROGRAMA: 1220 - ASSISTÊNCIA INTEGRAL, AMBULATORIAL E HOSPITALAR ESPECIALIZADA

Ação: 8758 SAS/INCA - Aperfeiçoamento avaliação e desenvolvimento de ações e serviços especializados em oncologia – INCA.

7833 SAS/INCA - Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

110H SAS/INCA - Implantação de novas instalações no Instituto Nacional de Câncer.

Fonte: Relatório de Gestão - INCA 2007

Todos os esforços até então apresentados, as políticas públicas, projeto reequipamentos, credenciamentos, reordenação e expansão da assistência oncológica no país foram avanços importantes para a melhoria do acesso da população a tratamentos e expansão da rede de serviços. No entanto, percebe-se que todas essas iniciativas ainda são insuficientes. Torna-se necessário aprimorar o diagnóstico da situação oncológica no país, estabelecendo um plano de avaliação e monitoramento dos projetos existentes, tal como o Projeto Expande, que vem funcionando desde 2001.

Este trabalho pretende estudar o *Projeto Expande como o balanço de uma experiência de programação a partir das necessidades*, ou seja, resgatando, conhecendo a situação atual desse projeto, os caminhos percorridos, os resultados e sua contribuição para a implementação da alta complexidade oncológica no Brasil. No corpo do estudo, encontraremos um panorama sobre a estrutura de câncer para o país e a expansão oncológica. São três importantes momentos epidemiológicos, que servem de facilitadores para os gestores no planejamento das ações de controle do câncer: informações sobre a primeira tentativa de estudo da incidência e mortalidade por câncer, realizado em 1995; sobre a estimativa de incidência de câncer de 2008; e a subsequente, de 2010.

Como método do estudo, uma reflexão se dará a partir do modelo de programação utilizado pelo projeto expande, dimensionando um modelo de unidade que possa atender a mil casos novos de câncer/ano. Os resultados encontrados em estruturas funcionais no Brasil, para dar conta da atenção oncológica individualizada ao portador de câncer, serão apresentados de forma descritiva nas três modalidades terapêuticas (radioterapia, quimioterapia e cirurgia oncológica).

A discussão será tratada de maneira reflexiva, comparando os resultados encontrados. Concluímos apresentando considerações sugestivas de aprimoramento de estudos sobre a necessidade de expansão oncológica para o país, a partir dos parâmetros de necessidade em detrimento de parâmetros de oferta de serviços, da necessidade de ampliar discussões extramuros INCA, sob a realidade oncológica, envolvendo expertises e CIBs, e de se imprimir uma reanálise desses resultados e dos parâmetros de necessidade. Sugerimos, por fim, a atualização das Portarias nº 2.439/GM, 2005, e nº 741/SAS, 2005.