

Políticas Públicas de Saúde para o Enfrentamento do Câncer no Brasil: Análise dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4454>

Public Health Policies to Combat Cancer in Brazil: Analysis of State Cancer Care Plans

Políticas de Salud Pública para Combatir el Cáncer en Brasil: Análisis de los Planes Estatales de Atención al Cáncer

Fernanda Angélica da Silva¹; Emmanuel Santos Trindade²; Bia Guimarães Santiago³; Gabriela Vital Afonso⁴; Hebert Luan Pereira Campos dos Santos⁵; Níliã Maria de Brito Lima Prado⁶

RESUMO

Introdução: O crescente número de mortalidade por neoplasias tem apontado para a necessidade de adoção de medidas sustentáveis e regionalmente situadas para prevenção e controle do câncer. Ao longo dos mais de 30 anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de Atenção Oncológica evoluíram de um modelo fragmentado rumo à noção de integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer. **Objetivo:** Analisar os Planos Estaduais de Atenção Oncológica dos Estados brasileiros, conforme previsto pelas Portarias n.º 874 de 2013 e n.º 1.399 de 2019, e descrever os dados de assistência e indicadores de saúde relacionados aos Estados que contemplam o planejamento da referida assistência. **Método:** Estudo de caráter misto com abordagem qualitativa baseada em revisão documental dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica, e abordagem quantitativa realizada a partir de um estudo descritivo dos dados epidemiológicos relacionados ao câncer no Brasil. **Resultados:** Apenas 63% dos Estados brasileiros (n = 17) têm operacionalizado Planos Estaduais de Atenção Oncológica; destes, a maioria possui Planos em desacordo com a Portaria n.º 874. **Conclusão:** A ausência de Planos Estaduais para Atenção Oncológica aponta para urgência em estabelecer nacionalmente esforços para que os Estados assumam o compromisso de desenvolver o planejamento e a programação de ações em serviços para o enfrentamento do câncer como um problema de saúde pública.

Palavras-chave: Política de saúde/Brasil; Planos Governamentais de Saúde; Gestão em saúde; Neoplasias/epidemiologia; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The growing number of deaths by neoplasms has indicated the necessity to adopt sustainable, regionally-based measures to prevent and control cancer. Along more than 30 years of existence of the National Health System (SUS), cancer care policies have evolved from a fragmented model towards a concept of integrality and qualification of the cancer care network. **Objective:** Review Brazilian State Oncology Care Plans according to Ordinance 874 of 2013 and Ordinance 1,399 of 2019, and to describe care data and health indicators of the States that comply with these two Ordinances. **Method:** Qualitative document-review of the States' Cancer Care Plans and quantitative approach describing cancer epidemiological data in Brazil. **Results:** Only 63% of Brazilian States (n = 17) have implemented oncology care plans and of these, most does not comply with Ordinance 874. **Conclusion:** The lack of State oncology care plans highlights the urgency to establish nation-wide efforts for the States to engage in developing action planning and programmes to tackle cancer as a public health problem.

Key words: Health policy/Brazil; State Health Plans; Health Management; Neoplasms/epidemiology; Unified Health System.

RESUMEN

Introducción: El creciente número de muertes por neoplasias ha señalado la necesidad de adoptar medidas sostenibles y de base regional para prevenir y controlar el cáncer. A lo largo de los más de 30 años de existencia del Sistema Único de Salud (SUS), las políticas de atención oncológica evolucionaron de un modelo fragmentado hacia la noción de atención integral y cualificación de la red de atención a las personas con cáncer. **Objetivo:** Analizar los Planes Estaduales de Atención Oncológica de los Estados brasileños, previstos en la Ordenanza n.º 874 de 2013 y en la Ordenanza n.º 1.399 de 2019, y describir los datos asistenciales e indicadores de salud relacionados con los Estados que contemplan la planificación de esta atención. **Método:** Estudio de método mixto, con un enfoque cualitativo basado en una revisión documental de los Planes Estatales de Atención Oncológica y un enfoque cuantitativo basado en un estudio descriptivo de los datos epidemiológicos relacionados con el cáncer en Brasil. **Resultados:** Sólo el 63% de los Estados brasileños (n = 17) tienen Planes Estaduales de Atención Oncológica operacionalizados y, de ellos, la mayoría tiene Planes que no están alineados con la Ordenanza 874. **Conclusión:** La ausencia de planes estadales de atención oncológica señala la urgente necesidad de establecer esfuerzos nacionales para que los Estados asuman el compromiso de desarrollar la planificación y programación de acciones en los servicios para enfrentar el cáncer como problema de salud pública.

Palabras clave: Política de salud/Brasil; Planes Estatales de Salud; Gestión en Salud; Neoplasias/epidemiología; Sistema único de Salud.

¹Liga Acadêmica de Oncologia Clínica e Cirúrgica do Sudoeste Baiano. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Vitória da Conquista (BA), Brasil. E-mails: fernandaangelica0374@gmail.com; fernanda.angelica@ufba.br; ohebertluan@gmail.com. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0003-4156-274X>; Orcid id: <https://orcid.org/0000-0003-2722-7945>

²Liga Acadêmica de Oncologia Clínica e Cirúrgica do Sudoeste Baiano. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Vitória da Conquista (BA), Brasil. E-mails: emmanuelstrindade@gmail.com; biagsantiago@gmail.com; gabrielaafonso33@gmail.com. Orcid id: <https://orcid.org/0009-0008-5878-596X>; Orcid id: <https://orcid.org/0009-0007-0258-7027>; Orcid id: <https://orcid.org/0000-0003-1035-9298>

⁴UFBA, Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Observatório de Análise Política em Saúde. Vitória da Conquista (BA), Brasil. E-mails: nilia.ufba@gmail.com; nilia.prado@ufba.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8243-566>

Endereço para correspondência: Fernanda Angélica da Silva. UFBA/IMS/Campus Anísio Teixeira. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58 – Candeias. Vitória da Conquista (BA), Brasil. CEP 45029-094. E-mails: fernandaangelica0374@gmail.com; fernanda.angelica@ufba.br



INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo e as estimativas apontam para um crescimento gradativo da morbimortalidade pela doença nos próximos anos¹. No Brasil, o câncer é considerado a segunda principal causa de morte desde 2003, configurando-se como uma doença de alta complexidade e desafiadora para o Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista as dificuldades no que tange ao acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno².

Ao longo dos mais de 30 anos de existência do SUS, as políticas de Atenção Oncológica passaram de uma perspectiva fragmentada em diferentes programas nacionais de prevenção, detecção precoce e acesso ao tratamento oncológico concentrado em hospitais especializados para uma perspectiva de integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer³. Em 2005, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 2.439⁴, criou a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), considerada um marco na superação da visão fragmentada da assistência oncológica e uma iniciativa central para a garantia de um conjunto de ações envolvendo não apenas o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, mas também a promoção e a prevenção da saúde.

Em 2013, a PNAO foi substituída pela Portaria n.º 874⁵, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Além de reafirmar o objetivo de reduzir a incidência e a morbimortalidade por câncer no país, a PNPCC estabeleceu como competência das Secretarias Estaduais de Saúde a definição de estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer, bem como coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS⁵.

Mais recentemente, em 2019, o Ministério da Saúde redefiniu os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS por meio da Portaria n.º 1.399⁶. Em seu anexo II, a portaria apresenta os principais pontos que devem ser contemplados no Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer, que integra as ações para a prevenção e o controle do câncer e tangencia a Atenção Especializada com a Atenção Primária à Saúde.

Embora a PNPCC tenha completado dez anos de publicação e há cinco anos o Ministério da Saúde tenha publicado a Portaria n.º 1.399⁶, nota-se uma ausência

de estudos que busquem analisar os Planos Estaduais de Atenção Oncológica. Ao mesmo tempo, apesar da expansão da assistência oncológica no país nos últimos anos, ainda persistem desafios para o acesso qualificado ao diagnóstico e tratamento considerando as diferentes realidades locais⁷. Para superá-los, é necessário compreender quais estratégias, ações e políticas de saúde têm sido instituídas pelos Estados brasileiros para o enfrentamento do câncer como um problema de saúde pública. Nesse sentido, este artigo possui como objetivo analisar os Planos Estaduais de Atenção Oncológica dos Estados brasileiros conforme previsto pelas Portarias n.º 874⁵ de 2013 e n.º 1.399⁶ de 2019 e descrever os dados de assistência à saúde e indicadores de saúde relacionados à Atenção Oncológica dos Estados brasileiros que possuem Planos Estaduais de Atenção Oncológica.

MÉTODO

Estudo de caráter quali-quantitativo com adoção de múltiplas técnicas para a produção e análise de dados. Os dados quantitativos foram constituídos pelos indicadores epidemiológicos para analisar a atenção oncológica. Os dados qualitativos foram investigados, a partir da identificação e análise dos planos de saúde estaduais.

Pretendeu-se discutir, à luz dos indicadores e dos instrumentos de planejamento, em especial os Planos Estaduais de Saúde, o potencial impacto da conformação pretendida para a atenção oncológica mediante a disposição estratégica de lideranças estaduais autônomas articuladas pelos gestores federais.

No estudo qualitativo, foi desenvolvida uma revisão documental, a partir da análise dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica dos Estados brasileiros. Para coleta dos dados, foi realizada uma busca sistemática dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica dos 26 Estados brasileiros e Distrito Federal (DF) nos *sites* eletrônicos governamentais das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde. Em cada *site*, utilizou-se a ferramenta de busca com os seguintes termos: Atenção Oncológica; Plano de Atenção ao Câncer; Oncologia; Câncer (Figura 1).

Nos casos em que não foram localizados os Planos Estaduais em *sites* eletrônicos das Secretarias, seguiu-se com a busca por meio do Google Acadêmico com a combinação de palavras: “Atenção Oncológica” AND “nome do Estado”; “Plano de atenção ao câncer” AND “nome do Estado”, presentes em qualquer parte do texto, realizando a varredura dos 100 primeiros resultados (Figura 1).

Consideraram-se critérios de elegibilidade os Planos Estaduais que tratassem especificamente sobre o controle do câncer no Estado a partir do ano de 2013, quando foi publicada a Portaria n.º 874⁵, de 16 de maio de 2013, até

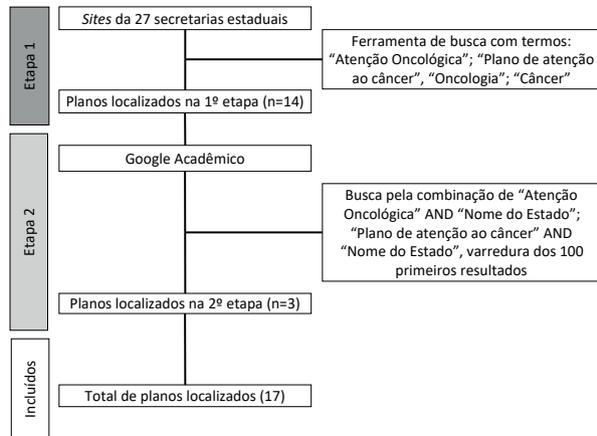


Figura 1. Fluxograma do processo de coleta dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica

Fonte: Adaptado de PRISMA 2020⁸.

o ano de 2023, período em que foi realizada a coleta dos dados. Foram excluídos os Planos Estaduais de Saúde, tendo em vista serem documentos que não tratam exclusivamente sobre controle do câncer, e os planos encontrados em forma de *slide*, por não possuírem um caráter oficial.

Posteriormente, procedeu-se à sistematização dos dados por meio da 1) pré-leitura dos documentos; 2) leitura seletiva; 3) categorização dos trechos identificados a partir da leitura seletiva; e, por fim, 4) análise descritiva e reflexiva dos dados⁹. Foi elaborado um quadro analítico em *Microsoft Excel* contendo os elementos que deveriam compor os Planos Oncológicos Estaduais, conforme os artigos n.º 21 e 23 da Portaria n.º 874 de 2013⁵ e pela Portaria n.º 1.399⁶ de 2019: 1) dados epidemiológicos do contexto oncológico regional com base nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); 2) descrição da rede de atenção com definição de fluxos e linhas de cuidado de tumores específicos; 3) avaliação e monitoramento dos serviços prestados; 4) metas e indicadores para melhoria progressiva da assistência⁵.

Na etapa quantitativa do estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados de assistência à saúde e indicadores de saúde relacionados à Atenção Oncológica, visando complementar a análise desenvolvida sobre os Planos Estaduais de Atenção Oncológica. Para caracterizar a assistência à saúde dos Estados, foram avaliados o número absoluto de hospitais habilitados para o tratamento oncológico segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), incluídos os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), Hospitais de Câncer, Serviços de Cirurgia Oncológica e Serviços de Radioterapia; o número de médicos oncologistas que atendiam no SUS

em dezembro de 2022 dividido pela população total de cada Estado multiplicado por 100 mil habitantes; número de aparelhos de tomografia, ressonância e mamografia disponíveis no SUS em dezembro de 2022 dividido pela população total de cada Estado multiplicado por 100 mil habitantes. A população total dos Estados tomou como base os dados disponíveis pelo Censo Demográfico de 2022¹¹ disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados referentes ao número absoluto de hospitais e estabelecimentos em oncologia foram obtidos do Instituto Nacional de Câncer (INCA)¹² e do CNES¹⁰. O número de aparelhos de tomografia, ressonância e mamografia, bem como o número de médicos foi obtido por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)¹³.

Para os indicadores de saúde, recorreu-se à taxa média anual de mortalidade por câncer, tomando como numerador o número de óbitos por neoplasias (capítulo II da 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde–CID-10)¹⁴ disponibilizado pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)¹⁵, entre os anos de 2013 e 2022, para cada Estado, e como denominador a população total de cada Estado segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) do IBGE para cada ano, multiplicado por 100 mil habitantes; número de casos com tempo entre o diagnóstico e o tratamento de 60 dias e a porcentagem de casos diagnosticados que respeitaram esse tempo conforme o preconizado pela Lei n.º 12.732 de 2012¹⁶, ambos disponibilizados pelo PAINEL-Oncologia DATASUS¹³.

Por utilizar exclusivamente dados disponibilizados publicamente, conforme a Resolução n.º 466 de 2012¹⁷ do Conselho Nacional de Saúde, não foi necessário submeter o projeto à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Das 27 Unidades da Federação brasileira, 17 formularam e publicizaram Planos Estaduais específicos para a Atenção Oncológica considerando o período analisado (2013–2023). Quanto à distribuição por Região do país, verificou-se que 100% dos Estados do Sul (n = 3) e do Sudeste (n = 4), 78% (n = 7) dos Estados do Nordeste, 50% (n = 2) dos Estados do Centro-Oeste e apenas 14% (n = 1) dos Estados do Norte formularam e publicizaram um plano específico para o combate ao câncer¹⁸⁻³⁴. Destaca-se que, nas buscas dos Estados do Tocantins e Alagoas, foram localizados apenas um esboço do plano em formato de *slide*, mas nenhum documento oficial foi publicado nos *sites* das respectivas secretarias de saúde, sendo considerados como “Estados sem Planos

Estaduais específicos de Atenção Oncológica^{35,36}. Dos 17 planos encontrados, nove eram de antes de 2018, isto é, anteriores à Portaria n.º 1.399 de 2019. O documento mais atualizado foi o plano do Estado de Santa Catarina de 2022 e o mais desatualizado o plano do Estado do Piauí de 2014.

Dos 17 planos encontrados, apenas dois, os de Rio Grande do Sul e de Minas Gerais, seguiram integralmente as recomendações gerais da Portaria n.º 874 de 2013⁵, ou seja, continham em seu escopo: 1) dados epidemiológicos do contexto oncológico regional com base nos RHC e RCBP; 2) descrição da rede de atenção com definição de fluxos e linhas de cuidado de tumores específicos; 3) avaliação e monitoramento dos serviços prestados; 4) metas e indicadores para melhoria progressiva da assistência, conforme ilustrado no Quadro 1^{29,31}. Os planos dos Estados Bahia, Rio de Janeiro e Espírito Santo também foram considerados completos, apesar de

apresentarem uma rede de atenção oncológica generalista, sem o recorte para linhas de cuidado voltadas a tumores específicos, aspecto ausente em 65% (n = 11) dos planos analisados^{18,20,23}, além disso, dos planos encontrados, 53% (n = 9) não possuíam dados epidemiológicos próprios, coletados e gerenciados dentro do Estado com base nos RHC e RCBP. A ausência de sistemas de avaliação e monitoramento dos serviços foi encontrada em 53% (n = 9) dos planos e coincide com os Estados que não possuíam o controle dos seus dados epidemiológicos. Referente à presença de metas e indicadores para melhoria da assistência oncológica, constatou-se que 41% (n = 7) dos Planos Estaduais não possuíam metas e indicadores traçados (Quadro 1).

A avaliação da assistência à saúde revelou que o número de serviços de oncologia variou significativamente entre os Estados com uma maior concentração de serviços nas Regiões Sudeste e Sul, com 51,9% e 23,1% dos serviços,

Quadro 1. Quadro analítico dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica, segundo as recomendações da PNPC e da Portaria n.º 1.399 de 2019

Região	Recomendações Priorizadas pela PNPC e pela Portaria n.º 1.399 de 2019				
	Estados que possuem o Plano Estadual de Atenção Oncológica	Epidemiologia do contexto oncológico regional com base nos RHC e RCBP	Descrição da rede de atenção com definição de fluxos e linhas de cuidado de tumores específicos	Avaliação e monitoramento dos serviços prestados	Metas e indicadores para melhoria progressiva da assistência
Norte	Pará	Não	Sim*	Não	Não
Nordeste	Maranhão	Não	Sim*	Sim	Não
	Piauí	Não	Sim*	Sim	Não
	Rio Grande do Norte	Não	Sim*	Não	Não
	Paraíba	Não	Sim	Não	Não
	Pernambuco	Não	Sim*	Não	Sim
	Sergipe	Sim	Sim*	Sim	Sim
	Bahia	Sim	Sim*	Sim	Sim
Sudeste	Minas Gerais	Sim	Sim	Sim	Sim
	Espírito Santo	Sim	Sim*	Sim	Sim
	Rio de Janeiro	Sim	Sim*	Sim	Sim
	São Paulo	Sim	Sim*	Não	Não
Sul	Paraná	Sim	Sim	Não	Não
	Santa Catarina	Não	Sim*	Não	Não
	Rio Grande do Sul	Sim	Sim	Sim	Sim
Centro-Oeste	Mato Grosso	Não	Sim	Sim	Sim
	Distrito Federal	Não	Sim	Sim	Não

Fonte: Adaptado de Portaria n.º 1.399 de 2019⁶.

Legendas: PNPC = Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer; RHC = Registros Hospitalares de Câncer; RCBP = Registros de Câncer de Base Populacional.

* Estados que possuem rede de atenção, mas não definem linhas de cuidado para tumores específico.

respectivamente; e menor concentração nas Regiões Norte e Centro-Oeste, com 1,82% e 4,86% dos serviços cada. A média nacional é de 1,38 médicos oncologistas por 100 mil habitantes, nenhum Estado do Norte atingiu a média nacional, apenas quatro Estados do Nordeste (Rio Grande do Norte (2,6), Pernambuco (2,0), Alagoas (1,6) e Sergipe (2,0)) atingiram essa média; a maioria dos Estados das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste atingiu a média nacional, com exceção do Espírito Santo (1,0) na Região Sudeste; e Mato Grosso (0,7) e Goiás (0,9) na Região Centro-Oeste. Em relação às ferramentas diagnósticas, os tomógrafos possuem média nacional de 1,3 aparelho por 100 mil habitantes, com apenas dois Estados, Acre e Amazonas, com menos de um aparelho por 100 mil habitantes. O mesmo padrão é observado para os aparelhos de ressonância e mamografia, com médias respectivas de 0,6 e 0,4 por 100 mil habitantes; a maioria dos Estados atingiu a média nacional nesse quesito (Tabela 1).

Observaram-se taxas de mortalidade elevadas para todos os Estados brasileiros. As maiores taxas se concentraram no Sul, com destaque ao Rio Grande do Sul com 168,99, a maior taxa do Brasil. Já as menores taxas se concentraram no Norte e Nordeste, com destaque para o Pará, com taxa equivalente a 58,86 (Tabela 1).

Referente ao tempo para estabelecer o tratamento preconizado de até 60 dias, os três Estados com a maior porcentagem dos casos que iniciaram o tratamento em tempo hábil foram, respectivamente, Paraná (48,95%), Piauí (47,89%) e Mato Grosso (45,19%). Enquanto os Estados do Maranhão (28,90%), Rio de Janeiro (29,03%) e Paraíba (31,26%) foram os que tiveram os menores números de pacientes que iniciaram o tratamento em até 60 dias do diagnóstico. Destaca-se que os dados não objetivaram estabelecer uma relação causal entre a implementação da PNPCC em 2013 e o impacto direto na redução da porcentagem tempo-tratamento de 60 dias.

DISCUSSÃO

Os Planos Municipais e Estaduais de Saúde constituem um elemento importante da gestão do SUS, fazendo composição com demais elementos do planejamento da gestão pública como o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e as Leis Orçamentárias Anuais, oficializando e legitimando prioridades de gestão. No caso dos Planos Estaduais de Saúde analisados, depreende-se que o tema do câncer vem assumindo um papel cada vez maior no planejamento dos gestores, com alguns avanços importantes no período.

Todavia, algumas considerações são importantes para a análise desse cenário. Observaram-se os pressupostos contidos nas recomendações descritas pela Portaria n.º

874 de 2013⁵, sendo notável a heterogeneidade entre os documentos analisados. No que tange à análise da relação suficiência/dependência, os resultados mostram perfis muito diferentes nas Regiões estudadas.

Essas diferenças foram percebidas principalmente na estruturação da rede de atenção oncológica voltada às linhas de cuidado de tumores específicos. Nesse aspecto, quando analisadas a estruturação e a divulgação de linhas de cuidados no âmbito estadual, mesmo os documentos dos Estados Bahia, Rio de Janeiro e Espírito Santo, considerados completos, não contemplaram o recorte para linhas de cuidado.

Quanto aos fluxos para encaminhamento de usuários na rede de atenção, o Plano Oncológico do Estado do Pará mostrou-se o mais didático e completo para os tumores mais prevalentes da Região. Dessa forma, o Pará se destacou ao detalhar os fluxos de encaminhamentos e os pontos de atenção da rede em cada município, em um direcionamento muito claro tanto para o profissional da rede quanto para o usuário²⁴.

A presença de metas e indicadores para a melhoria da assistência oncológica foi insuficiente na maioria dos documentos. Dessa forma, as considerações anteriormente realizadas ganham novo significado quando analisada a reorganização da assistência ao câncer por parte dos Estados. Notou-se que uma alta porcentagem de Estados não operacionalizou Planos Estaduais específicos para assistência ao câncer, considerando o proposto pelas Portarias n.º 874 de 2013⁵ e n.º 1.399 de 2019⁶.

Independentemente da mutabilidade do cenário político, é preciso consolidar alguns conceitos que foram edificados durante a história. O câncer é um problema social, portanto, o controle do câncer extrapola o âmbito da assistência à saúde. A redução nas taxas de mortalidade e o aumento da sobrevida dependem de fatores não clínicos, influenciados diretamente pelos determinantes sociais. O *status* socioeconômico, as desigualdades étnicas e o acesso aos seguros de saúde, por exemplo, já foram analisados como determinantes para a sobrevida em pacientes oncológicos³⁷⁻³⁹.

A recente implementação da Lei n.º 14.758, de 2023, que institui a nova PNPCC no âmbito SUS e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, corrobora essa visão ampliada acerca da assistência oncológica⁴⁰. Eixos relacionados ao combate de agentes carcinogênicos, à incorporação de novas tecnologias e à assistência em cuidados paliativos são alguns dos destaques que essa nova lei agrega às políticas anteriores.

Dos Estados analisados, 63% (n = 17) apresentavam planos próprios e, daqueles que os possuíam, muitos não abordavam todos os aspectos preconizados pela PNPCC (dados epidemiológicos regionais, descrição da rede de atenção à saúde, avaliação e monitoramento dos serviços,

Tabela 1. Indicadores de assistência à saúde dos Estados que possuem Plano Estadual de Atenção Oncológica, Brasil, 2022

Região/ Unidade da Federação	Número de serviços de oncologia ¹	Médicos oncologistas ²	Tomógrafos ²	Ressonância magnética ²	Mamógrafos ²	Mortalidade por câncer ²	Casos com tempo-tratamento em até 60 dias ³	% casos com tempo-tratamento dentro do preconizado ³
Norte								
Pará	6	0,4	1	0,4	0,2	58,86	16.218	34,62%
Nordeste								
Maranhão	10	0,4	1,2	0,2	0,3	59,92	23.555	28,90%
Piauí	4	0,5	1,5	0,4	0,3	84,72	16.863	47,89%
Rio Grande do Norte	6	2,6	1	0,5	0,6	98,51	31.165	36,47%
Paraíba	5	1,2	1,5	0,5	0,6	99,76	18.398	31,26%
Pernambuco	13	2	1	0,6	0,4	95,55	43.814	32,10%
Sergipe	3	2	1	0,3	0,5	78,05	7.964	35,35%
Bahia	19	1	1,1	0,6	0,3	84,59	54.554	36,64%
Sudeste								
Minas Gerais	40	3,3	1,5	0,6	0,4	111,21	157.037	39,25%
Espírito Santo	7	1	1,2	0,7	0,7	108,71	29.786	37,39%
Rio de Janeiro	32	1,5	1,4	0,5	0,4	128,11	58.681	29,03%
São Paulo	92	2,3	1,0	0,5	0,2	121,82	263.839	33,73%
Sul								
Paraná	26	1,9	1,4	0,7	0,3	126,46	140.303	48,95%
Santa Catarina	19	1,7	2	1,1	0,6	126,30	64.665	33,17%
Rio Grande do Sul	31	2,2	1,7	0,9	0,4	168,99	125.037	38,64%
Centro-Oeste								
Mato Grosso	5	0,7	2,1	1	0,8	81,04	18.106	45,19%
Distrito Federal	11	3,3	1,1	1	0,2	88,29	11.332	42,58%

Fonte: Elaborado a partir de dados do DATASUS e CNES.

¹Hospitais habilitados para o tratamento oncológico segundo o CNES.²Por 100 mil habitantes.³Conforme preconizado pela Lei n.º 12.732¹⁶ de 22 de novembro de 2012.

metas e indicadores da assistência)⁵. Além disso, apenas uma pequena parcela dos Planos Estaduais era atualizada com frequência, levantando dúvidas quanto ao atual cenário da oncologia no sistema de saúde dos seus Estados.

Não obstante a importância desses documentos, é mister observar que as ações de planejamento de gestão dos entes federativos no âmbito do SUS não se circunscrevem aos planos de saúde. Há outros instrumentos de planejamento que podem e rotineiramente são utilizados para esse fim. Nessa direção, percebeu-se que os Planos Estaduais consideram o câncer como prioridade, reconhecendo a análise dos dados epidemiológicos.

Em relação aos dados analisados, foi notável uma maior concentração de serviços de oncologia nas Regiões Sudeste e Sul. O presente cenário é reflexo de um ciclo histórico de confluência econômica que revê prioritariamente a atenção da agenda pública durante as fases iniciais de *Definição* e *Organização* das políticas de atenção oncológica do período pós-SUS⁴¹.

Os esforços efetivos para a maior descentralização da assistência oncológica, marcados pela criação da primeira PNAO por meio da Portaria n.º 2.439 de 2005⁴, na fase de *Expansão*, são bastante contemporâneos considerando-se que os debates acerca do controle do câncer no Brasil tiveram seu marco inicial por volta da década de 1990 com a criação da Portaria n.º 3.535 de 1998⁴² e a implementação dos Centros de Referências (CR) habilitados ao manejo de qualquer neoplasia.

A escassez de médicos especialistas na Região Norte é outro ponto de destaque do presente estudo. A questão não é diretamente abordada na política de 2013 com estratégias de incentivo à migração e permanência desses profissionais ou metas para ampliação de recursos humanos⁵, embora esta sugira da necessidade de apoiar os municípios na educação permanente, e que os pontos de atenção à saúde deverão garantir tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à Região de saúde.

Em relação especificamente aos dados de presença de aparelhos, nota-se que os aparelhos de tomografia, ressonância e mamografia existiam em todos os Estados de modo relativamente homogêneo. A presença desses recursos é indispensável à investigação diagnóstica de uma ampla gama de neoplasias. No entanto, a sua presença por si só não garante a concretização do diagnóstico precoce, e as dificuldades em consolidar o rastreamento ainda foram encontradas.

Alguns fatores dependentes do aparelho, dos profissionais que realizam e laudam os exames, e da própria gestão do sistema de saúde poderiam tentar justificar a disparidade entre a presença de recursos e a dificuldade de rastreamento. Em relação ao aparelho, não basta a sua pura existência, ele precisa estar operante, o que demanda manutenções periódicas preventivas e corretivas, além da necessidade de

estar associado a um bom sistema de *software* que permita cortes mais finos para obter imagens mais precisas. É preciso considerar também que a ressonância e a tomografia são recursos diagnósticos para patologias não oncológicas, o que dificulta mensurar efetivamente o acesso dos pacientes oncológicos a esses recursos.

Em relação aos profissionais que realizam o laudo, há uma grande demanda de recursos humanos, ou seja, a necessidade de médicos e técnicos capacitados e treinados para identificar mesmo as alterações mais discretas. Em relação à própria gestão do serviço, sabe-se que o rastreamento e o acompanhamento de recidivas dependem de exames seriados, o que implica a necessidade de garantir o comparecimento e o acesso desses pacientes em tempo hábil para o diagnóstico precoce. Desse modo, a presença de ferramentas de imagem diagnósticas é apenas um recorte do acesso efetivo a esses recursos.

Outro ponto importante que se depreende sobre a questão é que, apesar da melhor infraestrutura para o diagnóstico, as maiores taxas de mortalidade se concentraram no Sul, com destaque ao Rio Grande do Sul; e as menores taxas se concentraram no Norte e Nordeste. Tal cenário pode ser um reflexo da subnotificação pela escassez de recursos nas Regiões Norte e Nordeste. Os números apontam que há, aparentemente, ainda um caminho relativamente grande a ser percorrido para a viabilização de itinerários mais seguros e adequados, visando ao diagnóstico precoce e à redução da morbimortalidade relacionada.

Algumas limitações deste artigo merecem ser destacadas: não foram analisados os Planos Estaduais de Saúde, instrumentos fundamentais do planejamento em saúde dos Estados. Destaca-se que, embora nenhuma das duas Portarias (n.º 874 de 2013⁵ e n.º 1.399 de 2019⁶) limitem a formalização do Plano em um documento específico de controle do câncer, considera-se que a confecção de um plano específico para a Atenção Oncológica fortalece o combate ao câncer, especialmente diante do cenário de alta mortalidade e incidência de neoplasias nos Estados brasileiros.

Outro ponto não mencionado é a associação dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica com outras políticas públicas estaduais de saúde que se relacionam com a incidência de neoplasias e seu diagnóstico, tais como a saúde da mulher e os programas de imunização. Mesmo com tais limitações, destaca-se que a literatura nacional carece de estudos que tratem sobre as políticas de Atenção Oncológica como proposto por este trabalho.

CONCLUSÃO

Apesar de um conjunto de políticas que orientem a reorganização da assistência ao câncer por parte dos

Estados e municípios brasileiros, os objetivos propostos ainda não foram alcançados.

É notável a manutenção no cenário dos indicadores de saúde cuja maioria dos pacientes oncológicos ainda leva mais de 60 dias entre o diagnóstico de sua patologia e o início do tratamento. Tal cenário evidencia que persiste na maior parte dos Estados brasileiros déficit de serviços, e recursos técnicos e humanos para o adequado tratamento de todos os pacientes oncológicos pelo SUS, sendo as Regiões Norte e Nordeste as mais desfavorecidas em todos os quesitos, embora alguns Estados, como a Bahia e o Pará, tenham se destacado na formulação dos seus respectivos planos, esse fato se reflete na manutenção de elevadas taxas de incidência e mortalidade por doenças oncológicas em nível nacional.

Fica evidente que o cumprimento da elaboração de Planos Estaduais segue a tendência histórica de concentração de avanços nos serviços de saúde nas Regiões de maior renda e maior densidade tecnológica. A negligência quanto à elaboração de planos por Estados com piores indicadores epidemiológicos e menor acesso a serviços pode contribuir com a perpetuação de sua situação saúde-doença negativa.

Diante do exposto, a atuação da oncologia no SUS ainda apresenta uma série de obstáculos para garantir acesso e tratamento efetivo para a população nacional. Estudos avaliativos tradicionais poderiam ajudar a compreender aspectos quantitativos, bem como verificar quais ações realizadas pelos planos tiveram maior ou menor impacto para cada Estado, contribuindo para a sistematização contínua das necessidades e aprimoramento do planejamento estratégico em cada local.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Alves MO, Magalhães SCM, Coelho BA. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. *Saúde soc.* 2017;26(1):141-54. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017160663>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA A Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
3. Migowski A, Silva GA, Dias MBK, et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(6):e00074817. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074817>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.º 2.439, 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 [Internet]. [acesso 2023 ago 12]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2005 dez 8. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 17 [acesso 2023 ago 8]; Seção I:129. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria SAES/MS n.º 1399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 dez 17. [acesso 2023 ago 12]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/portaria_1399_17dez2019.pdf
7. Silva MJS, Lima FLT, O'Dwyer G, et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cancerol.* 2019;63(3):177-8. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n3.133>
8. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e112. doi: <https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2022.112>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [2000] – [acesso 2023 ago 8]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
12. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [2000]

- [acesso 2023 ago 8]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
13. DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [2000] – [acesso 2023 ago 8]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
 14. World Health Organization. Chapter II – Neoplasms. In: World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 5. ed. 10 rev. Geneva: World Health Organization; 2016. p. 165.
 15. SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade [Internet]. Versão 3.2.1.2. Brasília (DF): DATASUS. [data desconhecida] - [acesso 2023 ago 12]. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>
 16. Presidência da República (BR). Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 nov 22. [acesso 2023 ago 12]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20primeiro%20tratamento,estabelece%20prazo%20para%20seu%20in%C3%ADcio
 17. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 466/2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS n.º 196/96, 303/2000 e 404/2008 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13. [acesso 2023 ago 12]; Seção I:59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 18. Secretaria de Estado (BA). Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016 – 2023. 1. ed. Salvador: Secretaria de Estado da Saúde da Bahia; 2016. 108 p. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Plano-Estadual-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-ao-C%C3%A2ncer-2016-2023.pdf>
 19. Secretaria de Estado da Saúde (DF). Plano Distrital de Atenção Oncológica 2020-2023. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal; 2020. 85 p. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/90810/Plano-Oncologico-formatado-final.pdf>
 20. Secretaria de Estado da Saúde (ES). Linha de cuidado - oncologia. 1. ed. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo; 2016. 113 p. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Rede%20Cuidar/PLANO%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20ONCOLOGICA%20vers%C3%A3o%20final.pdf>
 21. Secretaria de Estado da Saúde (MA). Plano Estadual de Oncologia. 5. ed. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão; 2020. 153 p. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/PLANO-DE-DOENCAS-CRONICAS-ONCOLOGIA-OFFICIAL-ATUALIZACAO.pdf>
 22. Secretaria de Estado da Saúde (MT). Plano de Ação da Atenção Oncológica no Estado de Mato Grosso. 1. ed. Cuiabá: Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso; 2017. 110 p. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/7317>
 23. Secretaria de Estado da Saúde (MG). Plano da Rede de Atenção em Oncologia – Diagnóstico e Diretrizes. 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2018. 346 p. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202846%20-%20PLANO%20ESTADUAL%20DE%20ONCOLOGIA.pdf>
 24. Secretaria de Estado da Saúde (PA). Protocolo de Acesso da Rede de Assistência de Média e Alta Complexidade em Oncologia do Estado do Pará 2021. 1. ed. Belém: Secretaria de Estado da Saúde do Pará; 2021. 31 p. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/PROTOCOLO-DE-ACESSO-ALTA-E-MEDIA-COMPLEXIDADE-EM-ONCOLOGIA-2021.pdf>
 25. Secretaria de Estado da Saúde (PB). Plano Estadual de Oncologia. 1. ed. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba; 2022. 64 p. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/cib-2022/resolucao-cib-no-220-plano-de-oncologia.pdf>
 26. Secretaria de Estado da Saúde (PR). Plano de Atenção Oncológica do Estado do Paraná. 1. ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2016. 144 p. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@ee2cd973-32ee-4b76-a096-d47c7889528d&emPg=true>
 27. Secretaria de Estado da Saúde (PE). Plano de Atenção para Diagnóstico e o Tratamento do Câncer no Estado de Pernambuco. 1. ed. Recife: Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco; 2020. 81 p. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_9096744_plano_de_oncologia_.pdf
 28. Secretaria de Estado da Saúde (PI). Plano Estadual de Atenção Oncológica. 1. ed. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí; 2015. 36p. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/763/ultimo_plano_de_oncologia_2015.pdf
 29. Secretaria de Estado da Saúde (RJ). Plano Estadual de Atenção Oncológica. 2. ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro; 2017. 119 p. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2228-planoatencaooncologicafinal-centrosregionaisdiagnostico-052017/file.html#:~:text=O%20Plano%20Estadual%20de%20>

- Aten%C3%A7%C3%A3oEstado%20do%20Rio%20de%20Janeiro
30. Secretaria de Estado da Saúde (RN). Plano Estadual para a Prevenção e o Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. 3. ed. Natal: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte; 2021. 93 p. Disponível em: http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000_294770.PDF
 31. Secretaria de Estado da Saúde (RS). Plano de Ação Estadual de Oncologia. 4. ed. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; 2020. 139 p. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/30165925-plano-oncologia.pdf>
 32. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer em Santa Catarina. 3. ed. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; 2022. 93 p. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-oncologia/13892-plano-de-oncologia/file>
 33. Secretaria de Estado da Saúde (SP). Plano de Atenção Oncológica do Estado de São Paulo. 1. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2020. 48 p. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano_estadual_de_oncologia_do_estado_de_sao_paulo-2020.pdf
 34. Secretaria de Estado da Saúde (SE). Plano de Ação para Organização da Rede de Atenção à Saúde para o Controle do Câncer em Sergipe. 1. ed. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe; 2017. 91 p. Disponível em: <https://www.saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Plano-At.-Oncol%C3%B3gica-de-Sergipe-17-02-2017.pdf>
 35. Secretaria de Estado da Saúde (TO). Plano Estadual de Promoção da saúde, Prevenção e Controle do Câncer. 1. ed. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde de Tocantins; 2015. 15 p. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/257080/>
 36. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Apreciação Pactuação da Atualização do Plano Estadual de Oncologia do Estado (AL). 1. ed. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas; 2021. 14 p. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/Linha-de-Cuidados-de-Oncologia.pdf>
 37. Tran YH, Coven SL, Park S, et al. Social determinants of health and pediatric cancer survival: a systematic review. *Pediatr Blood Cancer*. 2022;69(5):e29546. doi: <https://doi.org/10.1002/pbc.29546>
 38. Alcaraz KI, Wiedt TL, Daniels EC, et al. Understanding and addressing social determinants to advance cancer health equity in the United States: a blueprint for practice, research, and policy. *CA Cancer J Clin*. 2020;70(1):31-46. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21586>
 39. Cousin L, Roper N, Nolan TS. Cardio-Oncology health disparities: social determinants of health and care for black breast cancer survivors. *Clin J Oncol Nurs*. 2021;25(5):36-41. doi: <https://doi.org/10.1188/21.cjon.s1.36-41>
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 dez 19. [acesso 2023 ago 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2023/publicada-lei-que-institui-a-politica-nacional-de-prevencao-e-controle-do-cancer-no-sus>
 41. Silva MJS, Lima FLT, O'Dwyer G, et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cancerol*. 2019; 63(3):177-8. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n3.133>
 42. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1998 set 2. [acesso 2023 ago 12]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html

Recebido em 23/11/2023
Aprovado em 6/3/2024