

## Diretrizes para a atenção oncológica no Estado de São Paulo: contribuições para o debate

### *Guidelines for oncologic attention in the State of São Paulo: contributing to the debate*

**Maria Cecilia M. M. A. Correa<sup>1</sup>; Michel Naffah Filho<sup>II</sup>; Mônica A. M. Cecilio<sup>II</sup>;  
Rosana Maria Tamelini<sup>II</sup>**

<sup>1</sup>Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

<sup>II</sup>Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

---

*“Tudo o que muda a vida vem quieto no escuro, sem preparos de avisar.”  
Guimarães Rosa*

## INTRODUÇÃO

De forma genérica, o termo câncer é utilizado para caracterizar um grupo de mais de cem doenças, com diferenças e características próprias, que apresentam como fator comum uma falha nos mecanismos de crescimento, proliferação e morte celular. Atualmente, o câncer representa um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo.

Alguns números referentes ao ano de 2007 confirmam a magnitude do problema no Brasil: 546 mil internações, média mensal de 235 mil pacientes em quimioterapia e 101 mil em radioterapia. Também no Estado de São Paulo o câncer caracteriza-se como problema de saúde pública, com mortalidade crescente, totalizando cerca de 18% dos óbitos em 2009.

Apesar da magnitude do problema e dos transtornos físicos e emocionais vinculados à doença, o conhecimento hoje disponível permite prevenir cerca de um terço dos casos novos, bem como detectar e tratar

precocemente outro terço. Técnicas adequadas de controle da dor e cuidados paliativos disponíveis podem garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes com quadros mais avançados da doença.

Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram que a elaboração de programas nacionais ou regionais é essencial enquanto estratégia de controle do câncer, independentemente da situação econômica do país ou região.<sup>1</sup> É nesse contexto que o presente trabalho se insere.

Inicialmente, são apresentados os principais aspectos normativos da atenção oncológica, dados e informações que abordam a situação do câncer em São Paulo, em seus diferentes aspectos; posteriormente, são apontadas diretrizes e ações necessárias para instituir um programa estadual de atenção oncológica, tendo sempre como referência um projeto que contemple as estratégias para a prevenção, a detecção precoce, o tratamento e a

paliação, buscando o uso racional dos recursos disponíveis e tendo como princípios norteadores a universalidade, equidade, integralidade e garantia de acesso.

### **Normas técnico-administrativas da atenção oncológica**

O arcabouço normativo da área da oncologia no Sistema Único de Saúde (SUS) tem como base duas portarias, ambas de 2005: a GM 2.439, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, e a SAS 741, que define a Rede de Atenção Oncológica.

Os principais pontos a destacar nas duas portarias:

- Organiza uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção (básica, média complexidade e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).
- Constitui redes regionais de atenção oncológica, hierarquizadas, com referência e contrarreferência, garantindo acesso e atendimento integral.
- Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), que é o hospital que possui condições técnicas para a assistência especializada de tratamento dos cânceres mais prevalentes. Essa unidade, minimamente, deve contar com cirurgia oncológica e oncologia clínica.
- Define Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) como o hospital que possui as

condições técnicas para o tratamento de todos os tipos de câncer. Deve prestar atendimento em cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia e hematologia (oncologia pediátrica opcional).

- Estabelece que as unidades e centros credenciados deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual ou municipal.
- Estabelece que para o planejamento da rede de atenção deverá ser considerado o número de casos novos anuais (excluindo-se câncer de pele não melanoma).
- Considera que para 1.000 casos novos de câncer espera-se que 500 a 600 necessitem de cirurgia oncológica, 700 necessitem de quimioterapia e 600 de radioterapia.
- Estabelece que a produção das Unacon e dos Cacon deverá guardar proporcionalidade entre as modalidades terapêuticas acima descritas.
- Define que a incidência média de câncer hematológico é de 5% a 6% do total e a de câncer pediátrico (0 a 18 anos) de 3% a 4%.

### **Situação do câncer no Estado de São Paulo**

#### **Dados de incidência**

No Brasil, as estimativas de incidência de câncer são elaboradas pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), órgão do Ministério da Saúde. Os últimos dados disponibilizados têm como referência o ano de 2010,<sup>2</sup> vistos na Tabela 1.

**Tabela 1.** Estimativas das taxas brutas de incidência\* e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária. Estado de São Paulo, 2010.

Topografia	Masculino		Feminino	
	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta
Cavidade oral	3.230	15,19	890	4,02
Colo do útero	...	...	3.190	14,37
Cólon e reto	4.880	22,94	5.190	23,43
Esôfago	2.010	9,45	510	2,29
Estômago	3.910	18,38	2.070	9,34
Leucemias	1.320	6,22	1.130	5,08
Mama feminina	...	...	15.080	68,04
Pele melanoma	950	4,48	1.040	4,69
Próstata	13.160	61,84	...	...
Traqueia/brônquio/pulmão	4.880	22,94	2.620	11,83
Outras localizações	20.490	96,30	25.030	112,95
<b>Subtotal</b>	<b>54.830</b>	<b>257,70</b>	<b>56.750</b>	<b>256,08</b>
Pele não melanoma	11.810	55,51	12.670	57,19
<b>Todas as neoplasias</b>	<b>66.640</b>	<b>313,19</b>	<b>69.420</b>	<b>313,27</b>

Fonte: Inca/MS

\*Por 100.000 habitantes.

Conforme se observa, os tumores mais incidentes no sexo masculino são devidos ao câncer de próstata, pele não melanoma, cólon e reto, traqueia/brônquio/pulmão e estômago. No sexo feminino destacam-se os tumores de mama, pele não melanoma, cólon e reto, colo do útero e traqueia/brônquio/pulmão como os mais incidentes na estimativa enfocada.

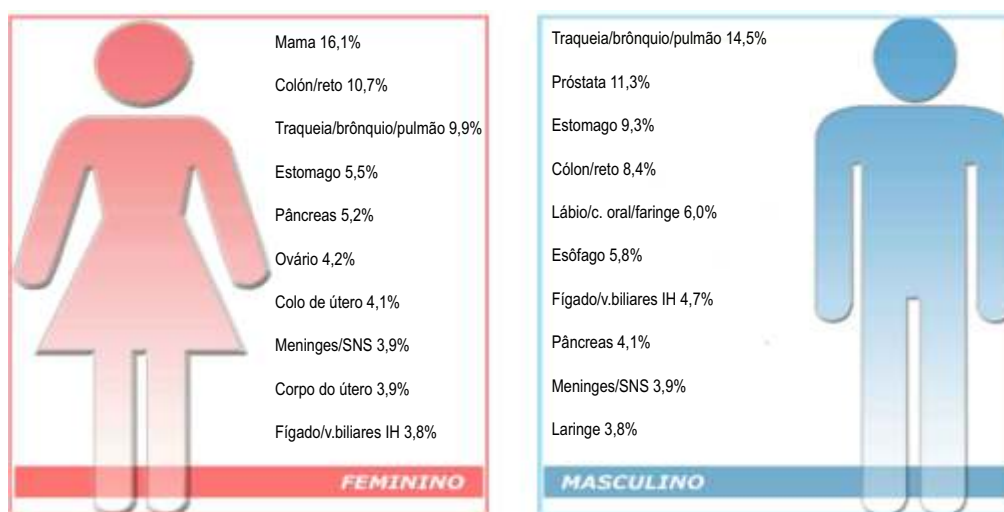
### Dados de mortalidade

De maneira semelhante ao que ocorre na grande maioria dos países, também o Brasil e o Estado de São Paulo assistem ao aumento do câncer como problema de saúde pública, sendo crescentes as taxas de mortalidade pela doença.

Os últimos dados disponíveis sobre mortalidade no País têm como referência 2009.<sup>3</sup>

Ao analisarmos a série histórica dos números referentes ao Estado de São Paulo, observamos que na última década ocorreram mudanças importantes no perfil de mortalidade da população paulista. Pode ser observado que, ao lado da estabilização da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, registra-se queda dos óbitos por causas externas e aumento da mortalidade proporcional pelas neoplasias, responsável em 2009 por cerca de 18% dos óbitos ocorridos no Estado.

Em 2009 ocorreram 43.788 óbitos por câncer em território paulista, sendo 54,4% deles do sexo masculino e 45,6%, feminino. A Figura 1 apresenta as dez topografias mais frequentes na mortalidade por câncer em 2009, segundo gênero.



Fonte: SIM (Sistema de Informações de Mortalidade)

**Figura 1.** Causas mais frequentes de óbito por câncer. Estado de São Paulo, 2009.

Estudo desenvolvido em 2008<sup>4</sup> analisou a tendência da mortalidade por câncer no Estado de São Paulo entre 1980 e 2004. No período, foi observado que as taxas de mortalidade brutas por câncer variaram de 83,6 a 111,6/100.000 habitantes para o sexo masculino e de 64,4 a 88,8/100.000 habitantes para o feminino. As taxas de mortalidade ajustadas por idade variaram de 129,5 a 145,6 óbitos/100.000 habitantes para o sexo masculino e de 84,2 a 95,4 óbitos/100.000 habitantes para o feminino.

Para o sexo masculino observou-se uma tendência estatisticamente significativa de aumento na mortalidade por câncer, no período estudado, enquanto no sexo feminino também foi observada tendência de crescimento, porém sem significância estatística.

O mesmo estudo apontou que houve tendência de aumento da mortalidade por câncer de pulmão e de cólon/reto, bem como de declínio para o câncer de estômago, para

ambos os sexos. Observou-se aumento na tendência de mortalidade por câncer de mama nas mulheres e declínio para o câncer de colo uterino. Também apontou tendência de aumento na mortalidade por câncer de próstata. Todas essas tendências foram estatisticamente significativas.

### Rastreamento do câncer

A política federal de detecção precoce do câncer, definida pelo Inca, preconiza rastreamento para o câncer de colo do útero<sup>5</sup> e para o de mama.<sup>6</sup> Para o de colo do útero a estratégia utilizada emprega o exame de colpocitologia oncótica ou teste de Papanicolaou no grupo etário de 25 a 59 anos, sendo que a periodicidade recomendada prevê inicialmente um exame ao ano; no caso de dois exames normais seguidos, deve ser realizado a cada três anos. Para o câncer de mama feminino é preconizado o exame clínico da mama para todas as mulheres, a partir dos 40 anos,

realizado anualmente e inserido no atendimento integral à saúde da mulher, e o rastreamento por mamografia para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo de dois anos entre os exames.

No sentido de aprimorar os dados sobre as práticas de rastreamento do câncer de colo de útero e mama, dentre outras ações, o Ministério da Saúde desenvolveu dois sistemas de informações: o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama).<sup>7</sup> Como ambos os sistemas registram somente exames realizados, seus dados não permitem que se faça qualquer estimativa de cobertura de rastreamento.

O Siscolo é um sistema de informação específico para o câncer do colo do útero e, em tese, coleta dados dos exames realizados e também informações sobre o seguimento das pacientes com resultados alterados. Dados referentes a 2010, para o Estado de São Paulo, registram um total de 2.435.266 exames citopatológicos cérvico-vaginais, 72,3% deles realizados na faixa etária preconizada pelo Inca (25 a 59 anos) para o rastreamento deste tipo de câncer.

O Sismama, por sua vez, coleta os dados dos exames de mamografia realizados. Mostra para o Estado de São Paulo, em 2010, a realização de 901.020 mamografias, das quais 742.623 foram registradas como rastreamento do câncer de mama. Dos exames realizados para rastreamento nas mulheres residentes no Estado, somente 51,6% o foram para a faixa etária preconizada pelo Inca (50 a 69 anos).

Em São Paulo, o rastreamento de câncer é realizado, via de regra, de maneira oportunística e conduzida pelos municípios; como não existe uma política estadual sobre o assunto, não raro se depara com práticas de rastreamento nos municípios realizadas de maneira equivocada, enfocando outras topografias ou outros grupos etários, situação para as quais não existem evidências científicas suficientes que justifiquem a atividade preventiva.

Com o objetivo principal de diminuir a demanda reprimida de mamografias, São Paulo organizou, entre maio de 2005 e novembro de 2009, mutirões para a realização de exames mamográficos. Essa prática atingiu sua meta principal, mas não deve ser encarada como adequada para o rastreamento em câncer.

### **Dados de estadiamento clínico**

O estadiamento clínico dos tumores é uma informação fundamental em oncologia, pois é utilizada para avaliar a extensão da doença, determinar o planejamento do tratamento do paciente e apontar o prognóstico de um caso novo de câncer. É um dos principais dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), sistema que coleta diferentes informações sobre os casos novos tratados nos hospitais paulistas. No Estado o RHC está sob a coordenação da Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp).

Usada internacionalmente para o estadiamento dos tumores, a Classificação TNM avalia as características fundamentais de um câncer: extensão local (T), disseminação regional (N) e metástases à

distância (M). Varia de 0 a IV, sendo este último valor o pior estadiamento.

Dados de estadiamento clínico referente aos tumores de colo do útero, mama e cólon/reto, passíveis de detecção precoce por rastreamento, disponíveis no site da Fosp,<sup>8</sup> mostram números preocupantes, pois parte considerável dos casos foi diagnosticada nas fases mais avançadas da doença – estádios III ou IV: 25%, 36% e 57%, respectivamente para câncer de colo do útero, mama feminina e câncer colorretal.

### **Dados de sobrevida**

Analisar sobrevida em câncer significa basicamente medir o tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a ocorrência de algum evento determinado, habitualmente o óbito.

No Brasil e também no Estado de São Paulo não se dispõe de análises completas de sobrevida em câncer por tipo de tumor. Dessa forma, serão aqui apresentados alguns dados que têm como referência um estudo comparativo mundial (Concord) envolvendo pacientes com câncer na América do Norte, Europa, Austrália, Japão, Argélia e Brasil.<sup>9</sup>

O estudo analisou dados de 101 Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) de 31 países, abrangendo uma população de 9 milhões de pessoas que tiveram diagnóstico de câncer primário de mama (em mulheres), cólon e reto e próstata, entre 1990 e 1994. A sobrevida refere-se aos cinco anos seguintes, ou seja, até 31 de dezembro 1999. O Brasil

esteve representado no estudo com os dados dos RCBP de Campinas (SP) e de Goiânia.

Nesse período, a pesquisa aponta para um índice de sobrevida mais alto na América do Norte, Austrália, Japão e ocidente europeu do que na Argélia, Brasil e países do oriente europeu.

### **Rede oncológica cadastrada**

A Tabela 2 apresenta a quantidade de serviços habilitados no Estado de São Paulo e respectiva população residente por Departamento Regional de Saúde (DRS), divisão administrativa da Secretaria Estadual da Saúde. Conforme pode ser observado, estão cadastrados para o atendimento oncológico em São Paulo 71 instituições, além de três serviços isolados específicos para radioterapia.

A distribuição espacial dessas instituições, apresentada na Figura 2, mostra algumas desigualdades regionais de forma bastante evidente. Nota-se, por exemplo, que toda a região oeste do Estado apresenta um número menor de hospitais habilitados. Além disso, quando se comparam os DRS 16 e 17, respectivamente Sorocaba e Taubaté, que apresentam população residente semelhante, observa-se que o DRS de Taubaté conta com um número muito maior de serviços cadastrados. O DRS de Registro, que se configura como a área mais carente, conta somente com uma instituição credenciada, cadastrada como Unacon e sem radioterapia.

**Tabela 2.** População residente, número de serviços habilitados por tipo, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Rede de oncologia no Estado de São Paulo, abril de 2011.

DRS	População residente	Serviços habilitados			
		Unacon	Cacon	Hospital geral	S. I. Radio
1 Grande São Paulo	19.683.975	13	6	6	1
2 Araçatuba	719.323	1	0	0	0
3 Araraquara	920.257	2	0	0	0
4 Baixada Santista	1.664.136	3	1	0	0
5 Barretos	411.690	0	1	0	0
6 Bauru	1.624.623	3	1	0	0
7 Campinas	4.031.910	5	1	0	0
8 Franca	649.807	0	1	0	0
9 Marília	1.068.408	3	1	0	0
10 Piracicaba	1.412.584	5	0	0	0
11 Presidente Prudente	722.192	1	0	0	1
12 Registro	273.566	1	0	0	0
13 Ribeirão Preto	1.327.989	1	2	0	0
14 São João da Boa Vista	773.781	2	0	0	0
15 São José do Rio Preto	1.470.348	2	1	0	0
16 Sorocaba	2.243.016	2	0	0	0
17 Taubaté	2.264.594	6	0	0	1
<b>Total</b>	<b>41.262.199</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

Fonte: População – IBGE/Datasus, 2010; Serviços – CPS/Grupo de Credenciamento



**Figura 2.** Distribuição dos serviços de Oncologia nas regiões de saúde. Estado de São Paulo, 2011.

### **Dados sobre recursos da rede cadastrada**

Os recursos referentes à rede de atenção oncológica cadastrada pelo SUS encontram-se informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e apresentam alguns equívocos, como o registro do número de salas e não do número de cadeiras disponíveis para a central de quimioterapia, fato que dificulta ainda mais a correta quantificação dos recursos realmente disponíveis. Colabora para essa dificuldade de quantificar recursos o fato de que não existe referência sobre o quanto da capacidade instalada está disponível exclusivamente para o SUS.

Alguns dados constantes no CNES podem ser considerados discrepantes ou mesmo ausentes. Mas refletem as informações cadastradas pelos próprios serviços ou pelos gestores que estavam disponíveis para consulta em abril de 2011.

Apesar da dificuldade em mensurar os recursos físicos disponíveis, chama a atenção o déficit referente aos equipamentos de radioterapia. De fato, levantamento elaborado pela Fundação Oncocentro de São Paulo<sup>10</sup> sobre o parque radioterápico disponível para o SUS no Estado de São Paulo apontou, em 2010, a existência de 79 equipamentos para uma necessidade estimada de 172 (déficit de 93).

### **Dados de produção em oncologia**

Os dados de produção referentes ao tratamento dos pacientes oncológicos podem ser analisados a partir dos sistemas de informação do SUS destinados ao pagamento dos prestadores, sendo a parte hospitalar avaliada por meio das cirurgias oncológicas registradas nas Autorizações

de Internação Hospitalar (AIH) e o atendimento ambulatorial pelas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac), para quimioterapia e radioterapia.

As Tabelas 3 e 4 apresentam, respectivamente, a produção totalizada por Departamento Regional de Saúde e por hospital para o atendimento oncológico pelo SUS no Estado, estando registrados o número de cirurgias oncológicas realizadas, e o número de Apac de quimioterapia e radioterapia apresentadas durante o ano de 2010. Um primeiro destaque a ser apontado é que os sistemas de informação utilizados não possibilitam de maneira imediata que se quantifiquem pacientes, mas sim procedimentos. Este fato limita a análise dos dados, principalmente quando o foco se dá nas Apac de quimioterapia e radioterapia, pois um mesmo paciente estará registrado em várias Apac durante o ano. Além disso, no atendimento ambulatorial quimioterápico, um mesmo paciente pode gerar mais de uma Apac simultaneamente, uma vez que pode estar recebendo tratamento quimioterápico endovenoso, representado por um tipo de Apac e também medicação oral enquanto hormonioterapia, representada por outra.

Os dados apresentados, quando comparados à população residente, devem também ser analisados com cautela, pois a produção apresentada pelos serviços de uma determinada regional de saúde não necessariamente foi realizada para a população residente neste mesmo território. Alguns exemplos podem ilustrar como a simples análise dos dados de produção avaliados sem que se conheça a população alvo dos serviços oferecidos pode



simplificar a discussão, levando a conclusões distorcidas. Os serviços habilitados do DRS 7 - Campinas, por exemplo, atenderam em radioterapia, em 2010, a pacientes residentes de outros dez Departamentos Regionais de Saúde. De forma semelhante, no Hospital Pio XII, de Barretos, 85,6% das cirurgias oncológicas foram realizadas para residentes de outros DRS e Estados.

Outro fator que limita a análise sobre a produção das instituições é a apresentação dos números brutos de cirurgias oncológicas e Apac de quimioterapia e radioterapia sem a especificação das topografias dos tumores tratados. Sabe-se que determinados hospitais apresentam expertise e recursos especializados para o tratamento de determinadas neoplasias, concentrando dessa forma sua produção nessas áreas, ficando outras topografias a cargo de outras instituições. Para exemplificar, suponha-se que o hospital credenciado no DRS XI - Presidente Prudente, único para aquela região de saúde, não possua recursos adequados para o tratamento cirúrgico do câncer de pulmão, mas concentre seus recursos nos tumores do aparelho digestivo, bastante frequentes. Esse hospital poderia apresentar um número total elevado de cirurgias oncológicas e Apac, mas não poderia ser considerado referência para o tratamento do câncer de pulmão, fato que obrigaria os pacientes daquela região a procurar hospitais mais distantes para o tratamento da neoplasia pulmonar.

Apesar dos limites apresentados, que restringem a análise dos dados de produção das instituições, alguns destaques podem ser assinalados. O primeiro diz respeito ao total de cirurgias oncológicas realizadas

pelos serviços credenciados para o atendimento oncológico: 44.580 ao ano. Número insuficiente quando analisado à luz do que define o Ministério da Saúde como necessidade de cirurgias oncológicas – 60% dos casos novos estimados de câncer, que no Estado de São Paulo supera 110.000 (todas as topografias, exceto pele não melanoma). Mesmo que a esse total tenham sido somadas as 7.873 cirurgias oncológicas realizadas em hospitais não cadastrados pelo SUS para o atendimento oncológico, o valor resultante ainda não atinge as necessidades definidas pela Política de Atenção Oncológica.

Outra questão que merece destaque é o fato de que vários serviços credenciados para o tratamento dos pacientes com câncer realizam um número ínfimo de cirurgias oncológicas, inferior inclusive ao realizado por hospitais gerais que não fazem parte da rede de oncologia. Os dados apresentados mostram estabelecimentos com expressiva produção de cirurgias e de Apac de quimioterapia e radioterapia, ao lado de serviços credenciados com produção pouco significativa. Quando se analisam especificamente os dados de produção das cirurgias oncológicas, nota-se que somente 12 hospitais fizeram mais de 1.000 cirurgias ao longo do ano de 2010 e representaram juntos mais de 57% do total das cirurgias oncológicas realizadas pela rede credenciada para o tratamento do câncer no Estado de São Paulo.

Na análise da produção de quimioterapia e radioterapia observa-se também concentração dos recursos. Somente dez hospitais foram responsáveis pela apresentação de 50% das Apac de quimioterapia e 60% da produção de radioterapia.

**Tabela 3.** População residente, número de cirurgias oncológicas, Apac de radioterapia e quimioterapia, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS	População residente	Cirurgias oncológicas	Apac	
			Radioterapia	Quimioterapia
1 Grande São Paulo	19.683.975	18.369	61.376	231.982
2 Araçatuba	719.323	232	-	6.026
3 Araraquara	920.257	636	2.517	12.917
4 Baixada Santista	1.664.136	1.177	1.714	27.267
5 Barretos	411.690	5.090	26.522	64.792
6 Bauru	1.624.623	5.543	16.856	62.535
7 Campinas	4.031.910	3.791	21.445	70.731
8 Franca	649.807	547	1.872	15.085
9 Marília	1.068.408	736	5.392	15.586
10 Piracicaba	1.412.584	1.138	6.840	19.573
11 Presidente Prudente	722.192	421	2.812	15.052
12 Registro	273.566	245	-	47
13 Ribeirão Preto	1.327.989	1.824	6.073	30.492
14 São João da Boa Vista	773.781	119	2.095	5.785
15 São José do Rio Preto	1.470.348	1.558	3.933	26.734
16 Sorocaba	2.243.016	719	4.815	25.823
17 Taubaté	2.264.594	2.435	10.170	44.041
<b>Total</b>	<b>41.262.199</b>	<b>44.580</b>	<b>174.432</b>	<b>674.468</b>

Fonte: População IBGE/Datasus 2010; produção SIH-SUS/SIA-SUS

**Tabela 4.** Número de cirurgias oncológicas, Apac de radioterapia e quimioterapia em unidades habilitadas na rede de oncologia, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS), município e hospital. Estado de São Paulo, 2010.

DRS	Município	Hospital (CNES)	Cirurgias oncológicas	Apac	
				Radioterapia	Quimioterapia
1	Diadema	Hospital Estadual de Diadema/Hospital Serraria	292	-	-
1	Mogi das Cruzes	Centro Oncologico Mogi das Cruzes	33	3.689	13.937
1	São Bernardo do Campo	Hospital de Ensino Fundação do ABC	328	6.382	6.326
1	São Bernardo do Campo	HMU Fundação do ABC	80	-	-
1	Santo André	Hospital Estadual Mario Covas/Santo André	877	-	6.063
1	Santo André	Centro Hospitalar de Santo André	130	-	318
1	Santo André	Instituto de Radioterapia do ABC	-	3.612	-
1	São Caetano do Sul	Complexo Hospitalar Marc	145	-	-
1	São Paulo	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo	3.809	-	47.981
1	São Paulo	HC-FMUSP/Hospital das Clínicas São Paulo	1.651	8.417	4.169
1	São Paulo	Centro de Referência da Saúde da Mulher de São Paulo	1.629	-	45.039
1	São Paulo	Irmandade Santa Casa de São Paulo	1.372	-	18.010
1	São Paulo	Casa de Saúde Santa Marcelina/São Paulo	1.355	8.711	17.855
1	São Paulo	Instituto Brasileiro de Controle do Câncer IBCC	1.138	7.342	24.830
1	São Paulo	Hospital São Paulo/Unifesp	1.004	1.581	10.759
1	São Paulo	Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho	912	14.068	17.652
1	São Paulo	Hospital do Câncer AC Camargo	799	3.223	5.840
1	São Paulo	Hospital de Heliópolis	743	-	1.077
1	São Paulo	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	443	-	-
1	São Paulo	Hospital de Transplantes do Estado De SP/EJ Zerbini	410	-	4.991
1	São Paulo	Hospital São Joaquim/Beneficência Portuguesa	369	4.351	4.242
1	São Paulo	Hospital Ipiranga	368	-	2.334
1	São Paulo	Conjunto Hospitalar do Mandaqui	168	-	-
1	São Paulo	Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha	36	-	-
1	São Paulo	Hospital Infantil Darcy Vargas UGA III	27	-	559
1	Taboão da Serra	Hospital Geral de Pirajussara	251	-	-
<b>Total DRS 1 - Grande São Paulo</b>			<b>18.369</b>	<b>61.376</b>	<b>231.982</b>

DRS	Município	Hospital (CNES)	Cirurgias oncológicas	Apac	
				Radioterapia	Quimioterapia
2	Araçatuba	Santa Casa de Araçatuba	232	-	6.026
<b>Total DRS 2 - Araçatuba</b>			<b>232</b>	<b>-</b>	<b>6.026</b>
	Araraquara	Santa Casa de Araraquara	293	1.326	7.731
	São Carlos	Santa Casa de São Carlos	343	1.191	5.186
<b>Total DRS 3 - Araraquara</b>			<b>636</b>	<b>2.517</b>	<b>12.917</b>
4	Guarujá	Hospital Santo Amaro	266	-	1.603
4	Santos	Hospital Guilherme Álvaro Santos	438	-	4.575
4	Santos	Hospital Santo Antônio Santos/Sociedade Portuguesa de Beneficência	250	-	8.012
4	Santos	Santa Casa de Santos	223	1.714	13.077
<b>Total DRS 4 - Baixada Santista</b>			<b>1.177</b>	<b>1.714</b>	<b>27.267</b>
5	Barretos	Fundação Pio XII	5.090	26.522	64.792
<b>Total DRS 5 - Barretos</b>			<b>5.090</b>	<b>26.522</b>	<b>64.792</b>
6	Avaré	Santa Casa de Avaré	93	-	571
6	Bauru	Hospital Estadual de Bauru	521	1.985	10.966
6	Botucatu	Hospital das Clínicas de Botucatu	580	2.927	11.321
6	Jaú	Hospital Amaral Carvalho	4.349	11.944	39.677
<b>Total DRS 6 - Bauru</b>			<b>5.543</b>	<b>16.856</b>	<b>62.535</b>
7	Bragança Paulista	Hospital Universitário São Francisco	229	-	2.730
7	Campinas	Hospital de Clínicas da Unicamp	1.503	6.815	35.932
7	Campinas	Hospital Municipal Dr. Mario Gatti	464	1.900	4.658
7	Campinas	Hospital e Maternidade Celso Pierro	440	-	6.680
7	Campinas	Centro Infantil de Investigações Hematológicas Dr. Domingos A. Boldrini	216	9.850	2.695
7	Jundiaí	Hospital São Vicente de Paulo	939	2.880	18.036
<b>Total DRS 7 - Campinas</b>			<b>3.791</b>	<b>21.445</b>	<b>70.731</b>
8	Franca	Santa Casa de Franca	547	1.872	15.085
<b>Total DRS 8 - Franca</b>			<b>547</b>	<b>1.872</b>	<b>15.085</b>
9	Assis	Hospital Regional de Assis	79	-	1.718
9	Marília	Santa Casa de Marília	295	-	6.643
9	Marília	Hospital das Clínicas de Marília/Famar	148	5.392	5.168
9	Tupã	Hospital São Francisco	214	-	2.057
<b>Total DRS 9 - Marília</b>			<b>736</b>	<b>5.392</b>	<b>15.586</b>
10	Araras	Hospital São Luiz de Araras	118	-	3.361
10	Limeira	Santa Casa de Limeira	297	1.619	5.335
10	Piracicaba	Hospital dos Fomecedores de Cana de Piracicaba	334	3.044	5.043
10	Piracicaba	Santa Casa de Piracicaba	250	2.177	4.716
10	Rio Claro	Santa Casa de Rio Claro	139	-	1.118
<b>Total DRS 10 - Piracicaba</b>			<b>1.138</b>	<b>6.840</b>	<b>19.573</b>

DRS	Município	Hospital (CNES)	Cirurgias oncológicas	Apac	
				Radioterapia	Quimioterapia
11	Presidente Prudente	Santa Casa Hospital Dr. Aristóteles Oliveira Martins	421	-	15.052
11	Presidente Prudente	Instituto de Radioterapia Presidente Prudente	-	2.812	-
<b>Total DRS 11 - Presidente Prudente</b>			<b>421</b>	<b>2.812</b>	<b>15.052</b>
12	Pariquera-Açu	Hospital Regional Vale do Ribeira	245	-	47
<b>Total DRS 12 - Registro</b>			<b>245</b>	<b>-</b>	<b>47</b>
13	Ribeirão Preto	Hospital das Clínicas Faepa	1.255	5.151	18.145
13	Ribeirão Preto	Hospital Imaculada Conceição	390	922	9.206
13	Ribeirão Preto	Santa Casa de Ribeirão Preto	179	-	3.141
<b>Total DRS 13 - Ribeirão Preto</b>			<b>1.824</b>	<b>6.073</b>	<b>30.492</b>
14	Mogi Guaçu	Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos	13	-	4.790
14	São João da Boa Vista	Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros	106	2.095	995
<b>Total DRS 14 - São João da Boa Vista</b>			<b>119</b>	<b>2.095</b>	<b>5.785</b>
15	Catanduva	Hospital Padre Albino	266	-	1.769
15	São José do Rio Preto	Hospital de Base	844	-	17.589
15	São José do Rio Preto	Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto	448	3.933	7.376
<b>Total DRS 15 - São José do Rio Preto</b>			<b>1.558</b>	<b>3.933</b>	<b>26.734</b>
16	Sorocaba	Conjunto Hospitalar Sorocaba	380	-	23.498
16	Sorocaba	Santa Casa de Sorocaba	339	4.815	2.325
<b>Total DRS 16 - Sorocaba</b>			<b>719</b>	<b>4.815</b>	<b>25.823</b>
17	Assis	Hospital São Francisco de Assis	384	-	8.609
17	Guaratinguetá	Hospital Frei Galvão	274	2.596	8.603
17	São José dos Campos	Hospital e Maternidade Pio XII – IPMMI Obra Ação Social	347	-	5.110
17	São José dos Campos	Hospital Materno-Infantil Antoninho da Rocha Marmo	103	-	8.345
17	São José dos Campos	Centro De Tratamento Fabiana Macedo de Moraes GACC	50	-	831
17	São José dos Campos	Instituto de Radioterapia Vale do Paraíba/Cenon	-	4.187	-
17	Taubaté	Hospital Regional do Vale do Paraíba	1.277	3.387	12.543
<b>Total DRS 17 - Taubaté</b>			<b>2.435</b>	<b>10.170</b>	<b>44.041</b>
<b>Total geral</b>			<b>44.580</b>	<b>174.432</b>	<b>674.468</b>

Fonte: SIH-SUS/SIA-SUS

### Dados de produção de exames diagnósticos

Os exames diagnósticos representam papel importante na assistência oncológica, pois sua adequada disponibilização garante agilidade tanto para a confirmação diagnóstica como para o estadiamento dos tumores e seguimento adequado dos pacientes em tratamento. Entretanto, torna-se difícil quantificar de maneira desejável os exames mais importantes utilizados em oncologia, uma vez que, com exceção dos tumores de

mama e colo de útero, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Ministério da Saúde não permite identificar, do total dos procedimentos realizados, quais foram os exames utilizados especificamente na atenção oncológica.

Outro aspecto que merece destaque é que o estabelecimento de tetos financeiros para procedimentos de média e alta complexidades pode impactar de maneira negativa o diagnóstico e o seguimento dos

pacientes envolvidos. Vale destacar, como exemplo, uma comparação possível do montante de exames produzidos com as estimativas de necessidade. No caso de mamografias, tomando a faixa etária de 50 a 69 anos, temos no Estado de São Paulo um total de 3.785.266 mulheres (população residente, 2010). Considerando que estas deveriam realizar uma mamografia a cada dois anos, a necessidade seria de 1.892.633 mamografias de rastreamento nesta faixa etária. A produção apresentada em 2010 referente ao SUS foi de 1.057.186 (para todas as idades).

Outro exemplo é a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Considerando a população maior de 50 anos temos um total de 9.195.531 pessoas no Estado de São Paulo (população residente, 2010). Da mesma forma, considerando o parâmetro de realização de um exame a cada dois anos, teríamos uma necessidade estimada da ordem de 4.597.765 exames, sendo que o produzido em 2010 no SUS foi da ordem de 155 mil, muito aquém do necessário apenas para o rastreamento do câncer colorretal.

### **Diretrizes para a atenção oncológica no Estado de São Paulo**

Qualquer programa de atenção oncológica visa, em última instância, a redução da incidência e da mortalidade por câncer, o aumento da sobrevida e uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

A Organização Mundial de Saúde preconiza que seus Estados membros elaborem planos globais de ação contra o câncer que contemplem: prevenir o que for prevenível (estratégias de prevenção);

curar o que for curável (estratégias para detecção precoce e tratamento); aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida (estratégia de cuidados paliativos e gestão para o sucesso); e fortalecer os mecanismos de gestão.<sup>11</sup>

É dentro desse caráter abrangente que esta proposta se insere. São sugeridas diretrizes que contemplem todas as faces da atenção oncológica, sendo que, ao final do texto, são apontadas algumas premissas que os autores deste documento entendem como essenciais para que o projeto avance de forma concreta. Espera-se que as diretrizes aqui apontadas possam servir de subsídio para a construção de um plano diretor de oncologia completo e consistente para o Estado de São Paulo.

### **Promoção e proteção da saúde**

O câncer é considerado por muitos como uma doença em certa medida evitável, já que algumas de suas causas estão ligadas à atividade humana. Dessa forma, a prevenção primária do câncer busca diminuir a incidência da doença por meio do desenvolvimento de intervenções que visam, em última instância, à promoção de um estilo de vida saudável.

As principais ações envolvidas na prevenção primária são de caráter transversal, podendo ser citadas como principais o controle do tabaco, a adoção de uma dieta saudável, o incentivo às atividades físicas e o combate à obesidade, a redução do consumo de álcool, a imunização contra o vírus da hepatite B, a diminuição das exposições ocupacionais e a orientação para se evitar a exposição prolongada ao sol.

Para a promoção da saúde apontam-se as seguintes diretrizes:

**Diretriz 1:** potencialização de ações que promovam um estilo de vida saudável, de modo a estimular hábitos alimentares saudáveis, incentivar atividade física e combater o tabagismo, o consumo de álcool, a exposição excessiva ao sol e a obesidade

**Diretriz 2:** implementação de programa específico de educação em saúde para crianças e adolescentes, de modo a estimular um estilo de vida saudável, particularmente relacionado com alimentação, atividade física, exposição ao sol e combate ao tabaco e álcool. Sugere-se uma parceria com a Secretaria de Estado da Educação.

**Diretriz 3:** incremento às ações de apoio aos fumantes que pretendam abandonar o hábito de fumar.

**Diretriz 4:** implementação de ações de educação em saúde, englobando diferentes mídias, para a prevenção do câncer

**Diretriz 5:** desenvolvimento de ações específicas para a informação adequada e sensibilização dos grupos populacionais alvos dos programas de rastreamento do câncer.

### **Detecção precoce**

A prevenção secundária ao câncer utiliza como estratégia para o diagnóstico precoce as técnicas de rastreamento populacional, existindo atualmente evidências científicas suficientes para preconizar o rastreamento para o câncer de colo do útero, mama e colorretal. O rastreamento pode ser classificado como oportunístico ou organizado. No primeiro, os exames são ofertados aos pacientes que oportunamente chegam às unidades de saúde. Já o modelo organizado compreende uma série de intervenções: definição da

população alvo e sua convocação, ações para garantir diagnóstico e tratamento ágeis, controle de qualidade em todas as etapas do processo e seguimento adequado dos casos tratados.<sup>12</sup>

Para o câncer de colo do útero e também para o de mama deverão ser seguidas as normas preconizadas pelo Inca. Para o câncer colorretal propõem-se projetos pilotos que utilizem como método a pesquisa de sangue oculto nas fezes, preferentemente com o método imunoquímico, que apresenta grande vantagem sobre o método tradicional (guáiac), por ser específico para hemoglobina humana. Como público alvo sugerem-se os adultos com 50 anos ou mais, com exame realizado a cada dois anos e, em caso de possibilidade da pesquisa do sangue oculto, complementação diagnóstica imediata com colonoscopia.

Embora o objetivo final deva ser o rastreamento de base populacional para os tumores de colo do útero, mama e cólon/reto, entende-se que esse processo deve ser gradativo, de modo a possibilitar que os casos diagnosticados pelo rastreamento possam ser tratados com agilidade e qualidade exigidas. Dessa forma, são propostas as seguintes diretrizes:

**Diretriz 6:** desenvolvimento de ações específicas que viabilizem o rastreamento do câncer para os tumores do colo do útero, mama e cólon/reto, tendo sempre como objetivo a implementação do rastreamento organizado ou de base populacional, realizado através da atenção primária à saúde.

**Diretriz 7:** transformação do rastreamento oportunístico realizado para os tumores de colo do útero e mama para um modelo de rastreamento de base populacional.

**Diretriz 8:** planejamento e implantação de modelo adequado de rastreamento populacional do câncer colorretal.

### **Assistência aos pacientes**

À medida que se aprimoram o diagnóstico precoce e o tratamento, as enfermidades oncológicas tendem a adquirir o caráter de cronicidade, fato que exige um número elevado de consultas, exames e tratamentos, tanto em nível ambulatorial como hospitalar. Dessa forma, o tratamento oncológico deve ser oportuno, integral, multidisciplinar e realizado em instituições de saúde especializadas no atendimento dessas doenças.

Devido à complexidade que permeia toda a assistência oncológica, parece claro que somente através da incorporação de mecanismos de gestão eficientes é que os diferentes setores que trabalham com a atenção oncológica dentro do SUS poderão garantir equidade de acesso, agilidade e qualidade no tratamento do paciente. A regulação do acesso à assistência surge, assim, como o principal mecanismo de gestão a ser implantado, ao lado de ações permanentes de avaliação e controle.

As peculiaridades inerentes ao câncer impõem um modelo de regulação que considere as diferenças topográficas da doença, a capacidade técnica dos serviços credenciados e a necessidade de regionalização da atenção. Necessário se faz que os diferentes níveis de assistência à saúde participem do processo de atenção oncológica, criando uma rede de atenção constituída de diferentes tipos de instituições, que se articulam entre si, tendo sempre como objetivo a regionalização da

assistência. Sempre que possível deve-se descentralizar as ações, mas procedimentos complexos ou tratamento de tumores raros deverão ser realizados em centros de referência.

Na definição dessa rede de atenção oncológica devem obrigatoriamente estar incluídos os casos referentes aos tumores da infância, que demandam recursos específicos. Após estudos iniciais, também deverão ser contemplados alguns indicadores: tempo máximo admitido para o diagnóstico do tumor e seu estadiamento clínico; tempo máximo para o início das diferentes modalidades terapêuticas; e distância máxima a ser percorrida pelo paciente para o tratamento dos tumores mais prevalentes.

Hoje, diferentes estimativas são utilizadas para que se definam as necessidades de serviços especializados em tratamento do câncer no SUS, fato que invariavelmente conduz os gestores a diagnósticos equivocados ou superficiais. Entende-se que a utilização de mecanismos claros de regulação do acesso à assistência, com o suporte de ferramentas de gestão, permitirá que se conheça mais sobre as reais deficiências da rede de atenção oncológica.

Os diferentes dados apresentados sobre a rede credenciada e sua respectiva produção de serviços mostram que não existem, hoje, ferramentas suficientes para avaliar em detalhes se o rol de instituições cadastradas para o atendimento oncológico no Estado de São Paulo é suficiente ou não. Dessa forma, necessário se faz criar instrumentos que permitam avaliar e quantificar detalhadamente a rede cadastrada e os serviços oferecidos.

Como exceção deve ser considerada a premente adequação do parque radioterápico, pois a aquisição de equipamentos e a adaptação física dos serviços demandam planejamento de longo prazo e investimentos consideráveis.<sup>12</sup>

Como a implantação deste novo modelo de atenção requer uma série de ações que podem impactar a atual assistência oncológica desenvolvida em nosso Estado, propõe-se que seja implantado paulatinamente. O câncer de mama feminino, por integrar o Pacto pela Vida (Ministério da Saúde), alta incidência, mortalidade crescente e por já possuir uma linha de cuidado definida, nos parece a escolha ideal para ser o primeiro a ser abordado em projeto inicial. O câncer de próstata, por sua relevância, ou os tumores hematológicos que exigem transplante de medula óssea também podem ser os enfocados inicialmente.

Propõe-se o seguinte modelo a ser adotado, considerando-se as características regionais:

#### **Fase diagnóstica**

- O nível de atenção primária exerce o principal ponto na suspeita diagnóstica e tem papel fundamental no diagnóstico precoce de alguns tumores, através de ações vinculadas ao rastreamento do câncer de colo do útero, mama e cólon/reto.
- Todo caso suspeito deve ser encaminhado para o nível secundário ou para os centros especializados em câncer, para a confirmação diagnóstica. De forma semelhante serão encaminhados os pacientes selecionados para os exames de rastreamento. Papel importante aqui deve ser atribuído aos Ambulatórios

Médicos de Especialidades (AME), unidades de saúde planejadas para o diagnóstico rápido de patologias e que já trabalham com vários protocolos para diagnóstico oncológico.

- Confirmado o diagnóstico de câncer, o caso deve ser encaminhado a uma central de regulação em oncologia, que, por meio de protocolos definidos, encaminhará o paciente a um centro especializado para o diagnóstico da extensão do tumor e o consequente planejamento terapêutico. Esse centro será o responsável pelo tratamento.

#### **Fase de tratamento**

- O planejamento terapêutico deve ser elaborado em centro especializado, por comissão formada por diferentes profissionais implicados no tratamento.
- O planejamento terapêutico deve ser baseado em protocolo clínico único, a ser seguido por todos os envolvidos no tratamento.
- O tratamento deve ser realizado, preferentemente, em um único centro especializado, sendo que, dependendo dos recursos disponíveis, poderá ser descentralizado somente para o tratamento radioterápico.

#### **Fase de seguimento**

- O acompanhamento do paciente é de responsabilidade do centro especializado ao qual está vinculado.
- A atenção básica deve ter participação clara na identificação precoce das recidivas.



### Fase avançada

- Aqui a função de maior destaque corresponde às unidades de cuidados paliativos, sendo importante a participação da atenção básica e da assistência domiciliar.
- O suporte psicológico é imprescindível em todas as fases, mas nesta é fundamental.

Nesse contexto, propõem-se as seguintes diretrizes para a área assistencial:

**Diretriz 9:** desenvolver novas ferramentas para qualificar e quantificar com detalhes a rede credenciada e seus serviços oferecidos, garantindo aos gestores informações suficientes para planejamento desta rede e concluir pela suficiência da rede atual ou, pelo contrário, pela necessidade de credenciamento de novas instituições e/ou ampliação das já cadastradas.

**Diretriz 10:** desenvolver ações para a elaboração de protocolos assistenciais, contemplando diagnóstico, tratamento e seguimento dos pacientes, devendo ser abordados inicialmente os tumores mais relevantes epidemiologicamente. O *Manual de Oncologia Clínica*, elaborado pelo Instituto de Câncer do Estado de São Paulo (Icesp) pode ser adotado como modelo.

**Diretriz 11:** implantar mecanismos de regulação do acesso à assistência, através de ferramentas de gestão que permitam a operacionalização de centrais de oncologia, coordenadas e articuladas entre si.

**Diretriz 12:** implantar uma rede estadual de atenção ao câncer, com a participação de diferentes instituições articuladas entre si, com o objetivo de desenvolver ações que envolvam todas as etapas do controle da doença, de modo a buscar a integração, hierarquização, regionalização, equidade e

agilidade necessárias para o enfrentamento do câncer, sob regulação.

**Diretriz 13:** desenvolver ações que permitam avaliar a real capacidade dos serviços especializados credenciados para o atendimento oncológico pelo SUS no Estado de São Paulo, de modo a identificar necessidades específicas regionais, necessidade de novos equipamentos ou atualização dos equipamentos já existentes.

**Diretriz 14:** elaborar plano de ampliação do parque radioterápico, de forma a compatibilizar as necessidades populacionais, desigualdades regionais e recursos disponíveis.

**Diretriz 15:** estabelecer mecanismos objetivos de avaliação de desempenho da rede estadual de atenção ao câncer.

### Cuidados paliativos

Apesar dos avanços obtidos no diagnóstico precoce e no tratamento dos pacientes oncológicos, estima-se que parte dos acometidos pelo câncer irá morrer por causa da doença. Dessa forma, ao longo da patologia oncológica devem coexistir terapêuticas antineoplásicas e ações de cuidado paliativo, predominando as últimas nas fases terminais.

Recomenda-se que um programa de cuidados paliativos inclua desde o controle da dor e de outros sintomas até medidas de suporte e apoio para o paciente e a família. Como em geral as ações de cuidados paliativos referentes ao câncer diferem pouco daquelas outras decorrentes de uma série de doenças crônicas, os programas de cuidados paliativos devem ser pensados e estruturados de modo a incluir uma série de pacientes com transtornos crônicos e

potencialmente mortais. Estudos já realizados por grupo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo apontam que os recursos disponíveis para os cuidados paliativos podem estar localizados em hospitais de pequeno porte. Essa área de cuidado, tão importante e ainda bastante incipiente, deve ser abordada por equipe multidisciplinar, articulada com o sistema de saúde local. Para tanto, as seguintes diretrizes para a área de cuidados paliativos são propostas:

**Diretriz 16:** definir as necessidades regionais de cuidados paliativos, se possível de forma articulada com outros setores da assistência à saúde, tendo como objetivo chegar o mais próximo da residência dos pacientes, dando-lhes preferentemente apoio qualificado domiciliar.

**Diretriz 17:** implementar estudos para a definição de modelos de cuidados paliativos em oncologia, de forma a contemplar as diferentes ações necessárias e também as especificidades regionais.

**Diretriz 18:** desenvolver estudos e ações visando a definição de uma política estadual de alívio da dor em oncologia, apontando critérios para a dispensação de medicamentos e facilitando o acesso aos mesmos.

Merece também destaque a atenção que devem ter os diferentes sistemas de informações que permeiam a atenção ao câncer, desde os vinculados ao pagamento dos procedimentos realizados pelos prestadores até aqueles mais específicos, como os registros de câncer. Esses registros, por sua importância estratégica, devem merecer tratamento preferencial por parte dos envolvidos com a questão.

Outros aspectos fundamentais à atenção oncológica não foram aqui abordados devido à sua complexidade, mas sugere-se que também mereçam atenção especial. Podemos citar, dentre outros, a formação de recursos humanos para área, a pesquisa em oncologia e também a política de incorporação tecnológica que será adotada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A complexidade das atividades relacionadas à atenção oncológica desenvolvida no Estado exige que diferentes estruturas e instâncias, estaduais e municipais, participem do processo, cada qual executando tarefas específicas. A ausência de tal articulação resulta em ações por vezes descoordenadas, parciais ou redundantes e falta de definição clara das responsabilidades.

Dessa forma, e tendo como objetivo coordenar todas as diferentes ações da área, sugere-se a criação de um grupo técnico para a atenção oncológica, vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário Estadual da Saúde. Esse grupo teria como tarefa principal articular os diferentes setores que atuam na área da oncologia no Estado de São Paulo, além de subsidiar o processo de pactuação entre gestores municipais e estaduais acerca do papel a ser exercido por cada esfera de gestão. O primeiro resultado esperado desse trabalho seria a elaboração de um plano estadual de oncologia.

### **Considerações finais**

Por sua magnitude, complexidade e gravidade, o câncer pode ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, particularmente no

Estado de São Paulo. Tal fato gera a necessidade de se adotar medidas diversas, quer de educação e promoção da saúde, quer de diagnóstico e tratamento, quer ainda de reabilitação e cuidados paliativos, que concorram para a diminuição das taxas de incidência e mortalidade pela doença. Para tanto, necessário se faz priorizar o problema e concentrar esforços numa ação conjunta, coordenada, com medidas que garantam maior eficiência ao objetivo de prevenir o que for prevenível, curar o que for curável e melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

Compatibilizar as diferentes necessidades apresentadas com os recursos disponíveis – físicos, humanos e financeiros – é uma tarefa tão difícil quanto imprescindível. Mas urgente se faz organizar as ações, buscando o envolvimento

de gestores de saúde, prestadores, universidades e sociedades científicas num grande pacto estadual que permita a qualificação da atenção oncológica em São Paulo.

Também imprescindíveis para o êxito das ações são o adequado cadastramento das instituições que compõem a rede de atenção oncológica, a implantação efetiva de um sistema de regulação em oncologia e, ainda, o desenvolvimento de um sistema de informações que permeie todas as fases da atenção oncológica.

Para atingir esses objetivos este artigo buscou definir as principais linhas de cuidado a serem abordadas, além de apontar diferentes diretrizes que podem servir de subsídio para a elaboração de um plano diretor de oncologia para o Estado de São Paulo.

## REFERÊNCIAS

1. OMS - Organización Mundial de la Salud, Programas Nacionales de Control del Câncer. Políticas y pautas para la gestion. Genebra; 2004.
2. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet] Estimativa 2010 – Incidência de Câncer no Brasil [acesso em abril de 2011]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>.
3. Ministério da Saúde, Datasus [homepage na internet]. Informações de Saúde – Mortalidade [acesso em abril de 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
4. Tamelini, RM. O câncer no Estado de São Paulo: uma análise da morbimortalidade e do gasto público [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2008.
5. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet] Plano de ação para a Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero [acesso em abril de 2011]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario\\_colo\\_uteroversao\\_2011.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario_colo_uteroversao_2011.pdf).
6. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama

- [acesso em abril de 2011].  
Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros\\_Prog\\_e\\_rastreamento\\_Ca\\_de\\_Mama\\_.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama_.pdf).
7. Ministério da Saúde, Datasus [homepage na internet]. Informações de Saúde – Informações Estatísticas – Siscolo e Sismama [acesso em abril de 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
8. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo [homepage na internet]. Fundação Oncocentro de São Paulo. [acesso em abril de 2011]. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br>.
9. Coleman MP ET al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *The Lancet Oncology*, (08)70179-7,2008.
10. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo. Plano de reestruturação da radioterapia no Estado de São Paulo. São Paulo; 2010.
11. Naffah Filho M, Cecilio MAM. Subsídios para um novo modelo de atenção ao câncer no Estado de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo. 2005;v.7, n.28.
12. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama. *Ver Bras Cancerol*. 55(2): 99-113, abr-jun.2009.

**Correspondência/correspondence to:**  
Michel Naffah Filho  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188  
CEP: 05403-000 – São Paulo/SP, Brasil  
Te.: 55 11 3066-8456  
E-mail: [mnaffah@saude.sp.gov.br](mailto:mnaffah@saude.sp.gov.br)