



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

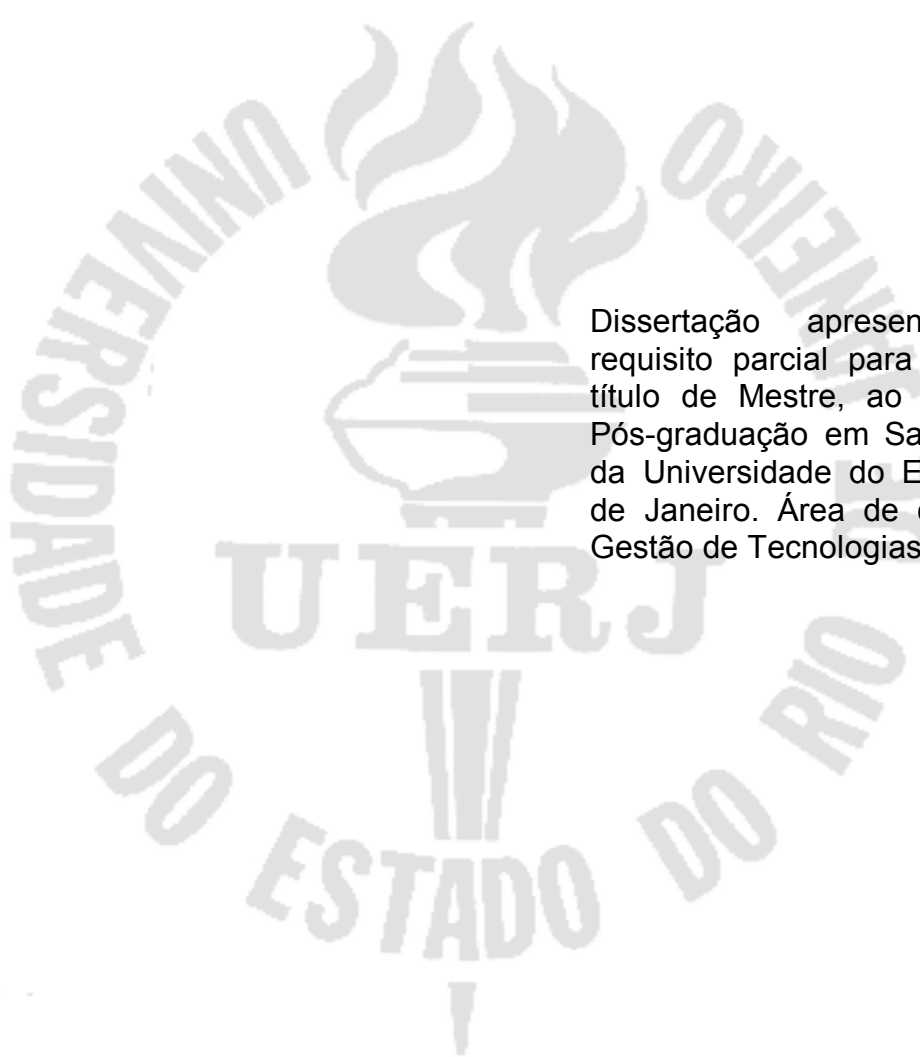
Denise Rangel Sant'Ana

**O processo de trabalho na alta complexidade no contexto das
políticas de controle do câncer no Brasil**

Rio de Janeiro
2010

Denise Rangel Sant'Ana

O processo de trabalho na alta complexidade no contexto das políticas nacionais de controle do câncer no Brasil



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Célia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro
2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S232 Sant`Ana, Denise Rangel.

O processo de trabalho na alta complexidade no contexto das políticas nacionais de controle do câncer no Brasil / Denise Rangel Sant`Ana. – 2010.

146f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.

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

1. Câncer – Brasil – Teses. 2. Oncologia – Brasil – Teses. 3. Política de saúde – Brasil – História – Teses. 4. Câncer – Brasil – Prevenção – Teses. 5. Serviços em saúde pública – Brasil – Teses. 6. Recursos humanos em saúde. I. Pierantoni, Célia Regina. 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.

Assinatura

Data

Denise Rangel Sant'Ana

**O processo de trabalho na alta complexidade no contexto das políticas
para o controle do câncer no Brasil**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Tecnologias em Saúde.

Aprovado em: 30 de março de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Celia Regina Pierantoni (Orientadora)
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof^a. Dr^a. Rosângela Caetano
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Marco Antonio Teixeira Porto
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro
2010

DEDICATÓRIA

Para Enzo e Clara acreditarem sempre que tudo é possível, é só começar e não desistir nunca.

AGRADECIMENTOS

Aos que me ajudaram a chegar aqui:

Ilza e José Carlos, meus queridos pais, pois, sem o amor deles nada seria possível;

Luiz Cláudio Thuler que me recebeu dentro da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional de Câncer, onde comecei minha jornada pela Saúde Pública do meu País;

Roseli Monteiro, que me “sacudiu” e ensinou o que era Planejamento em Saúde;

Itamar Tavares, generosa, incansável e aguerrida sanitaria, que me deu a mão e me ensinou a enfrentar a realidade da organização do nosso sistema de saúde, por esse Brasil afora;

Antonio Bertholace e Rejane Soares, estimados e comprometidos colegas da antiga Divisão de Atenção Oncológica do INCA, por dividirem comigo suas experiências e todo conhecimento sobre a alta complexidade oncológica no Brasil;

Roberto Parada, querido amigo e professor por ter acreditado em mim.

Maria Inez Pordeus Gadelha, a pessoa que mais entende de alta complexidade oncológica no Brasil, por ter me mostrado que é preciso muita dedicação, conhecimento, persistência, resistência e coragem para discutir a organização da oncologia no sistema de saúde brasileiro.

Eliana Rosa da Fonseca, querida bibliotecária, sempre pronta para ajudar.

Celia Regina Pierantoni, minha orientadora, por ter me apresentado as dimensões dos Recursos Humanos em Saúde.

Luiz Renato, meu amado irmão, pelas cores e nuances que dá sentido à minha vida.

Orestes, meu companheiro, amigo e marido, pela música, que me fez viver o tempo todo feliz.

À eles, toda minha admiração e respeito.

Refletir criticamente [...] exige uma atitude que recusa o conformismo e a resignação diante das características da realidade que aparentemente estão dadas, e que se dispõe a lutar por alternativas. É neste sentido que seu ponto de partida será necessariamente a indignação. Por sua vez, refletir criticamente implica também um novo posicionamento epistemológico que, rompendo com a pretensão do conhecimento moderno de produzir um conhecimento que corresponda à realidade, possa aprender as possibilidades de transformação contidas nessa realidade.

Ruben Araújo Mattos

RESUMO

SANT'ANA, Denise Rangel. *O processo de trabalho na alta complexidade no contexto das políticas de controle do câncer no Brasil*. 2010. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Esta dissertação examina em que medida as políticas nacionais para o controle do câncer no Brasil organizam o processo de trabalho na alta complexidade oncológica (ACO), por meio dos recursos humanos em saúde (RHS) – oncologistas clínicos, radioterapeutas e físicos médicos – vinculados às Redes Estaduais de ACO, a partir das definições estabelecidas pela Portaria SAS/MS N.º 741/2005. Trata-se de um estudo de caso exploratório. Nele foi realizado um sucinto panorama da oncologia dentro da conjuntura histórica da saúde; apresentadas as três portarias ministeriais direcionadas ao controle câncer no País, e exemplificado, através de relato técnico e referencial teórico baseado nas três dimensões que permeiam os RHS propostas por Pierantoni: estrutural, gerencial e regulatória, de como aconteceu a divulgação das políticas para o controle do câncer no país, e os primeiros desenhos estaduais das redes de serviços de saúde de ACO. Algumas situações observadas sinalizam que, enquanto alguns dos instrumentos existentes na área da oncologia ainda são poucos utilizados pelos gestores no seu processo de planejamento e gestão, outros precisam ser aprimorados. O estudo de caso foi sobre a Rede de Atenção Oncológica do Município do Rio de Janeiro de 2008, composta por hospitais federais, estaduais, municipais, universitários e filantrópicos, todos na gestão municipal. No plano das análises destacam-se três elementos: a caracterização desses serviços de saúde; os parâmetros de cobertura assistencial e produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia e o número e carga horária dos RHS. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Departamento de Informação do SUS (DATASUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial são utilizados como fontes de dados por representarem um banco de dados que podem contribuir para a gestão da área oncológica, ampliando, assim, sua utilidade para o SUS. Por fim, os achados possibilitam uma reflexão tanto pela ótica da gestão do trabalho quanto da gestão da educação em saúde, de como está se configurando a alta complexidade oncológica e quais os atuais limites e possibilidades para incluir o dimensionamento das categorias profissionais estudadas nos instrumentos normativos ministeriais.

Palavras-chave: Oncologia. Política de saúde – história. Recursos humanos em saúde. Tecnologia em saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT

This dissertation examines at which level the national policies for cancer control in Brazil organize the work process in oncological high complexity, through human resources in health (HRH) - clinical oncologists, radiotherapists and medical physicists - bound to the State oncological high complexity network, from the definitions established by the SAS/MS Order # 741/2005. It is an exploratory case study, which brings a brief overview of Oncology in the historical context of health. The three ministerial resolutions directed to the control of cancer in the country are presented and, through technical report and theoretical referential based on the three dimensions that permeate the HRH proposed by Pierantoni (structural, management and regulatory), exemplify how the dissemination of the cancer control policies in the country and the first State sketches of the oncological high complexity network came to be. Some situations encountered indicate that while some of the instruments in the area of oncology are still little used by the managers in their planning and management process, others need to be improved. The case study was on the Oncological Care Network in Rio de Janeiro 2008, composed of federal, state, municipal, university and philanthropic hospitals, all under municipal management. In terms of analysis, three elements stand out: the characterization of these health services, the parameters of care coverage and ambulatorial production of chemotherapy and radiotherapy and the number and workload hours of the human resources in health. The National Registry of Health Facilities of the SUS Information Department (DATASUS) and the Ambulatorial Information System are used as data sources, as they represent a data bank that may contribute to the management of the oncological area, this way widening its utility to the SUS. Finally, the findings allow a reflection from both the perspectives of work management and management education in health, on how is the oncological cancer care configuring itself and what are the actual limits and possibilities to have the dimensioning of the studied professional categories included in the ministerial normative instruments.

Keywords: Oncology. Health policy - history. Human resources in health. Technology in health. Health management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valor total pago pelo MS no custeio do tratamento da alta complexidade oncológica, em 2007, no SUS	22
Tabela 2 – Percentuais e valor absoluto, quanto do total de procedimentos pagos pelo MS foi dispensado com os procedimentos de ACO (cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia), em 2004	23
Tabela 3 – Distribuição de Instituições de Ensino Superior (IES) de Medicina, por Regiões e Unidades Federativas, Brasil, 2008	51
Tabela 4 – Distribuição das instituições com programas de residência em oncologia (todas as áreas), segundo região e estado, Brasil, em 2003	53
Tabela 5 – Distribuição das instituições de ensino com programas de Residência Médica nas diversas especialidades e na área de oncologia, segundo região e estado, Brasil, 2010	54
Tabela 6 – Distribuição das Instituições de Ensino Superior com programas de RM na área de oncologia por especialidade (cancerologia e radioterapia) e subespecialidades (clínica, cirúrgica e pediatria), segundo região e estado, Brasil, em 2010.....	55
Tabela 7 – Capacidade instalada de produção ambulatorial de quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) das unidades hospitalares da RAO municipal, 2008	77
Tabela 8 – Produção de quimioterapia e campos irradiados por radioterapia com equipamentos de megavoltagem, considerando a capacidade instalada e necessidade, em função da estimativa casos de câncer, Município do Rio de Janeiro, ano 2007	78
Tabela 9 – Número total de oncologista clínico, radioterapeuta e físico médico por serviço de saúde da RAO/RJ que apresentaram produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia no SIA/SUS em 2008	80
Tabela 10 – Unidades hospitalares com o número e carga horária semanal total de oncologista clínico, radioterapeuta e físico nuclear	82
Tabela 11 – Unidades hospitalares, capacidade de produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia, com as respectivas produção apresentada no SIA/SUS em 2008, e carga horária anual por especialista	83
Tabela 12 – Unidades hospitalares, produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia apresentada no SIA/SUS em 2008 e carga horária ambulatorial anual por especialista	84

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Produção esperada de quimioterapia e radioterapia para atender 1.000 casos novos de câncer de acordo com o Anexo III da Portaria SAS/MS n.º 741/2005	44
Gráfico 1 – Evolução do número de cursos de medicina no Brasil, segundo a natureza jurídica da instituição, no período de 1995 a 2007	50
Quadro 2 – Síntese da metodologia do estudo de caso	71
Quadro 3 – Relação das instituições/serviços de saúde que formaram a RAO do município do Rio de Janeiro em 2008 e suas respectivas classificações, conforme definição do MS	74
Quadro 4 – Caracterização das unidades assistenciais por tipo de unidade, natureza de organização, esfera administrativa e gestão	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACO	Alta Complexidade Oncológica
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CHST	Carga horária semanal total
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
GM	Gabinete do Ministro
HMK	Hospital Mário Kroeff
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
HUGG	Hospital Universitário Gaffree e Guinle
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
PT	Portaria
RAO	Rede de Atenção Oncológica
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SE	Secretaria Executiva
SNS	Serviço Nacional de Câncer
SGTES	Secretaria de Gestão e Trabalho na Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais

SUS	Sistema Único de Saúde
UH	Unidade Hospitalar
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	POLÍTICA DE SAÚDE PARA O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL	32
1.1	As ações, programas e políticas para o controle do câncer dentro da história da saúde pública: “Retratos da história”	32
1.2	As portarias envolvidas com o processo de trabalho na alta complexidade oncológica	38
1.2.1	<u>Antigas normas para organização da alta complexidade oncológica de 1993</u>	38
1.2.2	<u>A política norteadora do controle do câncer no País após 2005 – a Portaria GM/MS n.º 2.439</u>	40
1.2.3	<u>Normas para a organização da alta complexidade oncológica após 2005 – a Portaria SAS/MS n.º 741</u>	41
1.3	Metodologia utilizada pelo Instituto Nacional de Câncer, em 2007, para calcular a necessidade de UNACON e CACON para assistência hospitalar de alta complexidade oncológica	43
2	OS RECURSOS HUMANOS NA ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICA	47
2.1	A dimensão estrutural	49
2.2	A dimensão gerencial	59
2.3	A dimensão regulatória	65
3	A REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO 2008 – UM ESTUDO DE CASO	68
3.1	Metodologia	68
3.2	A rede municipal de atenção oncológica	74
3.3	Análises dos dados	85
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	100
	GLOSSÁRIO	109

APÊNDICE A – Retratos do tempo	111
ANEXO A – Portaria GM/MS n.º 2.439 de 08 de dezembro de 2005	121
ANEXO B – Portaria SAS/MS n.º 741 de 19 de dezembro de 2005	125

INTRODUÇÃO

Efetivamente, a inteligência que só sabe separar fragmenta o complexo do mundo em pedaços separados, fraciona os problemas, unidimensionaliza o multidimensional. Atrofia as possibilidades de compreensão e de reflexão, eliminando assim as oportunidades de um julgamento corretivo ou de uma visão a longo prazo. Sua insuficiência em tratar nossos problemas mais graves constitui um dos mais graves problemas que enfrentamos. De modo que, quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, maior a incapacidade de pensar sua multidimensionalidade; quanto mais a crise progride, mais progride a incapacidade de pensar a crise; quanto mais planetários tornam-se os problemas, mais impensáveis eles se tornam. Uma inteligência incapaz de perceber o contexto e o complexo planetário fica cega, inconsciente e irresponsável.

MORIN (2005)

Esta dissertação foi escrita com a experiência profissional de uma técnica do Instituto Nacional de Câncer do Brasil. Nela são encontrados elementos que permeiam a organização do processo de trabalho da alta complexidade oncológica conduzidas pelas políticas para o controle do câncer do País e, possibilitam uma reflexão, tanto pela ótica da gestão do trabalho quanto da gestão da educação em saúde, de como está se configurando a atenção oncológica no nível terciário da saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

A intenção é conhecer em que medida a política de controle do câncer vem organizando o processo de trabalho na alta complexidade oncológica no Brasil, frente às regulamentações ministeriais existentes, ou seja, as políticas para o controle do câncer e os aspectos gerencial, estrutural e regulatório que perpassam as questões envolvendo os recursos humanos² (RH), neste caso específico, o oncologista clínico, o radioterapeuta e o físico médico que atuam nos serviços de alta complexidade oncológicas no Sistema Único de Saúde.

1 O SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira, em 1988 e é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, tendo por princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade. (Ministério da Saúde, 2010).

2 O termo "gestão dos recursos humanos" é compreendido pelo significado dado por Dussault (1994, p. 7): "expressão ambígua que coloca a contribuição das pessoas no mesmo nível que equipamentos ou dinheiro mas que enfatiza, ao mesmo tempo, a idéia de que as pessoas são recursos com um potencial rico tradicionalmente esquecido e não utilizado".

Nestes serviços de saúde, definidos como Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)³ ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia Unidades (CACON), são realizados tratamentos oncológicos de quimioterapia e radioterapia⁴ para pacientes com câncer no SUS, sob a responsabilidade direta dos profissionais citados anteriormente.

A definição e o entendimento de política de saúde introjetado nesta dissertação foram elaborados por Paim e Teixeira (2006).

Entende-se como *política de saúde* a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a vida humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas de saúde (policy)*. Assim a palavra *política* na língua português expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e avaliação de políticas. (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74, grifos do autor).

Com esse amplo entendimento, não seria equivocada dizer que as políticas de saúde vêm conformando o sistema de saúde brasileiro, após a Constituição Federal do Brasil de 05 de dezembro de 1988 e das Leis Orgânicas n.º 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 e n.º 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990, a despeito de todas as dificuldades de se construir uma agenda de cunho social em consonância com o modelo econômico neoliberal adotado pelo governo desde 1990.

3 De acordo com o Anexo I da Portaria SAS/MS n.º 741 é chamado de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) o hospital que possui 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 (grifo nosso) no Brasil. Estas unidades hospitalares, podem prestar atendimento nos Serviços de Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica, Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica, e devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer. (Ver Anexo B).

O Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) é o hospital que possui 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 (grifo nosso). Estes centros hospitalares, devem prestar atendimento em todos os seguintes Serviços: Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica, Radioterapia e Hematologia. Estes hospitais, também devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.

4 Quimioterapia: É a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados de "quimioterápicos" administrados em intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos. Eles são aplicados, em sua maioria, via intravenosa, podendo também ser dados por via oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal.

Radioterapia: é o método de tratamento local ou locoregional, do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas, não abrangendo as terapias com fontes não seladas para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem. A radioterapia externa (cuja fonte de irradiação está localizada longe do organismo – contatoterapia, roentgenterapia superficial, roentgenterapia profunda, cobaltoterapia e radioterapia por acelerador linear) consiste na aplicação diária de uma dose de radiação, expressa em centigray (cGy) ou em gray (Gy), durante um intervalo de tempo predeterminado (Atualização do Manual do Sistema de Informações Ambulatoriais-APAC/ONCO/MS, 2006).

E assim, no processo de legalização, orientação, organização, implantação e operacionalização do sistema de saúde, proposto e estabelecido por lei, os gestores de saúde publicam leis, decretos, regulamentos e uma infinidade de portarias.

Essa forma de organizar o sistema de saúde não é uma medida simples. Inclusive, numerosos estudiosos na área de políticas, como Labra (1999), demonstram como e por que os enfoques teóricos e modelos voltados para a análise dos processos de produção e de implementação das políticas públicas configuram um amplo e complexo campo de estudo teórico, conceitual e metodológico, devido a numerosos fatores.

Segundo Labra, o sistema de saúde

“[...] é, sobretudo, o produto de uma infinidade de confrontações, transações e ajustes entre a burocracia estatal, a categoria médica, os sindicatos, os partidos políticos, os parlamentares e os poderosos grupos de interesse que gravitam em torno da indústria da medicina”. (LABRA, 1999, p. 133).

Neste cenário está o câncer, “nome dado a um conjunto de mais de 200 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo” (INCA/MS, 2009). Caracterizado pela Organização Mundial de Saúde como uma doença crônica degenerativa, com altos índices de casos novos e crescentes taxas de mortalidade, o câncer requer ações e cuidados que percorrem todo o sistema de saúde, em busca tanto de promoção à saúde quanto de prevenção, detecção precoce⁵, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Uma condição de morbidade que representa a segunda causa de morte no país e apresenta uma incidência de 489.270 casos de câncer para 2010. (DATASUS, 2009; INCA/MS, 2009).

Esse flagelo, enquanto que por um lado continua a desafiar gestores, profissionais e trabalhadores em saúde no país a se responsabilizarem por toda a linha de cuidado assistencial necessária para a prevenção e controle da doença, por outro estimula o já acelerado ritmo do desenvolvimento do complexo econômico industrial da saúde, oferecendo uma série de tecnologias⁶ de última geração.

5 Segundo publicação da OMS, as estratégias de detecção precoce são: diagnóstico precoce e rastreamento de pessoas assintomáticas (WHO, 2007).

6 O significado de tecnologia aqui se restringe aos medicamentos, vacinas, insumos e equipamentos médico-hospitalares.

Desde o começo do século passado, ações de saúde pública voltadas para o controle do câncer vêm acontecendo no Brasil, porém num ritmo, intensidade e capilaridade variados.

O tratamento assistencial ao paciente com câncer sempre foi disponibilizado através de diferentes tipos de hospitais, com diferentes naturezas de organização e esfera administrativa. Esta informação revela a natureza pública ou privada do serviço de saúde, que constrói e movimenta o mercado de trabalho e de serviços para atender ao segmento assistencial da saúde.

As duas primeiras portarias ministeriais da saúde visando dar uma organicidade nos serviços assistenciais de alta complexidade oncológica (ACO) e deter o crescimento desordenado de serviços isolados⁷ de radioterapia (SIRT) e quimioterapia (SIQT) pelo país afora foram: a Portaria instituída pela Secretaria de Assistência à Saúde/MS n.º 170/93 de 17/12/1993 e revogada pela que veio a seguir, a Portaria GM/MS n.º 3.535 de 02/09/1998.

Assim, iniciou-se formalmente a organização do processo de trabalho na ACO, através de documentos normativos estabelecendo as primeiras definições e critérios voltados aos serviços de saúde com interesse em prestar serviços assistenciais de ACO, no SUS⁸, já com a Saúde sob comando único pelo MS.

No dia 08 de dezembro de 2005, a Portaria GM/MS n.º 2.439 revoga a Portaria 3.535 e institui as diretrizes e os componentes fundamentais da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO)⁹. No entanto, as definições e critérios para o cadastramento, credenciamento, habilitação e autorização¹⁰ de serviços de saúde na ACO no SUS, bem como os parâmetros para planejar e avaliar a rede

7 Serviços isolados de quimioterapia e radioterapia realizam apenas serviços ambulatoriais. Em caso de intercorrências, devido ao tratamento oncológico, o paciente fica sem referência de internação hospitalar. Atualmente, por determinação oficial, os serviços isolados só podem ser habilitados na ACO quando estiverem formalmente vinculados e referenciados a hospitais gerais que possam garantir e se responsabilizar pela: tríade do tratamento oncológico (cirurgia, quimioterapia e radioterapia); pela internação hospitalar para tratar as intercorrências que comumente acometem os pacientes com câncer e exames complementares de acompanhamento para avaliar progressão de doença e estado geral dos pacientes.

8 Na prática, isto significou que o MS continuaria pagando os serviços prestados de ACO desde que os estabelecimentos de saúde disponibilizassem a infra-estrutura hospitalar necessária ao tratamento oncológico, isto é, instalações físicas, serviços de apoio e diagnóstico, condições técnicas – entre elas, cirurgia, radioterapia e quimioterapia –, equipamentos e recursos humanos.

9 Vários órgãos participaram da elaboração deste documento: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer; Confederação Nacional das Misericórdias; Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica; Sociedade Brasileira de Radioterapia; Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica e Consulta Pública.

10 As definições para os termos: cadastramento, credenciamento e autorização podem ser encontradas no Anexo I da Portaria SAS/MS n.º 741 (em anexo).

assistencial de ACO (conteúdo que fazia parte da portaria revogada) só foram estabelecidos pela Portaria SAS/MS n.º 741 de 19/12/2005.¹¹

Essa última portaria apresenta as normas para classificação e credenciamento dos serviços de saúde na ACO (UNACON/CACON). Entre elas, estão as exigências relacionadas aos recursos humanos (RH) necessários à prestação de serviços nesse nível de atenção.

Nessa ocasião, por iniciativa do INCA/MS, serviços de saúde de ACO estavam sendo implantados no país através de um projeto nacional que visava ampliar a cobertura assistencial nesta área – o Projeto EXPANDE.¹²

Porém, um dos sérios problemas apresentados em iniciativas como essa está relacionado com a existência e fixação de RH especializados.

A experiência vivida por ocasião da implantação da Unidade Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia no município de Rio Branco, Estado do Acre, pode ser citada como um exemplo desta dificuldade. Pois, após todo o processo de negociação, planejamento e investimento público na construção da Área de Oncologia – alguns profissionais que iriam trabalhar com a oncologia, tais como médicos cirurgiões, enfermeiros, assistente social, farmacêutico, psicólogo e técnico em arquivo médico foram capacitados no INCA –, a UNACON local enfrentou sérios problemas para inaugurar e funcionar¹³ devido à falta de RH especializado – oncologista clínico¹⁴, radioterapeuta¹⁵ e físico médico¹⁶.

Concomitantemente a essa implantação, no final de 2005 foi feito o lançamento da PNAO. E logo após, no primeiro semestre de 2006, aconteceram atividades de divulgação e orientação das novas diretrizes para o controle nacional do câncer e organização de serviços assistenciais de ACO para gestores do SUS,

11 Daqui por diante, a referência a esta portaria será PT 741.

12 Projeto EXPANDE – Projeto de Expansão da Assistência Oncológica aprovado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, inicialmente teve por objetivo aumentar a capacidade instalada da rede de serviços oncológicos do SUS, por intermédio da implantação de CACON (a antiga Portaria GM/MS n.º 3.535 trazia as definições e os critérios para esses serviços), que ofereçam assistência integral aos pacientes.

13 Em 08 de junho de 2007, foi inaugurado e aberto para funcionamento o Hospital Fundação Hospitalar do Acre, no município de Rio Branco, no Acre.

14 O oncologista (também classificado como cancerologista) é o médico especializado no estudo das neoplasias (tumores malignos) e de como essas doenças se desenvolvem no organismo. Esse profissional, que acompanha clinicamente o paciente com câncer, tem a capacidade de prevenir, diagnosticar, tratar a doença e definir o melhor acompanhamento do paciente. Cabe ao cancerologista indicar o tratamento específico: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, iodoterapia ou imunoterapia, inclusive a combinação de tratamentos, quando for o caso.

15 Radioterapeuta: médico com o título de especialista em radioterapia registrado no Conselho Federal de Medicina

16 O físico, especialista em Física Médica, é o profissional com curso de Especialização em Física Médica de Radioterapia ou detentor de título de especialista concedido por instituição, sociedade ou associação que seja referência nacional na área de Radioterapia. Ou ainda, profissional que comprovasse, na data da publicação da Portaria SAS/MS n.º 741, experiência mínima de 10 anos de atuação na área de radioterapia RDC/ANVISA.

de todas as regiões, estados e Distrito Federal. Isto aconteceu através de Oficinas Regionais promovidas pelo INCA em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria Executiva (SE).

Essas oficinas também tiveram como objetivo central divulgar e discutir, com os gestores estaduais, duas questões sobre o controle de câncer no Brasil: as diretrizes e os componentes fundamentais da Política Nacional de Atenção Oncológica, e as novas normas de cadastramento de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia, junto com as propostas metodológicas de programação das Redes de Atenção Oncológica (RAO).

É importante perceber que, embora a proposição das RAO tenha sido definida e oficializada pela Portaria GM/MS n.º 2.439, a lógica do desenho para a conformação dessas RAO está contemplada na PT 741.

As Redes de Atenção Oncológica¹⁷ que estão sendo desenhadas, redesenhadas, pactuadas e instituídas anualmente pelos gestores do SUS por meio da publicação de portarias ministeriais, talvez ainda não sejam aquelas previstas na PNAO, na medida do que está sendo oficializado é a habilitação de um conjunto de serviços de saúde para tratamento de alta complexidade oncológica.

Embora contenha um mérito e necessidade inquestionável para a assistência de alta complexidade oncológica face à lógica de organização do sistema vigente, não modifica o modelo fragmentado de atenção à saúde adotado no país, desde o século passado, na medida em que regulamenta, orienta e organiza os serviços assistenciais sem a integralidade de atenção pleiteada pela Reforma Sanitária. Este é um questionamento substantivo no que diz respeito ao processo de trabalho para o controle do câncer no país em sua totalidade, porém como não é o foco deste estudo, será tratado em outra oportunidade.

Uma das exigências citadas, que regulamenta o funcionamento dos serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia, se refere à obrigatoriedade da existência de RH com competência e habilitação (reconhecidas pelas respectivas sociedades científicas) para realizar os procedimentos de quimioterapia, cirurgia

17 Citadas na Portaria GM/MS n.º 2.439 e na Portaria SAS/MS n.º 741 (em anexo).

oncológica e radioterapia. Respectivamente, são eles: o oncologista clínico, o cirurgião oncológico¹⁸ e o radioterapeuta.

O físico médico especialista, com qualificação reconhecida pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN)¹⁹, responsável pelo Setor de Física Médica, é outro profissional que, apesar de não ser responsável direto pelo tratamento do paciente com câncer, é fundamental no Serviço de Radioterapia. Sua ausência neste serviço inviabiliza formalmente o processo de habilitação do estabelecimento de saúde para esse tipo de tratamento assistencial.

Sabe-se que o cabedal que acompanha a assistência à saúde, como aquele descrito por Camargo (2007), é muito maior, além da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, já citados, também fazem parte,

[...] as instituições oficiais de formação de pessoal na área de saúde (universidades e suas faculdades de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia etc.), as empresas de seguro-saúde, ou de medicina de grupo e seus equivalentes, os vários tipos de serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, clínicas etc.), públicos e privados, um setor da indústria de publicações (revistas, livros específicos das várias áreas disciplinares), instituições de pesquisa (não necessariamente universitárias), instituições alternativas de formação de práticas idem, praticantes de várias formas de terapia alternativa com ou sem reconhecimento do Estado. Todos a disputar legitimidade, poder, espaço político e recursos, buscando caracterizar para a população em geral e para auditórios técnicos específicos do próprio campo, potenciais usuários diretos ou indiretos dos bens e serviços que produzem, que estes são necessários e adequados no enfrentamento dos problemas de saúde, e mais, que são estes atores e instituições os capacitados a definir o quê é um problema de saúde. (CAMARGO, 2007, p. 67-68).

A priori, os tratamentos de alta complexidade em oncologia (neste caso específico, a quimioterapia e radioterapia) estão fortemente atrelados a altos custos de atenção à saúde, resultado de modernas e sofisticadas tecnologias disponibilizadas no mercado em ritmo cada vez mais acelerado, ao mesmo tempo em que são incorporadas pelos profissionais de saúde em suas práticas clínicas, e demandadas pela população tendo, ambos, na retaguarda, a poderosa indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Isto sem esquecer de citar a vertiginosa demanda de mandados judiciais para liberação de medicamentos, sendo “muitas vezes [...] medicamentos de eficácia não comprovada e não registrados no país”. (BAPTISTA; MACHADO, C.; LIMA, 2009, p. 836).

18 Cirurgião oncológico: essa especialidade não será abordada neste trabalho, devido às inúmeras especialidades médicas existentes dentro do universo cirúrgico e o tempo hábil para o cumprimento do período da estudo.

19 A CNEN é uma autarquia federal ligada ao Ministério de Ciência e Tecnologia responsável por estabelecer normas e regulamentos em radioproteção e licenciar, fiscalizar e controlar a atividade nuclear no Brasil. A CNEN desenvolve ainda pesquisas na utilização de técnicas nucleares em benefício da sociedade. (CNEN/MCT).

Esse universo, por si só, já exigiria um rigoroso método de avaliação situacional, monitoramento e acompanhamento de resultados, ao se cogitar ampliar serviços assistenciais de saúde, formação de redes de atenção à saúde e incorporação de tecnologias em saúde.²⁰

A ação dos recursos humanos em saúde (RHS) dentro de unidades assistenciais de ACO gera um conjunto de procedimentos de alta complexidade oncológica²¹ que são pagos ano a ano pelo governo federal.

Um levantamento realizado sobre a produção ambulatorial e procedimentos hospitalares (por local de internação) do SUS no ano de 2007, no Sistema de Informação do MS – DATASUS, revelou que do total pago pelo MS com procedimentos de saúde apresentados no SIA/SIH, 7,44% foram para o custeio do tratamento²² de alta complexidade em oncologia no SUS, conforme Tabelas 1 e 2, a seguir.

Tabela 1 – Valor total pago pelo MS no custeio do tratamento da alta complexidade oncológica, em 2007.

ITEM	GASTOS EM R\$
Cirurgia Oncológica	189.445.740,08
Quimioterapia	1.018.129.055,47
Radioterapia	145.474.577,30
Gastos Totais	1.353.022.372,85

Fonte: SIA/SIH/SUS, 2008.

20 Aqui o termo tecnologia é utilizado no seu sentido mais abrangente, conforme conceituação feita por Banta, que será discutida no primeiro capítulo.

21 Comentário da autora: infelizmente, no Brasil, o paciente com câncer quando chega ao tratamento na alta complexidade, em sua grande maioria, apresenta a doença avançada e os tratamentos são mais paliativos ou para controle da doença do que para cura. O reflexo deste quadro pode ser observado nas taxas de mortalidade da doença que não tem decrescido ao longo dos anos, mesmo com o surgimento de novas tecnologias. O câncer serve como exemplo emblemático de que o modelo brasileiro segmentado de atenção à saúde, formatado historicamente através do cuidado fragmentado em níveis de atenção e modalidades de atendimento, pode comprometer os resultados na Saúde. Além de se distanciar dos princípios de integralidade da atenção à saúde na sua versão conceitual mais estreita. Apesar de não ser este o tema desse estudo, este comentário é só uma ressalva, para chamar atenção quanto à lógica da organização atual do controle do câncer, que mantém esta fragmentação ao denominar Redes de Atenção Oncológica, anualmente estabelecidas por portarias da SAS/MS desde 2005, um conjunto de hospitais voltados apenas para o tratamento só de alta complexidade

22 Muitas vezes, o investimento na construção e na compra dos equipamentos dos serviços privados conveniados ao SUS que tratam pacientes com câncer é também de origem pública. Isto sem considerar que alguns desses pacientes tratados pelo SUS têm planos de saúde privados, que por sua vez são co-financiados pelo Governo Federal através de isenções fiscais.

Tabela 2 – Valor total pago pelo MS por procedimentos assistenciais à saúde comparado com o valor (absoluto e em percentual) pago por procedimentos de ACO (cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia), em 2007.

ITEM	GASTOS EM R\$
Valor pago pelo MS com procedimentos SIA e SIH	18.189.142.200,82
Gastos do MS com a alta complexidade oncológica (ACO)	1.353.022.372,85
% do Gasto total do MS com ACO	7,44%

Fonte: SIA/SIH/SUS, 2008.

Enquanto a Tabela 1 apresenta o valor pago, em 2007, pelo SUS com procedimentos de alta complexidade em oncologia, a tabela 2 compara os gastos de oncologia com todos os demais gastos pagos pelo SUS com procedimentos de saúde, no mesmo ano. O resultado encontrado foi o seguinte: em 2007, 7,44% de todo o gasto que o sistema público pagou por procedimentos apresentados no SIA e SIH foram com quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica, ou seja, tratamentos de ACO.

Vários autores correlacionam os crescentes gastos com saúde e a expansão da área de ciência, tecnologia e inovação em saúde com o aumento e diversificação das doenças crônico-degenerativas – sendo o câncer uma delas – e aumento da esperança de vida, levando a novas necessidades de saúde e demandas aos serviços de saúde. (NOVAES; CARVALHEIRO, 2007).

Portanto, não é difícil imaginar por que a veloz incorporação de novas tecnologias pelos sistemas de saúde tornou-se uma preocupação constante dos formuladores de políticas e tomadores de decisão de vários países do mundo.

A prática institucionalizada de avaliação de tecnologias em saúde (ATS)²³ por países desenvolvidos tem servido atualmente de referência na produção de conhecimento, com forte intenção de ser utilizado tanto para subsidiar tomada de

23 Segundo Vianna e Caetano (2001, p.3), avaliação de tecnologias em saúde "compreende o conjunto de estudos que se ocupam das consequências sociais e repercussões de ordem maior da incorporação e uso de tecnologias médicas, podendo ajudar tanto os governos quanto ao setor privado na tomada de decisões relacionadas ao desenvolvimento de tecnologias; aprovação de comercialização; aquisição e uso.[...]"

decisão quanto aprimorar processos de gestão (NOVAES, 2006; GADELHA et al., 2003; NOVAES; CARVALHEIRO, 2007).

Por mais que essas questões avancem, a situação que envolve a gestão de recursos humanos não tem acompanhado o mesmo ritmo.

Em 2001, Pierantoni apontava sobre

[...] concepções de modelos gerenciais inovadores realocando a dimensão recursos humanos entre as questões centrais para a gestão do sistema de saúde.
 [...] a flexibilidade associada a conceitos que envolvem a capacidade de adaptação do Estado a diversificados tipos de mercado.
 [...] as modalidades de vinculação aos serviços públicos de saúde têm mostrado uma capacidade criativa e multiplicadora aparentemente, inesgotável. (PIERANTONI, 2001, p. 342).

Segundo Santana e Christófaros²⁴, “as inovações científicas e tecnológicas incidem fortemente sobre o trabalho e a educação”. Sob esta égide, onde não mais predomina o modelo fordista – de educação e trabalho – no processo de produção de serviços, surge o desafio de compreender a complexidade e dimensão do controle do câncer dentro das “múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor saúde e destes com os setores da economia”. (VIANNA, 2002, p. 375).

Partindo do pressuposto de que os procedimentos atrelados ao seu financiamento²⁵, junto com seus executores – os recursos humanos de saúde – formam um indissolúvel composto na organização do processo de trabalho, o presente estudo propõe uma abordagem dessas questões sob a mesma compreensão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&G), de Paim e Teixeira (2006).

A área de PP&G é aquela que, no âmbito da saúde coletiva, expressa com mais clareza a dupla dimensão (saber e práticas) do campo, ou seja, o fato de que o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em determinados contextos históricos. Esse pressuposto permite compreender os rumos da pesquisa científica nesta área, na medida em que a seleção de temas, a delimitação de problemas, a escolha por determinadas abordagens teórico-metodológicas e a própria forma de divulgação dos resultados, revelam uma complexa trama de relações entre o meio acadêmico e as instituições de serviços. Tais relações são mediadas pelas agências de fomento à pesquisa e pela comunidade da saúde coletiva. Assim, a área temática PP&G, fundamentada pelas ciências sociais e humanas, apresenta certas especificidades e tem implicações distintas, seja na incorporação tecnológica, seja na “militância sociopolítica”. (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 77, grifo do autor).

24 Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/Educacao_Trabalho.pdf>. Acesso em: 20/01/2009.

25 Comentário da autora: Financiamento, tema extenso e motivo de muitos e permanentes estudos ao longo dos anos, no Brasil. Algumas correntes apontam o financiamento como o indutor da organização do próprio sistema de saúde brasileiro.

Neste sentido, o conhecimento tácito de experiências na implantação de políticas e planejamento de ações para o controle do câncer foi sistematizado, por meio do recorte dos recursos humanos em saúde, no caso, o oncologista clínico, o radioterapeuta e o físico médico, como os sujeitos matriciais e catalisadores da argumentação. Ressaltam-se aqui as três dimensões críticas propostas por Pierantoni para recursos humanos setoriais, como um exercício de aplicar os aspectos de dimensão gerencial, estrutural e regulatória para um segmento específico da oncologia (PIERANTONI, 2001).

Considerando que a elaboração dessas políticas são formuladas sob o manto doutrinário do SUS, a equipe técnica do INCA responsável por sua orientação junto aos Estados (no período de 2005 ao início de 2008) conduziu o processo levando em conta o papel de cada esfera de governo, a descentralização de forma hierarquizada, a análise dos serviços existentes e o desenvolvimento de programas para o controle do câncer (principalmente o câncer de colo de útero e câncer de mama).

Os instrumentos de gestão do SUS desde o planejamento estratégico, a Programação Pactuada anual entre gestores e Integrada entre as esferas de (Programação Pactuada e Integrada – PPI), o Plano Diretor de Regionalização do Estado e a Governança das Redes de Atenção, também foram pontos levantados no processo de discussões com os Estados. Tudo isso com intenção de não criar nenhuma possibilidade de desenhar e implantar RAO, em desarmonia ou desintegrada com os mecanismos de organização do SUS.

Assim, considerando as determinações da Portaria SAS/MS n.º 741, seus Anexos e a publicação Estimativa de Casos de Câncer 2010/2011 (INCA/MS, 2009), o objetivo geral do estudo é compreender em que medida a política de controle do câncer vem organizando o processo de trabalho na ACO, por meio das informações disponíveis de produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia, carga horária semanal dos especialistas (oncologista clínico, radioterapeuta e físico médico) nas unidades hospitalares que compõe a RAO, e a experiência da autora com a metodologia de planejamento de RAO.

Nesse momento surgem as reflexões que estiveram sempre presentes durante a investigação, a saber:

- Quais mudanças as políticas de controle do câncer trouxeram para a organização do processo de trabalho na ACO e,

consequentemente, redução das taxas de mortalidade por câncer, sabendo que políticas e programas com essa intenção vem sendo desenvolvidas no Brasil desde o século passado?

- Quais fatores representam limites e possibilidades na organização do processo de trabalho?
- Quais instrumentos os gestores do sistema de saúde utilizam para avaliar o número de RH (oncologista, radioterapeuta e físico médico) necessários para atender aos pacientes com câncer a partir das recomendações das portarias ministeriais?
- Qual a capacidade instalada hoje no Brasil para formar o oncologista clínico e o radioterapeuta?
- Como trazer a questão sobre os médicos especialistas responsáveis pelos procedimentos de quimioterapia e radioterapia, para dentro dos parâmetros assistenciais depois da subestimação da função do planejamento de recursos humanos em saúde durante tanto tempo?

Para dissertar sobre essas questões – e organizar o pensamento, é claro! –, foram construídos planos de análise a partir: (i) do levantamento teórico do processo histórico do desenvolvimento de ações e políticas para o controle do câncer no país; (ii) do negligenciamento das questões relacionadas à gestão de recursos humanos pelas políticas de saúde para o controle do câncer; (iii) da atual situação das instituições formadoras de especialistas em oncologia clínica e radioterapia; (iv) das reflexões advindas da experiência profissional da autora com a proposta metodológica do INCA para organização das Redes de Atenção Oncológica; (v) da produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia apresentadas no Sistema de Informação Ambulatorial do MS (SIA/SUS); e (vi) da carga horária dos profissionais envolvidos neste segmento especializado da atenção à saúde.

A pesquisa trata-se de um estudo de caso único exploratório. O caso único selecionado para o estudo foi a rede assistencial de alta complexidade oncológica do

município do Rio de Janeiro (RAACO-RJ) de 2008²⁶, formalizada pela Portaria SAS/MS n.º 146 de 11 de março de 2008.

A metodologia utilizada para desenhar, em 2008, as Redes de Atenção Oncológica, foi descrita a partir de documentos elaborados por técnicos do INCA responsáveis por apoiar e assessorar estados e Distrito Federal no controle do câncer, em consonância com as recomendações da PT 741.

O número de procedimentos ambulatoriais de quimioterapia e radioterapia realizados por essas unidades prestadoras de serviços de saúde foi obtido por meio do programa TABNET²⁷, acessado no endereço eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, e o quantitativo de procedimentos no país foi retirado do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), endereço eletrônico de domínio público.

Como os protagonistas desse trabalho são os RHS, para conhecer um pouco sobre os especialistas que foram selecionados para a pesquisa, realizou-se levantamento do número e da carga horária semanal dos oncologistas clínicos, radioterapeutas e físicos médicos do serviço hospitalar da RAO do município do Rio de Janeiro. A carga horária foi subdividida em total semanal, total dentro do serviço de saúde, total dentro da RAO e total fora da rede. Os dados para a estratificação da variável “carga horária” foram obtidos na Ficha de Profissional contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no endereço eletrônico do DATASUS.

No universo da temática de RHS na área oncológica também são encontradas as intrincadas relações mencionadas por Pierantoni (2001):

[...] que envolvem diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralização próprias também expostos a “conflitos fundamentais”, não regulados pela política setorial. Esses sistemas incluem todo o aparato educacional brasileiro e sua conformação peculiar, os sistemas administrativos centralizados em políticas ampliadas para recursos humanos e no aparato jurídico-legal que sustenta as relações de trabalho desde a regulamentação das profissões à

26 Por determinação da Portaria SAS/MS n.º 741/2005, as redes de serviços assistenciais de ACO passaram a ser definidas anualmente. Em 2008, a Portaria SAS/MS n.º 146 publicou quais os estabelecimentos de saúde fariam parte da Rede de Atenção Oncológica dos Estados e Distrito Federal.

27 O TABNET é um programa desenvolvido pela equipe do DATASUS, com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos DBF, que são os componentes básicos dos sistemas de informações do SUS. Ele permite tabular informação de diferentes tipos (por exemplo, dados de internação hospitalar, de mortalidade, de população, de procedimentos realizados, entre outros) em um mesmo ambiente (site do DATASUS).

normatização das relações de emprego, em suas mais variadas expressões. (PIERANTONI, 2001, p. 342).

A versatilidade de arranjos que existe atualmente nos serviços de saúde de ACO no SUS, na medida em que possa influenciar interesses contrários aos resultados favoráveis de saúde esperados, é outro “ninho de gatos²⁸” que precisa ser organizado. Entretanto, esse negócio de “gato” também é para outra história.

Considerando que a formação educacional desses RHS são condições primárias teóricas e legais do cuidado à saúde, foi feito um panorama sucinto da capacidade formadora desses profissionais no país, no intuito de destacar o aspecto inviabilizante de todo o processo de trabalho do tratamento do indivíduo doente (isto sem falar as consequências no setor educação e setor econômico).

A escolha da organização da Rede de Atenção Oncológica do município do Rio de Janeiro para o estudo de caso se deveu a:

- Participação da autora do estudo, como técnica do INCA, na discussão da elaboração do conteúdo das políticas para o controle do câncer em 2004 e 2005, e no processo de trabalho de construção da metodologia para calcular o número de UNACON e CACON necessários, para que estados e Distrito Federal pudessem atender ao número de casos de câncer estimados no ano de 2007;
- Oportunidade de sistematizar uma reflexão sobre a insuficiência de parâmetros para o planejamento e avaliação da rede de alta complexidade em oncologia, apesar da atualização feita pela Portaria SAS/MS n.º 741 e,
- Necessidade de incluir uma avaliação sobre a força de trabalho existente ao organizar as redes assistências de atenção à saúde, por considerar um questão estrutural de todo o processo de trabalho para o controle do câncer.

Considerando toda a dimensão política, social e econômica que uma doença crônica como o câncer representa para um país, que possui um sistema de saúde universal, o atual avanço científico e tecnológico no mundo, a intensidade das

28 Expressão popular muito falada no interior do Espírito Santo que significa: lugar desarrumado devido às brincadeiras que os gatinhos fazem com os novelos de lã.

incorporações de tecnologias no sistema de saúde e os recursos financeiros disponibilizados para o financiamento do setor saúde cada vez mais limitados, os componentes fundamentais (por exemplo: gestão, educação e regulação) inseridos nas políticas para o controle do câncer contribuem, não só para direcionar a organização do sistema de saúde na área da oncologia, mas para qualquer patologia.

Assim, eles (os componentes fundamentais da PNAO) podem se tornar não somente aspectos estruturantes, mas condicionantes para o desenvolvimento de qualquer estratégia que tenha por finalidade modificar um determinado quadro sanitário.

Desde 1999, já havia consenso entre os pesquisadores da área que os estudos de avaliação das políticas públicas apresentam uma complexidade relacionada com diversificados aspectos, o que dificulta sua utilização mais frequente na prática institucional e acadêmica. (ARRETCHE, 1999; PIERANTONI, 2000).

Gerar informações a partir da sistematização de experiências adquiridas na prática profissional concreta e da análise de bancos de dados oficiais significa substantivos subsídios para gestores e tomadores de decisão, seja na elaboração de políticas públicas, implantação de processos de trabalho ou correção de rumos.

Cabe ressaltar que não foram discutidos os aspectos estruturais e teóricos presentes nos estudos de políticas sociais – como, por exemplo, o papel do Estado, das instituições e modelos econômicos. Não obstante, alguns elementos de PP&G – como os já citados anteriormente – foram referenciadas de acordo com a construção argumentativa da pesquisa e o plano de análise estabelecido.

Para os propósitos analíticos aqui descritos, este estudo foi estruturado com a sequência apresentada a seguir.

O Capítulo 1 apresenta uma cronologia sucinta da história da saúde no Brasil, por meio da montagem de uma linha do tempo, começando no início do século passado até 2007, com intenção de situar a evolução das ações e políticas, em prol do controle do câncer no país, ao longo dos anos, com discretas alusões a fatos na área da educação que se refletiram na forma de organização no modelo de atenção à saúde. Assim, esta resumida, porém, rica experiência de construção cronológica do sistema de saúde brasileiro, bem como suas políticas organizativas e doutrinárias, foi apresentada no item 1. Como desdobramento, o item 2, demonstra

como a Portaria SAS/MS nº 741 e seus respectivos anexos subsidiaram técnicos do INCA, em 2007, na construção da metodologia federal para o desenho das redes assistenciais de alta complexidade em oncologia estaduais – ou seja, as Redes de Atenção Oncológica.

O Capítulo 2 apresenta as questões relacionadas aos recursos humanos em saúde como elemento central de todo o processo para o controle do câncer, pois se concentra neles a responsabilidade de operacionalizar as políticas e configurar os caminhos da atenção à saúde. Neste sentido, a partir de conceitos utilizados por Pierantoni (2000), foram descritos no item 1, 2 e 3, respectivamente, aspectos gerenciais envolvendo o planejamento de RH perante uma portaria em vigor desde dezembro de 2005, de como foram desenhadas a Rede de Atenção Oncológica no Brasil, em 2007, por alguns estados; a situação da formação e disponibilização de RH – neste caso, o oncologista, radioterapeuta e físico médico – para o mercado de trabalho, como o aspecto estrutural; e, no que se refere ao aspecto de dimensão regulatória, foi feita uma reflexão à luz do referencial teórico proposto, da situação atual utilizando os RH em oncologia como exemplo.

O Capítulo 3 apresenta, no item 1, toda metodologia e plano de análise utilizada no estudo de caso que foi desenvolvido para descrever a situação da RAO do Município do Rio de Janeiro; no item 2 foi realizada uma sucinta caracterização dos hospitais que compõe a RAO do Município do Rio de Janeiro, uma correlação entre a capacidade instalada de produção segundo as orientações governamentais, e a produção apresentada no SIA/SUS; foi feito um levantamento do quantitativo e carga horária dos oncologistas clínicos, radioterapeutas e físicos médicos das unidades hospitalares selecionadas para o estudo de caso, e por fim, no item 3 foi feita uma análise descritiva dos achados.

Nos comentários finais, mais do que apresentar achados inéditos, fazer críticas contundentes ou trazer soluções mirabolantes, a intenção foi fazer uma reflexão em cima do referencial teórico-metodológico utilizado na pesquisa com o que vem acontecendo na prática diária da configuração das redes de atenção oncológica, e quiçá propor uma correlação de dados que permita analisar a situação atual em relação ao tempo de atendimento do paciente oncológico pelo oncologista clínico e pelo radioterapeuta nas unidades hospitalares (UH) da RAO.

Este estudo, em nenhum momento pretendeu esgotar as pertinentes e ampliadas abordagens dos elementos aqui colocados, até mesmo porque não

contemplou vários outros aspectos que tangenciam e colorem a área de políticas, planejamento e gestão (PP&G).

A pretensão fica por conta, apenas, de trazer uma reflexão sobre em que medida a atenção oncológica no Brasil vem sendo desenvolvida pensando no processo de trabalho necessário à implementação das políticas e ações para o controle do câncer.

Por fim, vale lembrar que toda pesquisa, assim como a pintura de um artista plástico, leva as matizes de quem as criou, nem sempre inédita, bela e perfeita, mas com a coragem de se expor e instigar discussões que contribua com sua “arte”, e nunca se esgote.

1 AS POLÍTICAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER NO CONTEXTO DA HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL

1.1 Ações, programas e políticas para o controle do câncer dentro da história da saúde pública – um quadro histórico

Desde o século passado, o setor saúde no Brasil registra profundas alterações, expandindo seu espectro de cobertura enquanto assistência médica individualizada para poucos, a um bem de direito para todos, na perspectiva de uma assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, garantido pelo Estado, onde a população deve ter acesso com equidade a serviços de saúde, organizados de forma hierarquizada e descentralizada.

Porém, a ampliação da responsabilidade pela saúde por parte do aparelho estatal não significou uma mudança do modelo de atenção à saúde, norteado desde o século XX, pela medicina individual-curativista (PINHEIRO; CAMARGO, 2000 *apud* LUZ, 1982).

Esta situação pode ser percebida na cronologia chamados de *Retratos da história* (ver no Apêndice A). Uma tentativa de fazer um registro simples, conciso e com pouca variedade de cores, de fatos, de acontecimentos e mudanças que ocorreram ao longo dos anos no país voltadas para o controle do câncer, dentro da conjuntura da organização do próprio sistema de saúde brasileiro, sem as infinitudes de nuances e matizes da realidade que os envolviam.

Se para o famoso fotógrafo francês Henri Cartier Besson²⁹ fotografar era “colocar na mesma linha de mira a cabeça, o olho e o coração”, a intenção desses *retratos* é apenas registrar datas tendo, no mesmo olhar, a realidade político-econômica vigente e a organização do controle de câncer, em conjunto com a própria organização da saúde no país.

29 Henri Cartier Besson, famoso fotógrafo francês (1904/2004) foi considerado o “Pelé” da fotografia mundial e chamado por muitos como “o olho do século”.

A periodização foi adaptada daquela organizada por LUZ (1991), salvo algumas mudanças na caracterização, tendo a seguinte ordem:

- 1°. Período: Primeira República (1889-1930);
- 2°. Período: Período Populista (dos anos 30 aos anos 50);
- 3°. Período: Período Desenvolvimentista (anos 50 e 60);
- 4°. Período: Período do Estado Militar (1964-1984);
- 5°. Período: Período da Nova República (1985-1989);
- 6°. Período: 20 anos de SUS (1990-até 2010).

Observando as ações, programas e políticas propostas para o controle do câncer dentro da história de saúde do país, não seria equivocado pensar que elas interferiram – para o bem ou para o mal – na construção da situação organizacional e estrutural existente hoje no Brasil, no que se refere à prevenção e controle do câncer.

Atualmente, existe um senso comum que a saúde tornou-se uma área estratégica nacional de desenvolvimento no contexto da globalização e da terceira revolução tecnológica.

Sob esta ótica, a saúde deixa de ser vista apenas como uma área de gastos e alocação de recursos escassos, e passa a ser um espaço de desenvolvimento, uma fonte de geração de renda, de investimentos e de empregos.

Com esta visão, pesquisadores defendem a noção de complexo industrial da saúde a partir de um olhar diferenciado que procura articular a lógica econômica com a lógica sanitária (ALBUQUERQUE e CASSIOLATO, 2000; VIANNA, 2002; TEMPORÃO, 2002; GADELHA et al., 2002).

Vale comentar que este entendimento não é pioneiro. O sociólogo e economista socialista Gunnar Myrdal, nos idos de 1932, já comentava as modernas políticas sociais defendidas após a Grande Depressão dos anos 30, como sendo totalmente diferentes das antigas políticas, de “auxílio à pobreza”, praticadas até então, uma vez que eram investimentos e não custos. (grifo nosso)

O “sanitarismo desenvolvimentista” instituído a partir do segundo governo de Vargas, relacionava o nível de saúde dos indivíduos com o grau de desenvolvimento econômico do país, da mesma forma que os “anos de chumbo” da ditadura usaram a justificativa que o investimento e interesse no desenvolvimento econômico do país melhoraria as condições de saúde. (ESCOREL ; TEIXEIRA, 2008, grifo do autor).

Se a história servir como um ponto de partida para reflexão sobre o comportamento dos atores envolvidos com a saúde, diante do contexto político e econômico vigente, alguns desfechos citados na breve retrospectiva histórica no Apêndice deste estudo podem sinalizar tendências, voltadas para atender aos nichos de mercado criados pelas ações, programas e políticas para o controle do câncer.

No Brasil, as ações de saúde pública lograram uma ampliação nacional após os anos que seguiram à reforma sanitária de 1919 e à criação do Departamento Nacional de Saúde, em 1923, com grandes oscilações de ritmo e continuidade. Já o crescimento da oferta de serviços médicos e a proliferação de hospitais foram surgir em decorrência de um modelo de saúde de seguro social, quando os movimentos operários reivindicaram junto ao governo federal, assistência médico-hospitalar farmacêutica para eles e suas famílias.

O fenômeno que ocorreu na área da saúde em decorrência da política desenvolvimentista adotada pelo governo central, permitindo a entrada de capital multinacional,

[...] iria implicar a transformação do modelo tradicional de prestação de assistência médica. As mudanças científicas e tecnológicas que atingiram o setor, tais como a fragmentação do ato clínico em diversas especializações médicas e a sofisticação dos instrumentos de diagnósticos e de meios terapêuticos, acabaram por contribuir para a superação da prática médico-liberal [...]. Uma de suas repercussões na área médica foi o agravamento da dependência tecnológica do setor, o que veio a fortalecer os interesses das indústrias multinacionais de equipamentos e de produtos farmacêuticos. (BODSTEIN, 1987, p. 98).

A história revela que a saúde se mostrou um campo atraente para investimentos capitalistas quando o interesse do Estado era o desenvolvimento econômico, ficando o desenvolvimento social como um bem a ser alcançado ou um valor a ser conquistado.

Nos “retratos do tempo”, pode-se notar que apesar da área assistencial para o controle do câncer avançar em intensidade variada, guardando dependência na atenção que os governos dispensavam para com a Saúde, foram construídas sólidas³⁰ referências para o tratamento do câncer ao longo dos anos.

30 Não pretende-se aqui julgar o mérito se o que existe é bom ou ruim, apenas fazer uma constatação que o modelo de atenção oncológica no sistema de saúde vem sendo construído ao longo da história de saúde do Brasil representa uma construção histórica.

Na periodização apresentada no Apêndice, pode-se observar pessoas que se destacaram em prol de alertar sobre a gravidade do câncer e viabilizar estruturas assistenciais capazes de tratar os casos que só aumentava, e tentar reduzir o sofrimento e o número de óbitos da doença que, também, crescia. Esse grupo de profissionais, trabalhadores e agentes sociais e políticas, mesmo defendendo diferentes correntes científicas, de certa forma parecem manter o foco de interesse muito bem definido – e diga-se de passagem, muito necessário –, voltado para o tratamento individual do câncer na alta complexidade oncológica.

Inclusive, a própria instituição de referência nacional para o controle do câncer no País – o Instituto Nacional de Câncer (INCA) – teve seus pilares construídos fortemente na assistência e pesquisa de alta complexidade oncológica (grande parte de seus profissionais voltados para práticas assistenciais e pesquisas básicas e ensaios clínicos). E hoje, as Redes de Atenção Oncológica são desenhadas, fundamentalmente, mediante a existência de médicos especialistas (oncologistas, cirurgiões oncológicos e radioterapeutas).

Já as ações de caráter de saúde pública foram estruturadas numa logística de campanhas, programas e ações, ficando à mercê dos reveses das políticas públicas sociais e econômicas onde pode-se observar descontinuidade, reprises de iniciativas e incipientes processos avaliativos.

Tudo isso regido por um forte elemento complicador da estruturação da atenção à saúde para a coletividade – as ações voltadas para o cuidado da saúde (em alguns momentos da história do País) ficavam divididas entre dois ministérios: o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Pontualmente esta dicotomia técnica-administrativa do passado trouxe para o presente um legado sobre o processo de trabalho para o controle do câncer que, ainda hoje, encontra-se fragmentado, e assim pode ser visto na clássica pirâmide dos níveis de atenção: atenção primária, secundária e terciária, também chamada de atenção básica, de média ou alta complexidade.

Isto sem citar o Anexo I do recente Decreto Presidencial n.º 6.860 de 27 de maio de 2009 que apresenta a estrutura regimental do MS com várias instâncias por onde passam competências, diretas e indiretamente, comprometidas com o controle do câncer, sendo uma o Instituto Nacional de Câncer.

O INCA “é o órgão do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, responsável por desenvolver e coordenar ações integradas para a

prevenção e controle do câncer no Brasil” (INCA/MS). E mais, compete à essa Instituição assessorar o Ministro de Estado da Saúde na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

A rigor, a prevenção e o controle do câncer encontra-se segmentado dentro do sistema de saúde brasileiro.

Apesar das atuais políticas e incentivos para as ações de controle do câncer na atenção básica (também chamada de atenção primária), promoção da saúde e prevenção de doenças, elas ainda estão estreitamente relacionadas com o desenvolvimento social da nação.

Enquanto isso, a detecção precoce³¹ do câncer coabita uma zona cinzenta e fundamental que transita entre a atenção primária e de alta complexidade conhecida como média complexidade que o Ministério da Saúde define como o nível de atenção “cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento” (MS, 2009).

Este é o pano de fundo onde são formatadas as denominadas “Redes de Atenção Oncológica”, compostas por determinação ministerial de serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia, devidamente, cadastrados, credenciados e habilitados pelos gestores do SUS, e em conformidade com as regulamentações ministeriais. Redes estas que movimentam o que Cordeiro (1985) chamou de “processo de capitalização da prática médica”. (CORDEIRO, 1985, p. 162).

Inclusive, ainda citando Cordeiro, foi “a partir de 1974 que se inicia um novo momento no processo de constituição e desenvolvimento do complexo médico-industrial³²”, com o crescimento do setor médico-empresarial. (CORDEIRO, 1985, p. 163).

31 De acordo com a Organização Mundial de Saúde existem duas estratégias para a detecção precoce: o diagnóstico precoce e o rastreamento nacional ou regional de indivíduos assintomáticos e aparentemente saudáveis. (WHO, 2007).

32 O conceito de complexo médico-industrial (CMI) passou a ser concebido de modo ampliado, contemplando as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico. (VIANNA, 2002, p. 376).

Ocorre que as articulações entre produção, circulação e consumo de produtos das indústrias farmacêuticas e de equipamentos, da prática médica e das políticas governamentais evidenciado por Cordeiro (1985), também possam ser aplicadas na oncologia, principalmente, pelas necessidades de saúde que as patologias oncológicas conclamam e pelas constantes conquistas terapêuticas na área.

A Organização Mundial de Saúde reconhece que cerca de 50% das novas conquistas terapêuticas (para todas as patologias) não existiam há uns dez anos atrás (CONASS, 2007), sendo a área do câncer, no nicho da alta complexidade, um cliente expressivo para essas novas tecnologias em saúde³³.

Assim, forma-se um mercado de interesse exponencial das indústrias de medicamentos, insumos e equipamentos de alta complexidade, tanto pela situação epidemiológica do câncer, quanto pela própria complexidade das neoplasias que requerem tratamentos de alto custo.

Ressalta-se, porém, que embora toda tecnologia trazendo bons resultados de custo-eficácia e custo-eficiência seja sempre bem-vinda na atenção à saúde, ela só assim o será se houver recursos humanos capazes de efetivá-la na prática diária dos cuidados, de forma adequada.

De qualquer forma, os sistemas de saúde são diretamente afetados para o bem e para o mal, por todo o complexo médico-industrial e a indústria da saúde, tanto pelos seus resultados quanto produtos, acarretando aumento de gastos e restrições de recursos na área, fazendo com que gestores da saúde necessitem de instrumentos que possam subsidiá-los no processo de tomada de decisão e formulação de políticas.

Os instrumentos que orientam a organização e o planejamento dos serviços assistenciais a saúde, fornecendo um diagnóstico sobre os recursos humanos em saúde envolvidos com esse tipo de cuidado, são exemplos de elementos estruturais fundamentais a serem construídos, quando, o que está em pauta, são os gastos dentro de um orçamento já comprometido, defasado e, principalmente, voltados para cuidados envolvendo a saúde de indivíduos.

33 Banta , em 1981, definiu "tecnologia em saúde" como sendo " qualquer técnica ou ferramenta, produto ou processo, método ou aparato, que permita ampliar as capacidades humanas no que se refere à saúde". (BANTA, apud CAETANO, 2008, aula ministrada Mestrado de Gestão de Tecnologias em Saúde, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

1.2 As portarias envolvidas com o processo de trabalho na alta complexidade em oncologia

Desvendar a origem da herança de ecléticos arranjos e processos organizacionais e institucionais, com práticas profissionais cada vez mais fragmentadas, onde o doente deixou de ser o foco central do cuidado e a doença passa a ser o segmento a ser acompanhado, ao mesmo tempo em que o financiamento das ações e serviços de saúde continua sendo o norteador da organização do sistema de saúde torna-se, atualmente, apenas mais uma etapa desse desafio que é operacionalizar a Rede de Atenção Oncológica, em consonância com a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Num setor como o de saúde no Brasil, onde o papel do governo inclui o fornecimento de serviços, a gestão de um contingente de recursos humanos dedicado à prestação de serviços torna-se um aspecto importante da gestão de recursos. (BANCO MUNDIAL, 2007).

As três portarias apresentadas a seguir, demonstram exatamente uma das assertivas do estudo feito pelo Banco Mundial, em 2007, quando reconhece que,

embora seja de conhecimento universal que os recursos humanos são o aspecto mais importante na gestão de serviços de saúde, muitas vezes isso é negligenciado pelos formuladores de políticas de saúde e profissionais da área que se preocupam mais com questões de políticas setoriais como o acesso ao atendimento, cobertura da população e financiamento. (Banco Mundial, 2007, p. 67).

1.2.1 Antigas normas para organização da alta complexidade oncológica de 1993 a 1998

A Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde/MS n.º 170/93 de 17/12/93 foi a primeira disposição ministerial normativa voltada para a organização da assistência de ACO no Brasil.

Pouco tempo depois foi substituída pela Portaria GM/MS n.º 3.535 de 02/09/1998 significando um marco e avanço no que tange à organização deste tipo

de atenção, na medida em que o cálculo da necessidade de unidades prestadoras de serviços de alta complexidade passou a ser feito com base por meio de estimativas populacionais³⁴ e, não mais na oferta espontânea de serviços de quimioterapia (a sobreoferta existente de serviços isolados de quimioterapia fez com que a necessidade de investimentos para o tratamento de alta complexidade em oncologia necessitasse de investimentos muito maior para a criação de serviços hospitalares e radioterápicos – diga-se de passagem, muito mais caros do que aqueles destinados à quimioterapia). (KLIGERMAN, 1999)³⁵.

O mecanismo de repasse de recursos federais para o financiamento das ações e serviços de saúde de um modo geral, norteado pelo critério de produção pode ter contribuído para o “boom” do crescimento, nos anos 90, dos serviços isolados de quimioterapia, segmentando o tratamento do paciente oncológico na alta complexidade, e dificultado o acesso do paciente aos demais tratamentos oncológicos nos tempos adequados para se alcançar bons prognósticos de cura e sobrevida.

Em 1999, Kligerman alertou que a prática oncológica no Brasil era “pesadamente terapêutica, e o sistema de saúde sofre uma pressão constante por conta disso”³⁶.

O modelo de organização dos serviços de alta complexidade oncológica orientado pelo mercado sem garantir, nem mesmo a cirurgia oncológica, o tratamento radioterápico e a internação hospitalar para as intercorrências do paciente foi re-alinhado por meio desses instrutivos, entendido como uma forma de “garantir a assistência integral e integrada ao paciente com câncer”. (INCA, 2001)³⁷.

Enquanto a portarias 3535/98 definiu normas para a estruturação do sistema de assistência oncológica, a Portaria GM/MS n.º 3.536 de 02/09/1998 deliberou sobre a nova sistemática de codificação, autorização, cobrança e pagamento de procedimentos quimioterápicos e radioterápicos.

34 Esperava-se, em média no país, a ocorrência de 1.000 casos novos/ano em uma população de 550.000 habitantes.

35 Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, Ano II, n. 6, p. 8, 2. trim.1999. Disponível em:
<<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/6horizontes.asp?nrev=N%BA%A06>>. Acesso em: 3 mar. 2010.

36 Ibidem, 1999.

37 Documentos internos do Projeto EXPANDE/INCA elaborados pela equipe técnica responsável pelo desenvolvimento do projeto.

Na ocasião, a finalidade básica dessas novas portarias e normas foi organizar de maneira mais “integrada”³⁸ o sistema da assistência oncológica no Brasil e estabelecer um método de geração de dados sobre o câncer e seu tratamento especializado, construir parâmetros para futuras avaliações sobre a qualidade do tratamento, para o planejamento físico-orçamentário dos procedimentos oncológicos do SUS e para a contínua melhoria do mesmo. (KLIGERMAN, 1999).

Assim a Portaria 3535/98

regulamenta o (re)cadastro das unidades prestadoras de serviços oncológicos, enfatizando a indispensabilidade da assistência integral e integrada ao paciente com câncer. Ela é complementada por duas outras portarias, que buscam superar as dificuldades apresentadas para o (re)cadastro das unidades prestadoras de serviços oncológicos ao SUS: a 255, de 31/03/99, que regula sobre a habilitação dos profissionais das sub-especialidades oncológicas, e a 113/99, também de 31/03/99, que orienta o (re)cadastro de serviços isolados de quimioterapia ou de radioterapia.

[...] trouxe consigo também uma outra grande abertura, que é a possibilidade de hospitais gerais poderem ser cadastrados no SUS como Centro de Alta Complexidade em Oncologia, condição anteriormente reservada apenas aos hospitais especializados ao tratamento do câncer. (KLIGERMAN, 1999, p. 8)³⁹.

1.2.2 A Política norteadora do controle do câncer no País após 2005 – a Portaria GM/MS n.º 2.439

A Portaria GM/MS n.º 3.535/98 de caráter normativo e voltada para a ACO foi substituída pela Portaria GM/MS n.º 2.439 de 08/12/2005 que trouxe as diretrizes gerais e os componentes fundamentais para a implantação nacional de uma política para a atenção oncológica, tendo como principais objetivos:

- Desenvolver estratégias de promoção da saúde, identificando os determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas; promover a qualidade de vida e saúde da sociedade, sendo capaz de prevenir fatores de risco, de reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades.
- Organizar uma linha de cuidados, que envolva todos os níveis de atenção (básica e especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).
- Constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral.
- Ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer.

38 Conforme o entendimento do que o Instituto Nacional de Câncer, na época (1999) do que vinha a ser atenção integrada.

39 Revista da Sociedade Brasileira Cancerologia, 1999. Disponível em: <<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/6horizontes.asp?nrev=N%BA%A06>>. Acesso em: 3 mar. 2010.

- Desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção oncológica.
- Fomentar e desenvolver atividades de educação e formação de profissionais que atuam nessa atividade.
- Fomentar, coordenar e executar projetos de incorporação tecnológica e incentivar a pesquisa na atenção oncológica. (CONASS, 2007, p. 89).

Esse elenco de proposições retratou uma visão descentralizada e ampliada dos elementos envolvidos na prevenção e controle do câncer que precisam ser articulados, desenvolvidos, implementados, organizados e perenemente avaliados pelos gestores do SUS.

No novo contexto a alta complexidade passa a ser apenas citada como o nível de atenção para onde os gestores devem garantir o acesso dos pacientes, por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

Ocorre que uma portaria de caráter normativo quando revogada totalmente, parcialmente ou substituída por outra – como foi o caso da PT 3535 – deve manter seu conteúdo com o mesmo caráter anterior, e não foi isso que aconteceu.

A Portaria GM/MS n.º 3535, normatizadora da ACO, foi substituída e revogada por uma portaria que tinha um caráter diretivo, a Portaria GM/MS n.º 2413, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Tal feito talvez possa ter contribuído para o confundimento que tal instrumento provocou na ocasião, na medida que gestores e técnicos das Secretarias de Saúde buscavam saber quais as “novas normas” para a organização da atenção oncológica. (grifo nosso).

O documento que, de fato, substituiu as normas da “antiga 3535” (forma como a área técnica da Saúde se referia à portaria) foi a Portaria instituída pela Secretaria de Atenção à Saúde que veio logo a seguir. (grifo nosso).

1.2.3 Normas para organização da alta complexidade oncológica após 2005 – a Portaria SAS/MS n.º 741

Os novos conceitos, aptidões, qualidades e normas para classificação e credenciamento dos estabelecimentos de saúde para a alta complexidade em oncologia (ACO), bem como, os parâmetros para planejamento e avaliação da Rede

Assistencial de ACO só foram estabelecidos pela Portaria SAS/MS n.º 741 de 19 de dezembro de 2005 e seus Anexos.

A prestação de serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia no SUS é regulamentada por esse documento, o qual estabelece uma série de requisitos técnicos estruturais mínimos para o cadastramento de serviços. Somente os serviços que atendem a esses requisitos, e são cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) podem prestar assistência oncológica para o SUS.

Nos anexos da Portaria não são encontradas as memórias de cálculo que definiram a capacidade esperada de produção dos equipamentos, exceto o que diz respeito ao tratamento de radioterapia. As demais informações sobre capacidade de produção dos equipamentos de diagnóstico são encontradas na Portaria GM/MS n.º 1.101. Na área oncológica, o número de leitos não constitui uma variável na mensuração da capacidade instalada entre os parâmetros existentes.

A ênfase do planejamento fica por conta das especialidades médicas listadas em regime ambulatorial e de internação, os equipamentos específicos de radioterapia e a existência da central de quimioterapia⁴⁰.

De forma sucinta os cinco Anexos da Portaria SAS/MS n.º 741 tratam dos seguintes temas:

- Anexo I – Normas de classificação e credenciamento de unidades e centros de assistência e autorização dos centros de referência.
- Anexo II – Normas para manutenção do credenciamento.
- Anexo III – Para avaliar a cobertura assistencial no país foi estabelecido parâmetros para o planejamento e avaliação da rede de alta complexidade em oncologia.
- Anexo IV – Formulário para Vistoria do Gestor nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

⁴⁰ O Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Quimioterapia e Radioterapia foi definido, respectivamente, pela Resolução Diretoria Colegiada (RDC) 220 de 21/09/2004 e RDC 20 de 02/02/2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

- Anexo V – Formulário para vistoria do gestor nos serviços isolados de radioterapia e/ou quimioterapia.

Apesar do grande avanço na regulamentação da prestação de serviços de ACO, no SUS, em consequência do modelo de cadastramento de serviços que antecedeu a Portaria 3.535/98, ainda existem Serviços Isolados QT e RT no país (só para lembrar, as unidades isoladas oferecem, apenas, a assistência ambulatorial, deixando o paciente sem cobertura assistencial hospitalar e serviços de apoio diagnóstico e terapias – SADT). Com a Portaria 741, ficou vedada a habilitação de novos serviços isolados, sendo que, os antigos serviços tiveram que se adequar às novas exigências.

Outra importante mudança advinda desta portaria para o planejamento e avaliação da área técnica do INCA foi à referência para calcular o número de UNACON e CACON necessários para a cobertura assistencial. O critério deixou de ser populacional e o cálculo passou a ser feito de acordo com as estimativas de casos novos.

1.3 Metodologia utilizada para calcular a necessidade de UNACON e CACON para assistência hospitalar de alta complexidade oncológica, entre 2006 a 2008, pelo INCA.

Para calcular a necessidade de unidades hospitalares para as redes assistenciais de alta complexidade em oncologia, o instrumento referencial utilizado foi o Anexo III da PT 741 (ANEXO B) que traz a seguinte orientação,

O número de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) deve ser calculado por no mínimo cada 1.000 casos novos anuais, excetuando-se o câncer de pele (não melanoma), para efeito de cálculo de estruturas e serviços hospitalares de alta complexidade (Oncologia Clínica, Radioterapia com equipamentos de megavoltagem, Hematologia e Oncologia Pediátrica), podendo-se considerar a adequação do acesso e a cobertura regional.

[...] A produção das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia e CACON deverá guardar proporcionalidade entre as modalidades terapêuticas acima descritas, respeitando a finalidade do seu credenciamento. (BRASIL, 2005).

Dos 1.000 casos novos de câncer que a unidade hospitalar tem capacidade de atender, espera-se que 500 a 600 pacientes necessitem de cirurgia oncológica,

700 pacientes necessitem de quimioterapia, e 600 pacientes necessitem de radioterapia. (BRASIL, 2005).

Perante necessidade de atendimento, o Anexo III da Portaria apresenta a variação mínima e máxima de produção esperada de procedimentos de quimioterapia e campos⁴¹ de radioterapia que a unidade hospitalar deve ser capaz de realizar. A saber:

Número de procedimentos para atender 700 pacientes que necessitam de Quimioterapia		Número de campos para atender 600 pacientes que necessitam de Radioterapia	
Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
4.200	6.300	40.500	42.000

Quadro 1 – Produção esperada de quimioterapia e radioterapia para atender 1.000 casos novos de câncer de acordo com o Anexo III da Portaria SAS/MS n.º 741/2005.

A capacidade média padrão para uma UNACON e/ou CACON atender a programação acima, era relacionada com a existência de poltronas e leitos para a quimioterapia (de 06 a 08 poltronas para as de curta duração e 01 a 02 leitos para aquelas de longa duração), o equipamento de radioterapia (podendo ser 01 acelerador linear ou 01 aparelho de cobalto).

Para fins de programação e planejamento de serviços, quando o gestor estadual solicitava habilitação de uma unidade hospitalar junto ao gestor federal como UNACON e CACON, toda capacidade instalada de tratamento em radioterapia do serviço em questão era considerada.

⁴¹ Campo: na radioterapia refere-se ao número de incidência diária em que se aplica a radioterapia, em uma área geométrica demarcada externamente (Manual do Sistema de Informações Ambulatoriais - APAC/ONCO, 2006).

[...] Unidades ou CACON's com produção correspondente a mais de 1.000 casos novos anuais devem ser computados como múltiplo em tantas vezes o seja do estimado por 1.000, reduzindo-se correspondentemente o número de Unidades ou CACON's necessários e os respectivos números dos serviços. (BRASIL, 2005).

Em princípio, o número de equipamentos de radioterapia de megavoltagem existente no serviço, sinalizava a capacidade instalada de cobertura assistencial da unidade hospitalar de atendimento. Um dos fatores que mais pesava em favor esse critério era o alto custo do investimento necessário para a implantação de um serviço de radioterapia (principalmente a construção da área física e a logística de importação de equipamentos caros, e com alguns, ainda envolvendo alto risco de contaminação radioativa). Fato esse que pode ter influenciado o pouco interesse da saúde privada em investir nessa área, que por sua vez, contribuiu para o constante déficit na quantidade de serviços existentes para cobrir a necessidade.

Duas notas apresentadas no documento ministerial merecem destaque: “a produção das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia e CACON deverá guardar proporcionalidade entre as modalidades terapêuticas acima descritas, respeitando a finalidade do seu credenciamento” e “o número maior de procedimentos de quimioterapia por paciente depende do número de doentes tratados nos serviços de Hematologia ou Oncologia Pediátrica”.

Na ocasião, assim como hoje, as unidades assistenciais que realizam atendimentos exclusivos de pediatria e hematologia⁴² não eram contabilizadas, no planejamento geral, como capacidade instalada existente para cobertura assistencial dos casos totais de câncer, justamente por sua capacidade de cobertura assistencial ser limitada.

Conforme o instrumento referencial de planejamento e avaliação, o compromisso do Serviço de Oncologia Pediátrica é

[...] atender no mínimo 75 casos novos/ano (tumores sólidos e de origem hematopoética). Para o cálculo do quantitativo necessário de serviços de oncologia pediátrica a serem credenciados, deverá ser levado em conta a existência de Unidades de Alta Complexidade Oncológica e de CACON's com serviço de Hematologia credenciados na região, uma vez que esse serviço tem também capacidade de prestar assistência às crianças e adolescentes com tumores hematológicos pediátricos, tumores estes que representam cerca de 40% de todas as neoplasias malignas que acometem as pessoas nessa faixa etária. (BRASIL, 2005).

42 A incidência média de câncer hematológico e pediátrico (0 a 18 anos) é, respectivamente, em torno de 5% do total de cânceres estimados, e de 2% a 3% do total de cânceres estimados, exceto o câncer de pele não melanoma.

A partir dessas informações era possível fazer uma aproximação do número de unidades prestadoras de assistência hospitalar necessário para atender os casos novos de câncer por unidade federativa (UF).

A sistematização dos dados, achados e informações, bem como, a própria metodologia apresentada (sempre passíveis de discussões e aprimoramentos), representa um primeiro passo para o avanço do estabelecimento de medidas e instrumentos avaliativos dos resultados esperados na área da ACO.

Surge aí a questão central do estudo, ou seja, o *modus operandi* da configuração da força de trabalho que permite a operacionalização das normas e políticas, bem como, cumprimento de metas referentes aos cuidados assistenciais à saúde. Afinal de contas, os RHS são a força motriz que impulsiona e movimenta toda a engrenagem da indústria da saúde caracterizada por Cordeiro, desde os anos 80.

Quem são estes profissionais envolvidos com grande número de procedimentos de quimioterapia e radioterapia?

De certa forma, organização da oncologia vem sendo estruturada ao longo dos anos, com exíguos parâmetros assistenciais relacionados aos recursos humanos envolvidos com os cuidados esperados de alta complexidade para o controle do câncer.

Este é um componente fundamental que, ainda precisa avançar dentro das diretrizes organizacionais das políticas para o controle do câncer no País. É nesse momento que se espera que o Estado cumpra com o seu papel, enquanto responsável por lei, pela saúde da população.

2 OS RECURSOS HUMANOS NA ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

Entre as transformações ocorridas na estrutura do sistema de saúde no Brasil, nos anos 90, a ênfase na descentralização defendida por gestores, profissionais e trabalhadores de saúde como consequência da Reforma Sanitária, após anos de ditadura militar, promoveu, o que Machado (2005, p. 257) chamou de “forte inversão do ‘parque sanitário brasileiro”, em particular, aqueles – órgãos, hospitais, ambulatórios, leitos e empregos – que funcionavam sob o comando público passaram a ter centralidade nos municípios. (MACHADO, M., 2005, p. 257).

O sistema de saúde que antes da Constituição de 88 era caracterizado como privatista, com a chegada do sistema público de saúde todos os cidadãos passam a ter direito à assistência de saúde gratuita, sob responsabilidade do Estado. Entretanto, a operacionalização do sistema de saúde no país ocorre com a participação efetiva do subsistema de saúde privado, só que, desta vez, em ação conjunta e complementar ao subsistema público. (MACHADO, M., 2008).

Atualmente, vários estudos demonstram o vigoroso mercado de trabalho em saúde no Brasil que gera mais de dois milhões e quinhentos mil empregos diretos de saúde (MACHADO, M., 2008, p. 309). E, embora, esse mercado apresente crescimento constante “tanto no setor público quanto no privado”, é no Setor Público que o contingente de recursos humanos existente no setor saúde brasileiro encontra seu mais importante empregador. (MACHADO, M., 2003, p. 227).

O tema sobre gestão de RHS tem sido estudado em contraponto com as reformas das políticas públicas desde a década de 80 e 90 no Brasil, com uma variedade de abordagens que incluem não somente o mercado de trabalho, mas outras como, gestão, regulação, informação e formação.

A reflexão esclarecedora trazida por Girardi (1998) sobre a questão da reforma das instituições e mecanismos de regulação das relações de trabalho, da educação profissional e do exercício das profissões de saúde, apesar de se manter atual e de extrema importância estratégica no rol das políticas de RHS, principalmente, no que se refere ao aumento da eficiência e resolutividade dos sistemas de saúde, ainda não foram levadas adiante com a intensidade e persistência que o assunto requer.

Como consequência, as medidas a serem tomadas ficam aquém da velocidade necessária para acompanhar as necessidades de atenção à saúde e as conformações e reconfigurações do mercado.

Nogueira e Santana (2000) propõem duas abordagens para explicar o negligenciamento inicial para as questões relativas aos RHS, por ocasião das reformas institucionais: uma porque “os reformistas puseram forte ênfase na necessidade de diminuir o tamanho do aparato de Estado”, e a outra, devido à forte objeção à burocracia, que segundo eles foi “um dos objetivos principais do novo estilo de administração pública que propunham”. Como consequência, “os reformistas adotaram uma abordagem da gestão de RH essencialmente negativista, não tendo dedicado atenção a seu indispensável ordenamento jurídico e tampouco à sua complexidade política”. (NOGUEIRA e SANTANA, 2000⁴³).

Como se não bastasse, também recaí sobre os RHS a desconsonância observada entre os objetivos das instituições de educação e os serviços de saúde. E, ao mesmo tempo, ocorre a já citada dinâmica inovação tecnológica em saúde, incidindo, diretamente, no processo de trabalho, evidenciando ainda mais, a questão sobre os RHS como uma prioridade a ser mantida na Agenda da Saúde.

Apesar de governos, gestores, entidades sindicais, universidades, instâncias colegiadas do SUS, enfim, todos concordarem que o SUS precisa ter políticas de gestão do trabalho e da educação como mecanismo indispensável para o desenvolvimento e o equacionamento dos graves problemas oriundos do setor, pouco se tem avançado nesse sentido. (MACHADO, M., 2006).

Nessa perspectiva, não foi à toa que a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, 2005, determinou que o período 2006-2015 se constituísse em "Uma Década de Recursos Humanos em Saúde". (OPAS, 2004).

Em 2003, uma importante iniciativa governamental no intuito de estabelecer um setor institucional de gestão e regulação do trabalho e da educação no Ministério

43 Documento elaborado sob encomenda do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, para o Workshop on Global Health Workforce Strategy, promovido pela Organização Mundial da Saúde, em Annecy, França, em dezembro/2000. Disponível em: <<http://www.bra.ops-oms.org/rh/admin/documentos/ACF22.pdf>>. Acesso em: 03/10/2009.

da Saúde foi com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

Essa nova estrutura central no MS segue a concepção política de governo que se faz necessário dispor de políticas e diretrizes gerais, que ordenem a educação e as relações de trabalho no SUS, em conformidade com as normas jurídicas básicas e com os objetivos e os critérios da política nacional de saúde.

Como este trabalho não pretende desenvolver novos conceitos nem propor novas abordagens para a construção de políticas de RHS, a contextualização e reflexão sobre a situação dos RH no processo de trabalho na ACO foram realizadas utilizando o referencial teórico proposto por Pierantoni (2001) das três dimensões críticas dos RHS: estrutural, gerencial e regulatória.

Nessa oportunidade, a experiência vivida no assessoramento aos Estados e Municípios, norteadas pela política para o controle do câncer na ACO em vigor, para o planejamento, avaliação e aprovação das Redes Estaduais de Atenção Oncológica dos Estados foi descrita conforme as dimensões defendidas pela citada pesquisadora, com algumas adaptações pontuais. E, embora esta análise se apresente de forma segmentada, com três vertentes distintas, para o planejamento das redes de atenção em nenhum momento é esperado que elas sejam vistas de forma paralela, mas sim, complementar e orgânica.

Na vida real, a recomendação acima ainda é um desafio quando se sentam em torno de uma mesa de planejamento, as três esferas de gestão que compõem o federalismo brasileiro.

2.1 A dimensão estrutural

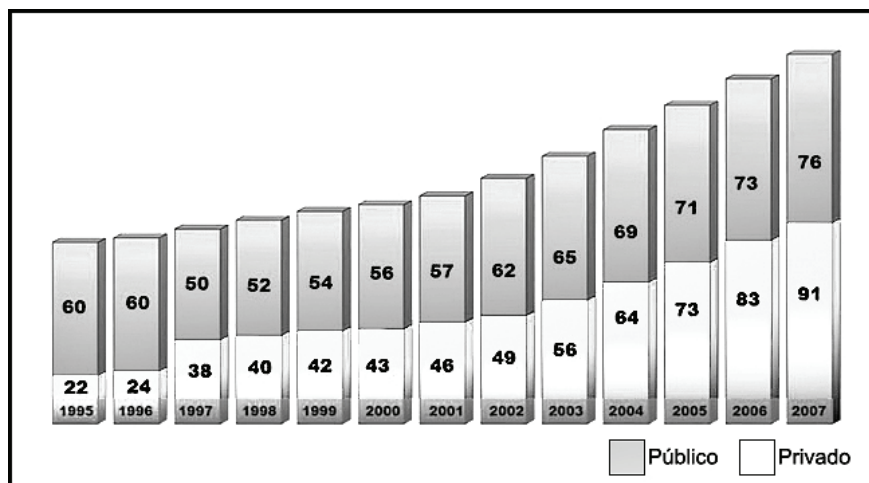
A dimensão estrutural proposta por Pierantoni (2001) compreende, basicamente, dois aspectos:

- i) a disponibilização de profissionais para o mercado de trabalho no que se refere à formação e distribuição geográfica no país e,
- ii) a configuração deste mercado de trabalho frente aos novos modelos de gestão e às imbricadas formas de relações de trabalho e do exercício das profissões.

Voltando ao passado para entender o futuro, no quadro cronológico (Anexo 1) apresentado no estudo, percebe-se que entre 1965 a 1975, o Brasil viveu um momento considerado o *boom* do ensino superior, com a criação de inúmeras universidades e vagas, sendo elas em sua maioria, de natureza privada. (PIERANTONI, 2006).

Observando dados recentes da Estação de Trabalho do IMS (Gráfico 1), a tendência do perfil jurídico dos cursos de medicina após 2005 vem crescendo a favor dos cursos realizados em Instituições de Ensino Superior (IES) privadas.

Gráfico 1 – Evolução do número de cursos de medicina no Brasil, segundo a natureza jurídica da instituição, no período de 1995 a 2007.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da ROREHS, 2009.

Cabe ressaltar a consideração feita por Pierantoni, Varella e França (2006) sobre o valor do ensino que pode incidir diretamente na saúde da população:

A expansão do ensino superior brasileiro resulta de uma política de Estado e, tradicionalmente, a política para a educação superior tem assumido que o mercado econômico deve desempenhar um papel central na criação de novos cursos e instituições. Desta forma, a satisfação do mercado e a demanda por novas vagas no ensino superior tornam-se “princípios fundamentais”. Esta ótica contrasta com a que parte da premissa da necessidade social do ensino. Assim, por exemplo, no caso da Medicina, o número de vagas e cursos deveria corresponder às necessidades do País e não somente às tendências do mercado [...]. (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006, p. 88).

Conhecendo o perfil da natureza jurídica das IES e a linha política governamental de desenvolvimento do País, focada na estabilidade econômica do mercado, a fim de se tornar um atraente referencial e mercado para investimentos

internacionais, num mundo globalizado, um sistema de ensino, com predomínio de instituições privadas, pode ser oportuno na formação de profissionais que atendam ao comportamento do mercado, em detrimento aos prioritários problemas sociais sanitários.

Outra característica importante com relação aos RHS é saber como se comporta a distribuição dessas instituições formadoras, pelas Regiões do País.

A Tabela 3, que vem a seguir, mostra como está a distribuição de IES entre as unidades federativas e as grandes regiões brasileiras.

Pode-se observar que ocorre uma concentração de escolas para formação médica na região econômica mais ativa do País, a Região Sudeste. Logo em seguida, aparece a Região Nordeste com o quantitativo de IES 56% menor.

Tabela 3 – Distribuição de Instituições de Ensino Superior (IES) de Medicina, por Regiões e Unidades Federativas, Brasil, ano 2008.

REGIÃO	UF	QUANTIDADE DE IES
Norte	AM	3
	AP	0
	AC	1
	PA	4
	RO	4
	RR	1
Nordeste	AL	2
	BA	6
	CE	7
	MA	3
	PB	5
	PE	4
	PI	4
	RN	3
	SE	1
Sudeste	SP	31
	RJ	17
	MG	27
	ES	5
Sul	PR	9
	SC	10
	RS	11
Centro-Oeste	DF	4
	GO	3
	MS	3
	MT	2
	TO	4
Total		174

Fonte: INEP/MEC/SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da RORHES, 2009

Sobre a distribuição geográfica de médicos no Brasil, vários estudos sobre o assunto têm demonstrado, ao longo dos anos, a má distribuição geográfica desses profissionais nas grandes regiões do país (MACHADO, 1997 e 1999; ARANTES, 2004; PIERANTONI, 2004; PIERANTONI, FRANÇA, MATSUMODO, 2010).

Estudiosos na área evidenciam não somente a concentração de escolas médicas em algumas regiões, como também, a

[...] baixa capacidade do setor Saúde para ordenar a formação na área. Some-se a isso a inadequação de propostas curriculares que atendam às necessidades do sistema de saúde e revertam o cenário de extrema especialização e fragmentação do trabalho médico. (PIERANTONI et al, 2006, p. 95).

A privatização da medicina por meio do complexo médico-industrial na saúde, impulsionada após os anos 50 e fundamentado nas bases materiais no setor hospitalar (“lucrativo” e “não-lucrativo”) e dominante nas relações sociais predominantes na sociedade dos anos 60, sugerido por Cordeiro (1985), pode ter uma relação com esta tendência.

Um comportamento de certa forma previsível frente ao modelo flexneriano predominante no processo de formação médica, ou seja, modelo de ensino que transformou o hospital no principal local de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX, com foco biomédico centrado na doença e que foi considerado reducionista ao adotar o binômio saúde-doença, unicausal e biologicista. (PAGLIOSA; ROS, 2008, p. 486).

Arantes (2004) comenta em seu estudo sobre parâmetros sobre a oferta de serviços de saúde no Brasil que, em 1998, a mais de uma década atrás, a Universidade Federal de São Paulo realizou um estudo sobre as residências médicas (RM) e revelou, através da constatação da Comissão Nacional de Residência Médica, do importante papel dado, aos maiores valores médios de remuneração das especialidades, que atuam com procedimentos médicos especializados, no momento da escolha por RM específicas. Uma demonstração de como a economia impôs sua lógica na configuração da agenda social, seguindo a tendência da hegemonia neoliberal vigente no mundo globalizado. (ARANTES, 2004).

Esse mesmo estudo trazia também um alerta: quase 40% dos médicos recém-formados no Brasil não tinham acesso a qualquer programa de residência médica.

O Estado de São Paulo – campo do estudo e considerado um potencial celeiro nacional formador de recursos humanos em saúde – demonstrava que, embora o número de vagas para residentes fosse superior ao número de recém-formados nas instituições paulistas, a disputa por determinadas especialidades era bastante acirrada. Inclusive, a análise feita na época sobre a oferta das vagas existentes foi considerada um reflexo da desorganização do mercado de trabalho. (ARANTES, 2004).

Em 2003, Silva e Arregui fizeram um estudo (Tabela 4) sobre a distribuição das IES com programas de RM, na área de oncologia, por região no Brasil, e encontraram 38 instituições que ofereciam programas de ensino nesta área. (SILVA; ARREGUI, 2005).

Tabela 4 – Distribuição das instituições com programas de residência em oncologia (todas as áreas), segundo região e estado, Brasil, em 2003.

REGIÃO	ESTADO	Frequência por Estado		Frequência por Região	
		Número	%	Número	%
Norte	AM	1	2,6	1	2,6
Nordeste	CE	1	2,6	2	5,3
	PE	1	2,6		
Sudeste	SP	16	42,1	22	57,9
	RJ	2	5,3		
	MG	4	10,5		
Sul	PR	4	10,5	10	26,3
	SC	1	2,6		
	RS	5	13,2		
Centro-Oeste	GO	1	2,6	3	7,9
	MS	1	2,6		
	DF	1	2,6		
TOTAL		38	100,0	38	100,0

Fonte: SILVA; ARREGUI, 2005, p. 8.

Na ocasião, o estudo sinalizou o desequilíbrio entre as Regiões, no que se a existência de IES com programas de RM em oncologia. Os pesquisadores consideraram o fato “coerente com o desequilíbrio no número de profissionais médicos, atuando nas diversas regiões brasileiras, onde o Sudeste concentra 59,4% dos profissionais médicos do país”. (SILVA; ARREGUI, 2005, p. 12).

Se naquela época, Silva e Arregui encontraram em sua pesquisa 38 IES que ofereciam programas de RM em áreas de oncologia, acessando hoje, em 2010, a mesma fonte – o endereço eletrônico do Ministério da Educação que abriga a página da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) –, os dados encontrados mostram uma situação diferente.

Na Tabela 5, a seguir, pode-se observar que das 455 IES com programas de ensino para a Residência Médica (RM) nas diversas especialidades médicas, 111 Instituições oferecem RM na área de oncologia. Isto representa um aumento de 290% de IES com programas de RM, nesta área de especialidade.

Tabela 5 – Distribuição de Instituições de Ensino Superior com programas de Residência Médica nas diversas especialidades e na área de oncologia, segundo região e estado, Brasil, 2010.

REGIÃO	UF	IES com Programas de RM nas Diversas Especialidades	IES com Programas de RM na área de Oncologia
Norte	AM	11	2
	AP	3	-
	AC	1	-
	PA	3	2
	RO	2	-
	RR	3	-
Nordeste	AL	8	-
	BA	26	2
	CE	18	5
	MA	3	-
	PB	3	-
	PE	21	6
	PI	7	-
	RN	10	4
	SE	4	-
Sudeste	SP	87	40
	RJ	74	7
	MG	49	10
	ES	6	1
Sul	PR	26	11
	SC	22	2
	RS	32	11
Centro-Oeste	DF	13	3
	GO	14	3
	MS	6	2
	MT	3	-
TOTAL		455	111

Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica/Secretaria de Ensino Superior/Ministério da Educação.

Mesmo persistindo a concentração de instituições formadoras de especialistas, na área de oncologia, na região Sudeste destaca-se o exponencial crescimento no número de Instituições de Ensino Superior voltadas para a formação desses especialistas, na Região Norte e Nordeste, respectivamente, 400% e 850%, em apenas, 6 anos.

Outra informação que os dados revelam é o significativo percentual de aproximadamente 25% Instituições de Ensino Superior (IES) com programas de residência médica (RM) na área de oncologia considerando o total de 455 IES com programas de RM nas diversas especialidades no País.

A próxima tabela (Tabela 6) apresenta os Programas de RM oferecidos pelas IES na área de oncologia.

Tabela 6 – Distribuição das Instituições de Ensino Superior com programas de RM na área de oncologia por especialidade (cancerologia e radioterapia) e subespecialidades (clínica, cirúrgica e pediatria), segundo região e estado, Brasil, 2010.

REGIÃO	UF	IES COM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA NA ÁREA DE ONCOLOGIA									
		Frequência Estado / Região		Frequência na Cancerologia						Frequência na Radioterapia	
		Nº	%	Clínica		Cirúrgica		Pediatria		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	AM	2		1		1		0		0	
	PA	2		1		1		0		0	
Norte		4	3,6	2	3,9	2	9,1	0	0,0	0	0,0
	BA	2		1		0		1		0	
	CE	5		1		1		2		1	
	PE	6		2		1		2		1	
	RN	4		1		1		1		1	
Nordeste		17	15,3	5	9,8	3	13,6	6	25,0	3	21,5
	SP	40		21		3		8		8	
	RJ	7		3		1		2		1	
	MG	10		7		1		2		0	
	ES	1		0		1		0		0	
Sudeste		58	52,3	31	60,7	6	27,3	12	50,0	9	64,3
	PR	11		3		6		2		0	
	SC	2		1		0		1		0	
	RS	11		5		3		2		1	
Sul		24	21,6	9	17,6	9	40,9	5	20,8	1	7,1
	DF	3		2		0		1		0	
	GO	3		1		1		0		1	
	MS	2		1		1		0		0	
Centro-Oeste		8	7,2	4	8,0	2	9,1	1	4,2	1	7,1
TOTAL		111	100,0	51	100,0	22	100,0	24	100,0	14	100,0

Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica/Secretaria de Ensino Superior/Ministério da Educação, 2010.

A estratificação das 111 IES com programas de RM por área da oncologia demonstra, aproximadamente, a seguinte variação: 45% IES oferecem especialização em Cancerologia Clínica⁴⁴, 20% em Cancerologia Cirúrgica, 22% em Cancerologia Pediátrica e 13% em Radioterapia.

Embora o objetivo desta dissertação não seja traçar o perfil da tendência de formação de especialistas na área da oncologia, conhecer quais as especialidades na área de oncologia (Cancerologia e Radioterapia), e subespecialidades dentro da Cancerologia (Clínica, Cirurgia e Pediatria) que as 111 IES estão oferecendo programas de RM, passa a ser um aspecto importante, na medida em que poderá configurar um perfil de força de trabalho na ACO para o mercado de trabalho que, antes de tudo, deveria ser orientado pela necessidade em saúde.

Para os gestores e planejadores em saúde fica o alerta da relevância da formação de RH, pois são eles os principais atores para o funcionamento das redes assistências de saúde.

Vale ressaltar iniciativas existentes hoje no Brasil que poderão modificar a oferta de cursos de residência médica em oncologia. É o caso do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas (Pró-Residência Médica) – uma iniciativa da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES), vinculada ao Ministério da Educação e ao MS (com a participação do INCA e da SGTES).

A especialidade de oncologia foi diagnosticada há mais de uma década atrás como uma especialidade prioritária para a saúde e a educação e hoje faz parte desse Programa.

Ao todo foram aprovadas 788 novas vagas (em diversas especialidades, e não apenas na oncologia), entre as quais, 480 vagas (61%) para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, definidas como regiões prioritárias pelo Programa.

Essas vagas representam o resultado do trabalho realizado pela Subcomissão de Estudos e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil (criada pela Portaria conjunta MEC/MS n.º 1º 23/10/2007). O relatório final apontou o seguinte quadro: dos sete (07) estados localizados da Região Norte, cinco foram

44 Também denominada oncologia clínica.

considerados com necessidade de formação de especialistas em cancerologia. (MS, 2010)⁴⁵.

A curiosidade que iniciativas tomadas na direção de programas com esse quilate, se expressa em apenas dois questionamentos iniciais: *qual o déficit desses especialistas dentro do sistema de saúde? e qual a metodologia utilizada para avaliar esse déficit?* (grifo nosso)

O destaque para a dicotomia e dilema que o fato conclama fica por conta de: tanto pode representar um alvissareiro futuro para a expansão do tratamento oncológico em um maior número de serviços assistenciais de ACO, e melhorar sua redistribuição nas Regiões do País, como ampliar a consciência coletiva que o câncer só pode ser tratado em serviços de ACO e reforçar o prestígio dos especialistas que atuam nesse nível de atenção, em detrimento à valorização, também necessária e urgente, dos generalistas e especialistas que atuam na prevenção e controle do câncer, em outros níveis de atenção como, a atenção básica e/ou de média complexidade.

Dois outros aspectos sobre iniciativas de ampliação de profissionais altamente qualificados merecem destaque: um versa sobre a qualidade da educação, pois, segundo Pierantoni, Varella e França (2006),

Aliada à proliferação de escolas e à massificação da formação médica, verifica-se uma queda na qualidade do ensino: nem sempre as escolas criadas apresentam capacidade técnica e instalações adequadas às necessidades da formação médica. (PIERANTONI, VARELLA, FRANÇA, 2006, p. 93).

O outro aspecto a considerar é o que já foi citado anteriormente como complexo médico-industrial.

A partir da movimentação desses profissionais forma-se um mercado de trabalho que, em pouco tempo, configura-se em uma demanda que bate à porta do gestor do SUS face, acima de qualquer razão, ao problema epidemiológico que é o câncer.

Cientes da importância dos RHS na operacionalização de qualquer política de saúde, toda organização de um processo de trabalho ou investimento em estrutura física ou aquisição de equipamentos para cuidados assistenciais deve,

45 Ministério da Saúde. Acesso em: 18/01/2010. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10839&catid=212 >. Acesso em: 25 fev. 2010.

obrigatoriamente, ser precedida de uma avaliação sobre a existência de RH necessários para executar o trabalho envolvido na ação planejada.

Os dados e informações contidas nesta dissertação sobre a situação dos recursos humanos em saúde podem ser acessados pelos formuladores de políticas, gestores e tomadores de decisão, nas Estações de Trabalho Observatório, como por exemplo, a Estação de Trabalho do IMS/UERJ e a Estação de Trabalho do Núcleo de Trabalho em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON-UFMG), ambas integrantes da Rede Intercontinental Observatório de Recursos Humanos em Saúde⁴⁶.

Em 2007, nenhuma das propostas de Redes de Atenção Oncológica, encaminhadas pelos gestores estaduais do SUS para o INCA⁴⁷, levou em consideração o número de RH envolvido no processo de trabalho na ACO. Fato de certa forma previsível, mediante o Anexo III da Portaria SAS/MS nº 714 não fazer nenhuma alusão quanto à carga horária necessária para atender os mil casos novos de câncer. A única parte do documento que questiona aspectos relacionados à RH fica por conta do Anexo IV (Formulário de Vistoria do Gestor para Classificação e Credenciamento de Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e o Anexo V (Formulário de Vistoria do Gestor para Manutenção de Credenciamento de Serviços Isolados de Radioterapia), ambos referentes à mesma portaria.

Não obstante, as informações encontradas nos documentos enviados pelos gestores estaduais, quando muito, limitavam-se à identificação do responsável técnico pelo Serviço de Quimioterapia, Cirurgia, Radioterapia, Física Médica e de alguns profissionais que faziam parte da equipe de cada serviço e, em sua maioria, de forma incompleta (por exemplo, só com nome e sem o número de registro no Conselho Regional de Medicina).

Apesar da área de oncologia também presenciar uma distribuição desigual

46 A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde é uma iniciativa da Opas/OMS, que atualmente, além de congrega 28 países da Região das Américas, vem se expandindo pela África e por regiões do Mediterrâneo. Tem como missão reunir informações e produzir estudos sobre a força de trabalho em saúde, além de manter diálogo com a área acadêmica, profissionais do setor e gestores, constituindo uma contribuição ativa para refinar e melhorar políticas públicas para os recursos humanos em saúde. O Brasil integra essa Rede desde 1999, sob a coordenação e regulação nacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, do Ministério da Saúde (SGTES/MS - Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1999), contando com 21 estações de trabalho vinculadas a Universidades ou a outras Instituições do Setor.

47 Esse encaminhamento foi feito via SAS/MS.

tanto de profissionais quanto de instituições formadoras, entre as regiões do país, com concentração em grandes centros e regiões, contra a escassez de profissionais em outras, este é um tema que também não é discutido na organização do processo de trabalho da ACO.

Ocorre que atualmente, os locais e as regiões mais distantes dos grandes centros econômicos das Regiões Sudeste e Sul, já não oferecem mais vantagens financeiras acima da média do mercado, como acontecia a poucos anos atrás, para terem profissionais especializados ocupando postos de trabalho. Hoje, dependendo da política local para o desenvolvimento da região, os benefícios estão relacionados à estratégias que visam a fixação do profissional por meio de ganhos indiretos como: maiores possibilidades de desenvolver atividades na área de ensino; ser o especialista de referência na região; facilidades na liberação de viagens para atualização, reciclagem e participação de eventos científicos nacionais e internacionais; exercer a medicina privada, entre outros. Incentivos voltados para o desenvolvimento profissional foram algumas medidas que fizeram diferença no processo de alocação e fixação de RH na ACO, em 2007, no Estado do Acre.

Na realidade, diante da necessidade de uma resposta governamental para o tratamento do paciente com câncer (ou com grande suspeita de); da forte influência do sistema de profissões sobre os profissionais (GIRARDI et al, 2005), e da necessidade dos RHS na dinâmica do CEIS, a configuração do mercado de trabalho de alta complexidade oncológica vem acontecendo distante de análises quantitativas necessárias de RHS, para atender as Prioridades de Estado para a Saúde no País.

2.2 A dimensão gerencial

A identificação do aspecto gerencial proposto por Pierantoni passa, fundamentalmente, pela questão de como os gestores tentam manter a operacionalização dos serviços de saúde, face à deterioração do quadro funcional pós reforma do Estado na década de 1990 (e ainda em curso) e, a dificuldade de sistematização de processos avaliativos da prestação de serviços de saúde. (PIERANTONI, 2001).

Com já foi mencionado, não é o escopo deste estudo, entrar no processo analítico sobre as clássicas questões de como a política de proteção social na área da saúde vem sendo implementada, em paralelo ao modelo econômico capitalista adotado no Brasil, a partir dos anos 90. Entretanto, vale lembrar, que a relação formada entre mercado *versus* Estado está configurando um sistema de saúde marcado pelo financiamento estatal garantindo grande parte da atenção hospitalar não só do setor público, mas inclusive, do privado. Portanto, cabe ao Estado exercer sua função de regular, avaliar e controlar, ou seja, gerenciar.

Independente das diversas maneiras pelas quais o Estado e os prestadores de serviços vêm se relacionando ao longo do tempo, nota-se no Brasil uma estratégia parecida àquela utilizada pelos prestadores de assistência médica em outros países, onde o modelo liberal da medicina

[...] sempre defendeu o livre mercado como o *core* de proteção de sua autonomia: lutaram contra a entrada do Estado no mercado de seguro-doença, contra os esforços subseqüentes de controlar os custos regulando os honorários e mudando os métodos de pagamento para formas mais coletivas (como o assalariamento) e contra as proibições da prática privada para médicos empregados no setor público.[..]

[...] Portanto, a autonomia técnica se imbrica com autonomia econômica. Sendo assim, a luta dos profissionais sempre foi norteadada pelas tentativas de prevenir a posição monopsônica do Estado, rotulando determinado aspecto do mercado de assistência médica como privado e defendendo a sua preservação: ao manter abertas diferentes formas de prática privada nos sistemas de saúde, paulatinamente dominados pelo financiamento e pelas formas de pagamento público, a profissão protegia sua habilidade de sair do setor público, como uma alternativa estratégica.

Na realidade, a possibilidade de 'bolsões' de prática privada no setor público é de fato causada pela própria dinâmica econômica de estruturação dos sistemas de assistência médica: ao subsidiar esse mercado, o Estado aumentou a demanda por esses serviços, mas, ao mesmo tempo, ao pressionar os preços para baixo e controlar seus valores, criou pressões de mercado para o aumento da oferta, que por sua vez, proporcionou as oportunidades para o setor privado. Portanto, a estruturação dos sistemas de assistência médica tal como os conhecemos hoje se deu através de profundo imbricamento entre o público e o privado. (ALMEIDA, 1997, p. 665-666).

Diante à vigência de uma política econômica neoliberal, entender o comportamento dos trabalhadores da saúde frente às possibilidades de trabalho, às pressões coercitivas de suas corporações profissionais e aos seus próprios interesses, facilita construir uma ponte ao bem sucedido processo de descentralização⁴⁸ ocorrido no país como fruto das reformas do Estado e, o conseqüente florescimento de uma variedade de experiências de novos modelos de gestão, principalmente, nos serviços de saúde.

48 Descentralização muito mais defendida como liberdade econômica do que liberdade política.

Especialistas nessa área, como Pierantoni (2001), confirmam esta visão da seguinte forma sintética:

[...] O pleomorfismo assumido pelas inúmeras modalidades contratuais desenvolvidas na prestação de serviços de saúde sob a gestão pública vem configurando um modelo de transição em que a gestão do trabalho está cada vez mais distanciada da administração de pessoal próprio. (PIERANTONI, 2001, p. 348).

Alguns indícios da flexibilidade contratual de RH existente no sistema de saúde podem ser percebidos nos dados contidos no CNES sobre a situação dos profissionais dentro dos estabelecimentos de saúde, no estudo de caso. Dados das fichas cadastrais individuais dos oncologistas, radioterapeutas e físicos médicos das UNACON e CACON do município do Rio de Janeiro sinalizam nesta direção, na medida em que no Módulo Profissional do CNES são encontrados diferentes Tipos de Vínculo⁴⁹. Essa diversidade de vínculos encontrada independe da Natureza da Organização – entidades beneficentes sem fins lucrativos, da administração direta de outros órgãos (MEC, Marinha, etc.), administração indireta (autarquias, fundação pública) entre outras.

Pierantoni (2001) descreveu que, quando por ocasião da deterioração do quadro de pessoal existente, os gestores procuraram, na década de 1990,

[...] viabilizar a operacionalização dos serviços de saúde, mediante a busca de um certo grau de autonomia, tanto para a organização da prestação de serviços como para a disponibilização para sua execução. Assim foram desencadeadas parcerias regionais, como os consórcios intermunicipais; a utilização de soluções alternativas de compromisso, como terceirizações, nas mais diversas modalidades; a criação de cooperativas; a vinculação mista mediada por entidades de direito privado, entre outras. (PIERANTONI, 2001, p. 346).

Alguns mecanismos utilizados pelos gestores para manter a grande engrenagem da saúde funcionando pode ser observada nas diferentes formas de vínculos e carga horária contratual, assalariamento direto e indireto, entre outras situações, adotadas pela administração pública. (ibidem).

Se, de um lado, os gestores buscaram alternativas para a gestão do trabalho, por outro, o processo de trabalho na assistência hospitalar de ACO nas UNACON e CACON, a exemplo do que acontece em outras especialidades médicas, vem sendo definida e configurada pelo seu principal ator – o médico. São eles, até agora, que dão a direcionalidade desse tipo de organização, seja pela importância histórica da participação da medicina na estruturação dos sistemas e serviços de saúde ou por

49 Tipos de Vínculos informados no Módulo Profissional do CNES são: vínculo empregatício, cooperativa, autônomo e outros.

serem os principais atores responsáveis pelo tratamento e resultados que envolvem a terapia do câncer. (ALMEIDA, 1997).

Outra reflexão pertinente ao aspecto gerencial refere-se às medidas de avaliação, não aquelas comentadas por Pierantoni (2001), que quando adotadas, meramente, como uma questão 'burocrática mecanizada', interferem de forma não desejada na relação entre o médico e o paciente. Mas, aquelas entendidas neste estudo como fruto do desempenho – quantitativo e não qualitativo – dos profissionais, envolvidos diretamente no cuidado ao paciente: os procedimentos ambulatoriais de quimioterapia e radioterapia.

O monitoramento e avaliação de cada unidade assistencial, a partir da capacidade instalada de produção e a meta pactuada é, inquestionavelmente, papel dos gestores do SUS. Lembrando sempre que a produtividade esperada, *à priori*, já está definida no Anexo III da Portaria 741, ocorre que acompanhar sistematicamente os resultados e comparar com as metas definidas, fazem parte do rol das responsabilidades gerenciais.

O resultado esperado das organizações de serviços de saúde é, certamente, a cura das doenças, a melhor atenção possível à saúde e à qualidade de vida dos pacientes. Os parâmetros para programação dos serviços funcionam apenas, como meros instrumentos para estabelecer metas a serem alcançadas pelos serviços, em decorrência da atuação de seus trabalhadores. Até mesmo porque a alta complexidade⁵⁰ oncológica possui atributos específicos que requerem uma organização de serviços menos dispersa, ou seja, mais concentrada para a otimização da oferta de serviços de alta densidade tecnológica, tendo em vista, a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e (supostamente) melhor qualidade. (VIANNA et al., 2005).

50 Segundo Vianna et al (2005, p. 57): "Em princípio um procedimento de alta complexidade teria três atributos que os distingue dos demais {...}:

(i) alta densidade tecnológica e/ou exigência de expertise e habilidades especiais acima dos padrões médios. Procedimentos na área de deformidades crânio-faciais, por exemplo, nem sempre exigem equipamentos exclusivos de alto custo ou tecnologia de ponta (inovação tecnológica), mas requerem, – via de regra –, não só equipe multiprofissional, como habilidades diferenciadas pouco encontradas;

(ii) baixa frequência relativa; de um modo geral procedimentos de Alta Complexidade tem uma frequência inferior aos demais (Atenção básica e de Média Complexidade). Ainda que a frequência na alta complexidade tenha grande variação dentro do elenco de procedimentos que a compõem. Transplantes de córnea, por exemplo, são cerca de doze vezes mais frequentes que os de fígado, mas 35 vezes menos do que de esclera;

(iii) alto custo unitário e/ ou do tratamento. No primeiro caso estão terapêuticas como os transplantes [...], entre outras. No segundo, o custo elevado tanto pode decorrer da tecnologia em si mesma, como da duração do tratamento. [...]"

Afinal de contas,

[...] O problema não se resume à necessidade de recursos para instalações e equipamentos de ponta. A questão mais difícil está no recrutamento de recursos humanos necessários para operá-los. São conhecidos os insucessos, ao longo do tempo, das inúmeras tentativas, oficiais ou corporativas, para fixar médicos e outros profissionais em locais de maior déficit. Muito mais complexo é desconcentrar especialistas aptos para lidar com novas tecnologias. (VIANNA et al., 2005, p. 140).

Em 2007, nas discussões das propostas de desenho das redes de atenção oncológica, foi observado a não utilização por parte dos Estados dos parâmetros para o planejamento e avaliação dos antigos CACON, na definição das novas RAO por parte dos gestores estaduais.

De modo geral, o que ocorreu foi a manutenção da antiga lógica vigente de atendimento por demanda (quem já era habilitado na alta complexidade em oncologia do SUS solicitava nova habilitação) e pressão por mais serviços. Nenhum Estado fez referência sobre as dificuldades administrativas relacionadas às condições de trabalho das pessoas ou do cumprimento das metas estabelecidas. Nem mesmo questionado sobre os dados de sua série histórica de procedimentos de quimioterapia e radioterapia realizados por seus prestadores de serviços. A inobservância dos critérios governamentais para o planejamento da ACO era uma prática comum sendo ainda muito incipiente, a utilização de parâmetros para estimar as necessidades mínimas de oferta de tratamento/atendimento diante da incidência de câncer.

Isto demandou algumas providências como, por exemplo, uma série de reuniões entre gestores do SUS, a fim de adequar as propostas de redes assistenciais para o tratamento do câncer, apresentadas pelos Estados na ocasião.

Diante de algumas inadequações e com o cuidado de não deixar a população sem assistência no que se refere ao tratamento de ACO, espera-se que gradativamente as redes estaduais de atenção se reorganizem para atingir os parâmetros definidos.

Assim, considerando o papel do gestor dentro do sistema de saúde é legítimo esperar que os conceitos de avaliação de saúde estabelecidos por Donabedian dentro do que seria estrutura, processo e resultados (*outcomes*) estar sendo aplicados dentro do aspecto gerencial dos RH das áreas envolvidos no processo de trabalho da ACO.

Um dos fatores que não contribui para um fluente processo de planejamento, frente às políticas para o controle do câncer é a constante rotatividade dos técnicos

das secretarias de saúde brasileira, principalmente, após as eleições. Esta prática comumente encontrada dentro do serviço público, de modo geral, passa pela dimensão gerencial de qualquer processo de trabalho e deve ser contabilizada como um prejuízo para a Área técnica-administrativa.

Um exemplo dessa situação foi vivido por técnicos da SAS e do INCA em 2007: mudanças ocorridas nas secretarias estaduais, por conta da posse dos novos governadores naquele ano, fizeram com que vários técnicos estaduais (que participaram das Oficinas de Trabalho, ocorridas em 2006 para apresentação, discussão e operacionalização dos componentes fundamentais das políticas para o controle do câncer) fossem substituídos por outros, sem conhecimento sobre as políticas e suas propostas de planejamento, avaliação, regulação e controle.

Enquanto as Redes de Atenção Oncológica (RAO) estão sendo revisadas e reprogramadas anualmente, desde 2005, espera-se que a utilização dos parâmetros existentes possa ser útil no exercício do planejamento e programação das SES, para facilitar o acesso do paciente com câncer ou diante suspeita de doença, em unidades de serviços assistenciais de alta complexidade.

Vale registrar que os recursos humanos da área técnica governamental (federal, estadual e municipal) envolvidos com o processo organizacional de desenho de Redes de Atenção não podem ser deixados de lado nas discussões sobre modelos de gestão das relações de trabalho.

Ao final desta análise, e ainda no âmbito da dimensão gerencial das questões envolvendo os RHS na organização das RAO, o gestor deveria refletir sobre *qual o tipo de “mercado de serviços” ou “redes assistenciais” estão sendo configuradas dentro do sistema de saúde brasileiro – não se esquecendo hora nenhuma que se trata de prestar assistência à saúde de pessoas com câncer, doença crônica que apresenta elevados índices de mortalidade, alto custo social e econômico, além de infligir sofrimento tanto do paciente como da família – como resultados de políticas para o controle do câncer, sem que haja uma noção dos déficits e superávits de RHSs nos níveis de atenção onde as ações para o controle do câncer sejam mais eficientes?* (grifo nosso).

As medidas e ações, cedo ou tarde, se revelarão em resultados sanitários que, provavelmente, mostrarão o que se pode esperar das RAO, inclusive, com certezas sobre a urgência de soluções que contribuam para capacidade de gestão do Estado.

2.3 A dimensão regulatória

A dimensão regulatória que envolve os RHS inseridos nos processos de trabalho de ACO mediante o referencial teórico proposto por Pierantoni (2001), numa referência a Girardi (1998), foi posto em dois planos regulatórios, com substantivo entendimento de contribuir para a capacidade de Estado, no que se propõe a aumentar a eficiência e a resolutividade dos sistemas de saúde:

- i. Voltado para a reforma das instituições e dos mecanismos de regulação do sistema e das relações de trabalho – o que Girardi (1998, p.165) chamou de “gestão das relações de trabalho” e,
- ii. Voltado para os mecanismos do exercício profissional e da educação das profissões em saúde – denominado por Girardi (1998, p. 165) de “gestão das relações profissionais de saúde”.

Segundo este mesmo autor, enquanto a gestão das relações de trabalho compreende uma esfera onde o gestor ou a gerência adota estratégias de incentivos e sanções para obter a cooperação do trabalho, em geral, dos profissionais, a gestão das relações das profissões compreende a arena dos sistemas das relações do trabalho e das profissões, local de negociações entre gestores, sindicatos, entidades profissionais, governo e suas agencias de regulação do trabalho e das profissões (GIRARDI, 1998).

Ressalta-se aqui, a existência do espaço legalmente constituído dentro da SGTES, desde 2003, pela área de Gestão do Trabalho⁵¹ onde gerentes dos serviços de saúde e dirigentes governamentais têm a oportunidade de trabalhar em unissonância na concepção de que, a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde (SGETS/MS, 2010).

O fato de ter o profissional oncologista clínico, radioterapeuta ou físico médico formado atuando na Rede de Atenção Oncológica mediante a flexibilização dos termos contratuais para manter as unidades assistenciais em atendimento oncológico regular – um dos fatores que facilitaria ao gestor criar mecanismos de

51 A área da Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS.

gerenciar metas estabelecidas mediante pactuação de compromissos –, não anula a forte dependência das unidades assistenciais com relação ao sistema das profissões e, sua peculiar vulnerabilidade às normas profissionais

[...] condiciona qualquer estratégia de contenção de custos ou de melhoria da eficiência e da qualidade e acessibilidade dos serviços à capacidade de influir sobre os sistemas de autorização e controle do exercício das profissões. No atual sistema é muito baixa essa capacidade de “governança profissional” pela questão pública do setor, especialmente naquilo que se refere às questões do direito e autorização de prática. Os administradores e gerentes de serviços de saúde se vêem engessados no cotidiano por um sistema que delimita legalmente monopólios sobre extensos e imprecisos campos de prática e dificulta a utilização plena das competências e o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. (GIRARDI, 1998, p. 167).

As profissões eleitas para este estudo possuem situações semelhantes com relação ao aspecto regulatório, ou seja, ambas não são regulamentadas – no sentido rigoroso da palavra – por lei. No entanto, suas atividades práticas estão sujeitas ao aparato institucional existente em torno das relações de trabalho. No caso da prática médica, existem os Conselhos de Medicina (órgãos supervisores, normatizadores, disciplinadores, fiscalizadores e julgadores da atividade profissional médica em todo o território nacional oficializados desde 1957 pela Lei N.º3.268 30/09/1957), a Associação Brasileira de Medicina, os Sindicatos dos Médicos, as diversas Sociedades de Especialistas, além de uma infinidade de Comissões, institucionalmente constituídas, os Contratos individuais e coletivos de trabalho.

Os profissionais que trabalham diretamente com radiação – neste caso, o físico médico – formam sua relação de trabalho a Comissão Nacional de Energia Nuclear, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Associação Brasileira de Física Médica, o Instituto de Radioproteção e Dosimetria, o Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares, o Centro de Desenvolvimento da Tecnologia Nuclear, entre outros (entram aqui também os contratos individuais e coletivos de trabalho).

Conforme as especificidades das atividades executadas no tratamento de ACO, representantes destas profissões, especialidades e subespecialidades participaram e contribuíram na construção da Portaria SAS/MS nº 741, seja pelas discussões em reuniões ou de documentos e e-mails encaminhados para o INCA/SAS, ambos do MS. Advogaram, na ocasião, a favor do critério que exigia a existência dos profissionais: oncologista clínico, radioterapeuta e físico médico, como responsáveis técnicos dos respectivos serviços, devidamente habilitados em

suas especialidades por registro no cadastro de especialistas⁵² dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e pela CNEN, no caso do físico.

Porém, na prática, no processo de formalização das RAO, as questões regulatórias também não fazem parte da pauta de discussão.

É pertinente considerar que a ACO é um ambiente profícuo para a existência de novas profissões ou ocupações, determinadas pelas exigências do processo de trabalho e, de cada vez mais complexa “cadeia” de serviços necessários à prestação de cuidados de qualidade na área oncológica. E chegando esse momento (quem sabe?), advenha a regulamentação ocupacional e profissional

sobre os mercados de trabalho e de serviços, definindo campos de trabalho, procedimentos e atividades de exercício restrito. [...] diferentemente das ocupações desregulamentadas ou de livre exercício, as ocupações regulamentadas têm seus mercados relativamente desregulamentadas ou de livre exercício, as ocupações regulamentadas têm seus mercados relativamente “fechados”: a oferta e os preços de seus serviços são definidos por instituições a oferta e os preços de seus serviços são definidos por instituições extra-mercado tais como, entre outras, as universidades e corporações profissionais que provêm a formação, conferem as credenciais educacionais, registram e validam os títulos profissionais necessários ao exercício. Sob esse prisma, a regulamentação de uma atividade ocupacional ou profissional implica em um privilégio – na forma de credencialismo educacional, de reserva de mercado ou de direito exclusivo de propriedade sobre campos de prática – concedido pelo Estado a partir do reconhecimento da utilidade pública daquela atividade. Para justificar a obtenção de tal privilégio as profissões regulamentadas (e as que demandam regulamentação) costumam apresentar como argumentos básicos: (i) a idéia de que a atividade envolve habilidades complexas, com elevado teor científico e técnico em geral não acessíveis sem o concurso de sistemas de formação profissional complexos como as universidades; (ii) a idéia de que seu exercício afeta profundamente a saúde pública, a segurança e o bem-estar do público; (iii) a idéia de que a qualidade e os resultados do trabalho dos profissionais não são passíveis de julgamento espontâneo do público leigo. (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2009)⁵³.

Bem, mas esta história é para outra dissertação.

52 Médico oncologista clínico: especialidade em Cancerologia/Cancerologia Clínica. Médico radioterapeuta: especialidade em Radioterapia.

53 Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaudef/v2n1/RPSB.htm>>. Acesso em: 30 maio 2009.

3 A REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM 2008 – UM ESTUDO DE CASO

Esta outrora capital da República guarda vicissitudes e particularidades territoriais, políticas, sociais e administrativas que refletiram na configuração do sistema de saúde deste município.

Para o leitor ter uma idéia, de acordo com a análise feita por Parada (2001), a situação pode ser descrita a partir da

formação federativa estadual, ocorrida em 1975, na fusão do ex estado da Guanabara (município do Rio de Janeiro) com o estado do Rio de Janeiro. Em todo percurso histórico da formação desse sistema, observou-se que não há indícios de que a fusão tenha ocorrido na área da saúde. O município do Rio de Janeiro atua autonomamente, auto-referido, sem dependência do estado e estabelece relações diretamente com o governo federal. Observou se, ainda, que todos os momentos de transformação da saúde tiveram íntima relação com as transformações federativas no país. Cada momento tem uma marca: Pré-AIS, os governos atuam de forma independente; nas AIS, a instância federal é hegemônica - federalismo centralizado; no SUDS, o estado assume o comando - retorno à política dos governadores e, no SUS, há o caos federativo e os municípios organizam-se autonomamente - indefinição do papel dos estados e o governo federal reduz seu papel nas políticas sociais. A consonância entre o ritmo de transformação de federalismo centralizado para cooperativo que vem ocorrendo no plano geral e setorial produz complexidades diversas, dependendo do estado, da organização social e da história, razão pela qual o estado do Rio do Janeiro retrata com propriedade as nuances sócio-político-culturais presentes nas mudanças em curso, cujo rumo ainda é incerto. (PARADA, 2001, p. 19-20).

Com este sucinto panorama local de onde se formou a Rede de Atenção Oncológica, já se dimensiona o tamanho do desafio que os gestores do SUS e gerentes dos serviços assistenciais encontram para planejarem e organizarem suas redes de atenção à saúde.

3.1 Metodologia

O desenho da pesquisa:

Para refletir sobre o processo de trabalho na alta complexidade no contexto das políticas de controle do câncer foi realizado um estudo de caso do tipo exploratório e documental na RAO do Município do Rio de Janeiro.

Para a análise da situação foram definidas duas categorias (ver Quadro 2):

- ✓ Os recursos humanos responsáveis por tratamentos de quimioterapia e radioterapia e,
- ✓ A produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia.

As variáveis selecionadas foram:

Referentes aos RH:

- a. Número de oncologista, radioterapeutas e físicos.
- b. Carga horária semanal dos profissionais com vínculo nas unidades hospitalares estratificadas em:
 - b.1. Carga horária total
 - b.2. Carga horária na UH
 - b.3. Carga horária em outra UH da RAO
 - b.4. Carga horária em outros estabelecimento de saúde fora da RAO

Referentes à produção:

- c. Capacidade instalada dos serviços (Aqui assumida como a capacidade de produção dos serviços a partir do que foi definido na PT 741).
- d. Produção de procedimentos de Quimioterapia e Radioterapia.

Levantamento dos dados:

Foram selecionados sistemas de informação com acesso universal via web, todos de domínio público, com o objetivo de obter informações para cada variável envolvida na pesquisa. Foram eles:

- i. As Portarias ministeriais foram consultadas no sistema de pesquisa de legislação do MS, o Saúde Legis, que reúne os atos normativos do Sistema Único de Saúde, no âmbito da esfera federal.
 - i.1 Portaria SAS/MS nº 146 de 11/03/2008. Publicado no Diário Oficial da União em 12/03/2008.
 - i.2 Portaria SAS/MS nº 741 de 19/12/2005. Publicado no Diário Oficial da União em 23/12/2005.
- ii. A caracterização dos serviços de saúde da rede de atenção foi feita pela consulta à ficha do estabelecimento de saúde por localização geográfica no sitio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS).
- iii. Os dados de produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia, por serviço de saúde que compunha a RAO do Município do Rio de Janeiro em 2008. Obtidos consultando os bancos de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

(SIA/SUS), pelo TABNET⁵⁴ no endereço eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

iv. O número e carga horária dos profissionais que compõe a RAO municipal. Obtidos consultando as fichas profissionais individuais nos bancos de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do DATASUS disponíveis no endereço eletrônico do CNES/DATASUS.

Registro dos dados:

Os dados de produção referentes aos procedimentos de quimioterapia e radioterapia, bem como, o número e a carga horária dos profissionais vinculados aos serviços de saúde da RAO municipal foram devidamente armazenados em Planilhas Eletrônicas de formato EXCEL da Microsoft 2004 for MAC, versão 11.0 para Windows.

O plano de análise:

As análises foram realizadas com características descritivas, onde os achados foram contextualizados com o referencial teórico levantado pela pesquisa bibliográfica visando atingir os objetivos que motivaram o estudo.

⁵⁴ Tecnologia desenvolvida pelo DATASUS.

METODOLOGIA				
Categorias Pesquisadas	Variáveis	Fontes dos dados	Registro dos dados	Plano de análise
Recursos Humanos	Quantidade de oncologistas, radioterapeutas e físicos	CNES/DATASUS	Planilhas Eletrônicas de formato EXCEL da Microsoft 2004 for MAC, versão 11.0 para Windows	As análises foram realizadas com características descritivas, onde os achados foram contextualizados com o referencial teórico levantado pela pesquisa bibliográfica visando os objetivos que motivaram ao estudo
	Carga horária semanal			
Produção	Quantidade de Serviços de Saúde de ACO no Município do RJ	Portaria SAS/MS n.º 146		
	Quantidade de procedimentos ambulatoriais de quimioterapia e radioterapia no SUS	SIA/SUS		
	Cálculo de procedimentos de quimioterapia e radioterapia	Portaria SAS/MS n.º 741 – Anexo III		

Quadro 2 – Síntese da metodologia do estudo de caso.

Antes de apresentar os treze serviços hospitalares que fizeram parte em 2008 da RAO municipal, algumas considerações sobre o caminho que tornou possível este estudo: os sistemas de informações⁵⁵.

De acordo com o DATASUS,

A informação é fundamental para a democratização da Saúde e o aprimoramento de sua gestão, sendo “[...] essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis. (DATASUS/MS, 2010)⁵⁶.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi a fonte de dados que forneceu as informações para a caracterização institucional dos estabelecimentos de saúde⁵⁷ e quantificação dos recursos humanos pelas especialidades estudadas.

55 Aspectos conceituais podem ser encontrados no texto de Varela, Dal Poz e França (2010) Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U1T7.pdf. Acessado em 27/02/2010.

56 Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acessado em 22/01/2010).

57 Chamados nesse estudo de unidades hospitalares – UH porque a RAO do Município do RJ em 2008 era formada somente por hospitais.

O cadastro foi normatizado pela Portaria SAS/MS nº 511, de 29/12/2000, e apresenta informações dos estabelecimentos de saúde referentes à área física, RH, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. (MENDONÇA, MACADAR, 2008). Apesar de possuir um caráter meramente administrativo e não de gestão, há quem defenda que uma de suas finalidades é auxiliar os Gestores do SUS no processo de planejamento, programação e avaliação e controle da assistência à saúde, “assim como o acompanhamento da realização dos procedimentos comparado com a capacidade instalada do prestador e a apresentação da fatura de serviços”. (CONASS, 2007, p. 40).

Uma de suas limitações pode ser imputada ao fato de seu preenchimento não estar condicionado a nenhum tipo de repasse financeiro, e os dados que alimentam o cadastro serem oriundos dos próprios estabelecimentos de saúde existente em todo o território nacional, onde as etapas do processo de cadastrá-los serem de responsabilidade do Gestor local, que tem a opção de determinar que o próprio serviço preencha-o de forma adequada, sob sua orientação.

Lembrando que quando o fluxo de preenchimento do cadastro acontece dessa forma, compete ao gestor local fazer a verificação *in loco* “[...] para validar as informações prestadas pelos Estabelecimentos de Saúde”. (CONASS, 2007, p. 40).

Apesar do CNES ter como proposta “disponibilizar informações das reais condições de infra-estrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas governamentais”, a alimentação do cadastro com dados qualificados, sob a égide da descentralização e a desagregação dos dados no plano do município e do estabelecimento de saúde, respectivamente, representam momentos de processos de trabalho que nem sempre são sequenciais e convergentes.

Tudo isso sem mencionar a descentralização de dados que o sistema permite o que de certa forma dificulta o gestor responsável acompanhar as atualizações e requer uma equipe de técnicos em sistemas de informação para rodar os dados que são gerados em locais de trabalho, onde o déficit de pessoal já se faz presente.

Segundo Pierantoni (2002), por diversas vezes, os dados referentes aos RHS no País foram considerados desatualizados, pois

A prática de atualização de dados cadastrais desenvolvida nos setores de RH da administração pública envolve processos amplos de recadastramento desencadeados em períodos regulares. Os períodos coincidem com mudanças de governo e antecipam, em sua maioria, a implantação de políticas de RH restritivas, relacionadas a perdas ou suspensão de vantagens, estabelecendo um caráter

punitivo no fornecimento de dados. Tal levantamento de dados é realizado por meio de grandes procedimentos censitários, centralizados e formatados na lógica burocrática, que distribui sanções (como corte de pagamento) a quem não os preencha e negligenciam a fidelidade das informações prestadas. (PIERANTONI, 2002, p. 262).

Apesar de entender a complexidade de trabalho envolvendo a qualidade das informações geradas pelo Cadastro, sua utilização deve ser uma prática constante entre os planejadores e técnicos da Área da Saúde. Afinal de contas, utilizar as informações existentes dentro de seu próprio sistema de informação é uma atitude, minimamente, esperada do gestor público em seu processo de formulação de políticas públicas.

DATASUS dispõe de programas de processamento de dados, de domínio público, voltados para a manutenção, administração e gestão de informações sobre o atendimento ambulatorial do SUS.

O outro banco de dados utilizado na pesquisa foi o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIASUS). Trata-se de um aplicativo de natureza operacional “processado nas Unidades Ambulatoriais credenciadas pelo SUS e tem a finalidade de garantir o registro dos quantitativos e valores a serem pagos aos Prestadores de Serviços, produzindo informações locais que são consolidadas a nível nacional”. (DATASUS, 2010)⁵⁸.

Por ser um sistema que é utilizado pelos gestores do SUS para controle e pagamento dos procedimentos realizados a nível ambulatorial nas unidades de saúde realizado, existe um cuidado muito maior quanto a qualidade e atualização do dos dados do que com o CNES.

Feita as apresentações dos dois sistemas, vale acrescentar, que nesta pesquisa especificamente, mas do que se deter nos dados e resultados que o levantamento de dados sobre RHS e a produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia do município do Rio de Janeiro vai apresentar, o que se quer, também, é mostrar na prática, uma proposta de utilização de fontes de dados que já existem, como pontos de partida para planejamento do processo de trabalho na alta complexidade oncológica.

58 Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 fev. 2010.

3.2 A Rede de Atenção Oncológica do município do Rio de Janeiro de 2008 – A capacidade instalada de produção dada pela Portaria SAS/MS n.º 146

A Portaria SAS/MS n.º 146, de 11 de março de 2008 habilitou treze instituições assistenciais de saúde que formaram a RAO do município do Rio de Janeiro de 2008.

a) Os hospitais

O Quadro 3 a seguir apresenta as instituições e suas respectivas habilitações, definidas a partir da capacidade instalada de atendimento e tipos de tratamento disponibilizados ao paciente oncológico. Só recordando que dúvidas quanto a estas habilitações podem ser sanadas consultando a PT 741.

UNIDADES HOSPITLARES		HABILITAÇÃO SEGUNDO PT SAS/MS N.º 146
Hospital Mario Kroeff		UNACON com Serviço de Radioterapia
Instituto Nacional de Câncer	Hospital do Câncer I	CACON c/ Serviço Oncologia Pediátrica
	Hospital do Câncer II	
	Hospital do Câncer III	
Hospital Universitário Gaffree e Guinle		UNACON
HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ		UNACON c/ Serviço Radioterapia e Hematologia
Fundação Pró Inst Hematologia do RJ		UNACON exclusiva de Hematologia
Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão		UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ		CACON
Hospital Geral de Bonsucesso		UNACON
Hospital Geral da Lagoa		UNACON
Hospital Geral do Andaraí		UNACON
Hospital Geral de Ipanema		Hospital Geral com Cirurgia Oncológica
Hospital Geral de Jacarepaguá		UNACON
Hospital Servidores do Estado		UNACON c/ Serviço Radioterapia e Hematologia e Oncologia Pediátrica

Quadro 3 – Relação das instituições/serviços de saúde que formaram a RAO do município do Rio de Janeiro de 2008, e suas respectivas classificações, conforme definição da Portaria SAS/MS n.º 146 de 11/03/2008.

De acordo com o banco de dados utilizado (CNES), para caracterização dos 13 estabelecimentos de saúde que compunham a RAO municipal foram constatadas diferenças entre os serviços hospitalares relativas ao tipo de unidade; à natureza jurídica da organização⁵⁹ e esfera administrativa⁶⁰ (corresponde à esfera administrativa a qual o estabelecimento de saúde está diretamente subordinado), porém todas elas sob a gestão municipal (Quadro 4).

ESTABELECIMENTOS		TIPO UNIDADE	NATUREZA ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	GESTÃO
Hospital Mario Kroeff (HMK)		Hospital Especializado	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal
INCA	Hospital do Câncer I	Hospital Especializado	Administração Direta da Saúde	Federal	
	Hospital do Câncer II				
	Hospital do Câncer III				
Hospital Universitário Gaffree e Guinle (HUGG) – UNIRIO		Hospital Geral (universitário)	Administração Indireta -Fundação Pública	Federal	
HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ		Hospital Geral (universitário)	Administração Indireta -Autarquia	Estadual	
HEMORIO		Hospital Especializado	Fundação Privada	Estadual	
IPPMG – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira		Hospital Especializado (universitário)	Administração Direta de Outros Órgãos	Federal	
HUCFF – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ		Hospital Geral (universitário)	Administração Direta de Outros Órgãos	Federal	
Hospital Geral de Ipanema - HGI		Hospital Geral	Administração Direta da Saúde	Federal	
Hospital Geral da Lagoa - HGL					
Hospital Geral de Jacarepaguá - HGJ					
Hospital Servidores do Estado - HSE					
Hospital Geral de Bonsucesso - HGB					
Hospital Geral do Andaraí - HGA					

Quadro 4 – Caracterização das unidades assistenciais por tipo de unidade, natureza de organização, esfera administrativa e gestão, segundo CNES/DATASUS.

59 Tipos de Natureza de Organização encontrados: 05 estabelecimentos são da Administração Direta da Saúde; 02 da Administração Direta de outros Órgãos; 01 Administração Indireta/Fundação Pública; 01 Autarquia; 01 Fundação Privada; 01 Entidade Beneficente sem fins Lucrativos e 02 Empresas Privadas.

60 Ver Anexo.

Um destaque que merece ser mencionado sobre o perfil desta cadeia de hospitais versa sobre as diferentes formas de financiamento das instituições envolvidas, representando um fator a mais na individualização dessas unidades, e um expressivo influenciador, tanto no que diz respeito ao comportamento gerencial dos serviços quanto de sua articulação com os gestores do SUS, e vice e versa.

Remetendo a heterogeneidade jurídico-administrativa do conjunto de hospitais federais não-universitários, originários do INAMPS e dos programas do MS (que não é encontrada em nenhuma outra Unidade Federativa) ao passado histórico de sua localização espacial, deve-se ter em mente as tentativas de descentralização desses hospitais para os níveis subnacionais, seus reveses e o que isso pode significar no âmbito da gestão, repercutindo e comprometendo, ainda hoje, os processos de articulação entre os gestores, e, conseqüentemente de integração dos serviços em uma “Rede de Atenção”. (grifo nosso).

b) Capacidade instalada de produção, segundo o Anexo III da PT 741

A mesma metodologia descrita no Capítulo 1, para calcular a necessidade de UNACON e CACON, foi utilizada para fazer um planejamento e a programação aproximada da capacidade instalada de produção da RAO do Município do Rio de Janeiro, a partir das unidades assistenciais de saúde habilitadas pelas SAS/MS.

Foram contabilizadas como capacidade instalada no município, as duas Clínicas de Radioterapia Osolando J. Machado Ltda habilitadas pelos MEMO CGAC/DAE/SAS n.º 42 de 25/02/2008 e do MEMO CGAC/DAE/SAS n.º 46 de 03/03/2008 do MS – descritas no CNES como Serviços Isolado de Radioterapia (SIRt) – pelo pressuposto de serem serviços de saúde oficialmente reconhecidas pelo gestor federal do SUS.

O Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira e o Hemorio não foram considerados na análise, devido a sua baixa capacidade instalada de cobertura assistencial para atender 22.520 casos estimados de câncer, no município do Rio de Janeiro, em 2008 (ver metodologia descrita no Capítulo 1).

O Hospital Geral de Ipanema também não foi inserido na Tabela, pois na ocasião, o mesmo só era habilitado para procedimentos de cirurgia oncológica.

Como o Hospital Universitário Gaffree e Guinle não tem capacidade instalada para radioterapia, pressupõe-se que, na ocasião o hospital deve ter estabelecido em

conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos pacientes que necessitaram desta modalidade de tratamento oncológico, conforme as determinações ministeriais da PT 741.

Conforme citação feita no Capítulo 1, a unidade hospitalar é orientada a manter a proporcionalidade entre as modalidades terapêuticas, de acordo com seu credenciamento. Com este entendimento, o cálculo da variação (mínima e máxima) dos dois tipos procedimentos (de QT e RT) pesquisado foi realizado a partir da quantidade de equipamentos de radioterapia de megavoltagem existente nas unidades assistenciais.

Tabela 7 – Capacidade instalada de produção ambulatorial de quimioterapia (QT) e radioterapia (RT), de acordo com as unidades assistenciais da RAO municipal do Rio de Janeiro, 2008.

UNIDADES ASSISTENCIAIS	QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS RT ¹	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS DE QT		QUANTIDADE DE CAMPOS DE RT	
		mínimo	máximo	mínimo	máximo
Hospital Mário Kroeff	2	8.400	12.600	81.000	84.000
INCA ²	6	25.200	37.800	241.200	252.000
Hospital Universitário Gaffree e Guinle - UNIRIO	0	4.200	6.300	-	-
Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ	1	4.200	6.300	40.500	42.000
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ	1	4.200	6.300	40.500	42.000
Hospital dos Servidores do Estado	1	4.200	6.300	40.500	42.000
Hospital Geral da Lagoa	0	4.200	6.300	-	-
Hospital Geral de Bonsucesso	0	4.200	6.300	-	-
Hospital Geral do Andaraí	0	4.200	6.300	-	-
Hospital Geral de Jacarepaguá	0	4200	6.300	-	-
Clínica Osolando J. Machado (Serviço Isolado de Radioterapia)	4	-	-	162.000	168.000
TOTAL	15	67.200	100.800	565.200	588.000

Fonte: Cálculo realizado a partir dos parâmetros contidos no Anexo III da PT SAS/MS n.º 741/05.

¹ A quantidade de equipamentos de megavoltagem (acelerador linear e aparelho de cobalto) foi levantada na Ficha de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (FCNES), no endereço eletrônico do CNES/DATASUS.

² As unidades hospitalares do INCA-Instituto Nacional de Câncer foram: Hospital do Câncer I, Hospital Câncer II e Hospital do Câncer III.

c) Análise da cobertura assistencial

Para análise da cobertura assistencial foi realizado levantamento da produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia realizado no SIA/SUS selecionando: Quantidade Aprovada e Valor Aprovado, segundo Procedimento, por Estabelecimento – CNES – RJ, e os doze meses de 2008.

A partir da incidência de câncer de 2008 publicada pelo INCA foi estimado a necessidade mínima e máxima de procedimentos para atender a esses casos, e os valores da capacidade instalada da rede assistencial foram retirados da Tabela 7.

A Tabela 8 que vem a seguir, demonstra que com estes dados é possível construir uma metodologia para fazer uma análise, aproximada, da cobertura assistencial existente em 2008, no processo de desenho das RAO.

Tabela 8 – Estimativa de câncer, exceto pele não melanoma, necessidade de procedimentos de quimioterapia e número de campos/radioterapia, capacidade instalada existente no município, e produção ambulatorial da tabela unificada SIA/SUS, Município do Rio de Janeiro, em 2008.

ESTIMATIVA DE CÂNCER MUNICÍPIO RJ EM 2008¹ (exceto pele não melanoma)		NECESSIDADE PROCEDIMENTOS²	CAPACIDADE INSTALADA³	PRODUÇÃO 2008⁴	
20.719	QT	Mínimo	87.018	67.200	94.584
		Máximo	91.369	100.800	
	RT	Mínimo	839.093	565.200	455.575
		Máximo	870.170	588.000	

Fonte:

¹ A estimativa de câncer da tabela foi calculado a partir dos 22.520 casos novos de câncer (exceto pele não melanoma) estimados pelo INCA (2008). Deste total foram retirados 5% e 3% que corresponderiam a incidência média de câncer hematológico e de câncer pediátrico, respectivamente, o que resultou a estimativa de incidência de 20.719 casos de câncer.

² A variação mínima e máxima de necessidade de procedimentos foi calculada a partir da estimativa de incidência dos casos novos de câncer, e dos parâmetros de necessidade definidos no Anexo III da PT SAS/MS 741.

³ Valores retirados da Tabela 7.

⁴ Foram contabilizados os procedimentos realizados nas seguintes unidades assistenciais: hospitais do INCA (foram descontados os procedimentos de quimioterapia pediátrico), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital Universitário Unirio, Hospital Universitário Gaffree e Guinle, Hospital Mário Kroeff.

A produção dos hospitais federais – Hospital Geral do Andaraí, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Geral da Lagoa, Hospital Geral de Jacarepaguá e o Hospital Servidores do Estado, todos com natureza da organização classificada como sendo da Administração Direta da Saúde –, não está representada neste total, pois no sistema de informação no TABNET da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro não existem essas informações. Eles foram inseridos

na Tabela 7, pois representavam uma capacidade instalada existente de cobertura assistencial, haja vista, sua habilitação no SUS.

As unidades hospitalares que apresentaram informação no TABNET SIA/SUS município do Rio de Janeiro, em 2008 e aparecem na produção são: o Hospital Mário Kroeff, as três unidades hospitalares que formam o complexo hospitalar do INCA e os três Hospitais Universitários (Gaffree e Guinle - UNIRIO, Pedro Ernesto/UERJ e Clementino Fraga Filho/UFRJ).

Como na Tabela 8 não foram considerados a estimativa de casos de câncer pediátrico e hematológicos, neste exercício de programação os procedimentos de quimioterapia infantil e hematológica do INCA, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira e HEMORIO foram excluídas do total de produção, mesmo sabendo que a programação e planejamento em saúde é sempre um exercício de aproximação da necessidade real, e dificilmente terá números exatos.

d) Os recursos humanos envolvidos no processo de trabalho

- o Quantitativo de oncologistas, radioterapeutas e físicos médicos:

Por conta da grande variedade de códigos da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO)⁶¹ de alguns oncologistas de umas das unidades hospitalares estudadas⁶², optou-se por contabilizar somente os códigos 223145 - MEDICO ONCOLOGISTA CANCEROLOGISTA MEDICO CANCEROLOGISTA, 2231F6 - MEDICO CANCEROLOGISTA CLINICO, no caso dos oncologistas clínicos.

Na categoria dos profissionais físicos a busca incluiu os códigos 213150 - FÍSICO HOSPITALAR FÍSICO MEDICO, 213155 - FÍSICO NUCLEAR e 213105 - FÍSICO. Isto porque, de acordo com o registro do CNES, só haviam dois físicos cadastrados como especialista em física médica (a PT 741 orienta sobre a obrigatoriedade da titulação de especialista, porém após consulta na “descrição

61 A CBO é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação enumerativa e descritiva (Ministério do Trabalho e Emprego/MTE).

62 Conforme orientações de preenchimento da Ficha de Profissionais definidas no Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES, 2002, deve ser informado o código CBO/Especialidade da ocupação desenvolvida na unidade, de acordo CBO deverão ser cadastrados todos os vínculos do profissional no estabelecimento com o CBO e a respectiva carga horária existente.

sumária”⁶³ da atividade do físico no site do Ministério do Trabalho e Emprego, e consulta direta a um profissional físico, decidiu-se ampliar a pesquisa).

Com relação ao radioterapeuta, foi contabilizado o quantitativo do código 213154 - Médico Radioterapeuta/Radioterapeuta.

A exemplo da Portaria n.º 1.101/GM de 12/06/2002, o Anexo III da PT 741 guarda a mesma finalidade no que tange a definição de parâmetros de cobertura assistencial para análise de necessidade de oferta de serviços assistenciais à população; auxílio na elaboração do planejamento e da programação e contribuição no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS (PORTARIA Nº 1101/GM).

Porém, na portaria que organiza a ACO não existem definições relativas ao número de médicos oncologistas/radioterapeuta e físicos médicos necessários para atender aos mil casos novos de câncer, que cada UNACON/CACON com capacidade instalada padrão tem capacidade de atender.

Tabela 9 – Número total de oncologista clínico, radioterapeuta e físico médico por serviço de saúde da RAO/RJ que apresentaram produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia no SIA/SUS em 2008.

UNIDADES HOSPITALARES (UH)	NÚMERO TOTAL DE PROFISSIONAIS COM VÍNCULO NA UH		
	ONCOLOGISTA CLÍNICO	RADIOTERAPEUTA	FÍSICO MÉDICO
Hospital Mário Kroeff	21	7	1
Instituto Nacional de Câncer	137	28	7
Hospital Universitário Gaffree e Guinle	04	0	0
Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ	13	4	7
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ	09	7	1

Fonte: SIA/SUS, DATASUS/MS, 2010.

Observação: O somatório dos especialistas por UH não representa o número total de profissionais existentes na RAO, pois alguns deles, com carga horária semanal acima de 48h podem trabalhar em mais de uma UH da RAO.

63 No site eletrônico do Ministério do Trabalho pode ser encontrada na CBO uma descrição, denominada por eles de “sumária” das atividades desenvolvida pelos físicos, a saber: “Aplicam princípios, conceitos e métodos da física em atividades específicas, aplicam técnicas de radiação ionizante e não ionizante em ciências da vida, radiação na agricultura e conservação de alimentos e podem operar reatores nucleares e equipamentos emissores de radiação. Desenvolvem fontes alternativas de energia, projetam sistemas eletrônicos, ópticos, de telecomunicações e outros sistemas físicos. Realizam medidas de grandezas físicas, desenvolvem programas e rotinas computacionais e elaboram documentação técnica e científica”.

O quantitativo de profissionais esquematizado na Tabela 9 permite reflexões muito mais direcionadas para análise sobre a força de trabalho da ACO, ou então, sua inserção no mercado de trabalho e capacidade de formação de RHS, do que para uma inferência relacionada com o quantitativo de produção.

- Carga horária semanal total dos profissionais:

A carga horária semanal dos especialistas foi estratificada na Tabela 10, mais à frente, da seguinte forma:

- ✓ Somatório do total da carga horária dos especialistas;
- ✓ Somatório do total da carga horária que os especialistas perfazem dentro da unidade hospitalar;
- ✓ Somatório do total da carga horária que os especialistas perfazem em outras unidades hospitalares da RAO e,
- ✓ Somatório total da carga horária que os especialistas perfazem em outros locais de trabalho fora da RAO.

Na Tabela 11 foi apresentada uma consolidação dos dados contendo as unidades hospitalares, a capacidade de produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia, com as respectivas produções apresentadas no SIA/SUS em 2008, e carga horária anual por especialista.

Para calcular a carga horária anual de profissionais por unidade foi utilizada as referências descritas a seguir:

- ✓ A produção ambulatorial acontecendo de segunda às sextas feiras, 8 horas por dia.
- ✓ Considerando que 01 ano tem 52 semanas foram retiradas oito semanas a título de férias anuais, feriados e afastamentos por outros motivos, chegando assim ao total de 44 semanas a serem multiplicadas pela carga horária semanal do especialista existente por unidade hospitalar.

Por fim, para fazer uma correlação entre a produção ambulatorial e a carga horária foi considerada somente a carga horária semanal do especialista em oncologia/cancerologia clínica e radioterapia registrada, no CNES, como sendo no ambulatório. Estes dados podem ser visualizados na última tabela (Tabela 12).

Tabela 10 – Unidades hospitalares com o número e carga horária semanal total de oncologista clínico, radioterapeuta e físico nuclear.

UNIDADE HOSPITALAR (UH)	Carga horária semanal (em horas) do ONCOLOGISTA CLÍNICO			Carga horária semanal (em horas) do RADIOTERAPEUTA			Carga horária semanal (em horas) do FÍSICO MÉDICO					
	Total	Na UH	Na RAO	Fora da RAO	Total	Na UH	Na RAO	Fora da RAO	Total	Na UH	Na RAO	Fora da RAO
Hospital Mário Kroeff	1.485	525	88	872	444	140	0	304	48	20	0	28
INCA	8.324	4.496	296	3.532	1.430	920	140	370	258	238	20	0
Hospital Gaffree e Guinle	218	160	0	58	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital Universitário Pedro Ernesto	867	250	70	547	290	120	150	20	400	310	60	30
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	510	340	20	150	394	200	24	170	40	40	0	0

Fonte: CNES/DATASUS, 2010.

Tabela 11 – Unidades hospitalares, capacidade de produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia e radioterapia, com as respectivas produções apresentadas no SIA/SUS em 2008, e carga horária anual por especialista.

UNIDADE HOSPITALAR	Capacidade instalada para realizar procedimentos quimioterapia ¹	Produção ambulatorial de quimioterapia apresentada SIA/SUS 2008 ² (procedimentos)	Carga horária anual de oncologista clínico no hospital (horas)	Capacidade instalada irradiar campos de radioterapia ¹	Produção ambulatorial de radioterapia apresentada SIA/SUS 2008 (campos)	Carga horária anual de radioterapeuta no hospital (horas)	Carga horária anual de físico nuclear no hospital (horas)
Hospital Mário Kroeff	8.400	22.534	23.100	81.000	87.041	6.160	880
Unidades Hospitalares do INCA	25.200	51.372	197.824	241.200	153.644	40.480	10.472
Hospital Gaffree e Guinle	4.200	1.236	7.040	-	-	-	-
Hospital Universitário Pedro Ernesto	4.200	1.837	11.000	40.500	68.716	5.280	13.640
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	4.200	4.862	14.960	40.500	26.778	8.800	1.760

Fonte: CNES/DATASUS, 2010.

¹ A capacidade instalada foi calculada em conformidade com o Anexo III da PT 741, sendo considerado o valor mínimo de produção.

² Foram retirados os procedimentos de quimioterapia de tumores de criança adolescente com código 030407 e todos as quimioterapias hematológicas com os códigos 0304030015, 0304030031, 0304030040, 0304030058, 0304030066, 0304030074, 0304030090, 0304030104, 0304030112, 0304030120, 0304030139, 0304030147, 0304030155, 0304030163, 0304030171, 0304030180, 0304030198, 0304030201, 0304050229, 0304060011, 0304060038, 0304060046, 0304060054, 0304060062, 0304060070, 0304060089, 0304060097, 0304060119, 0304060127 e 0304060135.

Tabela 12 – Unidades hospitalares, produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia apresentada no SIA/SUS em 2008 e carga horária ambulatorial anual por especialista.

UNIDADE HOSPITALAR	Produção ambulatorial de quimioterapia apresentada SIA/SUS 2008 ¹ (procedimentos)	Carga horária anual ambulatorial de oncologista clínico no hospital (horas)	Produção ambulatorial de radioterapia apresentada SIA/SUS 2008 (campos)	Carga horária anual ambulatorial de radioterapeuta no hospital (horas)
Hospital Mário Kroeff	22.534	15.224	87.041	6.160
Hospital Gaffree e Guinle	1.236	3.080	-	-
Hospital Universitário Pedro Ernesto	1.837	5.896	68.716	5.280
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	4.862	8.800	26.778	8.800

Fonte: CNES/DATASUS, 2010.

¹ Foram retirados os procedimentos de quimioterapia de tumores de criança adolescente com código 030407 e todos as quimioterapias hematológicas com os códigos 0304030015, 0304030031, 0304030040, 0304030058, 0304030066, 0304030074, 0304030090, 0304030104, 0304030112, 0304030120, 0304030139, 0304030147, 0304030155, 0304030163, 0304030171, 0304030180, 0304030198, 0304030201, 0304050229, 0304060011, 0304060038, 0304060046, 0304060054, 0304060062, 0304060070, 0304060089, 0304060097, 0304060119, 0304060127 e 0304060135.

3.3 Análise dos dados

A Portaria 741 tem sido o instrumento fundamental na definição do que as unidades assistenciais de saúde devem oferecer para atender o paciente oncológico, quando buscam credenciar e habilitar seus estabelecimentos de saúde junto aos respectivos gestores do SUS.

Além disto, os parâmetros definidos no Anexo III tanto servem para as unidades se organizarem para oferecer aquilo que é esperado, quanto para os gestores planejarem e programarem sua necessidade de serviços para atender ao grande número de casos novos esperados anualmente.

Apesar das Redes de Atenção Oncológica, com seus respectivos conjuntos de estabelecimentos de saúde serem definidas e publicadas, anualmente, em portarias específicas, essas normas administrativas não explicitam nem quantificam os respectivos procedimentos e metas contratualizadas por serviços.

Assim, como na Portaria SAS/MS n.º 146/2008 não estabelece nenhuma meta que os serviços assistenciais que compõem a RAO do Município do Rio de Janeiro deveriam atingir durante o período de validade do documento, as análises de necessidade e produção da rede estudada partem do pressuposto que todas as unidades assistenciais tivessem uma capacidade de produção padrão, conforme os parâmetros de produção esperados no Anexo III da Portaria 741.

A Rede Municipal do estudo de caso guarda especificidades e particularidades por se situar em uma base territorial com uma trajetória atípica enquanto região administrativa, palco da fusão de dois Estados, fato ocorrido em 1975.

As unidades assistenciais que compõem a RAO do município do Rio de Janeiro trazem uma heterogeneidade de características jurídico-administrativas e uma riqueza de particularidades oriundas de sua localização geográfica que, em princípio, dificulta qualquer generalização que se possa fazer ou ter como referencial analítico para outras localidades.

Sobre o conjunto de hospitais federais que estão sob Gestão Municipal, cabe ainda lembrar que os mesmos dispõem de um nível de autonomia maior que os demais hospitais municipais e estaduais, mesmo sendo necessário o cumprimento das normas do regime público (MACHADO, 2001, p. 119). A própria falta de dados

de suas produções ambulatoriais no sistema de informação, por si só, pode ser entendida como uma dificuldade dessas unidades em mudarem sua logística operacional e formarem uma rede integrada de serviços.

Com essas particularidades, um planejamento realizado, simplesmente, à luz de instrumentos normativos, sem levar em conta o contexto social, em sua visão mais ampla, nem sempre pode considerar que o que está apresentado no Quadro 4 como uma rede assistencial à saúde, realmente, funcione como tal.

De acordo com os dados levantados, *à priori*, as únicas semelhanças entre as Unidades Hospitalares foram classificadas como sendo de duas ordens: uma macrogerencial, no que se refere à todos estarem sob a Gestão Municipal, e uma microgerencial, no que se refere às estratégias dos gestores/gerentes dos serviços em implementar modalidades gerenciais alternativas, no que tange aos RHS, para manter a operacionalização dos serviços, ao longo dos anos.

Inicialmente, na Tabela 7 observam-se os valores mínimos e máximos de procedimentos de quimioterapia e radioterapia que a RAO municipal poderia ter oferecido para atender a necessidade local.

Para se chegar a tais valores foi considerada apenas a capacidade instalada de equipamentos de megavoltagem, na suposição de que a recomendação de se manter uma proporcionalidade entre os tratamentos de radioterapia e quimioterapia, estivesse sendo atendida pelas unidades e acompanhada pelos gestores.

Nesse caso, foi observado que a RAO municipal era capaz de oferecer entre 67.200 a 100.800 procedimentos de Quimioterapia (QT), e 565.200 a 588.000 campos de Radioterapia (RT).

Esses valores passam a ter algum sentido quando é apresentada na Tabela 8 a estimativa de casos de câncer para 2008 (com exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer pediátrico e o hematológico), a quantidade estimada de procedimentos necessários para atender os casos esperados, e a produção apresentada no SIASUS, em 2008 (lembrando que foram excluídos os procedimentos ambulatoriais de quimioterapia voltados para pediatria e hematologia).

Os resultados da metodologia empregada na Tabela 8 podem servir, num primeiro momento, para mostrar ao gestor como está sua produção de radioterapia e quimioterapia, tanto em relação à sua capacidade instalada, quanto em relação à

necessidade sanitária. Trata-se de uma avaliação macro de produção, onde a questão sobre os RHS ainda não se faz presente.

Na quimioterapia, os hospitais federais mesmo sem informar produção foram contabilizados como capacidade instalada. Assim, a produção apresentada que já demonstrava um superávit de produção ambulatorial de mais de 40%, deve, de fato, ser bem maior do que isso, considerando a produção não informada de 5 hospitais federais.

A análise de produção de radioterapia demonstra um déficit em torno de 20%, perante a capacidade instalada de produção mínima. O aspecto da dimensão estrutural que permeia as questões dos RHS levantado no estudo pode significar um dos fatores com influência sobre essa situação, haja vista a grande diferença encontrada entre a oferta de Instituições de Ensino Superior (IES) com Programas de Residência Médica (RM) em Cancerologia e Radioterapia, respectivamente, 97 e 14.

Porém, na prática anual do planejamento das RAO a dimensão estrutural relacionada à capacidade formadora do especialista em oncologia no País, ainda pouco se sabe se o número de Instituições de Ensino Superior levantado nas Tabelas 5 e 6 atende à demanda de força de trabalho na área. Neste sentido, mais estudos precisam ser realizados, para diagnosticar tanto a força de trabalho já existente, quanto o potencial do sistema formador de recursos humanos em oncologia para o mercado de trabalho.

O que deve ficar evidente para os gestores do sistema de saúde é que, quando uma região apresentar uma capacidade instalada aquém de sua necessidade de cobertura assistencial, novos investimentos só devem ser planejados quando o que já existe atingir sua capacidade plena de produção.

Ciente que a produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia é o resultado de uma eclética força de trabalho originária de um “complexo hospitalar” formatado por orientação governamental, com componentes que apresentam diferentes tipos de unidades, naturezas jurídicas e esferas administrativas, conhecer esta força de trabalho foi o desafio sistematizado na Tabela 10, a partir das informações disponíveis sobre RHS.

Uma questão que dificulta inferências analíticas nessa pesquisa é devido à variedade de códigos da CBO dos oncologistas, já comentada anteriormente, onde médicos dentro da mesma instituição se dividiam entre diferentes códigos de

ocupação da CBO, como por exemplo: MÉDICO CLÍNICO GERAL / MÉDICO MASTOLOGISTA CIRURGIÃO DE MAMA / MEDICO CANCEROLOGISTA CIRÚRGICO / MÉDICO CANCEROLOGISTA CLÍNICO.

Considerando que o quantitativo de carga horária representa a soma de horas que os profissionais (com os mesmos códigos dentro do CNES) perfazem na sua trajetória individual de trabalho, *a priori*, o levantamento da carga horária no CNES demonstrou uma grande distorção existente entre os hospitais por especialistas, mesmo quando existe uma semelhança no perfil assistencial entre eles.

Assim, partindo de um sistema de informação administrativo nacional de preenchimento obrigatório⁶⁴ por todas as unidades hospitalares que compõe a RAO municipal (inclusive os serviços de saúde que não entraram no estudo) foi possível conhecer a variação da carga horária entre os estratos propostos no estudo, que se comportou da seguinte forma:

- i. O Hospital Mário Kroeff, com uma pressuposta capacidade instalada para atender 2.000 casos novos de câncer apresentou uma distribuição de carga horária total semanal dos oncologistas entre os estratos com o seguinte perfil: 35% da carga horária total semanal estavam registradas na própria unidade, 7% estavam em outras unidades hospitalares da RAO e 59% da carga horária total semanal (CHTS) estavam registradas em outros serviços de saúde.

A variação da CHTS do radioterapeuta teve o seguinte comportamento entre os estratos: 41% da carga horária total semanal estavam registradas no próprio hospital, 52% estavam em outras unidades hospitalares da RAO e 7% da carga horária total semanal estavam registradas em outros locais.

- ii. O INCA, com uma pressuposta capacidade instalada para atender 6.000 casos novos de câncer, apresentou uma distribuição da carga horária total semanal dos oncologistas entre os estratos com o seguinte perfil: 54% da carga horária total semanal estavam registradas na própria unidade, 3,5% estavam em outras unidades hospitalares da RAO e 42,5% da carga horária total semanal estavam registradas em outros locais.

⁶⁴ Todas as unidades hospitalares são responsáveis pela informação preenchida na Ficha do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (FCNES) e seu encaminhamento para o gestor local. Este por sua vez é o responsável por disponibilizar as informações atualizadas no sítio do CNES/DATASUS.

A variação da CHTS do radioterapeuta teve o seguinte comportamento entre os estratos: 64% da carga horária total semanal estavam registradas no próprio hospital, 10% estavam em outras unidades hospitalares da RAO e 26% da carga horária total semanal estavam registradas em outros locais.

- iii. O Hospital Universitário Pedro Ernesto, com uma pressuposta capacidade instalada para atender 1.000 casos novos de câncer, apresentou uma distribuição da carga horária total semanal dos oncologistas entre os estratos com o seguinte perfil: 29% da carga horária total semanal estavam registradas na própria unidade, 7% estavam em outras unidades hospitalares da RAO e 63% da carga horária total semanal total estavam registradas em outros locais.

A variação da CHTS do radioterapeuta teve o seguinte comportamento: A distribuição da carga horária total semanal dos radioterapeutas entre os estratos mostrou o seguinte perfil: 41% da carga horária total semanal estavam registradas no próprio hospital, 52% estavam em outras unidades hospitalares da RAO e 7% da carga horária total semanal estavam registradas em outros locais.

- iv. O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, com uma pressuposta capacidade instalada para atender 1.000 casos novos de câncer, apresentou uma distribuição de carga horária total semanal dos oncologistas entre os estratos com o seguinte perfil: 66% da carga horária total semanal estavam registradas na própria unidade, 4% estavam em outras unidades hospitalares da RAO e 30% da carga horária total semanal estavam registradas em outros locais.

A variação da CHTS do radioterapeuta teve o seguinte comportamento entre os estratos: 51% da carga horária total semanal estavam registradas no próprio hospital, 6% estavam em outras unidades hospitalares da RAO e 43% da carga horária total semanal estavam registradas em outros locais.

- v. O Hospital Universitário Gaffree e Guinle, com uma pressuposta capacidade instalada para atender 1.000 casos novos de câncer, apresentou uma distribuição de carga horária total semanal dos oncologistas entre os estratos com o seguinte perfil: 73% da carga horária total semanal estavam registradas na própria unidade e os 27% restantes estavam registradas em outros locais.

Mesmo reconhecendo as diferenças de perfil assistencial entre os serviços, chama atenção o INCA, por sua competência enquanto órgão federal, com múltiplas funções na oncologia, apresentar apenas 54% do total da carga horária semanal de seus oncologistas na Instituição, ficando abaixo do Hospital Universitário Gaffree e Guinle com 73% da carga horária semanal de seus profissionais dedicada à unidade hospitalar e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho com 66%.

No que se refere à carga horária informada no CNES, vale destacar que, apesar de estar distribuída entre atividades assistenciais (ambulatorial e hospitalar) e outros, nas unidades hospitalares estudadas não foi encontrado nenhum profissional com registro de carga horária na opção “Outros⁶⁵”. (grifo nosso).

Na Tabela 10 pode-se observar a carga horária total semanal de oncologista clínico, radioterapeuta e físico médico, a Tabela 11 apresenta a carga horária anual destes profissionais calculada a partir da quantidade de carga horária semanal conforme a memória de cálculo descrita anteriormente pela pesquisadora.

Além das unidades hospitalares, a Tabela 11 destaca ainda, o cálculo da pressuposta capacidade instalada de produção mínima de quimioterapia e radioterapia e a produção ambulatorial desses procedimentos apresentada no SIA/SUS, em 2008, com a intenção de fazer uma correlação entre os dados.

Para analisar a produção apresentada em 2008 pelas unidades, em relação à capacidade instalada para produção mínima de procedimentos de quimioterapia, foram retirados do total apresentado no SIA/SUS, de 2008, os procedimentos de quimioterapia pediátrica e hematológica. Procedimentos estes que, normalmente, elevam a necessidade de produção.

De acordo com a produção ambulatorial de quimioterapia das Unidades em 2008, a situação encontrada perante a pressuposta capacidade instalada demonstrou que enquanto o Hospital Mário Kroeff e o INCA apresentaram uma produção 268% e 204% acima de suas capacidades instaladas, respectivamente, o Hospital Universitário Gaffree e Guinle só realizou cerca de 30% de sua capacidade instalada de produção. O Hospital Universitário Pedro Ernesto, por sua vez, realizou

⁶⁵ De acordo com as instruções de preenchimento da ficha profissional definidas no Manual técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2006

“Carga Horária Semanal: Informar a carga horária semanal ambulatorial (quando o profissional presta atendimento ambulatorial); Hospitalar (quando o profissional realiza atendimento na internação) e carga horária Outros (quando o profissional realiza atividades administrativas e outras que não se enquadram nas opções anteriores)”.

cerca de 44% de sua capacidade instalada, sendo que o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho foi o único que realizou um número de procedimentos de quimioterapia dentro do esperado de sua capacidade instalada.

Ainda sobre a Tabela 11, a situação da produção ambulatorial de radioterapia em 2008, no SIA/SUS, e a capacidade instalada para radioterapia, as unidades apresentaram o seguinte comportamento: com exceção do Hospital Mário Kroeff que teve uma produção dentro do esperado da sua capacidade instalada, o INCA, o Hospital Universitário Pedro Ernesto, e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho apresentaram déficit em relação à sua capacidade instalada, em aproximadamente, 64%, 70% e 66%, respectivamente.

Embora as variáveis – pressuposta capacidade instalada de produção e carga horária anual – possam ser analisadas em outras situações a partir da produção apresentada no SIA/SUS, alguns senões devem ser destacados, para que os resultados não invalidem o método de análise proposto.

O levantamento da carga horária semanal total deve levar em consideração apenas a carga horária registrada no ambulatório. Esse fato merece o seguinte destaque, embora o sistema de informação permita essa discriminação, a informação só iria refletir uma situação mais próxima do real se as Unidades preenchessem o quanto da carga horária total semanal de seus profissionais é dedicada a atividades que não são assistenciais, ou seja, o campo referente à carga horária na Ficha do Cadastro Nacional de Estabelecimentos, onde existe a opção “Outros” passar a ser preenchido.

Outras críticas quanto à proposta do método de análise podem surgir, inclusive, podendo ser uma delas a correlação direta da carga horária do profissional somente ao procedimento. Dificuldade essa que poderia ser contornada com relatórios que sinalizassem quantas consultas ambulatoriais geram procedimentos quimioterápicos.

Por fim, a última observação sobre a carga horária levantada que poderia comprometer os resultados da análise – e não o método proposto para o planejamento de carga horária necessária para realizar a produção esperada – fica por conta do período do estudo da carga horária, 2009, enquanto a produção do SIA/SUS estudada foi de 2008.

Mesmo diante das possíveis limitações analíticas impostas pelas condições atuais, para efeito de iniciar uma aproximação de relação entre carga horária

ambulatorial anual e a produção apresentada no SIA/SUS como fruto do trabalho de RHS, a Tabela 12 traz alguns dados que permitem essa aproximação, lembrando sempre que a carga horária é de 2009 e a produção de 2008.

Desta feita, dividindo a carga horária pelo número de procedimentos de quimioterapia (QT) e radioterapia (RT), pode-se dizer que:

- ✓ O Hospital Mário Kroeff tendo uma carga horária ambulatorial anual de 15.224 horas de oncologista clínico teria realizado os 22.534 procedimentos de QT em, aproximadamente, 40 minutos por procedimento, e a radioterapia, com uma carga horária anual de 6.160 horas de radioterapeuta teria realizado os 87.0414 campos de RT em, aproximadamente, 4 minutos por procedimento.
- ✓ O Hospital Universitário Gaffree e Guinle tendo uma carga horária ambulatorial anual de 3.080 horas de oncologista clínico teria realizado os 1.236 procedimentos de QT em, aproximadamente, 2 horas e 30 minutos por procedimento.
- ✓ O Hospital Universitário Pedro Ernesto tendo uma carga horária ambulatorial anual de 5.896 horas de oncologista clínico teria realizado os 1.837 procedimentos de QT em, aproximadamente, 3 horas e 12 minutos por procedimento, e a radioterapia, com uma carga horária anual de 5.896 horas de radioterapeuta teria realizado os 5.280 campos de RT em, aproximadamente, 5 minutos por procedimento.
- ✓ E o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho tendo uma carga horária ambulatorial anual de 8.800 horas de oncologista clínico teria realizado os 4.862 procedimentos de QT em, aproximadamente, 1 hora e 48 minutos por procedimento, e a radioterapia, com uma carga horária anual de 8.800 horas de radioterapeuta teria realizado os 26.778 campos de RT em, aproximadamente, 20 minutos por procedimento.

A situação do físico, apesar de ter sido contabilizada e sistematizada na Tabela 10, necessita de maiores investigações sobre o código da Classificação Brasileira de Ocupações e as orientações para sua classificação no CNES, haja vista só existirem na RAO Municipal dois físicos médicos registrados com a titulação exigida pela PT 741, sendo todos os outros físicos nucleares. E, segundo os registros do CNES, nenhuma das unidades hospitalares estudadas apresentaram como responsável técnico do Serviço de Física Médica, o físico com especialidade em Física Médica.

Foi observado que dentro da mesma unidade hospitalar os nomes dos profissionais se repetem, pois apresentam mais de uma definição de profissão pela Classificação Brasileira de Ocupações, com diferentes cargas horárias e vínculos empregatícios. Tal fato fez com que o número total de profissionais não fosse considerado uma boa variável para estimar o tempo necessário para atender os mil casos novos de câncer anuais.

Uma observação importante em relação a produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia apresentada no SIA/SUS é o fato de não se saber a quantos e a que casos de câncer eles correspondem, pois a informação disponível no SUS é de procedimentos e esses não estão relacionados aos casos individuais.

Trazendo as dimensões discutidas na segunda parte do trabalho para o estudo de caso, percebe-se a falta de questionamento pelo Estado brasileiro sobre a capacidade do país em formar os especialistas que são exigidos para atuar nos serviços de ACO.

E mais, a pouca intimidade e utilização dos parâmetros governamentais existentes para planejar e avaliar as Redes Estaduais de Atenção Oncológica e a frágil capacidade regulatória do Estado, tanto no que se refere à gestão das relações de trabalho, quanto das profissões também são observadas na Rede Municipal.

Por fim, fica um comentário sobre a concentração de unidades assistenciais com o perfil identificado, e os vários motivos que levaram as reações presenciadas na ocasião perante a nova condução da organização do sistema de saúde nos anos 90, inclusive “as dificuldades no plano das relações intergovernamentais e de articulação entre as múltiplas redes de serviços existentes” (MACHADO, 2001, p. 121), que talvez possam ter prenunciado o que se nota hoje na construção da rede assistencial de oncologia na alta complexidade no Município do Rio de Janeiro.

Independente das limitações e problemas em relação aos dados e às possibilidades de análises da situação atual, o estudo traz uma certeza: a necessidade de dimensionamento de RHS – nesse caso, oncologistas clínicos e radioterapeutas e físicos médicos – para que se possa saber quantas horas de trabalho as unidades hospitalares necessitam contratar para poder atender aos critérios das atuais políticas para o controle do câncer no Brasil; e mais, saber quantos cursos e vagas são necessárias para formar esses especialistas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, Labra (1999) foi precisa ao comentar que analisar “políticas é um campo complexo, dinâmico e mutante, exigindo dos estudiosos um cabedal de conhecimentos teóricos e de dados empíricos suficiente para que possa entender e explicar **o que fazem os governos, como e por que o fazem**”. (LABRA, E.,1999, p. 134, grifo do autor).

Embora o tema do estudo não tivesse a pretensão de analisar as políticas para o controle do câncer (dado à falta de tempo hábil do projeto acadêmico e, os vários aspectos que envolvem este tema) seria muito difícil iniciar um estudo sobre o processo de trabalho na ACO sem visitar um pouco as políticas que norteiam a organização do sistema de saúde.

E assim foi feito.

Nos poucos, porém importantes “retratos da história”, pode-se observar que, somente há poucos anos o câncer passou a compor, de forma mais constante, a agenda do governo, deixando de ser uma luta de poucos porém, dedicados e incansáveis profissionais, estudiosos e cientistas que viam na doença um problema que ameaçava toda a população, para ampliar seu campo de atividades em várias linhas de ação, só que desta vez, sob um comando único.

Se, por um lado, nota-se uma visão mais integrada das várias dimensões necessárias para o controle efetivo da doença, por outro, a organização do sistema de saúde continua sendo estruturada pela alta complexidade e, a situação epidemiológica está longe de ser resolvida, na medida em que o câncer situa-se como a segunda causa de morte no País e as estimativas de casos novos da doença continua alta.

A essa situação soma-se o crescente desenvolvimento, inovação e incorporação de medicamentos e equipamentos novos e de alto custo voltados para o controle do câncer, movimentando um poderoso mercado financeiro que nem sempre com interesses convergentes em prol do desenvolvimento e melhorias da questão social, entre elas o controle do câncer.

O estudo historiou de forma sucinta as políticas, ações e programas voltados para a organização do controle do câncer no Brasil, e propôs uma análise da situação do processo de trabalho no segmento da alta complexidade em oncologia,

a partir de conhecimentos tácitos no desenho e organização das redes assistenciais de alta complexidade em oncologia junto aos gestores estaduais do SUS, norteados pelas portarias ministeriais para o controle do câncer publicadas após 2005.

Os elementos que foram trazidos para reflexão sinalizam que a nova orientação da alta complexidade para a oncologia, agora partindo direto da Secretaria de Atenção à Saúde, aproxima-se das estruturas internas do Ministério da Saúde mais afins do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que consolida o INCA como a instituição de referência do SUS para assessorar seus respectivos gestores na organização das redes assistenciais de alta complexidade em oncologia (ACO).

Percebe-se ainda que a formulação, o conteúdo das políticas para a organização dos serviços de ACO e a formação de redes assistenciais de atenção oncológica evoluem de forma sistemática, guardando coerência técnica em relação aos parâmetros de necessidade assistencial (norteadas pela estimativa de casos novos de câncer) e com a capacidade de produção dos equipamentos de radioterapia de megavoltagem.

Porém, o mesmo não se pode dizer sobre os aspectos relacionados a operacionalidade das orientações governamentais e ao próprio processo de trabalho, na medida que ainda não existem parâmetros que quantifiquem, nem mesmo, a necessidade de carga horária dos recursos humanos responsáveis pelo processo de produção (lembrando que a qualidade do cuidado em nenhum momento foi abordada neste estudo).

O que se vê é que o cuidado assistencial oncológico passa por uma estrutura formadora de RHS que deve atender as necessidades de saúde (e não somente as do mercado de trabalho). Desta forma, o aumento de 290% no número de Instituições de Ensino Superior com Programas de Residência Médica na área de Oncologia no intervalo de seis anos, encontrada na pesquisa, é uma informação que merece uma investigação à parte.

De qualquer maneira, esta é a questão central do estudo, os recursos humanos em saúde que tratam da população brasileira, sujeita a uma doença que representa hoje a segunda causa de mortalidade no país, e com altas taxas de incidência e movimentam um mercado de trabalho onde indústrias farmacêuticas e de equipamentos têm grandes interesses, principalmente, por se tratar de um País onde o Estado tem o dever, previsto em lei, de cuidar da saúde de seus cidadãos.

Se os “Parâmetros para o Planejamento e Avaliação da Rede de Alta Complexidade em Oncologia”, tema do Anexo III da Portaria SAS/MS nº 741/2005 são os instrumentos governamentais indutores da organização do processo de trabalho na alta complexidade (na medida que orientam quais os serviços possuem capacidade para tratar os pacientes com câncer, quantos serviços são necessários, quantos pacientes esses serviços são capazes de tratar com quimioterapia, radioterapia ou cirurgia oncológica, além de dimensionar quantos procedimentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica uma UNACON ou CACON é capaz de atender), como fica a quantificação de RHS necessários para atingir as metas pactuadas?

Afinal de contas, são eles – os RHS – os responsáveis pela formulação destas orientações e pelo “processo de produção de serviços”. E mais, o estudo corrobora com o posicionamento de DUSSAULT (1999), sobre serem os profissionais que, em qualquer sistema de serviços de saúde, em última instância, definem quais serviços serão consumidos, como serão consumidos, onde, em que quantidade e, conseqüentemente, que impacto estes serviços terão sobre o estado de saúde das pessoas e no sistema de saúde.

Assim, o sucesso das ações de saúde depende do processo de trabalho dos RHS, ou seja, de definições sobre a quantidade; da combinação de competências; da distribuição; da formação e capacitação permanente de profissionais para lidarem com as constantes inovações e incorporações de novas tecnologias para o controle do câncer, envolvendo a gestão da educação e das condições e relações de trabalho dos profissionais da saúde, abrangendo as questões que perpassam a gestão do trabalho.

Ocorre que o estudo aqui proposto, certamente não dá conta de todos os aspectos e ações desenvolvidas pelo Estado em suas variadas funções, até mesmo porque não é esse seu objetivo.

Por outro lado, visto o que está posto, as políticas de controle do câncer no que se refere à alta complexidade em oncologia vêm, anualmente, redesenhando e formalizando as Redes de Alta Complexidade em Oncologia a partir de um diagnóstico situacional que se concentra, basicamente, na infra-estrutura física, na capacidade instalada de produção para o tratamento oncológico partindo dos equipamentos existentes, e no preenchimento do Anexo IV da Portaria SAS/MS n.º

741/2005, junto com os devidos documentos comprobatórios da veracidade das informações.

E, para esse conjunto de elementos, já existem sistemas nacionais de informação capazes de fornecer dados suficientes para avaliar, de forma bem aproximada, o que está acontecendo na vida real. Porém, não é novidade que isto só servirá para o processo de tomada de decisões em saúde, se as informações geradas originarem-se de dados cuidadosamente informados.

Entra em cena os gestores da Saúde que, ao utilizarem cada vez mais esses dados, devem transformá-los em informação que, por sua vez, deverá ser traduzida em ações transformadoras das realidades que necessitem de modificação.

Neste sentido, o presente estudo tornou-se propositivo ao sugerir a constante utilização dos parâmetros já existentes para o planejamento e avaliação das redes assistenciais de alta complexidade em oncologia, por técnicos e gestores do SUS em seu processo de acompanhamento do que está sendo realizado pelo conjunto de suas unidades assistenciais, bem como, desenhos de redes de atenção. Da mesma forma que propõe que as metas de produção pactuadas entre os gestores do SUS sejam publicadas anualmente junto com as Portarias que regulamentam as atuais Redes de Atenção Oncológica.

E mais, considerando os vários atributos do CNES, dentre eles a descentralização, desagregação e, principalmente, riqueza das variáveis informadas quanto aos profissionais com vínculos empregatícios nos estabelecimentos de saúde, que esse cadastro seja reconhecido oficialmente como um instrumento de gestão e sua utilização ampliada.

Se as informações contidas no banco de dados pesquisado nesse estudo não representam a realidade dos cuidados envolvendo os RHS na ACO, sugere-se duas observações: i) reforçar o cuidado no preenchimento dos dados e divulgação das informações (papel dos gerentes das unidades e gestores do SUS) e, ii) manter a proposição inicial de análise dos dados de produção ambulatorial de quimioterapia e radioterapia apresentados no SIA/SUS, do cálculo da capacidade instalada da rede assistencial de alta complexidade em oncologia e da utilização da informação sobre a carga horária ambulatorial dos profissionais, para que se possa fazer uma avaliação aproximada da quantidade de carga horária necessária para realizar a quantidade de procedimentos esperados, mesmo que, para isto, alguns conceitos

precisem ser revisitados e novos elementos precisem entrar neste tipo de investigação.

E por fim, fica uma visão de mais longo prazo, porém não mesmo assertiva, ao supor a interação e integração das áreas ministeriais da Saúde que elaboram as políticas normativas para a organização do sistema assistencial de saúde, com as áreas responsáveis pela gestão do trabalho e educação em saúde, o Ministério da Educação e o Ministério do Trabalho e Emprego.

Lembrando que, independente do perfil jurídico, administrativo e assistencial dos estabelecimentos de saúde e do contexto histórico no qual foram construídos, o processo de trabalho para atender o paciente com câncer e realizar os procedimentos nas quantidades definidas nos instrumentos governamentais vigentes prescinde de parâmetros para planejar e programar, ao menos, o número (mínimo) de oncologistas clínicos, radioterapeutas e físicos necessários para atender os casos novos de câncer que uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia são capazes de atender.

E mais, os gerentes e gestores dos serviços de saúde e do SUS devem trabalhar dentro da lógica de economia de escala e concentração de tecnologias de baixa frequência relativa, para não comprometerem ainda mais as três dimensões que perpassam os Recursos Humanos em Saúde discutidas aqui.

Se, em 1999, Kligerman, então diretor do Instituto Nacional de Câncer, identificou três atores interagindo em todo processo para o controle do câncer na alta complexidade, tendo por finalidade única, os doentes: *“as várias instâncias da gestão do SUS, os prestadores de serviços e a indústria de medicamentos e equipamentos”* (KLIGERMAN, 1999, *online*⁶⁶), o quarto, e principal ator não pode mais ficar de fora deste sistema – os Recursos Humanos na área da oncologia.

Os achados permitem dizer que as políticas para o controle do câncer ainda devem avançar e incluir parâmetros para estimar a força de trabalho necessária para as UNACON e CACON cuidarem dos mil pacientes que devem tratar e realizarem a produção anual de procedimentos previstos.

Da mesma forma que a portaria publicada anualmente com a função de formalizar as redes estaduais anuais de atenção oncológica, ao definir os serviços de saúde, poderia explicitar o que está sendo contratualizado com os serviços que compõem a rede assistencial do SUS de ACO.

Entendendo que existe uma relação direta com a força de trabalho para atingir objetivos e metas na Saúde, metodologias que permitam quantificar e buscar uma aproximação da carga horária de trabalho necessária para executar as atividades, de acordo com boas práticas clínicas, tornam-se preciosos instrumentos de planejamento e gestão.

Espera-se, então, que as dimensões postas sobre os RHS, no âmbito das políticas para o controle do câncer, sejam incorporadas nas discussões de formação das redes de atenção oncológica.

REFERÊNCIAS

AGENCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Resolução da Diretoria Colegiada nº 20, de 2 de fevereiro de 2006. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/legislacao/101-RDC%20%2020-06.doc>>. Acesso em: 22 jan. 2010.

ALMEIDA, Célia. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e sociedade*, [São Paulo], v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996.

_____. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 659-676, out./dez., 1997.

ARANTES, Luzia Lamosa. *Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde*. 2004. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

ARRETCHE, Marta . Uma Contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: MOREIRA, Maria Cecília Roxo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUCSP, v. 1, p. 7-224, 2001.

BANCO MUNDIAL. *Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: fortalecendo a qualidade do investimento público e da gestão de recursos*. Brasil, 15 de fevereiro de 2007 (Relatório nº 36601 – BR).

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 3, p. 615-626, 2007.

_____. *Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. Disponível em: <<http://bvssp.ict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/6/9/396-TeseTatianaVargasFBaptista.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

_____. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema de saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 11-41, 2005.

_____; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, p. 829-839, maio/jun., 2009.

BARRETO, Eliana Maria Teixeira. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 267-275, 2005.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade et al. *História e saúde pública: a política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, v. 2, 1987. 211 p. (Memória da Saúde Pública).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília: CONASS, v. 4, 2007. 166 p. (Progestores – Para entender a gestão do SUS).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília: CONASS, v. 9, 2007. 248 p. (Progestores – Para entender a gestão do SUS).

_____. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Lei orgânica da saúde. Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Estudo da necessidade de médicos no Brasil, 2009*. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_ciges.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Legislação da Saúde*. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 4 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *Manual do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde/CNES*. Ministério da Saúde. [Brasília]: 2006. 162 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Download_Manuais.asp?ftp=ftp>. Acesso em: 10 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1101, 12 de junho de 2002. Dispõe sobre parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 112, 13 jun. 2002. Seção 1, p. 36.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2439, 08 dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 236, 9 dez. 2005. Seção 1, p. 81.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 741, 19 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das 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, suas aptidões, qualidades e outras providências, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 246, 23 dez. 2005. Seção 1, p. 113-114.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2006. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Programa Viva Mulher, Câncer do Colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas*. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 78 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 743-747, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do serviço nacional de câncer*. 2. Ed. Brasília, 2007. 436 p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação brasileira de ocupações*. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/downloads.jsf;jsessionid=D41F24734696FC2E24F701672AEC145B.node1>>. Acesso em: 10-15 fev. 2010.

CAETANO, Rosângela; VIANNA, Cid Manso de Mello. *Avaliação tecnológica em saúde: introdução a alguns conceitos básicos*. Texto didático preparado para o mestrado profissional em administração em saúde, Ministério da Saúde/IMS-UERJ, Disciplina de Gestão Tecnológica, outubro de 2001, 32 p. Mimeografado.

CAETANO, Rosângela; VIANNA, Cid Manso de Mello. *Tecnologia em saúde: alguns conceitos úteis para a gestão tecnológica no setor saúde*. Texto didático preparado para o mestrado profissional em administração em saúde, Ministério da Saúde/IMS-UERJ, Disciplina de Gestão Tecnológica, outubro de 2001, 38 p. Mimeografado.

_____; _____. Aula ministrada no Mestrado em Gestão de Tecnologias em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 6 jul. 2008.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. *Tratado de saúde coletiva*, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 871 p.

CARVALHO, Bruno Gil de et al. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio. e JUNIOR, Luiz Cordoni. (Org.). *Bases da saúde coletiva*, Londrina: Ed. UEL, p. 27-59, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; : HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a

implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 20, sup. 2, s331-s336, 2004.

_____; et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à práticas na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 29-48, 1997.

CORDEIRO, Hésio. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 1. 1996.

CORREA, Sônia. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v. 10, n. ½, 1993. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol10_n1e2_1993/vol10_n1e2_1993_1artigo_3_12.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2009.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (Brasil). *Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 10 jan.-26 fev. 2010.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (Brasil). *Sistema de informação ambulatorial*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em: 27 jan. 2010.

DIB, Simone Faury (Coord.). *Roteiro para apresentação das teses e dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007. 133 p.

DUSSAULT, Gilles. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. *Educación Médica y Salud*, v. 28, n. 4, p. 478-89, 1994.

DUSSAULT, G. Human resources Management in health care services. In: *Intercountry consulting on human resource development in the health field*. Cairo, 15 a 18 fev., 1999.

DUSSAULT, Gilles; SOUZA, Luís Eugênio de. Gestão de recursos humanos em saúde. Aula no Workshop: *Mapeamento de projetos de pesquisa e intervenção sobre recursos humanos em saúde, no âmbito nacional*. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, Departamento de Orientação Profissional / Faculdade de Medicina da USP, Departamento de Medicina Preventiva, 2000. 47 p. Disponível em: <<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206831/Dussault%20e%20De%20Souza.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2009.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva, 21. ed., 2008. 174 p.

FARIA, Lina Rodrigues de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *História ciência saúde - Manguinhos* [online]. 2002, vol. 9, n. 3, p. 561-590. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000300005>. Acesso em: 1 jul. 2009.

FARIA, Lina Rodrigues de; SANTOS, Luiz Antonio. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV, v. 4, n. 2, p. 291-324, set., 2006.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

_____. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. Esp., p. 11-23, 2006.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 6. ed., 2008.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr., 2002.

GIRARDI, Sabado Nicolau. A reforma regulatória do trabalho e das profissões de saúde: a política de recursos humanos que interessa para as reformas setorial e do Estado. Seminário: *"Regulação e gestão de recursos humanos em saúde relacionado com a perspectiva da reforma do estado"*. Relatório Final. MS/UNB/OPAS, Brasília, p. 165-184, 1998.

GIRARDI, Sabado Nicolau; FERNANDES JR., Hugo. *A regulamentação das profissões de saúde no Brasil*. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>>. Acesso em: 17 maio 2009 .

GURGEL JR., Garibaldi Dantas; MEDEIROS, Kátia Rejane. Conflito e resistência à mudança no setor saúde: uma análise dos seus determinantes estruturais. In: FALCÃO, André. et. al (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 37-44, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=483>. Acesso em: 1 nov. 2009.

_____. *Requisito técnico para implantação de unidade de quimioterapia*. Rio de Janeiro, RJ, 2001. 7 p.

LABRA, Maria Eliana. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 131-166, 1999.

_____. *O movimento sanitário nos anos 20: da "conexão sanitária internacional" à especialização em saúde pública no Brasil*. Monografia apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública para a obtenção do grau de Mestre em Administração Pública. Rio de Janeiro: FGV, set., 1985. 410 p.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - anos 80. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume-Dumará, v. 1, n. 1, 1991.

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e Emprego em Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia; et al (Org.). *Políticas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 309-330, 2008. 512 p.

MACHADO, Maria Helena. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p.

MACHADO, Maria Helena. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, André et al. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 244 p.

MACHADO, Cristiani Vieira. Novos modelos de gerencia nos hospitais públicos: as experiências recentes. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-197, 2001.

MATTOS, Ruben Araújo. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Júlio César França (Org.). *Estado, sociedade e formação em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV, p. 313-352, 2008.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 41-63, 2005.

MENDONÇA, Licélia de Lima; MACADAR, Marie Anne. A importância dos sistemas de informação para o planejamento de ações e políticas de saúde no Programa de Saúde da Família do município de Porto Alegre. *Revista Eletrônica de Sistemas de Informação*, v. 7, n. 2, artigo 4, p. 1-17, 2008. Disponível em: <<http://revistas.facecla.com.br/index.php/reinfo>> Acesso em: 20 abr 2010.

MORIN, Edgar. *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2005.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. A política educacional brasileira na 'sociedade do conhecimento'. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Júlio César França (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ /EPSJV, p. 355-391, 2008.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 332-342, jul./set. 1987.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde. Textos apresentados: II Conferencia nacional de recursos humanos para a saúde. *Cadernos de Recursos Humanos em Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 3, ano 1, p. 219-233, 1993.

_____. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: FALCÃO, André et. al. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 45-58, 2003.

_____. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. São Paulo: Editora Unesp, 2007. 174 p.

_____; SANTANA, José Paranaguá de. *Gestão de recursos humanos e reformas do setor público: tendências e pressupostos de uma nova abordagem*. In: Documento elaborado para o Workshop on global health workforce strategy. Annecy, França: OMS, dez. 2000. Não paginado.

NOVAES, Hillegonda Maria Dith ; CARVALHEIRO, José da Rocha. Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl, p. 1841-1849, 2007.

NOVAES, Hillegonda Maria Dith. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. Especial, p. 133-140, 2006.

_____. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 12, supl.2, p. 7-12. 1996.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl. 1, p. 25-32, 1998.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. Especial, p. 73-78, 2006.

PARADA, Roberto. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-104, 2001.

PEREIRA, Isabel Brasil. A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Júlio César França (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV, p. 355-391, 2008.

PIERANTONI, Célia Regina et al. Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área da saúde: uma proposta metodológica. In: FALCÃO, André et. al. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 75-103, 2003.

PIERANTONI, Célia Regina. *Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Rio de Janeiro: IMS/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000. 228 p.

_____. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tânia. A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde. *Cadernos de Recursos Humanos em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 91-101, 2006.

_____; VIANNA, Cid Manso de Mello (Org.). *Gestão de Sistemas de Saúde*, Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2003. 389 p.

PINHEIRO, Roseni; CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 101-119, 2000.

_____; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484 p.

RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. *A geopolítica da saúde: leituras para a geografia*. Disponível em: <[http://egal2009.easyplanners.info/area01/1166_Werneck_Ribeiro_Eduardo_August o.doc](http://egal2009.easyplanners.info/area01/1166_Werneck_Ribeiro_Eduardo_August_o.doc)>. Acesso em: 8 jun. 2007.

SALTZ, Ernani. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social- INAMPS: Campanha Nacional de Combate ao Câncer; Programa de Oncologia - Pro-onco. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 203-207, 1988.

SANTANA, José Paranaquá. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: Textos apresentados – II Conferência Nacional de recursos humanos para a saúde. *Cadernos Recursos Humanos em Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde, ano 1, v. 1, n. 3, nov., 1993.

_____; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. *Educação, trabalho e formação profissional em saúde*. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/Educacao_Trabalho.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2009.

SANTANA, José Paranaguá. *Regulação do trabalho na saúde*. Brasília, OPAS, 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rts_completo.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2009.

SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. *Planejamento de saúde: conhecimento e ações 2006*. São Paulo, 2006.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretária municipal de saúde e defesa civil do município do Rio de Janeiro. *Sistema de informação ambulatorial*. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 8 fev. 2010.

SILVA, Ligia Maria Vieira. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 15-39, 2005.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. 172 p.

VARELLA, Thereza Cristina; POZ, Mario Roberto Dal; FRANÇA, Tânia. *Informação como recurso estratégico para a gerência de recursos humanos*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U1T7.pdf>. Acesso em: 3 set. 2005.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.

VIANNA, Sólton Magalhães et al. Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e financiamento. *Relatório de Pesquisa, Projeto Economia da Saúde (MS/Ipea)*, Brasília, v. 1, fevereiro, 2005.

WEBER, Max. *Ensaio de sociologia* In: GERTH, Hans Heinrich; MILLS, Charles Wright (Org.). Rio de Janeiro: Ed. LTC, 5. ed, 2008.

ZEFERINO, Luiz Carlos. Políticas oficiais de controle de câncer no Brasil. *Acta Oncológica Brasileira*, v. 17, n. 4, p. 172-177, ago./set./out./nov./dez., 1997.

GLOSSÁRIO

Administração Direta da Saúde:	Órgão governamental de saúde, da administração direta, em qualquer esfera administrativa.
Administração Direta de Outros Órgãos:	Órgão governamental não ligado diretamente à saúde, da administração direta, em qualquer esfera administrativa.
Administração Indireta/Autarquia:	Instituição dotada de personalidade jurídica de direito público, instituída por Lei, com autonomia administrativa e financeira e sujeita a controle pelo governo.
Administração Indireta/Organização Social:	Propriedade pública não estatal, organizada como uma sociedade sem fins lucrativos, orientada diretamente para o interesse público.
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS n.º 376, de 03 de outubro de 2000. A partir de agosto de 2003, foi considerado como implantado nacionalmente. Este cadastro substitui então os diversos cadastros existentes nos sistemas de âmbito nacional, como SIH/SUS, SIA/SUS etc. Também é gerido pela Secretaria de Assistência à Saúde. Além de registrar as características dos estabelecimentos, tais como tipo, leitos, serviços, equipamentos, o sistema registra também a mantenedora, as habilitações, sua forma de relacionamento com o SUS (regras contratuais) e seus profissionais dos estabelecimentos, com ou sem vínculo empregatício. Também são registradas equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, permitindo então uma ampla visão dos recursos físicos e humanos existentes, SUS e não-SUS. As consultas ao CNES podem ser realizadas no endereço eletrônico do DATASUS.
Classificação Brasileira de Ocupações – CBO	Sob responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego, a CBO vigente foi instituída por portaria ministerial n.º 397, de 9 de outubro de 2002, e tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares. Os efeitos de uniformização pretendida pela Classificação Brasileira de Ocupações são de ordem administrativa e não se estendem as relações de trabalho. Já a regulamentação da profissão, diferentemente da CBO é realizada por meio de lei, cuja apreciação é feita pelo Congresso Nacional, por meio de seus Deputados e Senadores, e levada à sanção do Presidente da República.

Entidade Beneficente sem fins lucrativos:	Entidade associativa civil de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolve atividade beneficente de assistência social.
Esfera administrativa	Corresponde à esfera administrativa a qual o estabelecimento de saúde está diretamente subordinado. Classificação da Informação: Público Federal / Público Estadual / Público Municipal
Sistema de Informações Ambulatoriais SUS (SIA/SUS)	de O SIA/SUS, gerido nacionalmente pela Secretaria de Assistência à Saúde, é o sistema responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS, que representam mais de 200 milhões de atendimentos mensais. O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais. Seu processamento é descentralizado na esfera estadual ou municipal, conforme o nível de gestão, para envio ao DATASUS. O BPA contém o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional. Os dados não são individualizados, fornecendo basicamente indicadores operacionais. Estão disponíveis regularmente na internet, desde julho de 1994, para <i>download</i> e para tabulações <i>online</i> . Para procedimentos de alta complexidade e alto custo (hemodiálise, terapia oncológica etc.), o SIA/SUS tem como documento básico a “Autorização para procedimentos de alto custo/complexidade (Apac)”. Para esses procedimentos, as informações são individualizadas e bastante detalhadas.

APÊNDICE A – “Retratos do tempo”

1º Período: A PRIMEIRA REPÚBLICA (1889 – 1930)

<p>Inicia-se o regime republicano apoiado por uma base política constituída de oligarquias cafeeiras, com sua atenção voltada para a expansão do capitalismo e do comércio. As ações de saúde são mais importantes para manter a imagem do governo nas relações econômicas exteriores do que, propriamente, para promover a saúde da população. Estudos sobre a fisiologia e a bacteriologia ocorrem na Europa e favorecem o surgimento de “uma área científica chamada de <i>medicina pública, medicina sanitária, higiene ou simplesmente, saúde pública</i>”. No Brasil, Oswaldo Cruz, médico sanitário assume a Diretoria Geral da Saúde Pública (órgão responsável por resolver as questões de saúde pública, vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores) e adota como modelo de atenção à saúde as <i>campanhas sanitárias</i>. Chega no Brasil a Fundação Rockefeller norte-americana, e traz consigo o modelo flexeriano de atenção à saúde. Surgem os Institutos bacteriológicos, vacinogênicos e de análises clínicas e farmacêuticas. As ações assistenciais à saúde acontecem mediante tratamento individual e privado, enquanto a assistência hospitalar pública apresenta um caráter de assistência social. Os pobres, indigentes e trabalhadores sem vínculo formal de emprego são assistidos pelas Santas Casas de Misericórdias. Com o crescimento da classe trabalhadora é instituído um regime de seguro social no país para as profissões, o que representa um sinal verde para o crescimento do número de prestadores de serviços assistenciais de saúde nos anos vindouros.</p>	1900	- Surgem as primeiras manifestações no Brasil, lideradas por médicos como, Juliano Moreira e Álvaro Ramos, sobre a necessidade de organizar ações de combate ao câncer.
1907	- Acontece uma das primeiras iniciativas para o tratamento do câncer: Álvaro Alvim, médico que se dedicava à eletroterapia desde 1893, compra em Paris, por iniciativa própria, o melhor equipamento de raios-X existente na época.	

1º Período: A PRIMEIRA REPÚBLICA (1889 – 1930) (continua)

1910	Publicado nos Estados Unidos da América o Relatório Flexner ⁶⁷ , Medicina centrada na doença de forma individual e concreta, os aspectos da coletividade não contavam para o ensino médico e não eram considerados no processo de saúde-doença. Logo, os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX.
1921	- É inaugurado em Belo Horizonte o Instituto de Radium. - Acontece em São Paulo o primeiro movimento de alcance social em prol do enfrentamento contra o câncer.
1924	- No II Congresso Brasileiro de Higiene, em Belo Horizonte, o médico Eduardo Rabelo alerta que, em alguns países da Europa, o câncer estava sendo considerado um problema sanitário prioritário, e relata que de forma inversa do que vinha acontecendo com a mortalidade por tuberculose, a mortalidade por câncer só aumentava.
1927	- Sérgio Lima de Barros Azevedo visita a França e a Alemanha para aprender como estes países estavam se organizando para o controle do câncer, e documenta a necessidade da criação de serviços especiais de câncer, acompanhado de educação especializada para habilitar médicos, farmacêuticos, parteiros e enfermeiras voltados para o diagnóstico precoce do câncer – única chance de garantir aos pacientes uma sobrevivência. - Ugo Guimarães, financiado pela Fundação Rockefeller faz estágio no Memorial Hospital de Nova Iorque, trabalha com eminentes cancerologistas e visita vários centros e universidades pelo mundo até retornar ao Brasil, em 1929.
1929	- Mário Kroeff, na Santa Casa de Misericórdia/RJ, lidera movimento contra o câncer e inicia as primeiras eletrocoagulações de tumores. - Ugo Pinheiro Guimarães retorna para o Brasil: organiza a Liga Brasileira contra o Câncer e inicia o primeiro curso de extensão universitária sobre cancerologia na Universidade do Brasil. - Inaugurado em São Paulo a primeira instituição dedicada ao controle do câncer no Estado – o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho.

Fonte: BODSTEIN, 1987; PAGLIOSA e DA ROS, 2008.

⁶⁷ Estudo de autoria de Abraham Flexner o Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, conhecido como Relatório Flexner (Flexner Report), é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial.

2º Período: A Era Vargas – Período Populista : 1930 – 1950

<p>Getúlio Vargas institui um poder centralizador, adota uma política Estatal, é pressionado para criar novos serviços voltados para a Saúde Pública, impede as reivindicações sociais e estabelece uma medicina previdenciária. Sob a tutela do Estado nasce as Caixas de Aposentadorias e Pensões e os Institutos de Previdência. Políticos e burocratas assumem, em sua grande maioria, as decisões sanitárias até então lideradas por médicos orientados por conceitos epidemiológicos. Iniciativas descentralizadoras e ajustadas aos problemas sanitários são interrompidas e substituídas por programas para tratar doenças específicas. Pela ação do Estado, a Saúde se divide em: saúde pública, de caráter preventivo, e assistência médica para tratamento curativo. Período onde práticas clientelistas são observadas nos programas e serviços de saúde e o governo.</p>	
1937	<ul style="list-style-type: none"> - Mário Kroeff cria o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (órgão considerado embrião do INCA). Iniciativa voltada para fortalecer a assistência hospitalar, a formação de recursos humanos na área de cancerologia e a pesquisa clínica.
1941	<ul style="list-style-type: none"> - A Associação Paulista de Combate ao Câncer trabalha, intensamente, nesta década na angariação de fundos para a construção do Hospital Antonio Cândido de Camargo que foi inaugurado anos mais tarde. - No âmbito do Ministério de Educação e Saúde é criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC) com poderes normativos para organizar o controle do câncer no País.
1942	<ul style="list-style-type: none"> - Deste ano até 1947 são formadas várias Ligas Contra o Câncer no país, em decorrência de movimentos sociais, possibilitando o investimento na capacitação de recursos humanos (médicos sanitaristas e cancerologistas) no exterior.
1944	<ul style="list-style-type: none"> - Publicado o Decreto que apresenta a estrutura, objetivos e formas de atuação do SNC. Institucionalizam-se assim as duas vertentes na área do câncer: <ul style="list-style-type: none"> ✓ o Instituto de Câncer, voltado para o tratamento e pesquisa (inicia-se a consolidação do Instituto de Câncer como o mais importante centro de tratamento e pesquisa da América Latina sobre o câncer; ✓ a Seção de Organização e Controle, que seria para elaborar ações preventivas, planos ou campanhas nacionais para o controle do câncer, exercendo um papel normalizador da política nacional.
1946	<ul style="list-style-type: none"> - É fundada a Sociedade Brasileira de Cancerologia. Os cancerologistas se unem para garantir suas propostas relacionadas às políticas públicas

Fonte: BODSTEIN, 1987; ZEFERINO, 1997; TEIXEIRA; FONSECA, 2007; BERLLOTTI FILHO, 2008.

3º Período: O Desenvolvementismo: 1950 – 1960

<p>Sob influência americana a Saúde presencia o início das construções dos grandes hospitais, com incorporação de equipamentos, em detrimento à rede de postos de saúde e serviços mais próximos à população. As ações de saúde são voltadas para as doenças de massa e a prevenção do câncer perdeu espaço como questão de saúde pública. O sistema de saúde brasileiro é formado por duas tecnoburocracias médicas: uma na gestão dos Institutos Previdenciários com formação no exterior em administração de serviços de saúde e a outra de formação sanitária, de tendência nacionalista e desenvolvimentista. Impasses nas Instituições de Saúde e reivindicações por reformas lideradas por movimentos sociais no final desta década, contribuem para o que veio a seguir: o golpe militar de 1964.</p>	
1953	<ul style="list-style-type: none"> - O Ministério da Educação e Saúde é desmembrado em dois: o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação. - O mesmo decreto que cria o MS (Decreto N.º 34.596), apresenta o Departamento Nacional de Saúde como uma das estruturas do novo Ministério, tendo como uma de suas finalidades: “organizar cursos de aperfeiçoamento sobre assuntos médicos e sanitários”. O Serviço Nacional de Câncer (SNC) é um dos seus órgãos. - Em São Paulo: inauguração do Instituto Central, hoje Hospital Antônio Cândido Camargo.
1957	<ul style="list-style-type: none"> - No Rio de Janeiro: Juscelino Kubistchek inaugura o Instituto Nacional de Câncer (INCA), na Praça Cruz Vermelha onde funciona hoje o Hospital de Câncer I
1960	<ul style="list-style-type: none"> - Grande entrada de capital estrangeiro, com ampla penetração da indústria multinacional, incluindo a farmacêutica, que desencadeou ações voltadas para a maior eficácia da cura das doenças, elevando os custos para a saúde. - Particularmente nesta década, a assistência médica estimulada pelas multinacionais da indústria farmacêutica influenciou com o que foi chamado de modernização do ato médico, fragmentando a prática médica, estimulando as especializações e priorizando a assistência hospitalar. Este modelo de cuidado à saúde seguiu a tendência da formação médica proposta pelo Relatório Flexner. - Publicada a Lei Orgânica da Previdência Social, que unificava os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluiu trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos

Fonte: BODSTEIN, 1987; LUZ, 1991; ZEFERINO, 1997, 1999; BAPTISTA, 2005; BARRETO, 2005; TEIXEIRA, FONSECA, 2007; PEREIRA, 2007.

4º Período: “Milagre Econômico” da Ditadura Militar: 1964 – 1984

<p>Vinte anos de centralização e concentração de poder. O sistema de saúde conjuga campanha política com assistência médica previdenciária. A Previdência Social libera verbas para a construção e reformas de inúmeras clínicas e hospitais privados (a Constituição de 1967 previa atuação governamental apenas de forma suplementar aos serviços prestados pela medicina privada). Aumento significativo de escolas de medicina no país, muito por conta da ênfase dada à medicina curativa – “o ensino médico passa a ser desvinculado da realidade sanitária da população, influenciado pelas especializações e as novas tecnologias oferecidas pelas indústrias farmacêuticas e de equipamento”. A preponderância da lógica do mercado e do modelo da Previdência Social sobre o MS fortalece cada vez mais a configuração de um sistema fragmentado de atenção à saúde. Instala-se, definitivamente, no país a lógica de organização do sistema e serviços de saúde que vigora até os dias de hoje: “o financiamento por produção”, ou seja, remuneração por serviço prestado. Período marcado por fraudes, incapacidade gerencial das Instituições de Saúde, crescimento das empresas particulares de saúde e da inflação econômica. O lema adotado pelo governo: “combater a pobreza melhora a saúde”, deteriorou as “condições de saúde da população, tanto pelo aumento da miséria nas cidades, quanto pela mudança de ênfase dos investimentos em saúde”, com redução de verbas na saúde pública. Algumas medidas são tomadas nesta área para atenuar a crise instalada na saúde: criação do Serviço Nacional de Saúde; organização de sistemas (de vigilância e sanitária e estratégias?) como das Ações Integradas, exemplos de tentativas que não foram suficientes.</p>	
1967	<p>- O MS institui a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) com objetivo de: <i>“intensificar e coordenar, em todo o território nacional, as atividades públicas e privadas de prevenção, diagnóstico precoce, assistência médica, formação de técnicos especializados, pesquisa, educação social e recuperação, relacionadas às neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência .</i></p>
1969	<p>- O MS cede o INCA à Fundação de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.</p>
1970	<p>- O MS transforma o SNC em Divisão Nacional de Câncer.</p>
1971	<p>- O INCA é transferido novamente para a gestão federal e é incluído como órgão da Divisão Nacional de Câncer (DNC).</p>

4º Período: “Milagre Econômico” da Ditadura Militar: 1964 – 1984 (continua)

1972	<ul style="list-style-type: none"> - O MS elabora o “Plano Nacional de Combate ao Câncer (1972-1976)” pelo DNC, porém, como não foi previsto recurso específico para o INCA, o Plano foi “engavetado”. - Deste ano até 1975 o diretor da DNC promove ações nacionais voltadas para o controle do câncer do colo do útero, e compra equipamentos de radioterapia que são cedidos em regime de comodato para hospitais de todo o país. - Período que o INCA recebe poucos recursos.
1975	<ul style="list-style-type: none"> - É assinado um convênio entre o MS e o MPAS visando integrar ações e definir obrigações na área do câncer. - O PNCC elaborado em 1972 é redirecionado para o Programa de Controle do Câncer no âmbito do INPS. Ocorrem várias tentativas de articulação nos diversos níveis do Instituto, por meio da criação das Comissões Central, Regionais, Ambulatoriais e Hospitalares de Oncologia.
1980	<ul style="list-style-type: none"> - Criação da Comissão Interministerial de Planejamento – CIPLAN – com a finalidade de discutir e propor uma administração conjunta (co-gestão) entre o MS e o MPAS de algumas unidades hospitalares altamente especializadas entre elas o INCA. - A CNCC assume a função de participar na recuperação do INCA como co-gestora dos recursos repassados do INAMPS.
1982	<ul style="list-style-type: none"> - A Resolução CIPLAN cria o Sistema Integrado do Controle de Câncer – SICC, com a missão de organizar as atividades de controle do câncer no país, tendo por objetivo “alcançar um padrão assistencial abrangente, uniforme e adequado ao nível dos recursos disponíveis” (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 56). Trata-se de uma nova medida do MPAS junto com a MS buscando reorientar as ações do controle do câncer. Segundo Zeferino (1997, p.174) “a rigor, o principal objetivo do SICC não era oferecer e garantir assistência oncológica a toda a população, mas sim, socorrer os hospitais de câncer, que estavam empobrecidos devido ao baixo valor pago pelos procedimentos e ao alto custo do tratamento”
1983	<ul style="list-style-type: none"> - É implantado no INCA o primeiro Registro Hospitalar de Câncer do país. - Criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), porém, só em 1984 foi oficialmente divulgado pelo MS. Medida que trouxe uma visão ampliada para a assistência da saúde reprodutiva da mulher, mas não logrou uma capilaridade nacional, fase as disputas pelos fundos públicos, dentre outras relações de poder vivido neste período de transição conservadora, que o país experimentou entre a Nova República e anos de ditadura política.

Fonte: TEIXEIRA; FONSECA, 2007; OSIS, 1998; CORREA,1993; BARRETO, 2005; ZEFERINO, 1997; BODSTEIN, 1987; SALTZ, 1988.

5º Período: Nova República e a luta pela reforma sanitária: 1985 – 1989

<p>Após 20 anos de ditadura militar, a sociedade ao mesmo tempo em que reconquista sua liberdade e democracia, herda uma pesada herança de várias ordens na (des)estrutura da Área da Saúde, com um contingente de mais de 200 mil médicos em todo País, egressos das inúmeras escolas médicas que foram criadas em anos anteriores. É promulgada a Constituição de 1988, e a Saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. O Brasil um Estado de direito pela presença da lei, na prática presença o confronto de interesses econômicos e políticos tanto no campo macropolítico como no micropolítico do poder (do Congresso e Ministérios da República até as Unidades Municipais de Saúde). O clientelismo, favoritismo, fraudes e formação de acordos nas Casas Legislativas são práticas que fazem parte da formação cultural que espraiam na Saúde.</p>	
1985	- Em várias capitais do país a mortalidade por câncer continua crescente, atingindo a segunda causa de óbito. Inicia-se o movimento de propor ações de prevenção, como desmembramento de Alma Ata ocorrida em 1978.
1986	- É criado o Comitê Regional de Câncer no Rio de Janeiro, pela CNCC e, inicia-se a elaboração do Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer, que tinha um objetivo maior: o desenvolvimento de um Sistema de Referência e Contra-Referência para o paciente com câncer.
1987	- É criado, em nível nacional, o Programa de Oncologia (PRO-ONCO) por meio de um protocolo de cooperação técnica entre a CNCC / MS e o INAMPS / Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Composto pelos seguintes Subprogramas: Informações em Câncer; Proteção e Promoção da Saúde; Expansão da Proteção e Controle do Câncer; Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer e Educação em Câncer (ações voltadas para os níveis comunitários e profissional).
1989	- É implantado pelo INCA o Programa Nacional para o Controle do Tabagismo.

Fonte: BARRETO, 2005; SALTZ, 1988; BRASL, 1988.

6º Período: 20 Anos do Sistema Único de Saúde: 1990 – 2010

<p>A Saúde sob comando único passa a ser um dever do Estado e direito de toda a população brasileira, avança em direção à descentralização por meio da municipalização, cria um sistema decisório partilhado entre os três gestores do SUS, implanta sistemas nacionais de informação com dados sobre internação e produção ambulatorial, inova por um lado ao implantar o financiamento per capita para ações de atenção básica, porém mantém o financiamento por produção,</p>	
1990	<ul style="list-style-type: none"> - Pela Lei N.º 8.080, as ações desenvolvidas pelo INCA, supervisionadas pela direção nacional do SUS, permanecem “<i>como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia</i>”. - O INCA, instituição com vocação histórica para tratamentos de alta complexidade oncológica e pesquisa clínica, assume a condução da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e incorpora o PRO-ONCO e suas atividades, Passa a ser da competência da esfera central a definição e coordenação de redes integradas de assistência de alta complexidade. - É criado o Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade – Sipac, dentre os quais um para câncer, cuja secretaria executiva foi instalada junto ao INCA.
1991	<ul style="list-style-type: none"> - No Decreto N.º 109 fica estabelecido que compete ao INCA “<i>exercer atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos, em todos os níveis, na área de cancerologia.</i>” (Esta competência ainda está mantida pelo Decreto N.º 6.890 de 27/05/2009). - A Secretaria Nacional de Atenção à Saúde (SNAS), órgão do MS: inclui no sistema de Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIA/SUS) os procedimentos para tratamento quimioterápico a serem pagos quando realizados em hospitais, previamente autorizado pelo INAMPS.
1993	<ul style="list-style-type: none"> - O secretário da Secretaria de Assistência à Saúde, órgão do MS, estabelece algumas normas para credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em câncer.

6º Período: 20 Anos do Sistema Único de Saúde: 1990 – 2010 (continua)

1995	<ul style="list-style-type: none"> - O Brasil participa da VI Conferência Mundial sobre a Mulher na China, e assume o compromisso de desenvolver, em âmbito nacional um programa para o controle do câncer do colo do útero.
1997	<ul style="list-style-type: none"> - Lançado o Programa Nacional para o Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher, com objetivo principal de reduzir o número de mortes causadas pelo câncer do colo do útero e de mama, permitindo à mulher um acesso mais efetivo ao diagnóstico precoce pelo exame Papanicolaou e exame clínico das mamas, além do tratamento adequado do tumor, coordenado pelo INCA. - Acontece a implantação do Projeto Piloto do Programa Viva Mulher INCA/MS.
1998	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama financiado por meio de convênios com os Estados e Distrito Federal. - É publicada a Portaria GM/MS n.º 3.535 estabelecendo os critérios para o cadastramento dos serviços e hospitais de alta complexidade em oncologia e enfatiza a indispensabilidade da assistência integral e integrada ao paciente com câncer. A assistência integral e integrada pretendida era a garantia que o paciente com câncer tivesse acesso aos tratamentos assistenciais de ACO, dentro de uma mesma estrutura hospitalar, além de toda a retaguarda hospitalar necessária para cuidar de suas intercorrências. Apesar de trazer uma nova lógica de organização do tratamento de alta complexidade no SUS, o financiamento continuou sendo por produção. - Início da 1ª Fase de Intensificação do Programa Viva Mulher/INCA. - O Ministro da Saúde assina a Portaria GM nº 3.040 de 21/06/1998 que institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino, e designa a então Secretaria de Políticas de Saúde como o órgão responsável pela coordenação do Programa. (MS, PORTARIA GM N.º 3.040/1998).
1999	<ul style="list-style-type: none"> - É criada a Comissão Nacional para a preparação da participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de Convenção-Quadro sobre controle do uso de tabaco, e dá outras providências. - O INCA implanta dois programas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa de Qualidade em Radioterapia ✓ Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco
2001	<ul style="list-style-type: none"> - Criado o Projeto Expande com o objetivo de ampliar o acesso ao tratamento de alta complexidade oncológica para pacientes com câncer, por meio da adequação física, técnica e gerencial de hospitais gerais ou universitários para implantação de um serviço oncológico de quimioterapia e radioterapia.
2002	<ul style="list-style-type: none"> - Lançamento da 2ª Fase de Intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero/INCA - Criação dos Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante

6º Período: 20 Anos do Sistema Único de Saúde: 1990 – 2010 (continua)

2004	<ul style="list-style-type: none"> - O MS na forma da Portaria GM/MS n.º 134 de 13/02/2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde (MS, 2004). - O Presidente da República em exercício (Luiz Inácio Lula da Silva) decreta por lei, o ano de 2004 como o Ano da Mulher e o MS institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com o ideário de aglutinar as lutas por justiça, saúde e igualdade na perspectiva de gênero, dentro de um perfil orientado por princípios e diretrizes do próprio sistema de saúde brasileiro, enquanto Sistema Único de Saúde, o SUS.
2005	<ul style="list-style-type: none"> - O Poder Legislativo aprova o texto da Convenção-Quadro sobre o controle do uso do tabaco assinada pelo Brasil, em 16/06/1999. O MS institui a Política Nacional de Atenção Oncológica a ser implementada pelos entes federados em todas as Unidades Federativas (Portaria GM/MS n.º 2.439). - A Secretária de Atenção à Saúde publica as novas definições e normas de credenciamento de serviços hospitalares para assistência de alta complexidade em oncologia no país (Portaria SAS/MS n.º 741).
2006	<ul style="list-style-type: none"> - Publicado o Pacto Pela Saúde 2006 (Portaria GM/MS n.º 399) como mais uma estratégia no processo de consolidação do SUS. O controle dos cânceres de mama e do colo do útero é mantido entre as Prioridades da Agenda Nacional de Saúde.
2007	<ul style="list-style-type: none"> - Publicada a Portaria SAS/MS n.º 513 definindo as primeiras Redes Estaduais de Atenção Oncológica do Brasil pós Portaria GM/MS n.º 2.439.
2008	<ul style="list-style-type: none"> - Definidas as Redes Nacionais de Atenção Oncológica de 2008 na Portaria SAS/MS n.º 146.
2009	<ul style="list-style-type: none"> - Definidas as Redes Nacionais de Atenção Oncológica de 2009. - Nunca se registrou índices de queda da taxa de mortalidade geral por câncer.

Fonte: SALTZ, 1988; ZEFERINO, 1997; MS, 2002.

ANEXO A – PORTARIA Nº 2.439/GM DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005

Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, na seção saúde, em seus arts. 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social;

Considerando o risco de câncer associado ao tabagismo, a ocupações, à incidência de raios ultravioleta, a hábitos sociais e alimentares, e o impacto das ações de promoção e prevenção sobre os índices de incidência e prevalência de algumas neoplasias malignas;

Considerando a diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas, que requerem tipos diversos de ações e serviços de saúde;

Considerando os custos cada vez mais elevados na alta complexidade e a necessidade de estudos que avaliem o custo-efetividade e a qualidade da atenção oncológica;

Considerando as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer;

Considerando a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no País;

Considerando a necessidade da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão pública;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica; e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir 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.

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo:

I - desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);

III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral;

IV - definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que atuam nos diversos níveis da atenção oncológica, bem como os mecanismos de sua monitoração;

V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica, mediante estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade e avaliação tecnológica da atenção oncológica no Brasil;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais da saúde;

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

X - fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica; e

XI - incentivar a pesquisa na atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - promoção e vigilância em saúde: elaborar políticas, estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e que superem a fragmentação das ações de saúde, mediante articulação intersetorial em busca de uma maior efetividade e eficiência;

II - As ações de vigilância da saúde devem utilizar:

a) estratégias para estimular a alimentação saudável e a prática da atividade física em consonância com a Estratégia Global proposta pela Organização Mundial da Saúde;

b) proporcionar a redução e o controle de fatores de risco para as neoplasias, como o tabagismo;

c) desencadear ações que propiciem a preservação do meio ambiente e a promoção de entornos e ambientes mais seguros e saudáveis, incluindo o ambiente de trabalho dos cidadãos e coletividades;

d) implantar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer e às demais doenças e agravos não transmissíveis; e

e) desenvolver mecanismos e parâmetros de avaliação do impacto em curto, médio e longo prazos das ações e serviços prestados em todos os níveis da atenção à saúde;

III - atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;

IV - média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

V - alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia (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);

VI - Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia: são aqueles CACONs designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica;

VII - Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama: deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.

VIII - regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados e dos municípios, com o objetivo de regular a Atenção Oncológica;

IX - regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da Atenção Oncológica de competência das três esferas de governo;

X - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação;

XI - diretrizes nacionais para a atenção oncológica em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle;

XII - avaliação tecnológica: oferecer subsídios para tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias, articulando as diversas esferas do Ministério da Saúde;

XIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde; e

XIV - pesquisa sobre o câncer: incentivar pesquisas nas diversas áreas da atenção oncológica.

Art. 4º Estabelecer que o Instituto Nacional de Câncer seja o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº 2.123/GM, de 7 de outubro de 2004, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que adotem, no prazo de 12 (doze) meses, todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Oncológica instituída por esta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

ANEXO B – PORTARIA Nº 741 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, que 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 do SUS;

Considerando a necessidade de organização e implantação de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica;

Considerando a determinação de conceituar 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, bem como a de determinar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções no contexto de rede assistencial;

Considerando a necessidade de atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de alta complexidade, alta tecnologia e alto custo;

Considerando a necessidade de estabelecer regulamento técnico para a implantação e credenciamento dos serviços de alta complexidade em oncologia;

Considerando a necessidade do estabelecimento de um sistema de fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de garantir, de forma complementar e, por decisão e regulação do respectivo Gestor do SUS, o acesso a consultas e exames para o diagnóstico diferencial do câncer nas Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia;

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população a assistência oncológica; e

Considerando a necessidade de auxiliar os gestores na regulação do acesso, controle e avaliação da assistência oncológica; resolve:

Art. 1º - Definir 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:

§1º - Entende-se por 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. Estas unidades hospitalares, compostas pelos serviços discriminados no Art. 2º, cujas Normas de Classificação e Credenciamento encontram-se no Anexo I desta Portaria, também devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.

§2º - Entende-se por 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. Estes centros hospitalares, compostos pelos serviços discriminados no Art. 3º, cujas Normas de Classificação e Credenciamento encontram-se no Anexo I desta Portaria, também devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.

§3º - Entende-se por 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 e que possua os seguintes atributos:

I. ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004;

II. ter uma base territorial de atuação, conforme os seguintes parâmetros:

01 Centro de Referência para até 12.000 casos novos anuais

02 Centros de Referência para >12.000 - 24.000 casos novos anuais

03 Centros de Referência para >24.000 - 48.000 casos novos anuais

04 Centros de Referência para > 48.000 - 96.000 casos novos anuais

05 Centros de Referência para > 96.000 casos novos anuais;

III. participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional;

IV. ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;

V. ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

VI. subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade; e

VII. participar como pólo de desenvolvimento profissional em parceria com o Gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

Art. 2º - As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia podem prestar atendimento nos serviços abaixo descritos:

I. Serviço de Cirurgia Oncológica;

II. Serviço de Oncologia Clínica;

III. Serviço de Radioterapia;

IV. Serviço de Hematologia;

V. Serviço de Oncologia Pediátrica.

§1º - Um hospital, para ser credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia deverá obrigatoriamente contar com, no mínimo, Serviço de Cirurgia Oncológica e Serviço de Oncologia Clínica, para o que precisa de:

a) atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, no §1º do Art. 1º e nos sub-itens 4.1, 4.2, 4.3.1 e 4.3.2 do Anexo I;

b) estabelecer em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Radioterapia.

§2º - Por decisão do respectivo Gestor do SUS, com base em parâmetros de necessidade, um hospital exclusivo de Hematologia ou um hospital geral com Serviço de Hematologia estruturado podem ser credenciados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia exclusivamente para o diagnóstico e tratamento de hemopatias malignas de crianças/adolescentes e adultos, para o que precisa de:

- a) atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, no §1º do Art. 1º e nos sub-itens 4.1, 4.2 e 4.3.4 do Anexo I;
- b) comprometer-se formalmente com o atendimento hospitalar e ambulatorial de casos de todos os tipos de hemopatias malignas, inclusive Leucemias Agudas; e
- c) estabelecer em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Radioterapia.

§3º - Por decisão do respectivo Gestor do SUS, com base em parâmetros de necessidade, um hospital exclusivo de Pediatria pode ser credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia exclusivamente para o diagnóstico e tratamento de neoplasias malignas de crianças/adolescentes, para o que precisa de:

- a) atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, no §1º do Art. 1º e nos sub-itens 4.1, 4.2, 4.3.4 e 4.3.5 do Anexo I; e
- b) estabelecer em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Radioterapia.

§4º - Poderá ser autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde, a partir da solicitação do respectivo Gestor do SUS, com base no planejamento da rede regionalizada de atenção oncológica e sob regulação do Gestor, a realização de cirurgias oncológicas em Hospitais Gerais, pelo prazo de doze meses, desde que:

- a) atuem de forma complementar às Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e aos CACON;
- b) a produção das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos CACON não seja suficiente nesta área, conforme os parâmetros publicados no Anexo III;
- c) atenda os respectivos requisitos especificados nos sub-itens 4.1, 4.2 e 4.3.1 do Anexo I;
- d) esteja vinculado, de acordo com a rede planejada pelo Gestor, a uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou CACON, para cooperação técnica e planejamento terapêutico global conjunto dos casos; e
- e) estabeleça em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Oncologia Clínica, Radioterapia e, se indisponíveis na própria estrutura hospitalar, Cuidados Paliativos.

f) após o prazo estabelecido, poderá ser renovada a autorização desde que os pré-requisitos sejam cumpridos.

Art. 3º - Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) devem prestar atendimento em todos os serviços abaixo descritos:

- I. Serviço de Cirurgia Oncológica;
- II. Serviço de Oncologia Clínica;
- III. Serviço de Radioterapia; e
- IV. Serviço de Hematologia.

§1º - Um hospital, para ser credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia deverá obrigatoriamente contar com atendimento em todos os serviços descritos acima e atender os respectivos requisitos especificados

nesta Portaria, quais sejam o §2º do Art. 1º, o sub-item 4.4 e os itens 5 e 6 do Anexo I.

§2º - Além desses serviços, o hospital credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia poderá, de acordo com a necessidade estabelecida pelo respectivo Gestor do SUS, contar com atendimento em Serviço de Oncologia Pediátrica.

Art. 4º - Nenhum Serviço constante dos artigos 2º e 3º, acima, será credenciado isoladamente.

§1º - Os serviços credenciados à data da publicação desta Portaria, como isolados de radioterapia e/ou de quimioterapia, poderão manter o credenciamento, pelo prazo de doze meses, desde que:

a) seja julgado necessário pelo respectivo Gestor do SUS e possuam autorização específica da Secretaria de Atenção à Saúde;

b) atuem de forma complementar, atendendo, exclusivamente, pacientes encaminhados sob autorização e regulação do respectivo Gestor do SUS;

c) a produção das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos CACON não seja suficiente nesta área, conforme os parâmetros publicados no Anexo III;

d) cumpram os requisitos das respectivas normas de credenciamento constantes do Anexo II desta Portaria; e

e) estejam vinculados, de acordo com a rede planejada pelo Gestor, a uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou CACON, para cooperação técnica e planejamento terapêutico global conjunto dos casos.

f) após o prazo estabelecido, poderá ser renovada a autorização desde que os pré-requisitos se mantenham.

§2º - Para os serviços isolados já credenciados ao SUS, localizados em hospitais que, no mínimo possam ser credenciados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, deverão ser adotadas medidas de adequação a esta Portaria, neste sentido, no prazo máximo de doze meses.

Art. 5º - Estabelecer que as Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia implantem, em doze meses a partir da publicação desta Portaria, o Registro Hospitalar de Câncer, informatizado, se inexistente no hospital.

Parágrafo Único - Arquivos eletrônicos dos dados anuais consolidados deverão, no mês de setembro de cada ano, a partir de 2007, ser encaminhados para o Instituto Nacional de Câncer, que deverá publicá-los e divulgá-los de forma organizada e analítica.

Art. 6º - Disponibilizar no Anexo III desta Portaria os parâmetros de distribuição demográfica e de produção das Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia e os indicadores de avaliação dos serviços de alta complexidade prestados, para o planejamento e organização da atenção oncológica em rede.

Art. 7º - Estabelecer que na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, os gestores do Sistema Único de Saúde utilizem os critérios abaixo e os parâmetros definidos pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS no Anexo III desta Portaria:

- I. população a ser atendida;
- II. necessidade de cobertura assistencial;
- III. mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência;
- IV. capacidade técnica e operacional dos serviços;
- V. série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida; e
- VI. integração com os mecanismos de regulação e com os demais serviços assistenciais - ambulatoriais e hospitalares – que compõem a rede de atenção oncológica no estado.

Art. 8º - Determinar à Coordenação Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada, que, em articulação com o Instituto Nacional do Câncer – INCA, seja formalizado um grupo técnico de assessoramento aos Estados e Municípios para o planejamento, avaliação e aprovação da rede de atenção oncológica dos Estados, inclusive com a atribuição de auxiliar as secretarias de saúde nesse planejamento.

Parágrafo Único – O grupo técnico de que trata este artigo deverá contar com representantes do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Art. 9º - Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes e, ainda, adotem as providências necessárias para que haja a articulação assistencial preconizada no inciso VI do Art. 7º, acima.

Art. 10 - Na situação de ausência de prestação de serviço de alta complexidade oncológica em sua área de gestão, o respectivo Gestor do SUS deverá garantir, através dos mecanismos de regulação, o acesso da população ao atendimento integral.

Art. 11 - As Secretarias de Estado da Saúde encaminharão a relação dos Centros de Referência, aprovados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, para a Coordenação Geral de Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde / MS, ficando a autorização a cargo desta.

Parágrafo Único - Preferencialmente, deverão ser autorizados como Centros de Referência os hospitais públicos, filantrópicos, sem fins lucrativos e com fins lucrativos, nesta ordem.

Art. 12 - O Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Alta Complexidade e do Instituto Nacional de Câncer, que é o Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia do Ministério da Saúde, deverá adotar medidas para articular e integrar tecnicamente, os Centros de Referência.

Parágrafo Único – O CONSINCA – Conselho Consultivo do INCA é o órgão de apoio técnico na execução das ações desta Portaria.

Art 13 - A integração hierarquizada das unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais em oncologia deve ser articulada pelo respectivo Gestor do SUS, conforme a rede de atenção planejada.

Art. 14 - As unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia deverão submeter-se à regulação,

fiscalização, controle e avaliação do Gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Art 15 - As Unidades e os Centros de Assistência e os Centros de Referência que não mantiverem o cumprimento do disposto nesta Portaria serão desabilitados pela SAS.

Art. 16 - Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados 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 ou regionais.

Art. 17 - Aprovar, na forma de anexos a esta Portaria, o que se segue:

Anexo I: “Normas de Classificação e Credenciamento de Unidades e Centros de Assistência e Autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia”;

Anexo II: “Normas para Manutenção do Credenciamento de Serviços Isolados de Radioterapia e/ou Quimioterapia”;

Anexo III: “Parâmetros de distribuição demográfica, produção e avaliação das Unidades e Centros de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia para organização da Atenção Oncológica em rede”;

Anexo IV: “Formulário de Vistoria do Gestor para Classificação e Credenciamento de Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia”; e

Anexo V: “Formulário de Vistoria do Gestor para Manutenção de Credenciamento de Serviços Isolados de Radioterapia”.

Art. 18 - Estabelecer que todos os estabelecimentos de saúde que tenham sido credenciados em conformidade com portarias anteriores deverão ser credenciados novamente de acordo com o estabelecido nesta Portaria.

§1º - O prazo para o credenciamento dos serviços de que trata o caput deste Artigo é de 06 (seis) meses, a contar da data da publicação desta Portaria;

§2º - Os serviços que, findo prazo estabelecido no §1º, acima, não obtiverem o credenciamento, serão excluídos do sistema.

Art. 19 - Estabelecer que, no prazo de 12 (doze) meses da publicação desta Portaria, a Secretaria de Atenção à Saúde publique e divulgue as Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica que deverão ser elaboradas sob coordenação do INCA, que contemplem as neoplasias malignas mais prevalentes no Brasil, a serem observadas pelas Unidades e Centros de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Parágrafo Único - As Diretrizes Nacionais publicadas devem ser atualizadas, pelo menos, a cada 04 (quatro) anos.

Art. 20 - Esta Portaria revoga a Portaria SAS/MS nº 113, de 31 de março de 1999, e entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Secretário

ANEXO I

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE UNIDADES E CENTROS DE ASSISTÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

1. Conceitos e Definições:

Entende-se por credenciamento de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) o ato do respectivo Gestor Pleno Municipal ou Estadual do SUS de contratar para que preste serviços de média e alta complexidade ao SUS o hospital cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que, respectivamente, tenha o perfil definido nos §1º e §2º do Artigo 1º e, também respectivamente, cumpra as exigências constantes nos Artigos 2º e 3º, desta Portaria.

Entende-se por habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) o ato do Gestor Federal que ratifica o credenciamento do Gestor Pleno Municipal ou Estadual do SUS, devidamente encaminhado ao Ministério da Saúde pelo respectivo Gestor Estadual do SUS.

Entende-se por autorização para atuar como Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia o licenciamento pelo Ministério da Saúde do CACON que cumpra as exigências constantes no §3º do Art.1º e no Art. 3º, desta Portaria, indicado pelo respectivo Gestor Estadual do SUS.

Entende-se por autorização para a prestação de procedimentos de cirurgia oncológica o licenciamento pelo Ministério da Saúde do estabelecimento de saúde que cumpra as respectivas exigências constantes desta Portaria, indicado pelo respectivo Gestor do SUS.

2. Processo de credenciamento e habilitação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e de CACON:

2.1. O processo de credenciamento de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de CACON inicia-se com a solicitação por parte do estabelecimento de saúde ao respectivo Gestor do SUS, da esfera municipal (municípios em gestão plena) ou estadual, ou por proposta desse Gestor ao estabelecimento, devendo estar compatível com as Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica.

2.2. O respectivo Gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada na fase de planejamento (estimativa de necessidade em base populacional e distribuição geográfica) da rede de assistência de alta complexidade em oncologia, se atendidos a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento exarados nesta Portaria e seus Anexos, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo Gestor do SUS impede a seqüência do processo.

2.3. O processo de credenciamento deverá ser formalizado pela Secretaria de Estado da Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a divisão de

responsabilidades estabelecidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 2002.

2.4. O processo de credenciamento, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a- Documento de Solicitação/Aceitação de Credenciamento por parte do estabelecimento de saúde pelo Diretor do hospital;

b- Formulário de Vistoria preenchido pelo respectivo Gestor do SUS, incluindo o Termo de Compromisso relativo ao número de consultas ambulatoriais e de exames ofertados ao SUS, para utilização quando julgada necessária e sob acesso regulado pelo Gestor: 250 consultas especializadas/mês, 100 exames de ultra-sonografia/mês, 50 endoscopias/mês (colonoscopia e retossigmoidoscopia) e 100 exames de anatomia patológica/mês;

c- Documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento estabelecidas por este Anexo;

d- Relatório de vistoria realizada “in loco” pela Vigilância Sanitária, com a avaliação das condições de funcionamento da Unidade.

e- Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por Secretaria de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do Gestor municipal, o parecer do Gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração da Unidade ou CACON à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes;

f- Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento da Unidade ou CACON, bem como a informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital.

2.5 Uma vez emitido o parecer a respeito do credenciamento /habilitação pelo (s) Gestor (es) do SUS e se o mesmo for favorável, o processo ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

2.6 A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Coordenação Geral da Alta Complexidade Ambulatorial, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde o formulário de vistoria devidamente preenchido e assinado pelo Secretário de Estado da Saúde.

2.7 O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde através da Coordenação Geral de Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde. A habilitação, se necessário, estará vinculada à vistoria in loco pelo Ministério da Saúde.

2.8 Caso a avaliação do credenciamento /habilitação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação da Habilitação.

2.9 O Ministério da Saúde encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde o relatório da Vistoria para conhecimento, manifestação e providências, e posterior deliberação pela Comissão Intergestores Biparte da Unidade Federada, em caso de pendências.

3. Processo de indicação e autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia:

3.1. O Gestor Estadual do SUS, baseado no §3º do Art. 1º e nos artigos 7º, 10º e 11º desta Portaria, indicará o(s) Centro(s) de Referência dentre os CACON que lhe é(são) afeto(s);

3.2. O Gestor Estadual do SUS solicitará a manifestação de aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, para a indicação do(s) Centro(s) de Referência;

3.3. O Gestor Estadual do SUS deverá encaminhar a indicação do (s) Centro (s) de Referência, devidamente instruída e formalizada, para análise à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que a avaliará e decidirá quanto a sua adequação;

3.4. A indicação será avaliada pela Coordenação-Geral de Alta Complexidade/DAE/SAS/MS, com o apoio técnico do Instituto Nacional de Câncer;

3.5. Caso o julgamento seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde tomará as providências necessárias para a publicação da autorização do Centro de Referência.

4. Instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos humanos necessários à prestação de serviços de alta complexidade em oncologia pelas Unidades e CACON:

4.1. Disposições Gerais:

a) Para o credenciamento, os hospitais deverão apresentar Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária) e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar;

a1) a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos estabelecimentos de saúde devem ser precedidas de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local em conformidade com a RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e suas atualizações ou instrumento legal que venha a substituí-la.

a2) o hospital deve ainda atender à RDC Anvisa nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

b) Os hospitais a serem credenciados como Unidades ou Centros de Assistência, autorizadas(os) ou não como Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, devem integrar o sistema de referência e contra-referência hierarquizado e participar dos programas de intercâmbio técnico-científico da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde ou Ministério da Saúde;

Nota: Como intercâmbio técnico-científico deve-se também considerar o desenvolvimento ou participação na prevenção e detecção precoce do câncer, de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde ou Secretaria de Saúde do Estado ou Município.

c) Adesão à Política Nacional de Humanização e a melhoria de qualidade da assistência, de acordo com normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

d) O hospital, para ser credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, CACON ou Centro de Referência, deve ter em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

e) É indispensável ao hospital possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial e internação - de rotina e de urgência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de Arquivo Médico. São informações mínimas e indispensáveis do prontuário, devidamente assinadas pelo(s) respectivo(s) profissional(ais) responsável(eis):

- e1) identificação do paciente;
- e2) histórico clínico e exame físico;
- e3) exames complementares;
- e4) diagnóstico definitivo e seu exame de comprovação;
- e5) estadiamento pelo Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos/UICC ou, no caso de neoplasia maligna não incluída neste, por outro sistema de classificação.
- e6) planejamento terapêutico global;
- e7) indicação de procedimento cirúrgico diagnóstico;
- e8) ficha anestésica;
- e9) descrição de ato cirúrgico, em ficha específica contendo: identificação da equipe, descrição cirúrgica e os materiais usados;
- e10) descrição da evolução do caso;
- e11) sumário(s) de alta hospitalar;
- e12) ficha de registro de infecção hospitalar;
- e13) evolução e seguimento ambulatorial
- e14) documentos de referência e contra-referência;
- e15) o plano de cuidados paliativos repassado, quando do encaminhamento de doentes para esses cuidados em outros estabelecimentos de saúde; orientações técnicas dadas à distância; e atendimentos a doentes contra-referidos para cuidados oncológicos paliativos (cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos) inclusive de urgência; e
- e16) cópia do laudo de emissão de Autorização para Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e da APAC-formulário, e cópia do laudo de emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da AIH-formulário.

f) Possuir condutas de diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais prevalentes no Brasil, observando as diretrizes nacionais, do Ministério da Saúde, e integrando as respectivas modalidades do tratamento oncológico, assinadas pelo(s) responsável(eis) técnico(s) do(s) respectivo(s) Serviço(s) e atualizadas a cada 04 (quatro) anos.

g) As Unidades e Centros devem dispor e manter em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), informatizado, segundo os critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer, disponível na página do INCA <[http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)> ou de acordo com as disposições da Secretaria de Saúde do estado onde estiver localizado.

h) As Unidades e Centros devem oferecer, obrigatoriamente e conforme os parâmetros e disposições estabelecidos no Anexo III desta Portaria, todos os procedimentos de média e alta complexidade compatíveis com os respectivos serviços relacionados e o acompanhamento dos doentes tratados.

4.2. Estrutura física e funcional mínima para serviços hospitalares gerais em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia:

AMBULATÓRIO - Assistência ambulatorial em:

- a) clínica médica e/ou pediátrica; e
- b) demais especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para o respectivo credenciamento.

PRONTO-ATENDIMENTO que funcione nas 24 horas, para os casos de urgência oncológica dos doentes matriculados no hospital.

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO – Todos as seguintes modalidades de diagnóstico disponíveis para o atendimento ambulatorial e de internação – de rotina e de urgência:

- Endoscopia com capacidade para realizar os seguintes procedimentos:

- a) endoscopia digestiva alta;
- b) retossigmoidoscopia e colonoscopia;
- c) endoscopia urológica;
- d) laringoscopia;
- e) mediastinosocopia, pleurosocopia e broncoscopia.

Nota: Os exames descritos nas alíneas “d” e “e” são obrigatórios nas Unidades que atendam, respectivamente, as especialidades de cirurgia de cabeça e pescoço e cirurgia torácica, conforme item 4.3.1. Nas demais unidades estes exames podem ser realizados em serviços instalados fora da estrutura hospitalar da Unidade, com referência devidamente formalizada.

- Laparoscopia.

- Laboratório de Patologia Clínica, que deve participar de Programa de Controle de Qualidade e possuir certificado atualizado, no qual se realizem os seguintes exames:

- a) bioquímica;
- b) hematologia geral;
 - c) citologia de líquidos e líquido;
 - d) parasitologia;
 - e) bacteriologia e antibiograma;
 - f) gasometria arterial;
 - g) imunologia geral; e
 - h) dosagem de hormônios e outros marcadores tumorais, inclusive a fração beta da gonadotrofina coriônica (BhCG), antígeno prostático específico (PSA) e alfa-feto-proteína (aFP).

Nota: Os exames descritos nas alíneas “g” e “h” podem ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, sendo que os hospitais exclusivos de Hematologia são dispensados de oferecer exames de BhCG, PSA e aFP; e os hospitais exclusivos de Pediatria são dispensados de oferecer exame de PSA.

- Diagnóstico por imagem – exames de:

- a) radiologia convencional;
- b) mamografia;
- c) ultra-sonografia com doppler colorido;
- d) tomografia computadorizada;
- e) ressonância magnética; e
- f) medicina nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas vigentes.

Nota: Os exames descritos nas alíneas “d”, “e” e “f” podem ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, com referência devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999, sendo que os hospitais exclusivos de Hematologia ou de Pediatria são dispensados de oferecer exames de mamografia.

- Laboratório de Anatomia Patológica, que deve participar de Programa de Monitoramento de Qualidade e possuir certificado atualizado, no qual se realizem os seguintes exames:

- a) citologia;
- b) histologia;
- c) biópsia de congelação;
- d) imunohistoquímica de neoplasias malignas; e
- e) determinação de receptores tumorais mamários para estrogênios e progesterona.

Nota: Os exames descritos nas alíneas “a”, “b”, “d” e “e” podem ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, sendo que os hospitais exclusivos de Hematologia ou de Pediatria são dispensados de oferecer exames de determinação de receptores tumorais mamários para estrogênios e progesterona. O exame descrito na alínea “c”, obrigatoriamente, deverá ser oferecido dentro da estrutura hospitalar.

ENFERMARIAS – Assistência de internação em:

- a) clínica médica e/ou pediátrica; e
- b) demais especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para o respectivo credenciamento.

CENTRO-CIRÚRGICO – com todos os atributos e equipamentos exigidos para o funcionamento de uma unidade cirúrgica geral e compatível com as respectivas especialidades cirúrgicas e os demais credenciamentos do hospital.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – De acordo com a legislação vigente e compatível com as respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas e os demais credenciamentos do hospital.

HEMOTERAPIA disponível nas 24h do dia, por Agência Transfusional ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC nº 153/2004, da ANVISA ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

FARMÁCIA HOSPITALAR que deverá obedecer às normas vigentes.

APOIO MULTIDISCIPLINAR - atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação - de rotina e de urgência -, nas seguintes áreas:

- a) psicologia clínica;
- b) serviço social;
- c) nutrição;
- d) cuidados de ostomizados;
- e) fisioterapia;
- f) reabilitação exigível conforme as respectivas especialidades;
- g) odontologia;
- h) psiquiatria; e
- i) terapia renal substitutiva.

Nota: A assistência em odontologia e/ou psiquiatria pode, sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, ser realizada em serviços instalados fora da estrutura hospitalar da Unidade; a terapia renal substitutiva pode ser realizada em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, sendo que, no segundo caso, a referência, sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

IODOTERAPIA – quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao respectivo Gestor do SUS decidir, de acordo com a demanda local e regional, sobre de quantas e de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e CACON ele exigirá o atendimento médico nuclear em iodoterapia do carcinoma diferenciado da tireóide.

TRANSPLANTES – deverá ser garantido acesso a transplante de células-tronco hematopoéticas e de órgãos sólidos, quando indicado, que pode ser realizado no próprio hospital, se devidamente credenciado e habilitado para tal, ou formalizado com outros estabelecimentos de saúde em conformidade com a regulação do Sistema Nacional de Transplantes.

CUIDADOS PALIATIVOS - conjunto de ações interdisciplinares, associado ao tratamento oncológico, promovido por uma equipe de profissionais da saúde voltado para o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psico-social de doentes com prognóstico reservado, acometidos por neoplasias malignas em estágio irreversível, que se dão em forma de:

- a) assistência ambulatorial (incluindo o fornecimento de opiáceos);
- b) internações por intercorrências (incluindo procedimentos de controle da dor);
- c) internações de longa permanência; e
- d) assistência domiciliar.

Para fins de credenciamento de hospitais como Unidades ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os cuidados paliativos dos respectivos doentes devem ser prestados na própria estrutura hospitalar ou poderão ser desenvolvidos, de forma integrada, com outros estabelecimentos da rede de atenção à saúde, desde que:

- a) a rede seja formalizada pelo respectivo Gestor do SUS na área de abrangência da Unidade ou Centro de Alta Complexidade em Oncologia;
- b) cada estabelecimento integrante da rede de cuidados paliativos tenha o seu papel definido, bem como os mecanismos de relacionamento entre eles;
- c) a referência entre os serviços seja feita em conjunto e sob regulação do respectivo Gestor do SUS;
- d) os doentes sejam encaminhados com seus respectivos planos de cuidados;
- e) as Unidades e CACON ofereçam suporte à distância e assumam a responsabilidade pelo atendimento de doentes contra-referidos para cuidados oncológicos paliativos (cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos) inclusive de urgência; e
- f) as Unidades e CACON ofereçam em conjunto com o respectivo Gestor do SUS treinamento específico para os profissionais da rede.

Nota: Os Cuidados Paliativos deverão obedecer às regulamentações específicas do Ministério da Saúde para a área.

4.3. Estrutura física e funcional mínima e recursos humanos para serviços hospitalares específicos em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia:

4.3.1. - SERVIÇO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA - deve fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1 e 4.2 deste Anexo, e:

a) realizar procedimentos cirúrgicos diagnósticos e terapêuticos de tumores mais prevalentes no Brasil;

b) contar com cirurgiões em suas respectivas especialidades, com registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, nas seguintes áreas:

- b1) cancerologia cirúrgica
- b2) cirurgia geral/coloproctologia;
- b3) ginecologia/mastologia;
- b4) urologia;
- b5) cirurgia de cabeça e pescoço;
- b6) cirurgia pediátrica;
- b7) cirurgia plástica;
- b8) cirurgia torácica;
- b9) neurocirurgia;
- b10) oftalmologia; e
- b11) ortopedia;

Nota 1: Para autorização da realização de cirurgias oncológicas em Hospitais Gerais será exigido, no mínimo, o atendimento nas áreas descritas nos itens b2), b3) e b4). Para credenciamento Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia será exigido, no mínimo, o atendimento nas áreas descritas nos itens b1), b2), b3) e b4).

Nota 2: Para o hospital ser credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia exclusivamente para o diagnóstico e tratamento de hemopatias malignas de crianças/adolescentes e adultos, será exigido, no mínimo, o atendimento nas áreas descritas nos itens b2) cirurgia geral e b6).

Nota 3: Para o credenciamento de hospital exclusivo de Pediatria como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia será exigido, no mínimo, o atendimento na área descrita no item b6).

Nota 4: Quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao respectivo Gestor do SUS decidir de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ele exigirá a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica e Cirurgia Plástica.

Nota 5: Sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, a assistência em Oftalmologia pode ser oferecida em outro estabelecimento de saúde; e a assistência em Ortopedia e em Neurocirurgia pode ser oferecida por meio da articulação formal da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia com Unidade de Assistência ou Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia ou em Neurocirurgia, conforme a portaria SAS No 95, de 16 de fevereiro de 2005 e a portaria SAS que regulamenta a assistência de alta complexidade em neurocirurgia.

c) ter um responsável técnico médico, habilitado em Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica, sendo que a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e

Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Cirurgia de uma única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe cirúrgica de outro estabelecimento credenciado no SUS;

d) os demais cirurgiões do serviço de cirurgia oncológica também deverão, no prazo máximo de 02 (dois) anos, comprovar habilitação em Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica;

e) contar com médicos especialistas em Anestesiologia, sendo que a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina; e

f) possuir rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos, assinada pelo responsável técnico do Serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

f1) planejamento terapêutico cirúrgico;

f2) ficha própria para descrição do ato anestésico;

f3) ficha própria para descrição de ato operatório, contendo: Identificação da equipe, descrição cirúrgica, materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento de implantes; e

f4) procedimentos de enfermagem.

4.3.2. - SERVIÇO DE ONCOLOGIA CLÍNICA - deve fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1, 4.2 e 4.3.1 deste Anexo, e:

a) ter um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os oncologistas devem ser habilitados em Cancerologia/Cancerologia Clínica; a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Oncologia Clínica de uma única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe de oncologia clínica de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;

b) garantir que, durante todo o período de aplicação da quimioterapia, permaneça no Serviço pelo menos um médico oncologista clínico;

c) registrar em prontuário as informações sobre a quimioterapia, incluindo o planejamento quimioterápico global, esquema, posologia, doses prescritas e aplicadas em cada sessão, monitoramento da toxicidade imediata e mediata, e avaliação periódica da resposta terapêutica obtida;

d) apresentar rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável Técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os procedimentos médicos, farmacêuticos e de enfermagem; armazenamento, controle e preparo de quimioterápicos e soluções; procedimentos de biossegurança; acondicionamento e eliminação de resíduos de quimioterapia; e manutenção de equipamentos;

e) contar com uma central de quimioterapia para integrar todo o processo de preparo e aplicação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de suporte quimioterápico injetáveis; e

f) atender os requisitos da RDC/ANVISA nº 220 de 21 de setembro de 2004, que estabelece Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

4.3.3. SERVIÇO DE RADIOTERAPIA – deve fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1, 4.2, 4.3.1 e 4.3.2 deste Anexo, e:

a) ter como responsável técnico pelo Serviço um médico especialista em Radioterapia, sendo que a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Radioterapia de uma única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe radioterápica de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;

b) ter como responsável técnico pelo setor de Física Médica um físico especialista com qualificação reconhecida pela CNEN, sendo que ele pode assumir a responsabilidade técnica pelo setor de física médica do Serviço de Radioterapia de uma única Unidade ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe de física médica de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;

c) contar com equipe composta pelos seguintes profissionais: médico(s) especialista(s) em Radioterapia com registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina; físico(s); técnico(s) de radioterapia – conforme os quantitativos estabelecidos pela ANVISA para esses três profissionais -; enfermeiro(s); e técnico(s) de enfermagem;

d) garantir, durante todo o período de funcionamento do Serviço, a presença de pelo menos um médico radioterapeuta e, no caso dos serviços com braquiterapia de alta taxa e média taxa de dose, também de pelo menos um físico, durante todo o turno de utilização dos equipamentos e fontes radioativas. Nos serviços que dispõem de braquiterapia de baixa taxa de dose manual deve haver um sistema de sobreaviso para um radioterapeuta e para um físico durante o período de utilização das fontes radioativas fora do horário de funcionamento do serviço;

e) registrar em prontuário, através de ficha técnica, as seguintes informações sobre a radioterapia:

- e1) planejamento radioterápico global;
- e2) equipamento utilizado;
- e3) datas de início e término da radioterapia;
- e4) dose total de radiação;
- e5) dose diária de radiação;
- e6) doses por campo de radiação;
- e7) número de campos por área irradiada;
- e8) tipo e energia do feixe de radiação;
- e9) dimensões do(s) campo(s); e
- e10) tempo de tratamento (unidade de Co60) ou unidades de monitor (acelerador linear).

f) ter rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo responsável do Serviço e de cada um de seus setores, contemplando, no mínimo, as seguintes atividades:

f1) procedimentos médicos e de física médica;
f2) procedimentos de enfermagem;
f3) planejamento radioterápico;
f4) padrões de manipulação de fontes radioativas;
f5) padrões de preparo de moldes e máscaras;
f6) controle e atendimento de intercorrências e de internação;
f7) procedimentos de biossegurança;
f8) manutenção de materiais e equipamentos; e
f9) procedimentos de controle de qualidade para os diferentes equipamentos.

g) manter em plenas condições de funcionamento os seguintes equipamentos:

g1) que permitam a simulação do tratamento: aparelho de raios-X, simulador, tomógrafo ou o próprio equipamento de megavoltagem;

g2) de megavoltagem para teleterapia profunda: unidade de Co60 e/ou acelerador linear;

g3) para teleterapia superficial: aparelho de raios-X (ortovoltagem) e/ou acelerador linear com feixe de elétrons;

Nota: Caso a teleterapia superficial não seja disponibilizada na própria Unidade, deverá ser estabelecida referência formal para o encaminhamento dos doentes que necessitarem desse procedimento.

g4) de braquiterapia de baixa, média ou alta taxa de dose.

Nota: Caso a braquiterapia não seja disponibilizada na própria Unidade, deverá ser estabelecida referência formal para o encaminhamento dos doentes que necessitarem desse procedimento. Quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao respectivo Gestor do SUS decidir de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ele exigirá a realização de braquiterapia.

h) atender à norma CNEN-NE 3.06/90 – requisitos de radioproteção e segurança para serviços de radioterapia, e as normas da RDC da ANVISA a ser publicada.

4.3.4. - SERVIÇO DE HEMATOLOGIA - com a missão de diagnosticar e tratar as hemopatias malignas de crianças/adolescentes e adultos, deve fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1 e 4.2 deste Anexo, e ter a mais:

a) quarto(s) com leito de isolamento para crianças/adolescentes e, a menos que o hospital seja exclusivo de pediatria, para adultos;

b) sala (no ambulatório ou em enfermaria) para pequenos procedimentos;

c) sala equipada com microscópio óptico para análise de lâminas de sangue periférico e de medula óssea;

d) exames especiais: micologia, virologia, imunoelektroforese de proteínas, B2microglobulina, dosagem sérica de metotrexato e ciclosporina, imunofenotipagem de hemopatias malignas e citogenética;

Nota: Os exames de imunofenotipagem e de citogenética podem ser realizados em serviços instalados fora da estrutura ambulatório-hospitalar da Unidade.

e) Serviço de Hemoterapia com aférese e transfusão de plaquetas, que pode estar instalado dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, com referência devidamente formalizada;

f) um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os demais médicos integrantes da equipe devem ser habilitados em Hematologia; a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Hematologia de uma única Unidade ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe de hematologia de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;

g) registro em prontuário das informações sobre o diagnóstico hematológico e a quimioterapia, incluindo o planejamento quimioterápico global, esquema, posologia, doses prescritas e aplicadas em cada sessão, monitoramento da toxicidade imediata e mediata, e avaliação periódica da resposta terapêutica obtida; e, quando for o caso, encaminhamento para os estabelecimentos referenciais em radioterapia e cuidados paliativos;

h) rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável Técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os procedimentos médicos, farmacêuticos e de enfermagem, e manutenção de equipamentos.

i) contar com uma central de quimioterapia, que pode ser a mesma do Serviço de Oncologia Clínica, para integrar todo o processo de preparo e aplicação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de suporte quimioterápico injetáveis;

Nota 1: A sala de aplicação da quimioterapia de adultos poderá ser a mesma do Serviço de Oncologia Clínica e a de crianças/adolescentes, a mesma do Serviço de Oncologia Pediátrica.

Nota 2: No caso de hospital credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia exclusivamente para o diagnóstico e tratamento de hemopatias malignas de crianças/adolescentes e adultos, deverá ser garantido que durante todo o período de aplicação da quimioterapia, permaneça no Serviço pelo menos um hematologista;

j) atender os requisitos da RDC/ANVISA nº 220 de 21 de setembro de 2004, que estabelece Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

Nota: Quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao respectivo Gestor do SUS decidir, conforme os parâmetros relacionados no Anexo III desta Portaria, sobre de quantas e de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ele exigirá que tenham Serviço de Hematologia.

4.3.5. - SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA - com a missão de dar o diagnóstico definitivo e tratar as neoplasias malignas de crianças/adolescentes, deve atender articuladamente com o Serviço de Cirurgia – Cirurgia Pediátrica, fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1, 4.2 e 4.3.1 e 4.3.4. deste Anexo, e ter a mais:

a) quarto(s) com leito de isolamento para crianças/adolescentes;

b) um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os oncologistas pediátricos devem ser habilitados em Cancerologia/Cancerologia Pediátrica; a

habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Oncologia Pediátrica de uma única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe de oncologia clínica de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;

c) registro em prontuário das informações sobre o diagnóstico definitivo e a quimioterapia, incluindo o planejamento quimioterápico global, esquema, posologia, doses prescritas e aplicadas em cada sessão, monitoramento da toxicidade imediata e mediata, e avaliação periódica da resposta terapêutica obtida; e, quando for o caso, encaminhamento para os estabelecimentos referenciais em radioterapia e cuidados paliativos;

d) rotina de funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável Técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os procedimentos médicos, farmacêuticos e de enfermagem;

e) contar com uma central de quimioterapia, que pode ser a mesma do Serviço de Oncologia Clínica ou do Serviço de Hematologia, para integrar todo o processo de preparo e aplicação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de suporte quimioterápico injetáveis;

Nota 1: A sala de aplicação da quimioterapia poderá ser a mesma do Serviço de Hematologia para crianças/adolescentes.

Nota 2: No caso de hospital exclusivo de Pediatria, credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, deverá ser garantido que durante todo o período de aplicação da quimioterapia, permaneça no Serviço pelo menos um oncologista pediátrico.

f) atender os requisitos da RDC/ANVISA nº 220 de 21 de setembro de 2004, que estabelece Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

Nota: Quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao respectivo Gestor do SUS decidir, conforme os parâmetros relacionados no Anexo III desta Portaria, sobre de quantas e de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e CACON ele exigirá que tenham Serviço de Oncologia Pediátrica.

4.4. Caracterização dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON):

Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) devem ser hospitais que, obrigatoriamente, tenham todos os serviços e atendam todos os requisitos relacionados nos itens 4.1, 4.2, 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3 e 4.3.4, porém com as características diferenciais e/ou adicionais apontadas nos seguintes itens:

Nota: Quando do hospital credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) for exigido ter Serviço de Oncologia Pediátrica, ele deverá contar com Cirurgia Pediátrica e atender, também, a todos os requisitos relacionados no item 4.3.5.

AMBULATÓRIO

a) todas as especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para o respectivo credenciamento.

ENFERMARIAS

a) todas as especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para o respectivo credenciamento.

APOIO MULTIDISCIPLINAR

A assistência em psiquiatria pode, sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, ser realizada em serviços instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade; a terapia renal substitutiva pode ser realizada em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade, sendo que, no segundo caso, a referência, sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999;

SERVIÇO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

a) realizar procedimentos cirúrgicos diagnósticos e terapêuticos de todos os tumores;

b) contar com cirurgiões em suas respectivas especialidades, habilitados em Cancerologia/Cirurgia Cirúrgica com registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, em todas as áreas constantes do item 4.3.1.

Nota: O atendimento em Cirurgia Pediátrica será exigido conforme a definição do respectivo Gestor do SUS e deve ser articulado com o Serviço de Oncologia Pediátrica, conforme os requisitos relacionados no item 4.3.5. Sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, a assistência em Oftalmologia pode ser oferecida em outro estabelecimento de saúde; e a assistência em Ortopedia e em Neurocirurgia pode ser oferecida por meio da articulação formal da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia com Unidade de Assistência ou Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia ou em Neurocirurgia, conforme a portaria SAS No 95, de 16 de fevereiro de 2005 e a portaria SAS que regulamenta a assistência de alta complexidade em neurocirurgia.

SERVIÇO DE RADIOTERAPIA – Deve contar com:

- Equipamento de ortovoltagem para teleterapia superficial e/ou acelerador linear com feixe de elétrons;

- Sistema de planejamento computadorizado tridimensional;

Nota: Os CACON terão prazo máximo de dois anos para adequação à exigência de sistema de planejamento computadorizado tridimensional.

- Braquiterapia de baixa, média ou alta taxa de dose.

5. Avaliação de serviços e capacitação de profissionais especializados

5.1. Avaliação dos serviços prestados

A avaliação da prestação de serviços para a assistência oncológica de alta complexidade será realizada anualmente, tendo como base os parâmetros de produção e avaliação dos Hospitais Gerais autorizados para realização de procedimentos de Cirurgia Oncológica, das Unidades e Centros de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, constantes do Anexo III desta Portaria. Essa avaliação irá determinar se o Hospital Geral, a Unidade ou o Centro deve ser auditada(o) no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

5.2. Capacitação de profissionais especializados em Oncologia

É obrigatório que o Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia ofereça capacitação profissional em forma de treinamento em serviço e apresente cópia do(s) respectivo(s) programa(s) de capacitação disponível(eis), devidamente reconhecidos pelo MEC, no mínimo como:

- a) Residência e/ou Curso de Especialização Médica em Radioterapia e Cancerologia Cirúrgica e Clínica; e
- b) Residência e/ou Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica.

Nota: O Centro de Referência que não oferecer programa de capacitação terá o prazo de 02 (anos) anos para se adequar com, pelo menos, a oferta de um Curso de Especialização médica e de enfermagem.

6. Manutenção do Credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e CACON e da autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia:

6.1. A manutenção do credenciamento das Unidades e CACON estará condicionada:

- a) ao cumprimento contínuo, pela Unidade e CACON, das normas estabelecidas nesta Portaria;
- b) à avaliação anual, conforme o sub-item 5.1, acima, dos serviços produzidos, conduzida pelo respectivo Gestor do SUS e pela Coordenação-Geral de Alta Complexidade/DAE/SAS/MS;
- c) à avaliação dos serviços prestados por meio da realização de auditorias periódicas ou recomendadas pela Secretaria de Atenção à Saúde/MS, executadas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja a Unidade ou CACON, devendo os relatórios gerados ser encaminhados à Coordenação Geral de Alta Complexidade para análise;

6.2. A manutenção da autorização do Centro de Referência estará condicionada aos mesmos critérios descritos no sub-item 6.1, acima, ao cumprimento das respectivas exigências contidas nesta Portaria e Anexo I, e à avaliação da sua função assessora técnica pelo respectivo Gestor do SUS.

6.3. O respectivo gestor do SUS, em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde/MS, decidirá sobre a suspensão do credenciamento de uma Unidade ou CACON, amparado no cumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria e Anexo, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual.

6.4. A Secretaria de Atenção à Saúde/MS poderá, em caso de descumprimento desta Portaria e Anexo I, solicitar ao respectivo Gestor Estadual do SUS a avaliação a qualquer momento, com vistas a instaurar processo de suspensão da autorização de um CACON como Centro de Referência.

6.5. Da mesma forma, o Gestor Estadual do SUS poderá, por motivos administrativos ou técnicos, e com a devida homologação da CIB, sugerir à Secretaria de Atenção à Saúde/MS a suspensão da autorização de um CACON como Centro de Referência e a indicação de um outro para exercer essa finalidade.

ANEXO III

PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DA REDE DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

1. Introdução

O número de casos novos anuais por UF, calculado a partir das taxas brutas de incidência de câncer específicas por 100.000 homens ou por 100.000 mulheres, encontra-se disponibilizado em www.inca.gov.br.

O número de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) deve ser calculado por no mínimo cada 1.000 casos novos anuais, excetuando-se o câncer de pele (não melanoma), para efeito de cálculo de estruturas e serviços hospitalares de alta complexidade (Oncologia Clínica, Radioterapia com equipamentos de megavoltagem, Hematologia e Oncologia Pediátrica), podendo-se considerar a adequação do acesso e a cobertura regional.

Nos Estados em que esse número anual for inferior a 1.000, deverá ser avaliada a possibilidade de instalação de um serviço hospitalar de alta complexidade, levando-se em conta características técnicas, de acesso e de possibilidade de acesso regional.

Unidades ou CACON's com produção correspondente a mais de 1.000 casos novos anuais devem ser computados como múltiplo em tantas vezes o seja do estimado por 1.000, reduzindo-se correspondentemente o número de Unidades ou CACON's necessários e os respectivos números dos serviços.

2. Parâmetros de Necessidade

De forma geral, para 1.000 casos novos de câncer espera-se que:

500 a 600 casos necessitem de cirurgia oncológica

700 casos necessitem de quimioterapia

600 casos necessitem de radioterapia

Nota: A produção das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia e CACON deverá guardar proporcionalidade entre as modalidades terapêuticas acima descritas, respeitando a finalidade do seu credenciamento.

A incidência média de câncer hematológico é em torno de 5% do total de cânceres estimados, exceto o câncer de pele (não melanoma).

A incidência média de câncer pediátrico (0 a 18 anos) é de 2% a 3% do total de cânceres estimados, exceto o câncer de pele (não melanoma).

Nota: Um Serviço de Oncologia Pediátrica deverá atender no mínimo 75 casos novos/ano (tumores sólidos e de origem hematopoética). Para o cálculo do quantitativo necessário de serviços de oncologia pediátrica a serem credenciados, deverá ser levado em conta a existência de Unidades de Alta Complexidade Oncológica e de CACON's com serviço de Hematologia credenciados na região, uma vez que esse serviço tem também capacidade de prestar assistência às crianças e adolescentes com tumores hematológicos pediátricos, tumores estes que representam cerca de 40% de todas as neoplasias malignas que acometem as pessoas nessa faixa etária.

3. Parâmetros de Produção

Braquiterapia de Baixa Taxa de Dose: Espera-se que um conjunto de 5 (cinco) fontes seladas possa tratar até 96 pacientes/ano.

Braquiterapia de Alta Taxa de Dose: Espera-se que cada equipamento possa tratar até 440 pacientes/ano.

Quimioterapia - 4.200 a 6.300 procedimentos por ano para cada 1.000 casos novos (considerando 6 a 9 meses, em média, de tratamento por paciente).

Nota: O número maior de procedimentos de quimioterapia por paciente depende do número de doentes tratados nos serviços de Hematologia ou Oncologia Pediátrica.

Radioterapia – 40.500 a 42.000 campos de teleterapia com equipamento de megavoltagem por ano para cada 1.000 casos novos (considerando o número médio de 67,5 a 70 campos por paciente tratado).

Cirurgia – 600 a 700 cirurgias oncológicas/ano (considerando, em média, 1,2 procedimentos cirúrgicos por paciente).

Nota 1: Hospitais que produzam menos de 400 (quatrocentos) procedimentos cirúrgicos oncológicos/ano, caso venham a ser credenciados/habilitados como Unidade ou como CACON sob os critérios estabelecidos nesta Portaria e Anexo I, deverão ter sua produção cirúrgica programada para 2006 pelo respectivo Gestor do SUS, conforme as seguintes faixas:

Produção cirúrgica atual	Produção cirúrgica programada para 2006
Menos de 100 procedimentos/ano	Até 200 procedimentos/ano
100 a 200 procedimentos/ano	Até 300 procedimentos/ano
201 a 399 procedimentos/ano	Até 400 procedimentos/ano
Acima de 400 procedimentos/ano	Manter a produção atual

Nota 2: A partir de 2007, todas as Unidades e CACON deverão apresentar uma produção cirúrgica compatível com o parâmetro estabelecido de 600 a 700 cirurgias oncológicas/ano.

Nota 3: A produção de procedimentos cirúrgicos com CID de câncer de hospitais gerais, não credenciados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou como CACON, poderá ser programada em 10% como de cirurgia oncológica (sub-grupo 700 da tabela do SIH-SUS), em 2006, especificamente para procedimentos ginecológicos, mastológicos, urológicos e do aparelho digestivo. Esses hospitais, porém, devem atender os respectivos critérios estabelecidos nessa Portaria e Anexo I, produzirem pelo menos 300 cirurgias de câncer/ano e serem formalmente indicados pelo respectivo Gestor do SUS.

4. Indicadores

Para a avaliação dos serviços prestados, deverão ser definidos indicadores pela Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Instituto Nacional de Câncer, considerando-se inclusive aqueles indicadores já definidos e adotados pelo Ministério da Saúde.