



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde – PPGICS

DAVI MESSIAS CONRADO DA SILVA

**ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ATENÇÃO
ONCOLÓGICA POR MEIO DE INDICADORES, BRASIL, 2013**

Prof. Dr. Josué Laguardia

Orientador

Rio de Janeiro

2020

DAVI MESSIAS CONRADO DA SILVA

**ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ATENÇÃO
ONCOLÓGICA POR MEIO DE INDICADORES, BRASIL, 2013**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) para a obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Josué Laguardia

Rio de Janeiro

2020

Silva, Davi Messias Conrado da.

Análise do desempenho dos serviços de saúde de atenção oncológica por meio de indicadores, Brasil, 2013 / Davi Messias Conrado da Silva. - Rio de Janeiro, 2020.

192 f.; il.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2020.

Orientador: Josué Laguardia.

Bibliografia: f. 133-142

1. Sistema Único de Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Linha de Cuidado Oncológico. 4. Política Pública. 5. Sistemas de Informação em Saúde. I. Título.

DAVI MESSIAS CONRADO DA SILVA

**ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ATENÇÃO
ONCOLÓGICA POR MEIO DE INDICADORES, BRASIL, 2013**

Aprovado em 19 de maio de 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rafael Tavares Jomar

Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Junior

Prof. Dra. Cicera Henrique da Silva (Suplente)

Prof. Dra. Marianna de Camargo Cancela (Suplente)

Prof. Dr. Josué Laguardia

Orientador

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Josué Laguardia, que ao longo destes quase dois anos não apenas aparou as arestas conceituais do trabalho, mas me proporcionou a liberdade e a serenidade necessárias para dar seguimento à pesquisa nos moldes em que está apresentada.

À minha turma de mestrandos e doutorandos de 2018 do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), que foi uma grata surpresa neste retorno acadêmico. Além de a trajetória ter sido mais leve, a parceria e colaboração de todos ficaram evidentes nos nossos encontros e conversas. Um beijo no coração de toda a Turma do Amor.

Ao professor e coordenador do curso Wilson Borges e a todos os professores e integrantes da Secretaria Acadêmica, pelo primor das aulas, pelo profissionalismo da equipe e pela cooperação tanto dentro quanto fora do ambiente acadêmico.

A toda a equipe da Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em especial para os profissionais que gerenciam e operacionalizam as informações pertinentes aos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e aos dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), pela disponibilização de parte do seu horário de trabalho para dirimir as dúvidas, o que sem isso com certeza impactaria na qualidade final do trabalho apresentado.

Aos meus colegas de trabalho no Hospital do Câncer I, em especial aos integrantes da Divisão de Administração Hospitalar e aos do setor de Registro Hospitalar, que presenciaram constantemente as agruras de conciliar o tempo entre operacionalizar as atividades corriqueiras e inerentes ao serviço da administração hospitalar com o seguimento da pesquisa proposta para conclusão do mestrado.

Ao meu pai e em memória de minha mãe e avó materna, assim como todos os meus familiares e amigos, que fizeram de mim o ser humano com os valores que tenho hoje e pelo qual sou extremamente grato.

À minha esposa, Bianca Borges da Silva Leandro, a quem agradeço e também dedico este trabalho. Por todas as vezes que saiu com nossa bebê para que eu tivesse tempo de escrever, pelas vezes que perdi a paciência, mas ela a manteve, por todo o amor e apoio incondicional que ela teve ao longo desta trajetória, meu muito obrigado.

À minha pequena filha, Sofia Borges Leandro Messias Conrado, cuja lembrança do nascimento vai ficar guardada pra sempre na minha memória. Amo você, minha filha.

E principalmente a Deus, pois sem ele eu não chegaria até aqui.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo principal avaliar o cuidado oncológico brasileiro no ano de 2013, através de uma metodologia baseada em um rol de indicadores, com proposta de acompanhamento pelo Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Para isto, o estudo se subdividiu em três grandes partes. A primeira avaliou o arcabouço legal que norteia os deveres do Estado como provedor do serviço oncológico nacional e, concomitantemente, buscou a métrica de avaliação adotada em seis organizações consideradas referência para o estudo, quer seja por similaridade do Sistema de Saúde ou por *expertise* em avaliação de desempenho por indicadores em oncologia. Coube à segunda selecionar os indicadores que pudessem atender o critério de avaliação do desempenho oncológico e, ao mesmo tempo, que pudessem ser obtidos através de bases de fonte aberta e com atualização frequente. Já na terceira parte, as informações e suas respectivas bases nacionais que compunham estes indicadores escolhidos foram importadas e avaliadas. Foram utilizadas figuras e tabelas com abertura da informação por Unidade da Federação e topografia primária da neoplasia com breve análise sobre os resultados obtidos e posterior discussão mais aprofundada acerca dos impactos no Sistema de Saúde e limitações do estudo. Identificou-se carência de estabelecimentos habilitados em oncologia, à exceção da Região Sul; deficiência mais acentuada de exames colonoscópicos, em especial das Regiões Norte e Nordeste; tratamentos de radioterapia e cirúrgicos aquém do esperado; e conformidade no quantitativo de consultas realizadas. Quanto ao tempo para o início de tratamento, ficou evidenciado um prazo mais dilatado para tratamentos realizados em estabelecimentos diferentes do local de diagnóstico; e observou-se conformidade reduzida das topografias de próstata e colo do útero em relação à prerrogativa legal. O prazo para o diagnóstico apresentou conformidade reduzida para a topografia de próstata nas Regiões Norte, Nordeste e Sul. Os resultados apontam, dentre outros, necessidade de investimentos em infraestrutura oncológica, inserção de cláusulas com topografias primárias nos prazos legais estipulados e inclusão do tópico completude do campo de estadiamento nas reuniões entre os gestores dos bancos de dados dos Registros Hospitalares de Câncer.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Avaliação em Saúde; Linha de Cuidado Oncológica; Política Pública; Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

The main objective of this work was to evaluate Brazilian cancer care in 2013, using a suggested roll of indicators, with the proposal to be monitored by the Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, bound to the Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. For this, the study was divided into three main parts. The first one was to assess the legal side that guides the duties of the State as a national oncological service provider and, concomitantly, seek the evaluation metric adopted in six organizations considered a reference for the study, whether due to the similarity of the Health System or expertise in oncology performance evaluation by indicators. In the second part were selected the indicators that could meet the criteria for assessing cancer performance and, at the same time, that could be obtained through open source databases and with frequent updating. In the third part, the information and their respective national bases that made up these chosen indicators were imported and evaluated. Charts and tables were used to describe the cancer in numbers by type and State with brief analysis of the results obtained and further discussion about the impacts on the Health System and limitations of the study. Shortage of infrastructure in oncology was noted, with the exception of the South Region; major colonoscopic examinations deficit, especially in the North and Northeast regions; radiotherapy and surgical treatments below expectations; and compliance with the number of consultations carried out. In the start treatment period, longer times were observed in premises that treated patients diagnosed somewhere else; reduced adequacy of prostate and cervical cancer due to legal prerogative. The deadline for the diagnosis shown is inappropriate for the prostate topography in the North, Northeast and South regions. The results point, among others, the need for investments in oncological infrastructure, insertion of clauses with primary topographies within the stipulated legal terms and meeting over stage cancer database field completeness among managers of the hospital cancer registry databases.

Keywords: Unified Health System; Health Evaluation; Oncology Care Line; Public Policy; Health Information Systems.

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
BI	Business Intelligence
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CCS	Canadian Cancer Society
CF-1988	Constituição Federal de 1988
CGDANT	Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis
CID-10	Classificação Internacional e Estatística das Doenças, Lesões e Causas de Morte – 10ª Versão
CID-O3	Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – 3ª Versão
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONPREV	Coordenação de Prevenção e Vigilância, do INCA
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
GCO	Global Cancer Observatory
HSE	Ireland's Health Service
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
IACR	Associação Internacional de Registros de Câncer
IARC	Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer
KPI	Key Performance Indicators
LC	Linha de Cuidado
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde

MBS	Medicare Benefits Schedule
NCI	National Cancer Institute
NCCP	National Cancer Control Programme
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PHAC	Public Health Agency of Canada
PNISS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNPCC	Política Nacional para a Prevenção e Controle de Câncer
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPGICS	Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde
PROADESS	Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RES	Registro Eletrônico em Saúde
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISCAM	Sistema de Informações do Câncer da Mulher
SISCOLO	Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama
SINAN	Sistema de Informações de Agravos e Notificações
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UF	Unidade Federativa

UBS	Unidades Básicas de Saúde
UICC	União Internacional para o Controle do Câncer
UNACON	Unidades de Alta Complexidade em Oncologia
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
	1.1 Contextualização e formulação do problema.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
	2.1 Descrição do perfil demográfico e epidemiológico da doença	19
	2.1.1 Câncer de próstata	25
	2.1.2 Câncer de mama	26
	2.1.3 Câncer do colo de útero.....	28
	2.1.4 Câncer do cólon e reto.....	30
	2.1.5 Câncer de traqueia, brônquios e pulmão	32
	2.2 Linha de cuidados.....	33
	2.2.1 Linha de cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).....	34
3	JUSTIFICATIVA	49
4	OBJETIVOS.....	50
	4.1 Objetivo geral.....	50
	4.2 Objetivos específicos.....	50
5	METODOLOGIA.....	51
	5.1 Detalhamento da parte quantitativa	51
	5.1.1 Primeira etapa: Bases de referência sobre indicadores de câncer em outras nações....	52
	5.1.2 Segunda etapa: Indicadores em função da responsabilidade legal	53
	5.1.3 Terceira etapa: Seleção da proposta de indicadores de análise de desempenho	57
	5.1.4 Quarta etapa: Discussão das bases de dados disponíveis	58
6	ANÁLISE DE RESULTADOS.....	73
	6.1 Identificação dos indicadores segundo bases de referência	73
	6.2 Seleção dos indicadores	89
	6.3 Estrutura do serviço de apoio oncológico.....	93
	6.3.1 Acesso à infraestrutura física.....	95
	6.4 Acesso, adequação, continuidade e efetividade.....	97
	6.4.1 Detecção Precoce: N° de consultas especializadas.....	97
	6.4.2 Detecção precoce e diagnóstico: estadiamento no momento do diagnóstico.....	99
	6.4.3 Detecção precoce e diagnóstico: quantitativo de exames realizados	106
	6.4.4 Detecção precoce e diagnóstico: percentual de pacientes com diagnóstico no prazo	108
	6.4.5 Tratamento: percentual de pacientes com tratamento realizado dentro do prazo.....	111

6.4.6 Tratamento: quantitativo de tratamentos realizados	115
6.4.7 N° de óbitos registrados no período.....	117
7 DISCUSSÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	119
8 CONCLUSÃO.....	131
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICE A – Achados da pesquisa (indicadores).....	143
ANEXO A – Ficha de Registro de Tumor	153
ANEXO B – Ficha de Seguimento.....	157
ANEXO C – Dicionário de Dados (SisRHC).....	160
ANEXO D – Conformidade de prazo para tratamento diagnóstico por UF.....	161
ANEXO E – Classificação de CID por topografia primária	175
ANEXO F – Estimativa de população residente aberta por UF	177
ANEXO G – Estabelecimentos de tratamento de câncer	180

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa é fruto de uma inquietação do autor ao ingressar no serviço público de saúde após um histórico profissional progresso na área hospitalar privada. Ao tomar posse no serviço público e me ambientar com a nova situação de trabalho, busquei trazer todos os conceitos e estratégias administrativas que são factíveis de serem desenvolvidos em um hospital especializado no tratamento do câncer. A partir daí, tive o primeiro choque de realidade ao perceber que, apesar de ser um contexto consideravelmente rico em dados, a operação hospitalar como um todo carecia de direcionamento através de avaliações constantes de indicadores. A constatação desta carência trouxe vários questionamentos que podem ser resumidos em uma pergunta central, que extrapola a realidade do hospital e alcança os demais nós da atenção à saúde: como sabemos se estamos “vencendo” a luta contra o câncer no serviço público?

Ao longo deste trabalho serão apresentadas contextualizações pertinentes ao tema abordado, assim como a formulação do problema em si e a justificativa da pesquisa do mesmo. O intuito será subsidiar o leitor não apenas com um panorama da situação das políticas públicas norteadoras do tratamento do câncer no país, como também propor formas de avaliação das mesmas, por meio de consulta às estratégias de avaliação e controle de desempenho adotado em países e organizações consideradas como referência para o sistema de saúde brasileiro, combinadas a uma análise da Política Nacional do Câncer e informações quantitativas oriundas dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e outras fontes secundárias.

Por fim, o estudo teve como princípio norteador, selecionar e calcular um conjunto de indicadores que possibilitassem orientar os gestores quanto à avaliação do desempenho dos serviços de cuidado oncológico no Brasil em 2013 e, ao mesmo tempo, limitar estes indicadores àqueles passíveis de serem calculados a partir das bases de dados disponíveis de forma aberta, com atualização frequente e que contemplassem a temática do câncer no Brasil.

1.1 Contextualização e formulação do problema

Atualmente, o câncer é um dos problemas mais complexos de saúde pública que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Além dos danos físicos, devem-se levar em consideração também consequências como os anos de vida

perdidos, o impacto para a previdência social, para as famílias e para os serviços de saúde. Vale ressaltar que tal grupo de causas de óbito torna-se ainda mais preocupante quando consideramos o potencial preventivo, pois, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), aproximadamente um terço dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderiam ser prevenidos (AZEVEDO E SILVA et al., 2016).

A distribuição de seus diferentes tipos não é homogênea, de forma que estes tendem a variar de acordo com as características de cada região. De posse dessas informações pode-se concluir, portanto, a necessidade de se realizarem estudos aprofundados sobre os padrões desse adoecimento em diferentes regiões de maneira a contribuir para seu adequado monitoramento, controle, prevenção e elaboração de políticas públicas (GUERRA, 2005).

A carga de doenças no Brasil é marcada por diferenças importantes nas diversas regiões do país, levando a convivência de doenças infecto-parasitárias agudas, crônicas não transmissíveis e de causas externas, caracterizando uma tripla carga de doença (MENDES, 2010). Apesar dessa coexistência de padrões de morbimortalidade que se superpõem, observa-se, nas últimas décadas, que as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo atualmente, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias os grupos de maior importância. Esse processo de aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas é resultado do processo de transição demográfica, marcado pela diminuição nas taxas de fecundidade, natalidade e aumento importante na expectativa de vida (INCA; BRASIL, 2005), do envelhecimento da população, da mudança dos hábitos alimentares, do processo de urbanização e da adoção de ações de promoção e recuperação da saúde. O próprio mercado de seguros de saúde suplementar está buscando incrementar a sua oferta de serviços para adequar-se à nova realidade, apostando principalmente na detecção precoce das chamadas doenças civilizacionais (O JORNAL ECONÔMICO, 2016) e na ampliação de serviços ofertados no estilo *home care* (ANS, 2014).

Segundo Mendes (2011), além da transição na carga de doenças por si só, é imprescindível ressaltar a questão da migração das condições dos agravos, sendo possível observar um direcionamento de um perfil, mais agudo, de curta duração e com enfrentamento reativo, para outro, crônico, de longa duração, com necessidade de cuidados contínuos e requerente de um sistema de saúde integrado. As doenças crônicas, de modo geral, geram grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos usuários, em anos de vida perdidos, morte prematura e,

além disso, possui um viés econômico em função dos seus enormes custos para a sociedade, para o governo e para os planos de saúde.

Duarte et al. (2012), apontam que a questão da transição epidemiológica pode ser entendida, conforme a teoria de Omram (2001), como complexas mudanças dos padrões de saúde-doença e nas interações entre esses padrões, seus determinantes demográficos, econômicos e sociais e suas consequências. Dentro das proposições principais da teoria de Omram destacam-se: (i) a existência de longo processo de mudança nos padrões de mortalidade e adoecimento, onde as pandemias de doenças infecciosas são gradativamente substituídas pelas doenças degenerativas, (ii) mudança mais relevante nos padrões de saúde-doença de crianças e mulheres jovens, (iii) forte associação à transição demográfica e sócio-econômica, e (iv) ritmos de transições diferenciados conforme a sociedade em questão.

Na América Latina, Frenk et al. (1991) defendem a existência de um modelo “polarizado prolongado” de transição epidemiológica, caracterizado por uma superposição de carga de doenças, remetendo à tripla carga de doenças citadas por Mendes (2010), ao ressurgimento de algumas doenças infecciosas anteriormente controladas e ao processo de transição sem uma clara definição de estágios e níveis diferenciados de transição entre e intrapaíses, inclusive entre grupos sociais de um mesmo país. Schramm et al. (2004) complementam o conceito de transição epidemiológica discorrido acima como um processo que contempla três mudanças, iniciando pela migração das condições agudas para as crônicas e causas externas, o aumento da carga de morbimortalidade nos grupos mais idosos e predominância de morbidade em substituição à mortalidade.

Ainda de acordo com Schramm et al. (2014) e (Araujo, 2012), corroborada por conceitos de Frenk (1991), o que temos no Brasil é um modelo de transição epidemiológica distinta do evidenciado na maioria dos países industrializados e de alguns da América Latina como o Chile, Cuba e Costa Rica. Para os autores, o que ocorre é uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, aliado a reintrodução de doenças como dengue e cólera, além da exacerbação de outras como malária, hanseníase e leishmaniose. Resumidamente, o que temos é uma situação de morbi-mortalidade que persiste de forma elevada para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada e que, por essa natureza, acentua as situações epidemiológicas contrastantes de diferentes regiões do país.

Mendes (2011) ressalta que devemos considerar não apenas a questão da transição de carga de doenças, mas também a migração de condições das mesmas. Para esse autor, é preciso ser levado em conta o conceito de condições de saúde como agudas e crônicas, que difere da tipologia usual de doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis. A razão para tal consideração é que o modelo convencional tem sua utilidade evidente para estudos epidemiológicos, mas não é suficiente para referenciar a estruturação dos sistemas de atenção à saúde. O autor conceitua a doença de condição aguda como de curso curto, inferior a três meses de duração, episódico e respondido prontamente por um sistema de saúde reativo. Enquanto as doenças crônicas podem ser entendidas como de curso mais ou menos longo, podendo se apresentar de forma definitiva e permanente (VON KORFF et al., 1997 apud MENDES, 2011), e que exigem um sistema que responda de forma proativa, contínua e integrada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento (OMS, 2003). Mendes (2011) analisa a carga de doenças no Brasil em 1998, apontando que o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais já representavam 75% da carga global de doenças do Brasil à época, enquanto as doenças infecciosas representavam 15% e causas externas completavam os 10% restantes. Ele observa ainda, que parte significativa das doenças infecciosas é de longo curso e, como tal, devem ser consideradas como de condição crônica.

Essas mudanças ocorrem de forma concomitante com as transições demográficas, sociais e econômicas evidenciadas, na maioria dos países, a partir do final do século XIX, e acentuadas ao longo do século XX. Em todo o mundo observou-se uma redução nas taxas de fecundidade aliados ao envelhecimento populacional e aumento de expectativa de vida. A particularidade aqui é a velocidade com o que esse processo é desenvolvido. De acordo com CHAIMOVICZ (1997), existe uma correlação direta entre a transição demográfica e a epidemiológica (apud MENDES, 2011). De forma sucinta, a princípio é observado um declínio concentrado da mortalidade entre as doenças infecciosas, levando a uma maior participação das doenças crônicas na carga das doenças. Este fator, atrelado ao aumento de expectativa de vida da população idosa, aumenta os anos de prevalência das doenças crônicas.

A transição epidemiológica tardia no Brasil, aliada a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido da população brasileira, demandam uma revisão no modelo de cuidados de atenção à

saúde. Segundo as projeções demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e se adotarmos como parâmetros de pesquisa os anos de 1988, 2018 e 2048, é possível observar que teremos um crescimento significativo da população acima de 65 anos. Resumidamente, a cada 30 anos (com base no ano de 1988) esta mesma população quase triplica, com uma estimativa de cerca de 47 milhões de pessoas idosas em 2048, que vão necessitar de maiores cuidados de saúde de forma contínua e integrados. Em contrapartida, a população total projetada do país crescerá entre 2018 e 2048 apenas 6%.

Por fim, cabe ressaltar que a transição epidemiológica gera um efeito direto na maneira como as Políticas Públicas de Saúde, e por consequência o Estado, precisam estar orientadas para sanar de maneira adequada o problema de atenção à saúde que vivenciamos hoje e que se acentuará no futuro próximo. Além disso, é responsabilidade do Estado garantir a saúde para a população (BRASIL, 1988) e a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Apesar do câncer ser evidenciado pela literatura como um problema de saúde pública, cuja responsabilidade sanitária é do Estado, deve-se destacar que historicamente essa atribuição mudou a partir do aumento da doença, conforme aponta (TEIXEIRA, 2010):

Em seu clássico trabalho sobre a história do combate ao câncer na França, Patrice Pinell (1992) observa que, na virada do século XIX para o XX, se opera uma transformação em relação à percepção social da doença. Num contexto de aumento de sua incidência, em virtude do envelhecimento da população, começam a surgir instituições estatais e filantrópicas relacionadas aos cuidados com os doentes, sociedades médicas dedicadas à doença, hospitais especializados e centros de pesquisa. Até então considerado raro e excepcional, o câncer passa a ser visto como um problema cada vez mais presente, verdadeira ameaça à sociedade por sua grande incidência e letalidade. A transformação observada por Pinell não se reduz à França, se aplicando também aos EUA e outros países europeus, que se empenharam na criação de instituições semelhantes. Além disso, a dinâmica do mundo científico, com seus encontros e publicações, se encarregaria de globalizar essas preocupações. Em pouco tempo, a inquietação em relação ao câncer teria alguns ecos (...). Primeiramente com o surgimento de trabalhos de perfil epidemiológico, que buscavam mostrar que a doença era um mal do mundo moderno e em pouco tempo também deveria chegar ao Brasil (p.14).

Nessa lógica, a fim de controlar e prevenir o aumento do câncer no Brasil (BRASIL, 2013), diversas políticas, iniciativas e estratégias foram implantadas, sendo que a mais recente é a Política Nacional de Controle e Prevenção do Câncer no Brasil (PNPCC) de 2013 (Portaria 874/2013), consolidada posteriormente na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que normatiza as políticas nacionais de saúde do SUS e revoga a Portaria nº 874 instituindo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) através do seu anexo IX. Uma das iniciativas, por exemplo, é a do atendimento o mais breve possível (em até 60 dias), após o diagnóstico de neoplasia maligna (BRASIL, 2012), como preconiza a lei 12.732/2012, acrescida do caráter compulsório deste registro por instituições públicas e privadas (BRASIL, 2018) sancionada pela lei 13.685/2018. Recentemente, através da lei 13.896/2019 (BRASIL, 2019), a lei 12.732/2012 passou por uma alteração em seu artigo 2º, incorporando a obrigatoriedade no fornecimento de exames diagnósticos de câncer em até 30 dias por parte do SUS para os casos em que a suspeita de câncer sejam a principal hipótese. Em caso de regularização desta nova lei ordinária (o que de fato ocorreu após a versão final deste estudo) a alteração entrará em vigor 180 dias após a publicação no Diário Oficial da União (DOU) de 31/10/2019.

Tendo em vista esse contexto, algumas ponderações se fizeram presentes ao se refletir sobre o papel do Estado, enquanto formulador de políticas públicas, para lidar com a situação do câncer, tais como:

- Os pacientes com neoplasia maligna (câncer) são submetidos ao primeiro tratamento no SUS em até 60 dias a contar do diagnóstico com o laudo patológico conforme preconiza a lei 12.732/2012? Qual é o quantitativo de leitos, salas cirúrgicas, aparelhos de radioterapia e profissionais disponibilizados para pacientes de câncer e quais são os parâmetros preconizados pela literatura?
- Qual a projeção anual de diagnóstico de novos casos de neoplasias malignas para os próximos anos? Qual o índice de sobrevivência do paciente acometido com câncer no Brasil e em outros países? Qual o quantitativo e percentual de pacientes diagnosticados com câncer que não são contemplados com este atendimento em tempo hábil? Quantos pacientes estão hoje em fila de espera? Qual o tempo médio de espera para um

procedimento quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico e qual o tempo sugerido pelo Ministério da Saúde e pela literatura científica?

- O Estado está preparado para atuar de forma satisfatória no controle e prevenção do câncer conforme os princípios básicos de integralidade, universalidade e equidade sancionados por lei pelo SUS? O que a literatura científica aborda em relação ao papel do Estado e das políticas públicas para lidar com o quadro epidemiológico atual do câncer? Como funciona a avaliação da linha de cuidado do câncer em outras nações e organizações internacionais que são referência no tratamento do câncer?

Esses questionamentos orientam aspectos da atenção oncológica a serem abordados pelo Estado e para os quais devem ser estruturadas políticas públicas condizentes que requerem bases de dados com informações disponíveis para avaliação frente ao que é recomendado pela literatura científica e áreas técnicas da Saúde. A fim de aprofundar esse assunto, o presente estudo visa avaliar o papel do Estado na Política Nacional para a Prevenção e Controle de Câncer, por meio uma matriz de indicadores idealizados na proposta do Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess), vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT). Esta matriz correlaciona um conjunto de indicadores de saúde com dados do contexto epidemiológico e demográfico do país.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

De forma resumida, este capítulo descreve o perfil demográfico e epidemiológico do câncer no Brasil abertos por unidade da federação, apresentando ainda a relação de incidência estimada por tipo de câncer previsto para o triênio 2020-2022 (INCA, 2017, 2019). Na sequência, discorre sobre as Linhas de Cuidado (LC) dos pacientes, de forma mais generalizada, e dos pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e dos oncológicos, mais especificamente. Após este preâmbulo, é desenvolvida a conceituação histórica, formulação, funcionamento e adequação de Políticas Públicas voltadas para a atenção oncológica. Por fim, abordamos a relevância e aplicabilidade da avaliação de desempenho em saúde de forma continuada com vistas à melhoria nos resultados e economicidade nos processos de cuidado oncológico nacional apoiado pelas Políticas Públicas vigentes no país.

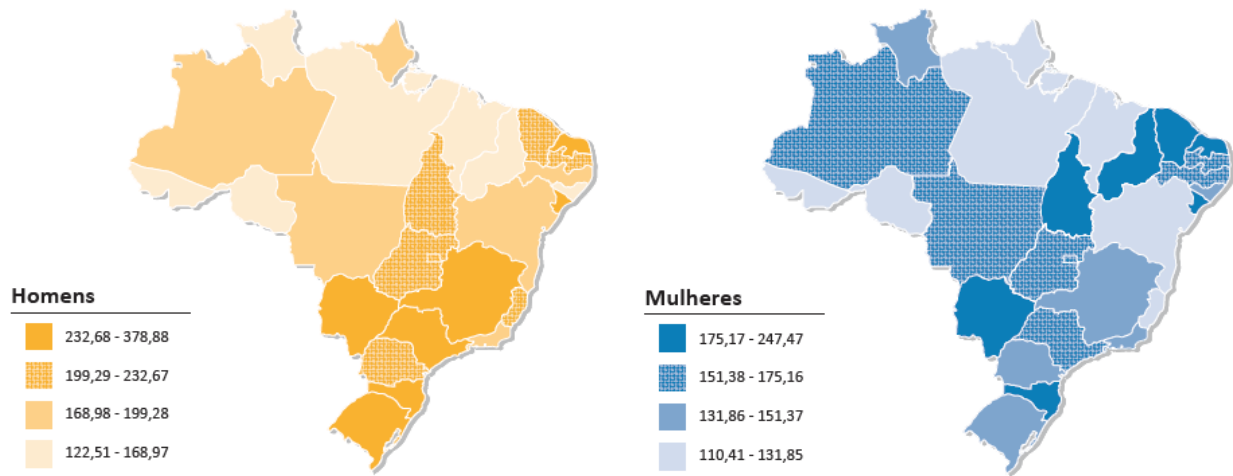
2.1 Descrição do perfil demográfico e epidemiológico da doença

Segundo estimativas do INCA, é esperada a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer, para cada ano do triênio 2020-2022 e, segundo MATHERS et al. (2003) apud INCA (2019), esta ocorrência subiria para 685 mil casos novos após a correção do cálculo global considerando a questão do sub-registro, como pode ser observado na Figura 1 e Figura 2, extraída do relatório de estimativa de câncer 2020-2022. O mesmo relatório detalha este cenário por unidade da federação, mantendo a abertura por tipologia de câncer e sexo. A Tabela 1, Tabela 2 e Tabela 3 a seguir retratam de maneira sintética esta informação. O relatório de estimativa de câncer 2020-2022 utiliza o método proposto por Black et al. (1997) para estimar o número de casos novos de câncer esperados para todas as Unidades da Federação e respectivas capitais. Esse método permite obter a taxa de incidência de câncer para uma determinada região, multiplicando-se a taxa observada de mortalidade da região pela razão entre os valores de incidência e mortalidade da localidade onde existam Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP).

Os cânceres mais incidentes no Brasil atualmente, cujo quantitativo corresponde a mais da metade da incidência nacional, e que por consequência devem ter uma maior preocupação com o controle do desempenho de sua linha de cuidados, são os cânceres de próstata, mama, colo do útero (cervical), colorretal e traqueia, brônquios e pulmão. A seguir temos uma síntese destes

tipos de câncer de maior magnitude, sempre desconsiderando o câncer de pele não melanoma na análise, com informações sobre incidência, mortalidade, sobrevida e fatores de risco associados extraídos dos comentários da estimativa de incidência de câncer do Brasil, que são passíveis de prevenção primária (prevenção da ocorrência) ou secundária (detecção precoce) (INCA, 2017, 2019).

Figura 1 – Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens e mulheres, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas exceto as de pele não melanoma).



Fonte: INCA, 2019.

Figura 2 – Estimativas para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária

Brasil



Tabela 1

Estimativas para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustadas* de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	65.840	62,95	50,78	13.640	60,53	57,33	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	66.280	61,61	43,74	19.820	78,88	45,90
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	16.590	15,43	12,60	4.180	16,55	10,13
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	16,99	16,19	3.180	14,17	16,11	12.440	11,56	9,24	3.760	14,96	11,32
Cólon e reto	20.520	19,63	18,80	5.320	23,59	21,26	20.470	19,03	13,36	6.260	24,90	15,59
Estômago	13.360	12,81	11,37	2.430	10,85	11,23	7.870	7,34	5,95	1.920	7,71	6,61
Cavidade oral	11.180	10,69	9,25	2.040	9,03	9,19	4.010	3,71	2,86	1.040	4,00	3,21
Laringe	6.470	6,20	5,75	1.150	5,00	4,97	1.180	1,06	0,92	360	1,06	0,79
Bexiga	7.590	7,23	4,61	1.800	7,87	7,12	3.050	2,80	2,03	900	3,44	2,61
Esôfago	8.690	8,32	6,48	1.160	5,00	6,27	2.700	2,49	1,76	460	1,60	1,42
Ovário	-	-	-	-	-	-	6.650	6,18	4,84	1.870	7,50	5,19
Linfoma de Hodgkin	1.590	1,52	1,33	450	1,71	1,93	1.050	0,95	0,88	430	1,35	1,04
Linfoma não Hodgkin	6.580	6,31	5,67	1.430	6,41	7,27	5.450	5,07	3,37	1.260	4,98	4,27
Glândula tireoide	1.830	1,72	1,52	1.090	4,52	1,81	11.950	11,15	8,13	4.650	18,47	8,13
Sistema nervoso central	5.870	5,61	5,22	1.150	5,07	6,27	5.220	4,85	4,17	1.440	5,69	4,55
Leucemias	5.920	5,67	5,55	1.210	5,43	5,93	4.890	4,56	3,95	1.180	4,69	4,64
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	6.540	6,07	5,22	1.930	7,61	6,14
Pele melanoma	4.200	4,03	2,01	790	3,36	3,40	4.250	3,94	1,78	870	3,28	2,49
Outras localizações	48.060	45,97	41,48	9.320	41,34	48,09	42.390	39,43	29,40	9.790	38,88	26,48
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	225.460	215,65	215,86	46.160	204,92	238,47	222.980	207,36	145,00	62.120	247,24	159,85
Pele não melanoma	83.770	80,12	-	20.010	88,84	-	93.160	86,65	-	19.090	75,98	-
Todas as neoplasias malignas	309.230	295,78	-	66.170	293,75	-	316.140	294,00	-	81.210	323,22	-
Todas as neoplasias malignas, corrigidas para sub-registro	387.980	371,11	-	-	-	-	297.980	277,11	-	-	-	-

*População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 1

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	65.840	29,2%	Homens	Mulheres	Mama feminina	66.280	29,7%
Cólon e reto	20.520	9,1%			Colo e reto	20.470	9,2%
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	7,9%			Colo do útero	16.590	7,4%
Estômago	13.360	5,9%			Traqueia, brônquio e pulmão	12.440	5,6%
Cavidade oral	11.180	5,0%			Glândula tireoide	11.950	5,4%
Esôfago	8.690	3,9%			Estômago	7.870	3,5%
Bexiga	7.590	3,4%			Ovário	6.650	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,9%			Corpo do útero	6.540	2,9%
Laringe	6.470	2,9%			Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%
Leucemias	5.920	2,6%			Sistema nervoso central	5.220	2,3%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2019.

Tabela 1 – Estimativas para o ano de 2020 do número de casos novos de câncer, por Estado* (ambos os sexos)

Macro Regiões e Estados	Próstata	Mama Feminina	Colo do Útero	Cólon e Reto	Traquéia, Brônquio e Pulmão	Outras Localizações	Neoplasias Exceto Pele não Melanoma	Pele não Melanoma	Todas as Neoplasias
Amazonas	480	450	580	210	320	2.120	4.160	1.090	5.250
Amapá	100	70	90	20	50	470	800	60	860
Tocantins	760	290	220	170	220	1.180	2.840	1.360	4.200
Acre	120	100	90	50	100	500	960	280	1.240
Rondônia	310	220	130	130	180	1.130	2.100	990	3.090
Roraima	70	60	50	30	30	370	610	170	780
Pará	930	780	780	470	560	4.070	7.590	1.660	9.250
Região Norte	2.770	1.970	1.940	1.080	1.460	9.840	19.060	5.610	24.670
Alagoas	890	620	300	230	250	2.200	4.490	1.600	6.090
Bahia	6.130	3.460	1.090	1.480	1.170	11.310	24.640	7.940	32.580
Ceará	3.330	2.510	1.010	1.090	1.290	9.360	18.590	8.490	27.080
Paraíba	1.740	1.120	290	440	490	4.320	8.400	3.400	11.800
Pernambuco	2.630	2.390	730	960	1.120	8.930	16.760	5.770	22.530
Piauí	1.370	590	390	330	320	2.400	5.400	3.080	8.480
Rio Grande do Norte	1.570	1.130	310	470	420	4.090	7.990	3.150	11.140
Sergipe	1.060	530	240	310	230	1.920	4.290	1.660	5.950
Maranhão	1.850	840	890	450	470	3.770	8.270	2.290	10.560
Região Nordeste	20.570	13.190	5.250	5.760	5.760	48.300	98.830	37.380	136.210
Goiás	2.240	1.620	590	1.160	940	6.320	12.870	8.070	20.940
Mato Grosso do Sul	1.240	850	270	540	460	3.070	6.430	3.490	9.920
Mato Grosso	1.030	560	200	330	320	2.620	5.060	3.060	8.120
Distrito Federal	840	730	260	490	420	2.810	5.550	3.110	8.660
Região Centro-Oeste	5.350	3.760	1.320	2.520	2.140	14.820	29.910	17.730	47.640
São Paulo	13.650	18.280	2.250	14.670	6.890	60.910	116.650	40.220	156.870
Rio de Janeiro	6.440	9.150	1.640	5.070	2.930	20.900	46.130	21.090	67.220
Minas Gerais	6.420	8.250	1.270	4.000	2.990	26.690	49.620	17.690	67.310
Espírito Santo	1.380	790	240	520	530	3.730	7.190	3.690	10.880
Região Sudeste	27.890	36.470	5.400	24.260	13.340	112.230	219.590	82.690	302.280
Rio Grande do Sul	3.980	4.050	720	2.540	3.740	15.230	30.260	15.800	46.060
Santa Catarina	1.720	3.370	970	2.350	1.770	13.950	24.130	9.330	33.460
Paraná	3.560	3.470	990	2.480	1.990	14.170	26.660	8.390	35.050
Região Sul	9.260	10.890	2.680	7.370	7.500	43.350	81.050	33.520	114.570
Brasil	65.840	66.280	16.590	40.990	30.200	228.540	448.440	176.930	625.370

* Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Fonte: INCA, 2019.

Tabela 2 – Estimativas para o ano de 2020 do número de casos novos de câncer, por Estado* (sexo masculino)

Macro Regiões e Estados	Próstata	Mama Feminina	Colo do Útero	Cólon e Reto	Traquéia, Brônquio e Pulmão	Outras Localizações	Neoplasias Exceto Pele não Melanoma	Pele não Melanoma	Todas as Neoplasias
Amazonas	480	-	-	100	190	1.200	1.970	380	2.350
Amapá	100	-	-	**	30	280	410	40	450
Tocantins	760	-	-	90	120	650	1.620	290	1.910
Acre	120	-	-	20	60	280	480	110	590
Rondônia	310	-	-	60	110	670	1.150	380	1.530
Roraima	70	-	-	**	20	200	290	50	340
Pará	930	-	-	200	340	2.270	3.740	760	4.500
Região Norte	2.770	-	-	470	870	5.550	9.660	2.010	11.670
Alagoas	890	-	-	90	120	1.060	2.160	840	3.000
Bahia	6.130	-	-	710	660	6.050	13.550	3.450	17.000
Ceará	3.330	-	-	500	670	4.690	9.190	3.880	13.070
Paraíba	1.740	-	-	180	250	2.020	4.190	1.830	6.020
Pernambuco	2.630	-	-	410	600	4.320	7.960	3.630	11.590
Piauí	1.370	-	-	140	190	1.240	2.940	1.350	4.290
Rio Grande do Norte	1.570	-	-	180	230	2.080	4.060	1.730	5.790
Sergipe	1.060	-	-	120	130	950	2.260	700	2.960
Maranhão	1.850	-	-	210	270	1.870	4.200	1.220	5.420
Região Nordeste	20.570	-	-	2.540	3.120	24.280	50.510	18.630	69.140
Goiás	2.240	-	-	580	510	3.350	6.680	3.120	9.800
Mato Grosso do Sul	1.240	-	-	270	280	1.670	3.460	1.510	4.970
Mato Grosso	1.030	-	-	150	210	1.500	2.890	1.550	4.440
Distrito Federal	840	-	-	260	230	1.440	2.770	1.170	3.940
Região Centro-Oeste	5.350	-	-	1.260	1.230	7.960	15.800	7.350	23.150
São Paulo	13.650	-	-	7.920	4.200	32.270	58.040	16.410	74.450
Rio de Janeiro	6.440	-	-	2.450	1.610	10.130	20.630	10.600	31.230
Minas Gerais	6.420	-	-	1.870	1.760	14.560	24.610	8.830	33.440
Espírito Santo	1.380	-	-	240	330	2.120	4.070	1.480	5.550
Região Sudeste	27.890	-	-	12.480	7.900	59.080	107.350	37.320	144.670
Rio Grande do Sul	3.980	-	-	1.300	2.300	8.470	16.050	8.850	24.900
Santa Catarina	1.720	-	-	1.200	1.160	8.020	12.100	4.890	16.990
Paraná	3.560	-	-	1.250	1.180	8.000	13.990	4.720	18.710
Região Sul	9.260	-	-	3.750	4.640	24.490	42.140	18.460	60.600
Brasil	65.840	-	-	20.500	17.760	121.360	225.460	83.770	309.230

* Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2019.

Tabela 3 – Estimativas para o ano de 2020 do número de casos novos de câncer, por Estado* (sexo feminino)

Macro Regiões e Estados	Próstata	Mama Feminina	Colo do Útero	Cólon e Reto	Traquéia, Brônquio e Pulmão	Outras Localizações	Neoplasias Exceto Pele não Melanoma	Pele não Melanoma	Todas as Neoplasias
Amazonas	-	450	580	110	130	920	2.190	710	2.900
Amapá	-	70	90	**	20	210	390	20	410
Tocantins	-	290	220	80	100	530	1.220	1.070	2.290
Acre	-	100	90	30	40	220	480	170	650
Rondônia	-	220	130	70	70	460	950	610	1.560
Roraima	-	60	50	20	**	190	320	120	440
Pará	-	780	780	270	220	1.800	3.850	900	4.750
Região Norte	-	1.970	1.940	580	580	4.330	9.400	3.600	13.000
Alagoas	-	620	300	140	130	1.140	2.330	760	3.090
Bahia	-	3.460	1.090	770	510	5.260	11.090	4.490	15.580
Ceará	-	2.510	1.010	590	620	4.670	9.400	4.610	14.010
Paraíba	-	1.120	290	260	240	2.300	4.210	1.570	5.780
Pernambuco	-	2.390	730	550	520	4.610	8.800	2.140	10.940
Piauí	-	590	390	190	130	1.160	2.460	1.730	4.190
Rio Grande do Norte	-	1.130	310	290	190	2.010	3.930	1.420	5.350
Sergipe	-	530	240	190	100	970	2.030	960	2.990
Maranhão	-	840	890	240	200	1.900	4.070	1.070	5.140
Região Nordeste	-	13.190	5.250	3.220	2.640	24.020	48.320	18.750	67.070
Goiás	-	1.620	590	580	430	2.970	6.190	4.950	11.140
Mato Grosso do Sul	-	850	270	270	180	1.400	2.970	1.980	4.950
Mato Grosso	-	560	200	180	110	1.120	2.170	1.510	3.680
Distrito Federal	-	730	260	230	190	1.370	2.780	1.940	4.720
Região Centro-Oeste	-	3.760	1.320	1.260	910	6.860	14.110	10.380	24.490
São Paulo	-	18.280	2.250	6.750	2.690	28.640	58.610	23.810	82.420
Rio de Janeiro	-	9.150	1.640	2.620	1.320	10.770	25.500	10.490	35.990
Minas Gerais	-	8.250	1.270	2.130	1.230	12.130	25.010	8.860	33.870
Espírito Santo	-	790	240	280	200	1.610	3.120	2.210	5.330
Região Sudeste	-	36.470	5.400	11.780	5.440	53.150	112.240	45.370	157.610
Rio Grande do Sul	-	4.050	720	1.240	1.440	6.760	14.210	6.950	21.160
Santa Catarina	-	3.370	970	1.150	610	5.930	12.030	4.440	16.470
Paraná	-	3.470	990	1.230	810	6.170	12.670	3.670	16.340
Região Sul	-	10.890	2.680	3.620	2.860	18.860	38.910	15.060	53.970
Brasil	-	66.280	16.590	20.460	12.430	107.220	222.980	93.160	316.140

* Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Fonte: INCA, 2019.

2.1.1 Câncer de próstata

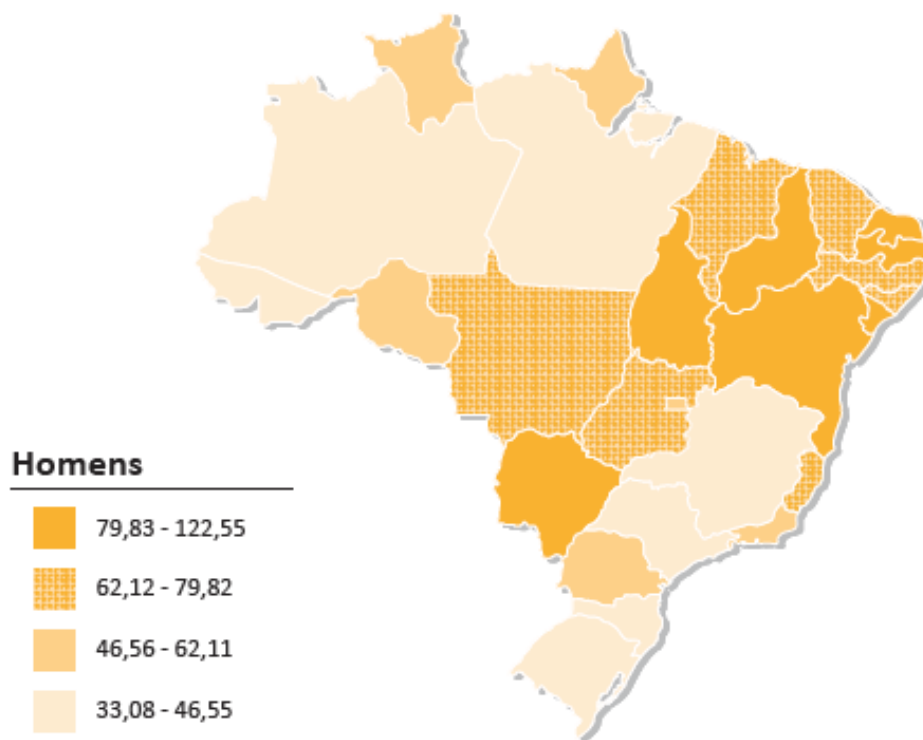
O câncer de próstata é uma doença altamente prevalente, ocupando em 2012 a segunda posição entre as neoplasias malignas que acometem os homens em todo o mundo, atrás apenas do câncer de pulmão (STEWART; WILD, 2014). Em 2012, as estimativas revelaram aproximadamente 1,1 milhão de casos novos, constituindo 15% dos cânceres no sexo masculino (FERLAY et al., 2013, 2015; STEWART; WILD, 2014). Segundo (FERLAY et al., 2013, 2015), a taxa de incidência global, em 2012, foi 31,1/100 mil, sendo notadamente mais elevada em países desenvolvidos como Austrália, Nova Zelândia, América do Norte, e países da Europa Ocidental e Norte. O autor atribui este fato parcialmente às estratégias de rastreamento e à realização do teste antígeno prostático específico (PSA) com subsequente biópsia, possibilitando a identificação de pequenos tumores, latentes ou em fases iniciais de crescimento (FERLAY et al., 2013; FORMAN et al., 2014). Segundo o National Cancer Institute (NCI) dos Estados Unidos, a incidência dessa neoplasia apresenta tendência de queda nesse país, onde a taxa ajustada por idade, para o período entre 1999 e 2013, foi de 126,5/100 mil, com estimativa de redução de 7,9% quando comparado ao período anterior (JEMAL et al., 2017).

Em relação à mortalidade, as estimativas mundiais do projeto Globocan, da International Agency for Research on Cancer (IARC), da OMS, apontaram 307 mil mortes, para o ano de 2012; com taxa de mortalidade global, para o mesmo ano, de 7,8/100 mil, representando 6,6% do número total de mortes masculinas (FERLAY et al., 2013, 2015; STEWART; WILD, 2014). Trata-se de uma neoplasia com bom prognóstico, onde a probabilidade de sobrevida em cinco anos encontra-se acima de 80%, variando em função de fatores clínicos, genéticos, socioeconômicos e ambientais (HOWLADER et al., 2017). Dentre os fatores de risco associados, tecnicamente bem estabelecidos, que apresentam associação positiva para aumento no risco de desenvolvimento dessa neoplasia estão o avanço da idade, onde tanto a incidência como a mortalidade aumentam após os 50 anos (HOWLADER et al., 2017) e o histórico familiar em primeiro grau.

Com 15.391 óbitos registrados no Brasil em 2017 (BRASIL, 2019) e uma estimativa de 65.840 novos casos anuais para o triênio 2020-2022 (Tabela 1), é o câncer com maior incidência entre os homens em todas as regiões do país, sendo que as maiores taxas observadas estão na região Nordeste (Figura 3). Na questão do câncer de próstata, um dos propósitos do Ministério da

Saúde, em consonância com a Nota Técnica Conjunta n°. 001/2015 (BRASIL, 2015) é a conscientização e ampliação de adesão da população masculina aos serviços do SUS existentes para a prevenção e detecção precoce da doença. Envolvendo neste processo a promoção de ações voltadas a identificação dos sinais de alerta da doença, com enfoque principalmente na procura do atendimento oportuno nos serviços de saúde do SUS.

Figura 3 – Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da próstata).



Fonte: INCA, 2019.

2.1.2 Câncer de mama

O câncer de mama, em termos globais, constitui-se como o mais frequente e comum tumor maligno entre as mulheres, com uma taxa de incidência de 43,3/100 mil e estimativa de 1,67 milhão de novos casos diagnosticados no ano de 2012, o que corresponde a 25,2% dos tumores femininos. Apresenta variabilidade na incidência segundo as Regiões do mundo, com taxas que variam de 27,0/100 mil na África Central e Ásia Oriental a 92,0/100 mil na América do

Norte. Existe uma tendência de incremento nas taxas de incidência globais com a ressalva dos países altamente desenvolvidos, que atingiram estabilidade seguida de queda na última década.

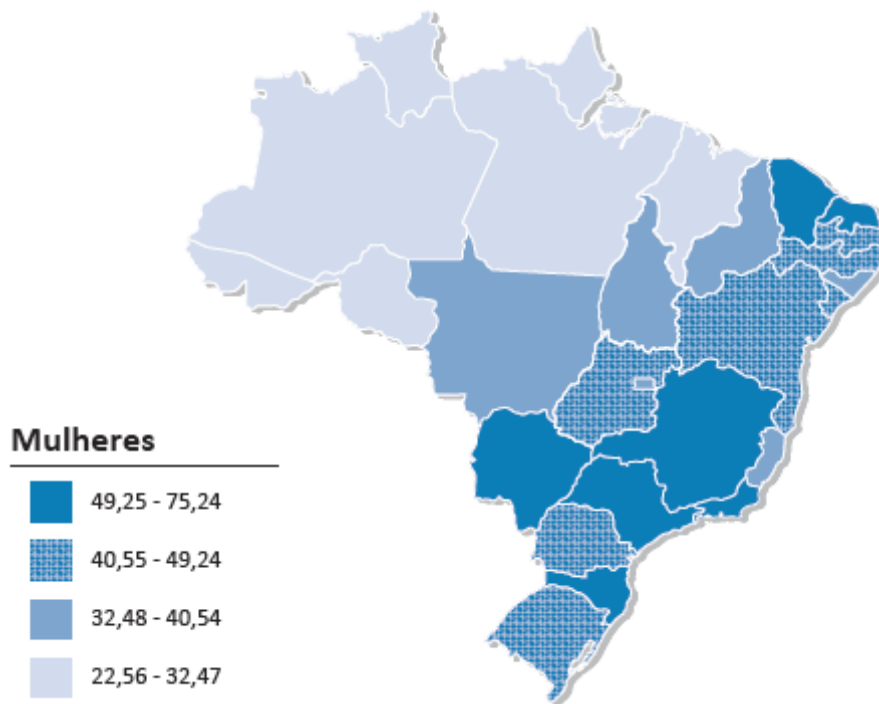
É a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, sendo estimadas 522 mil mortes no ano de 2012, o que representa 14,7% de todos os óbitos. Embora tenha uma taxa de mortalidade maior do que qualquer outro câncer (12,9/100 mil), o câncer de mama tem letalidade relativamente baixa, dado que a taxa de mortalidade é menor que um terço da taxa de incidência. Apresenta menor variabilidade das taxas de mortalidade (6,0/100 mil na Ásia Oriental a 20,0/100 mil na África Ocidental) em função da sobrevida mais favorável nas Regiões desenvolvidas (FERLAY et al., 2013). É também o mais prevalente, com aproximadamente 8,7 milhões de sobreviventes previstos em 2012 (STEWART; WILD, 2014). Os países altamente desenvolvidos, desde o final da década de 1980 e início de 1990, apresentaram uma tendência de declínio nas taxas de mortalidade, refletindo uma combinação de melhoria na detecção precoce e intervenções terapêuticas mais eficazes (STEWART; WILD, 2014).

Dentre os fatores de risco associados na etiologia do câncer de mama, há uma multiplicidade de fatores envolvidos, dentre eles: idade da primeira menstruação menor do que 12 anos; menopausa após os 55 anos; mulheres que nunca engravidaram ou nunca tiveram filhos (nuliparidade); primeira gravidez após os 30 anos; uso de alguns anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal (TRH) na menopausa, especialmente se por tempo prolongado; exposição à radiação ionizante; consumo de bebidas alcoólicas; dietas hipercalóricas; sedentarismo; e predisposição genética (pelas mutações em determinados genes transmitidos na herança genética familiar – principalmente por dois genes de alto risco, BRCA1 e BRCA2) (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017a; INCA, 2017b; STEWART; WILD, 2014).

Com 16.724 óbitos registrados no Brasil em 2017 (BRASIL, 2019) e uma estimativa de 66.280 novos casos anuais para o triênio 2020-2022 (Tabela 10), é o câncer mais frequente em todas as Regiões do país, excetuando a Região Norte, onde é o segundo mais incidente, além de apresentar maiores taxas nas Regiões Sul e Sudeste (Figura 4). Nos países de baixa e média renda como o Brasil, o diagnóstico do câncer de mama ocorre em estágios mais avançados da doença, aumentando a morbidade relacionada ao tratamento, comprometendo a qualidade de vida e reduzindo a sobrevida dos pacientes. Em função deste cenário, o controle do câncer de mama têm sido uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil. A melhoria nas ações de rastreamento e diagnóstico precoces, no intuito de identificação da doença em estágios

iniciais, é a recomendação do Ministério da Saúde, através da publicação “Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil” (INCA, 2015). A estratégia de rastreamento indicada é a mamografia bienal para as mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos. Por outro lado, o esclarecimento da população para os sintomas suspeitos da doença, a capacitação dos profissionais para avaliação dos casos suspeitos e a preparação adequada dos sistemas e serviços de saúde para garantia da confirmação diagnóstica em tempo hábil são os componentes para o diagnóstico precoce adequado da doença.

Figura 4 – Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da mama feminina).



Fonte: INCA, 2019.

2.1.3 Câncer do colo de útero

Apesar do aumento no número anual de casos, o câncer do colo do útero (cervical) saiu da segunda para sétima posição no ranking mundial de neoplasia mais incidente, quando comparamos os anos de 1975 e 2012, sendo o quarto tipo mais comum na população feminina. Este fato deve-se à redução da incidência nos países em processo de desenvolvimento econômico

nas últimas décadas aliado a implantação de programas de controle efetivos. Por outro lado, as taxas estão aumentando em países classificados como de maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), como a Europa Oriental, o que pode ser à custa das recentes mudanças no comportamento sexual, que elevam o risco de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (STEWART; WILD, 2014).

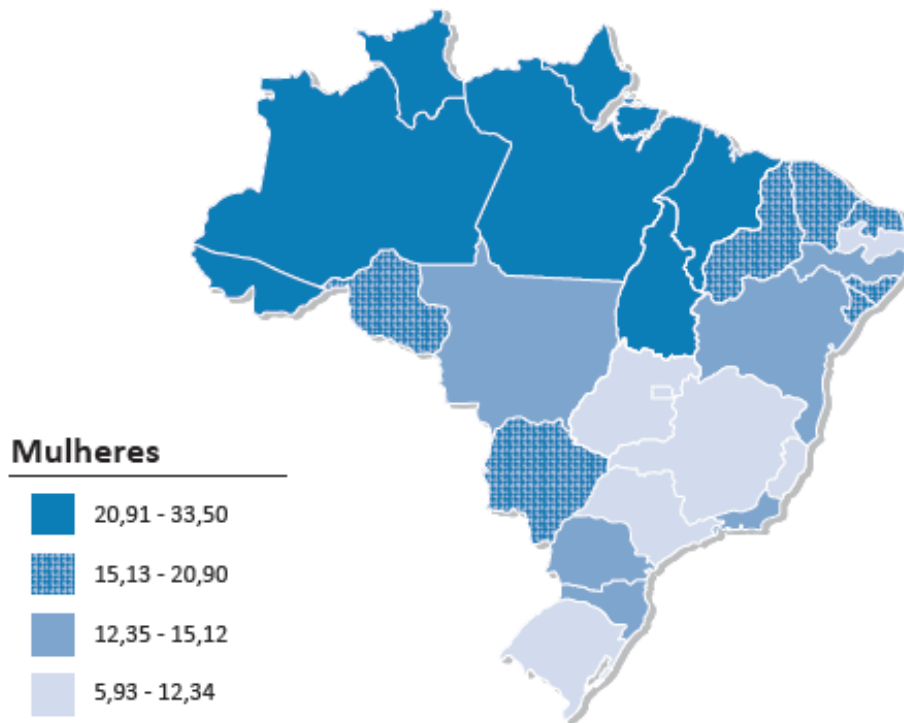
Foram estimados 528 mil novos casos no ano de 2012, onde a taxa de incidência registrada foi de 14/100 mil mulheres com evidências de variabilidade desta taxa em função de níveis de IDH, sendo que 70% dos casos estimados ocorreram em áreas com menor IDH (FERLAY et al., 2013). As Regiões mais afetadas são a África Oriental (42,7/100 mil), Melanésia (33,3/100 mil), Sul (31,5/100 mil) e África do Norte (30,6/100 mil). Em contrapartida, as Regiões com as menores taxas são a Austrália/Nova Zelândia (5,5/100 mil) e a Ásia Ocidental (4,4/100 mil).

Dentre os diversos fatores atrelados à etiologia do câncer do colo do útero, as infecções persistentes pelo HPV são as mais relevantes. O HPV 16 e HPV 18 são os tipos mais comumente relacionados ao aparecimento desta doença. Além disso, o início precoce da atividade sexual, a multiparidade, o tabagismo e o uso prolongado de contraceptivos orais (estrogênio) constituem os fatores associados ao desenvolvimento de câncer cervical (STEWART; WILD, 2014).

Com 6.385 óbitos registrados no Brasil em 2017 (BRASIL, 2019) e uma estimativa de 16.590 novos casos anuais para o triênio 2020-2022 (Tabela 1), representa o terceiro câncer mais frequente no país, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres com maiores taxas observadas na Região Norte (Figura 5). É o segundo câncer mais incidente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto na Região Sul representa a quarta maior frequência e na Região Sudeste o mesmo cai para a quinta posição. Assim como no caso do câncer de mama, o câncer de colo de útero constitui como uma das prioridades da agenda de saúde do país, integrando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A recomendação do Ministério da Saúde, materializado pela publicação “Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016” (INCA, 2016d), é a realização do exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos. A periodicidade sugerida é a cada três anos, para mulheres que tiveram dois exames anuais consecutivos normais, e de seis em seis meses para resultados de lesão de baixo grau. A rede pública disponibiliza a vacina tetravalente que combate os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV para

meninas de 9 a 13 anos e para meninos de 11 a 13 anos desde os anos 2014 e 2017, respectivamente. Cabe ressaltar ainda que apesar da importância epidemiológica, o câncer do colo uterino apresenta alto potencial de cura quando diagnosticado precocemente (INCA, 2016c).

Figura 5 – Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do colo do útero).



Fonte: INCA, 2019.

2.1.4 Câncer do cólon e reto

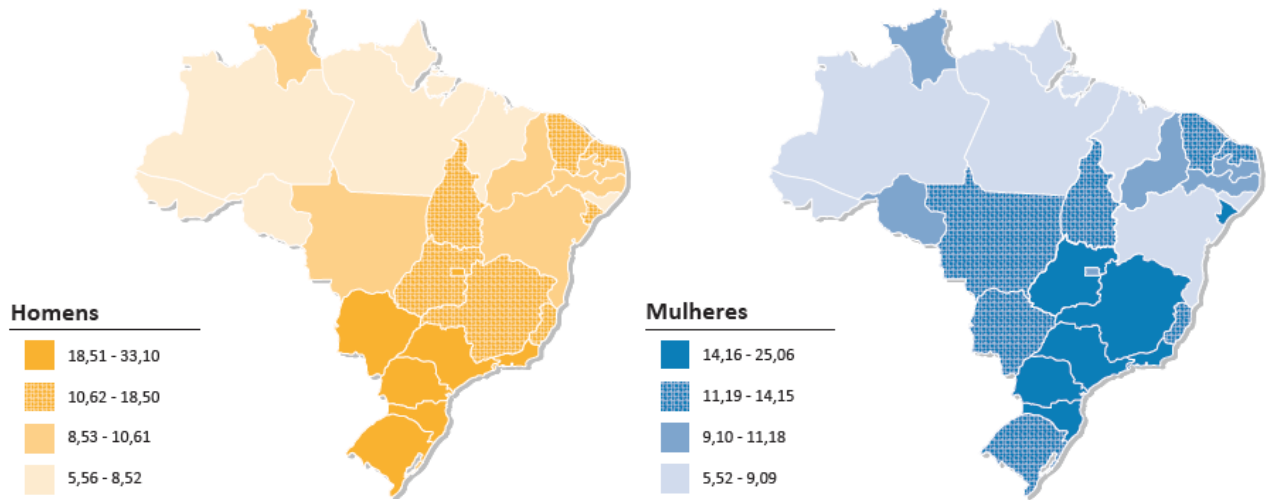
O câncer de cólon e reto é a terceira neoplasia mais diagnosticada a nível mundial e a quarta principal causa de morte por câncer, representando 1,4 milhão de casos novos em 2012 e 700 mil óbitos respectivamente, com variabilidade geográfica significativa nas taxas de incidência (20,6/100 mil para os homens e de 14,3/100 mil para as mulheres) e mortalidade (8,4/100 mil para ambos os sexos, 10,0/100 mil para os homens e 6,9/100 mil para as mulheres) tanto em função do sexo (FERLAY et al., 2013) quanto em nível de IDH dos países (Center; Jemal; Ward, 2009; FERLAY et al., 2013). Arnold et al., 2016 identificam três padrões de

distribuição da doença: (1) elevação de ambas as taxas nas mais recentes décadas em países que passaram por uma rápida transição econômica, entre eles o Brasil; (2) incremento na incidência e redução da mortalidade em países com alto IDH, como Canadá, Reino Unido, Singapura e Dinamarca; e (3) diminuição de ambas as taxas nos países com IDH muito elevado, como Estados Unidos, Japão e França.

A etiologia do câncer de cólon e reto está vinculada a fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida (BOYLE P; LEON, 2002; SANDLER, 1996). Proporcionalmente, a variação na carga global desta doença é pouco impactada por fatores hereditários e por doenças inflamatórias do intestino, estando mais relacionada à adoção de hábitos de vidas ocidentais (ARNOLD et al., 2016). A transição nutricional é fato mundial evidente e afeta principalmente países em desenvolvimento e os fatores de risco ligados ao estilo de vida, que são modificáveis, incluem o consumo de bebidas alcóolicas, a baixa ingestão de frutas e vegetais, o alto consumo de carnes vermelhas e de alimentos processados, a obesidade, o tabagismo e a inatividade física (BOUVARD et al., 2015; FEDIRKO et al., 2011; HARRISS et al., 2009; WALTER, 2014; WORLD CANCER RESEARCH FOUNDATION, 2012).

No Brasil, ocorreram, em 2017, 9.207 óbitos por câncer de cólon e reto em homens e 9.660 em mulheres (BRASIL, 2019). Além disso, são estimados 20.520 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres para cada ano do triênio 2020-2022 (Tabela 2 e Tabela 3). É o terceiro mais frequente, em homens, e o segundo, entre as mulheres. Sua frequência regional apresenta a seguinte conformação: homens - é o segundo mais incidente na Região Sudeste (23,29/100 mil), o terceiro nas Regiões Sul (22,17/100 mil) e Centro-Oeste (16,95/100 mil) e quarto nas Regiões Nordeste (7,98/100 mil) e Norte (4,97/100 mil); mulheres - o segundo mais incidente nas Regiões Sudeste (23,86/100 mil) e Sul (22,92/100 mil) e terceiro nas Regiões Centro-Oeste (17,98/100 mil), Nordeste (9,52/100 mil) e Norte (7,38/100 mil). Suas taxas de incidência não apresentam discrepâncias significativas em relação ao sexo. Porém, é possível observar concentração de registros de taxas mais acentuadas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (Figura 6).

Figura 6 – Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens e mulheres, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do cólon e reto).



Fonte: INCA, 2019.

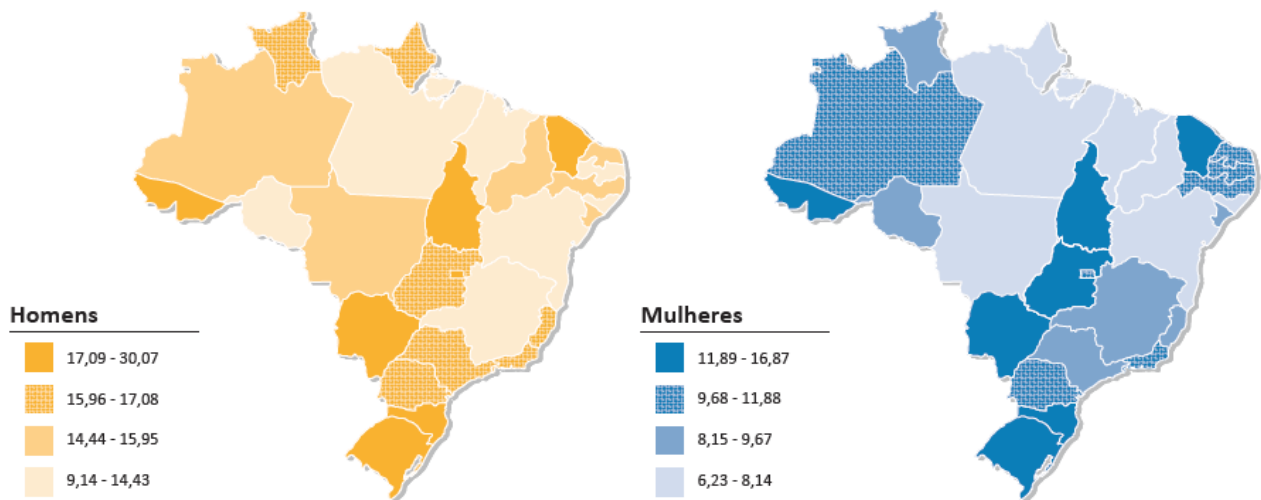
2.1.5 Câncer de traqueia, brônquios e pulmão

A incidência de casos novos de câncer de pulmão, segundo a última estimativa mundial, foi de 1,8 milhão, representando 12,9% de todos os novos casos de câncer, e 1,6 milhão de óbitos (19,4%) para o ano de 2012 (FERLAY et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015) O padrão da ocorrência desse tipo de neoplasia, em geral, reflete o consumo local de cigarros, tendo em vista que o tabagismo é a principal causa de câncer de pulmão, sendo responsável por, aproximadamente, sete milhões de mortes anuais no mundo (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2015; CANADIAN CANCER STATISTICS, 2019). Seu perfil geográfico de novos casos pode ser observado em função de sua mortalidade, principalmente em localidades com ausência de informação de incidência, tendo em vista o alto grau de letalidade deste tipo de câncer (razão M/I de 0,87). A sobrevivência em cinco anos é baixa na maioria das populações, em média de 10% a 15%. Isso porque, em geral, esse tipo de câncer é detectado em estágios avançados, uma vez que não são observados sintomas em seus estágios iniciais.

No Brasil, ocorreram, em 2017, 16.137 óbitos por câncer de pulmão em homens e 11.792 em mulheres (BRASIL, 2019). Também são estimados 17.760 casos novos de câncer de pulmão entre homens e de 12.440 nas mulheres para cada ano do triênio 2020-2022 (Tabela 2 e Tabela

3). Além disso, o tabagismo representa um prejuízo anual para o país da ordem de R\$ 56,9 bilhões entre gastos com despesas médicas e custos indiretos vinculados à perda de produtividade. O controle do tabaco é a principal forma de redução da ocorrência desse tipo de neoplasia, sendo que o Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Brasil é considerado modelo para este tipo de controle, através de práticas que estimulam a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Embora a comprovação da eficácia do programa requeira uma análise temporal mais extensa, já é possível observar uma tendência à redução da incidência e da mortalidade por câncer relacionado ao tabaco, principalmente o de pulmão, no Brasil (INCA, 2017c).

Figura 7 – Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens e mulheres, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da traquéia, dos brônquios e dos pulmões).



Fonte: INCA, 2019.

2.2 Linha de cuidados

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, s/d), as Linhas de Cuidados (LC) são esforços em prol de uma assistência continuada composta por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do usuário do sistema de saúde. Originou-se como uma estratégia para garantir a integralidade na atenção à Saúde e otimização de seus recursos e serviços disponibilizados. Por

meio do delineamento de percursos assistenciais, expressos na forma de fluxos seguros e garantidos, com o intuito de atender às necessidades de saúde do cidadão, cria-se um processo terapêutico adequado para cada beneficiário, em função do caso singular ao qual o mesmo está vinculado. Na esfera do SUS (BRASIL, 2010), é definida como *“uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde”* (p. 2, 2010).

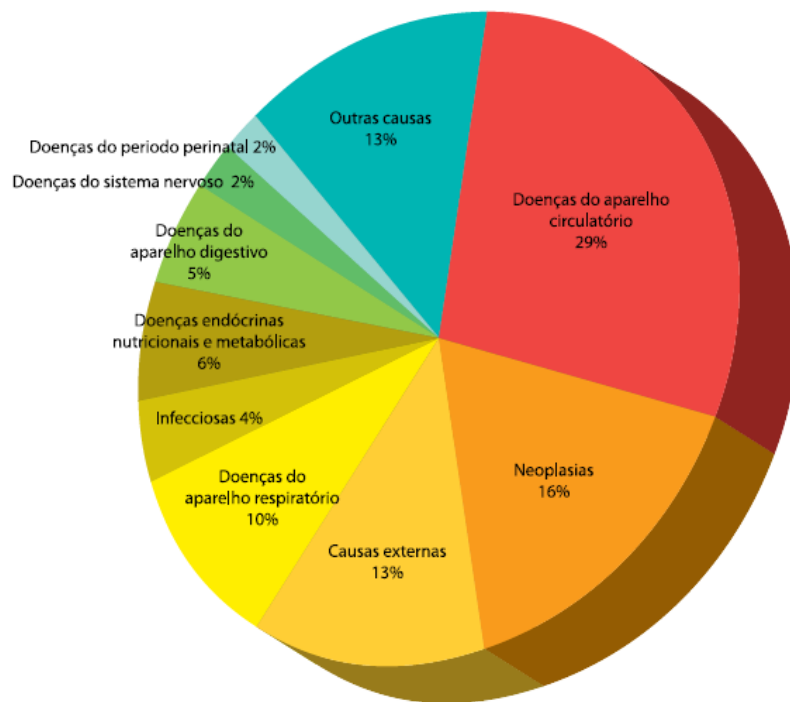
(CECÍLIO et al., 2003) apontam que o cuidado em saúde compreende uma trama complexa, multidisciplinar e complementar de atos, fluxos, rotina e saberes em constante disputa. A maior ou menor integralidade da atenção recebida é resultante da forma como este amálgama é articulado entre os diversos atores componentes nesta LC. Na visão dos mesmos, a perspectiva de organização da LC pressupõe, a partir de um conceito de simples entendimento e difícil consecução, a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário. Entretanto, o que se almeja é fortalecer o trabalho de zelo do profissional e do sistema de saúde ao se relacionar com o usuário no momento da assistência.

2.2.1 Linha de cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), as doenças crônicas, em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, início gradual, prognóstico usualmente incerto e duração longa ou indefinida. Esses agravos apresentam curso clínico mutável ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades, que requerem um processo de intervenção variado, associado a mudanças no estilo de vida do usuário e um processo de cuidado contínuo, que não necessariamente leva à cura.

O cenário atual aponta uma migração gradual da carga de doenças para as DCNTs. O quadro de mortalidades no Brasil referente ao ano de 2009, como descrito na Figura 8 abaixo, retrata a magnitude do problema a ser enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro.

Figura 8 – Mortalidade no Brasil em 2009



Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Em 2011, o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2013c), com o objetivo de desenvolver e implementar políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Além disso, definiu diretrizes e ações em três eixos: (i) vigilância, informação, avaliação e monitoramento, (ii) promoção da saúde e (iii) cuidado integral. Para o acompanhamento destes agravos e fatores de risco associados, indicadores são monitorados através da área de Vigilância de DCNT. Os valores de 2010 servem como referência para comparação com os resultados dos indicadores mais recentes apurados, informando também a sua abrangência (Quadro 1). A meta sobre mortalidade utiliza o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e as demais metas são acompanhadas pela Vigilância de Fatores de Risco e

Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (abrangência capitais) e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (abrangência Brasil).

Quadro 1 – Metas propostas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT

Metas do Plano de DCNT - Brasil	Valor da linha de base (2010)	Resultado mais recente	Abrangência geográfica
Redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano*	315,5	307,9 (2016)	Brasil
Redução da prevalência de tabagismo em 30%	14,1% -	10,1% (2017) 14,5% (2013)	Capitais Brasil
Aumento de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos <u>para 70%</u>	73,4% 54%	78,5% (2017) 60% (2013)	Capitais Brasil
Aumento Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade anos nos últimos três anos <u>para 85%</u>	82,2% 78%	82,8% (2017) 79,4% (2013)	Capitais Brasil
Aumento da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%	30,1% -	37,0% (2017) 22,5% (2013)	Capitais Brasil
Contenção do crescimento da obesidade em adultos	15,1% -	18,9% (2017) 20,8% (2013)	Capitais Brasil
Aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%	19,5% -	23,7% (2017)	Capitais Brasil
Redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%	18,1% -	19,1% (2017) 13,7% (2013)	Capitais Brasil

■ Meta alcançada. ■ Meta não alcançada. ■ Meta estável.

* Taxa de mortalidade padronizada, com base na população brasileira (Censo 2010).



Fonte: Ministério da Saúde, 2013c.

Em 2012, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propôs a criação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, com o objetivo de prover diretrizes e alinhar ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e das gestões para que fosse possível reconhecer uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas. O Plano acima mencionado serviria de guia para a formulação de políticas federais relacionadas ao cuidado das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2013b).

Mendes (2011) ressalta a necessidade da formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde como uma forma eficaz de organização de sistemas de saúde, objetivando responder a alguns destes desafios estruturais e epidemiológicos além de trazer melhores resultados para os indicadores de saúde. Nesse sentido, uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), aprimorada pela Portaria SAS-MS nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 que institui a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e posteriormente substituída pela Portaria SAS-MS nº 483, de 01 de abril de 2014 que redefine a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas LC (Quadro 2 – **Linha 4**). Em acréscimo, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, reforçando a RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Vale destacar que os principais elementos da RAS estão descritos no decreto 7.508/2011.

Atualmente, no âmbito da organização da rede de atenção oncológica, as diretrizes constantes na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 normatizam as políticas nacionais de saúde do SUS, revogando a Portaria nº 874 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) através do seu anexo IX (Quadro 2 – **Linha 1**).

As Portarias SAS-MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, que estipula os critérios e parâmetros dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção oncológica, além de delimitar suas condições de funcionamento no SUS e SAS-MS nº 458, de 24 de fevereiro de 2017, que mantém os estabelecimentos habilitados até o presente momento e exclui o prazo estipulado na Portaria 140 (Quadro 2 – **Linha 2**) definem as unidades de referência para o tratamento oncológico nas seguintes categorias: (i) Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centros de Assistência Especializada em Oncologia (CACON), (iii) Serviços de Radioterapia de Complexo hospitalar e (iv) Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar. A programação, regulação, referência e contrarreferência dos

procedimentos ofertados por estas unidades têm por objetivo garantir a integralidade do cuidado da pessoa com câncer, estando as mesmas capazes de: determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar a doença, assegurar a qualidade da assistência oncológica, ofertar e orientar quanto aos cuidados paliativos.

Os artigos do capítulo IV da Portaria SAS-MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 discorrem sobre os parâmetros para o planejamento e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados como CACON e UNACON. No artigo 28 é ressaltada a necessidade de manutenção do número de estabelecimentos de saúde habilitados como CACON ou UNACON é definida na razão de 1 (um) estabelecimento de saúde para cada 500.000 (quinhentos mil) habitantes, respeitando o cálculo da população de referência com base nos dados disponibilizados pelo IBGE e as diferenças de baixa concentração demográfica (inferior a 2 hab/km²), no caso dos estados da Região Norte, e do maior contingente populacional com faixa etária superior a 50 anos, no caso dos estados da Região Sul e Sudeste. Para estes casos serão admitidas habilitações de UNACON levando-se em conta características técnicas, ofertas disponíveis no estado e necessidade de acesso regional para a Região Norte, e habilitação de novas unidades onde a estimativa de casos novos anuais seja superior a 900, para as regiões Sul e Sudeste.

No tocante à atenção oncológica pediátrica e a hematológica de jovens e adultos, o artigo 29 estipula o parâmetro mínimo de atendimentos adotado de, em média, 100 casos novos por ano para cada uma destas áreas. A manutenção de habilitação destas especialidades segundo a macro-região segue os seguintes parâmetros: Norte (1:3.500.000), Nordeste (1:2.700.000), Sudeste (1:1.700.000), Sul (1:1.300.000), Centro-Oeste (1:1.300.000).

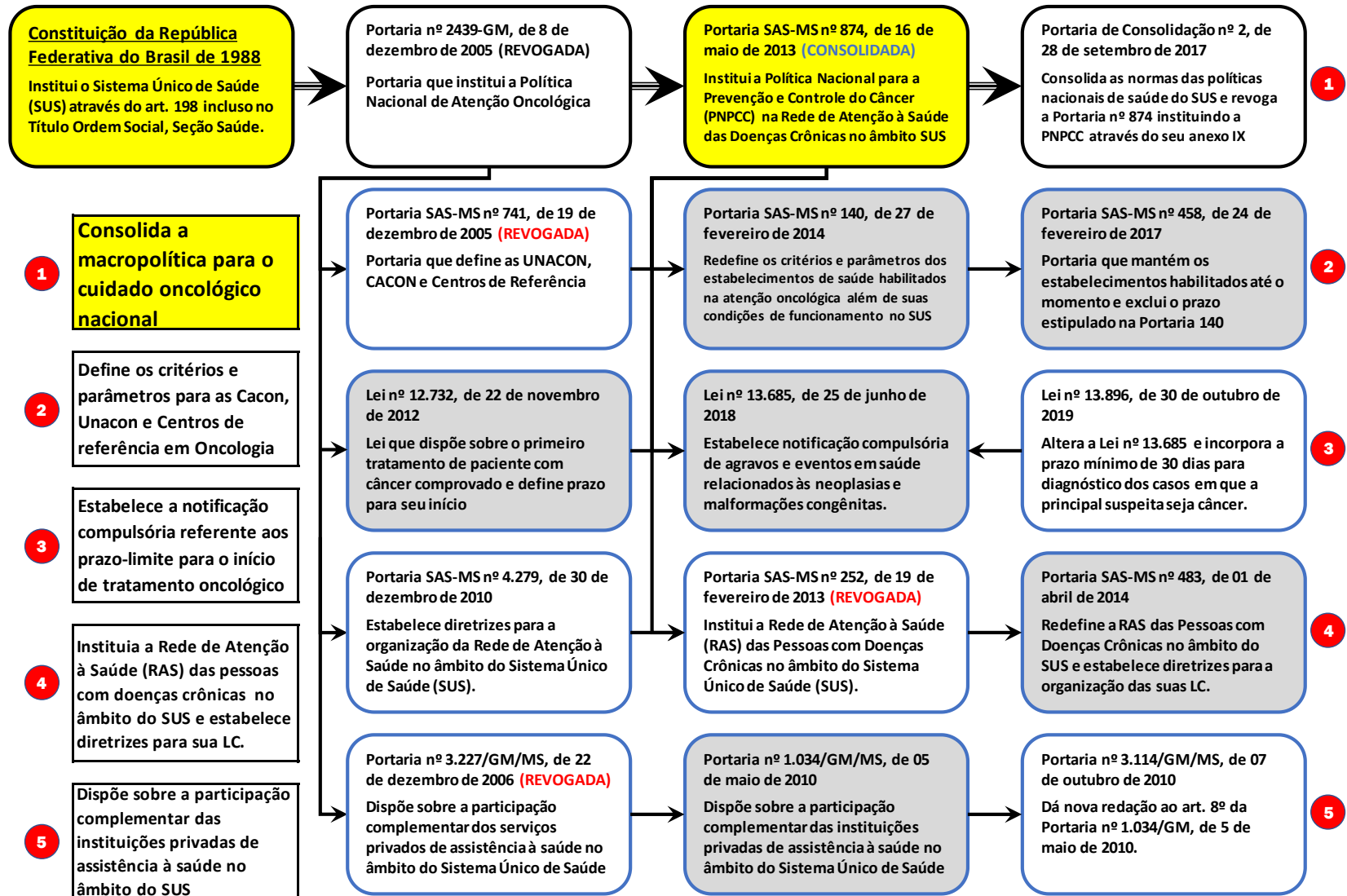
No artigo 30, é enfatizado que o planejamento regional deverá ser integrado e pactuado entre os gestores, a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), estipulando: (i) o território prioritário de atuação de cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON, (ii) a população de referência para cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON, (iii) os fluxos de referência e contrarreferência entre cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON, os hospitais gerais com cirurgia de câncer e os serviços de radioterapia que com ele conformam complexos hospitalares e os demais serviços locais de saúde e (iv) o plano de ação regional/estadual em oncologia.

No artigo 31 são estipulados os parâmetros mínimos de produção anual relacionados de cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON e UNACON conforme as seguintes modalidades de tratamento do câncer: 650 procedimentos cirúrgicos, 5.300 procedimentos de quimioterapia e 43.000 procedimentos de radioterapia (Cobaltoterapia, Acelerador Linear de Fótons e Acelerador Linear de Fótons e Elétrons) por equipamento instalado. Já o artigo 32 estipula os parâmetros mínimos para ampliação de oferta de procedimentos relacionados a consultas especializadas e exames diagnósticos e de seguimento, conforme as seguintes tipologias: (i) 500 consultas especializadas, (ii) 640 exames de ultrassonografia, (iii) 160 endoscopias; (iv) 240 colonoscopias e retossigmoidoscopias e (v) 200 exames de anatomia patológica.

Por fim, os artigos 33, 34 e 35 estipulam as boas práticas para o processo de avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados como CACON e UNACON a ser realizado pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e orientados por parâmetros (i) de produção ambulatorial e hospitalar, (ii) condições estruturais e (iii) indicadores de assistência, que são baseados na mediana do tempo entre a confirmação diagnóstica e início do tratamento oncológico (calculado através do SISCAN) e no número anual de casos novos de câncer registrados no RHC. Além disso, os três artigos orientam que devem ser observadas as disposições da Portaria nº 874/GM/MS, de 2013 (consolidadas atualmente no anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017). São as parametrizações presentes nos artigos deste capítulo que substanciam o padrão de referência para a análise dos indicadores de estrutura propostas neste estudo.

As demais legislações que orientam a organização do cuidado oncológico podem ser visualizadas de forma esquemática no Quadro 2.

Quadro 2 – Mapa temático com o suporte legal que orienta a atenção oncológica até o presente momento.



Fonte: O autor, 2020.

A classificação dos casos de câncer segundo o estadiamento é baseada na constatação de que existem diferentes taxas de sobrevida em função da restrição ou não da doença ao órgão de origem, ou seja, segundo o seu grau de disseminação. O estágio reflete, além da taxa de crescimento e extensão da doença, o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro. O estadiamento implica que tumores com a mesma classificação histopatológica e extensão apresentam evolução clínica, resposta terapêutica e prognóstico semelhantes.

A classificação das neoplasias malignas em grupos obedece a diferentes variáveis: localização, tamanho ou volume do tumor, invasão direta e linfática, existência de metástases, diagnóstico histopatológico, produção de substâncias, manifestações sistêmicas, duração dos sinais e sintomas, sexo e idade do paciente, etc. Diversos sistemas de estadiamento podem ser concebidos, tendo por base uma ou mais das variáveis mencionadas acima.

O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos (BRASIL, 2004). Esse sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente.

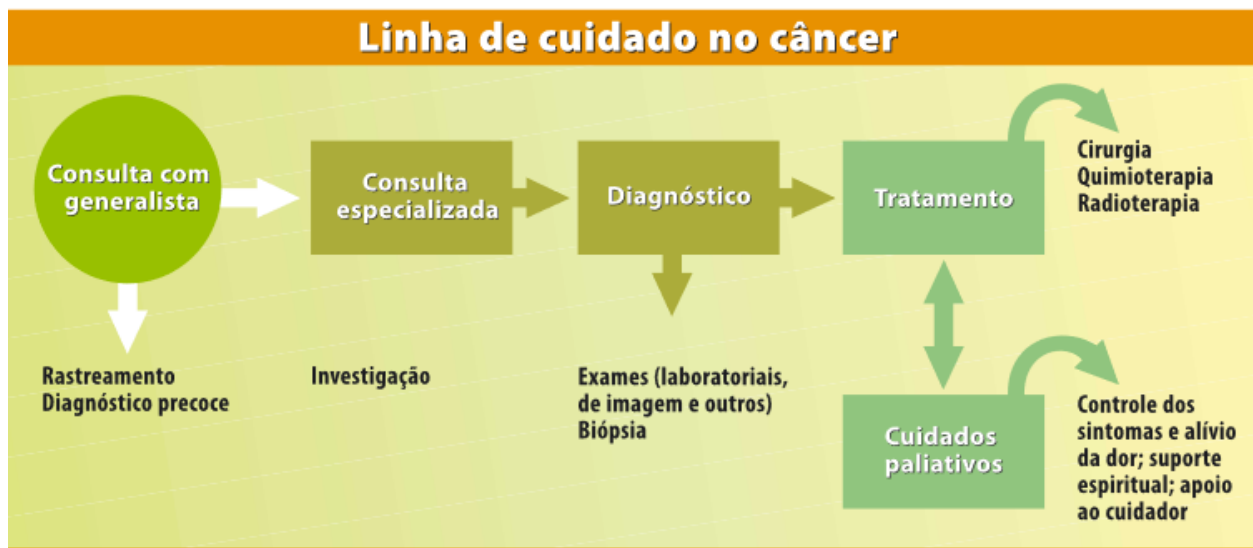
O agrupamento das classificações em categorias T, N e M em combinações pré-estabelecidas, que variam conforme o tipo de tumor gera uma tipologia de estádios, com categorias que geralmente variam de I a IV, que podem ser subclassificadas em estadiamento inicial ou avançado. Esta subclassificação considera os estádios 0 (in situ), I e II como iniciais e o III e IV como avançados.

O estadiamento pode ser clínico ou patológico. O estadiamento clínico é estabelecido a partir dos dados do exame físico e dos exames complementares pertinentes ao caso. O estadiamento patológico, mais preciso, porém nem sempre aplicável, baseia-se nos achados cirúrgicos e no exame anatomopatológico da peça operatória. A descoberta de tumores ainda em estágio inicial (estádios I e II) é, muitas das vezes, refletida em uma linha de cuidado bem estruturada e com cobertura adequada, além de promoção de melhor qualidade de vida do usuário do Sistema de Saúde e, por consequência, apresenta um melhor prognóstico de expectativa de vida após o diagnóstico da doença.

No documento da secretaria municipal do Rio de Janeiro (SMS-Rio, s/d), acrescido de uma atualização do Ministério Público Federal (MPF) e Defensoria Pública da União (DPU) (MPF, 2017), é apresentado de maneira resumida e didática a linha de cuidado do câncer e suas interseções entre a atenção básica, secundária, terciária e o sistema de regulação que gerencia a fila de espera dos usuários do sistema diagnosticados com câncer, onde a mesma está ilustrada na Figura 9, que apresenta o percurso do paciente com suspeita de câncer.

A Atenção Básica (AB) constitui a porta de entrada do usuário ao sistema, onde são realizadas as primeiras ações de promoção da saúde, prevenção do câncer, diagnóstico precoce nos casos suspeitos, apoio ao tratamento nos casos diagnosticados, seguimento dos doentes tratados e cuidados paliativos em última instância. Os doentes que recebem a confirmação diagnóstica na atenção secundária são encaminhados às unidades de atenção terciária para que sejam realizados os atendimentos especializados, procedimentos de alta complexidade, classificação do estadiamento, tratamento dos pacientes, que incluem as modalidades quimioterápicas, radioterápicas e cirúrgicas, e a coordenação dos cuidados paliativos dos doentes.

Figura 9 – Linha de cuidado no câncer



Fonte: INCA, [201-].

2.3 Avaliação de desempenho em saúde

O dicionário Aurélio conceitua o termo avaliação como o ato de determinar, conhecer, compreender, apreciar, prezar, reputar-se do valor de algo. A avaliação de desempenho em saúde é um tema relativamente novo quando comparado com a história dos estudos epidemiológicos, porém com um acervo teórico-metodológico expressivo. Hartz (2009) delimita o campo da avaliação em saúde ao âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes. Esse julgamento, ou juízo de valor, pode ser o resultado de uma avaliação normativa ou de uma pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Segundo esses autores há uma segmentação de “gerações” do tema avaliação em saúde dentro da ótica tanto do problema epidemiológico quanto do avaliador.

A quarta geração, segundo Hartz (2009), têm seu início técnico-científico após o lançamento do livro de Guba & Lincoln (1989). De acordo com estes autores, esta geração preconiza que, além da função de julgamento inerente ao papel de avaliador, o mesmo também exerce um papel inclusivo e participativo. Além disso, os autores apontam que a visão positivista de produção de conhecimento é enviesada por três problemas comuns às três gerações anteriores: (i) a avaliação era predominantemente uma simples ferramenta gerencial nas estratégias políticas, (ii) os julgamentos não tinham em conta o pluralismo de atores envolvidos, com diferentes valores e lógicas de regulação (técnica, política, democrática) dos sistemas de ação social e (iii) o privilégio de métodos quantitativos e das relações direta de causalidade, com desconsideração do contexto e outros elementos ‘não científicos’ na busca do conhecimento.

A quinta geração, contextualizada por Baron & Monnier (2003), combina o caráter inclusivo da geração anterior acrescido do caráter participativo da sociedade civil no processo de avaliação, aumentando assim o poder dos participantes, formando um círculo virtuoso de melhoria nas políticas públicas de saúde. Desse modo, o papel do pesquisador passa para um perfil mais voltado à pedagogia, mediação e tradução dos processos analíticos e resultados que ele busca avaliar. Vale ressaltar neste ponto, a interação conceitual desta geração com os princípios básicos de participação nas políticas públicas do Decreto n.º 99.438, de 7 de julho de 1990 (BRASIL, 1990b), que define as novas atribuições do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e

define sua composição com uma participação de 50% de usuários (sociedade civil) e os demais 50% divididos entre trabalhadores e prestadores de serviço de saúde.

Ainda no campo da saúde, Figueiredo e Hartz (2017) também destacam a avaliação de desempenho nos sistemas de saúde na qual o foco da análise desloca-se para os resultados e não somente para a realização das atividades, tendo-se claro os objetivos e metas que se deseja alcançar. Ferrinho et al, (2013) apontam, de modo geral, que a avaliação de desempenho possui um caráter complexo por valorizar a influência de diversos fatores (contextuais, políticos, sociais, etc) e reflexivo, por produzir discussões a respeito da implementação de determinada política. Este modelo vem sendo reforçado devido a um contexto de exigência de responsabilidade sanitária e de prestação de contas das políticas públicas e intervenções executadas na área. Figueiredo e Hartz (2017) definem avaliação de desempenho nos sistemas de saúde como: “*o grau que os sistemas de saúde alcançam metas de impacto, se adaptam e geram produtos de qualidade, mantendo ou criando novos valores de acordo com planos estabelecidos e indicadores relevantes*” (p. S22, 2017).

Nessa definição é citada a relevância de se utilizar indicadores, porém sem medi-los de forma descontextualizada. Ao mensurar o sucesso ou fracasso do sistema, é necessário agregar na análise outros elementos que colaborem para a explicação da situação analisada, tendo em vista também a implementação de um processo comprometido com a melhoria do sistema de saúde com resultados e ganhos em saúde. As mesmas autoras reforçam que avaliações dessa natureza colaboram para a escolha das intervenções mais apropriadas ao contexto que está sendo analisado, como também agregam elementos importantes para a melhoria das políticas de saúde. Complementam, sinalizando que a avaliação de desempenho “*deve ser vista como produtora de informação científica válida e socialmente aceita acerca do desempenho de uma intervenção e que permite a construção individual ou coletiva de um julgamento que pode se traduzir em ação*”. (FIGUEIREDO E HARTZ, 2017, p. S22). Segundo Francischini (2017), quanto menor o número de indicadores, mais focada será a atividade do gestor. Uma sugestão, baseada em estudos empíricos, é a de que um gestor, mesmo sendo ele o presidente de uma grande empresa, não deve monitorar muitos indicadores, sugerindo-se um total de cinco a nove, dependendo do nível hierárquico e/ou funcional do gestor. Isso significa que os indicadores de desempenho devem ser priorizados, uma vez que pelo próprio conceito de indicador-chave, devem ser

selecionados os mais importantes para a gestão da unidade de negócio, a qual pode ser uma empresa, diretoria, departamento, setor ou até mesmo cada colaborador.

Em paralelo a esta conceituação teórico-metodológica de avaliação em saúde, (DONABEDIAN, 1980a; DONABEDIAN, 1980b), discorre sobre a avaliação em saúde através do uso de indicadores de qualidade em saúde que, sucintamente, correspondem a critérios para a avaliação da qualidade dos serviços de assistência prestados a uma determinada população frente a um valor especificado (padrão) como aceitável. Além disso, Donabedian segmenta o cuidado em saúde em três componentes: estrutura, processo e resultados. O componente da estrutura está limitado aos recursos físicos, humanos e financeiros, assim como os mecanismos de refinanciamento destes recursos, necessários para a execução do serviço de saúde na qualidade esperada. O componente processo está atrelado às atividades inerentes aos profissionais de saúde e da população assistida. O componente resultado está relacionado às mudanças no estado de saúde da população assistida em função da estrutura disponibilizada e dos processos executados. Para esse autor (DONABEDIAN, 1990), o conceito de qualidade aplicada aos cuidados em saúde, como demonstra o Quadro 3, pode ser avaliado com base em sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Segundo MALLET (2005), a qualidade do cuidado em saúde é julgada de acordo com a sua conformidade às expectativas originadas de três fontes: a ciência, que determina a eficácia; os valores e expectativas individuais, que determinam a aceitabilidade; e os valores e expectativas sociais, que determinam a legitimidade do cuidado. Assim, a qualidade não pode ser avaliada exclusivamente em termos técnicos, já que as preferências dos indivíduos e da sociedade devem ser levadas em consideração. Estes conceitos serviram como suporte teórico-metodológico para novas formas de avaliação de desempenho em saúde ao longo destes anos.

Quadro 3 – Os sete pilares da qualidade

Os Sete Pilares da Qualidade de Donabedian

PILARES	Descrição
EFICÁCIA	É a capacidade da ciência e da arte do cuidado médico em oferecer o melhor sob as condições mais favoráveis. A estratégia mais eficaz de tratamento é o limite superior do que pode ser alcançado, o melhor que se pode fazer sob as condições mais favoráveis e controladas.
EFETIVIDADE	É a melhora alcançada, ou que se espera seja alcançada, em condições reais da prática diária em relação ao melhor cuidado verificado. Caracteriza-se pela razão entre a melhora real na saúde e a melhora ideal da saúde. Fórmula: Melhora real na saúde / Melhora ideal da saúde
EFICIÊNCIA	Definida como a capacidade de se obter o máximo de melhora na saúde com o menor custo. Se duas estratégias em saúde são igualmente eficazes ou efetivas, a mais barata é a mais eficiente. Fórmula: Melhora esperada na saúde com o cuidado a ser avaliado / Custo do cuidado
OTIMIZAÇÃO	Seria a busca constante pela situação mais vantajosa entre o benefício de uma melhoria na saúde e o custo para este atingimento. A curva da melhoria na saúde não é linearmente proporcional aos custos, o que significa dizer que o cuidado mais eficaz muito provavelmente não será o mais otimizado.
ACEITABILIDADE	A aceitabilidade se refere à adaptação do cuidado de saúde aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende, em grande parte, da avaliação subjetiva do paciente do que seja efetivo, eficiente e ótimo. Os pontos considerados neste pilar variam, mas podem ser condensados nestes cinco: acessibilidade, relação médico-paciente, comodidade do tratamento, preferência do paciente em relação à efetividade do tratamento e custo do cuidado.
LEGITIMIDADE	Existe um viés entre a percepção da qualidade do cuidado em saúde no nível da sociedade e do indivíduo. O que a sociedade considera cuidado ótimo varia, às vezes, de forma importante, da avaliação do que os indivíduos consideram ótimo. São os valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade do cuidado.
EQUIDADE	É o princípio que determina o que é justo na distribuição de cuidados e seu benefício entre os membros de uma população. No nível social a distribuição equitativa do cuidado em saúde é realizada de acordo com uma política social deliberada.

Fonte: Donabedian, 1990.

As décadas de 1980 e 1990 também foram marcadas pela ascensão gradual das políticas neoliberais em nível global, com impacto direto no campo da saúde através da redução de recursos financeiros para o financiamento da saúde. O resultado disso foi a necessidade de avaliação dos sistemas de serviço de saúde de modo a definir estratégias de reformulação dos sistemas de saúde para se adequarem a esta nova realidade.

Viacava, F. et al. (2004; 2012) propõem uma metodologia com vistas a: (i) compreender quais são e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS; (ii) melhorar a formulação de políticas e (iii) monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil. Para tal, um modelo de matriz foi desenvolvido com base nas propostas dos modelos canadense, australiano, inglês e da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) no formato de painel de controle (dashboard). Esse modelo (Quadro 4) agrega os conceitos já citados de Donabedian, além de outros autores na área de avaliação. Essa matriz conceitual foi revista por um grupo de especialistas da Fiocruz, tendo sido selecionados indicadores passíveis de cálculo, usando como principais critérios a validade e a viabilidade. Essa matriz é um dos marcos teórico-metodológicos a ser utilizado no presente estudo.

Quadro 4 – Matriz de dimensões de avaliação de desempenho do Sistema de Saúde

Contexto político, social, econômico e a conformação do Sistema de Saúde				
E q u i d a d e	Determinantes da saúde			
	Ambientais	Socioeconômicos e demográficos		Comportamentais e biológicos
	Fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravos à saúde	Características demográficas e socioeconômicas, contextuais e dos indivíduos, relacionadas com a produção de agravos à saúde		Atitudes, práticas, crenças, comportamentos, e fatores biológicos individuais, que condicionam, predis põem, influenciam a ocorrência de agravos à saúde
	Condições de saúde da população			
	Morbidade	Estado funcional	Bem-estar	Mortalidade
	Ocorrência de sintomas, doenças traumas e deficiências	Ocorrência de limitação ou restrição na realização de atividades cotidianas típicas (funcionalidade)	Qualidade de vida associada ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos	Padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população
	Sistema de Saúde			
	Estrutura do Sistema de Saúde			
	Condução	Financiamento		Recursos
	Capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das políticas	Montante de recursos financeiros e modos pelos quais são captados e alocados		Conjunto de pessoas, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do Sistema de Saúde
Desempenho do Sistema de Saúde				
Acesso	Aceitabilidade	Respeito ao direito das pessoas	Continuidade	
Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo	Grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população	Capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas	Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada	
Adequação	Segurança	Efetividade	Eficiência	
Grau com que os cuidados intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico-científico existente	Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais	Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados	

Nota: Equidade é o eixo que corta transversalmente todas as dimensões. Portanto, todas elas devem ser analisadas segundo essa perspectiva, utilizando as variáveis e indicadores mais apropriados a cada uma delas.

Fonte: Viacava, 2012.

3 JUSTIFICATIVA

O acompanhamento da eficiência e efetividade dos serviços de saúde é de extrema importância para um Sistema de Saúde Público nacional. Notadamente na realidade brasileira, onde os princípios norteadores estão pautados legalmente na universalidade, integralidade e equidade, isto fica mais significativo, tendo em vista a histórica disputa acirrada pelos recursos destinados à saúde, desde a origem de seu financiamento.

Apesar de amplamente discutido de forma epidemiológica, a quantidade de estudos voltados para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde oncológicos não acompanha a mesma predominância de debates sobre o tema, promovendo assim uma desigualdade entre a formulação de boas práticas e o seu efetivo controle para melhoria contínua do sistema. Com o objetivo de atrair atenção para o tema, o trabalho aborda as métricas contemporâneas adotadas por instituições-referência, ao mesmo tempo em que sugere alterações legais aplicáveis de forma realista a este problema sanitário.

Conforme declarado no seu portal, o Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) tem como objetivo contribuir para o monitoramento e avaliação do sistema de saúde brasileiro, produzindo subsídios para o planejamento de políticas, programas e ações de saúde para gestores de todas as esferas administrativas e disseminando informações sobre o desempenho do SUS nos seus distintos âmbitos. Acredito que o presente trabalho trará subsídios para a estruturação de indicadores voltados para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde de atenção oncológica, com vistas a ser adotado neste Projeto, e que podem vir a contribuir na área de Planejamento e Gestão, dentro do campo da Saúde.

4 OBJETIVOS

O presente estudo propõe um rol de indicadores a serem acompanhados pelo PROADESS, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ).

4.1 Objetivo geral

Avaliar por meio de um conjunto de indicadores, orientado por sua linha de cuidado e Políticas Públicas nacionais, o desempenho dos serviços de saúde de atenção oncológica em 2013.

4.2 Objetivos específicos

- ⇒ Identificar, através de pesquisa exploratória, as bases de dados disponíveis de forma aberta que contemplem a temática do câncer no Brasil;

- ⇒ Selecionar um conjunto de indicadores que possibilitem avaliar o desempenho dos serviços de cuidado oncológico no Brasil.

5 METODOLOGIA

Este estudo é de caráter quantitativo e está pautado no caráter exploratório e na análise estatística descritiva dos seus dados, baseado nos arcabouços da linha de cuidado oncológica. O uso de indicadores como metodologia de acompanhamento e controle de processos e resultados de trabalho é uma prática adotada de forma usual pela área de gestão, dentro do campo de saberes da Administração. (PAIM; TEIXEIRA, 2006) observa que na área de Planejamento e Gestão, dentro do campo da Saúde, houve uma multiplicação de estudos e propostas relacionados à área de informação gerencial e comunicação em saúde. Estes mesmos estudos apontam para a centralidade do sujeito nas práticas, isto é, dos gestores e trabalhadores de saúde, além da própria população representada pelos conselhos de saúde. Seguindo esta lógica, dentro do conceito teórico-metodológico da avaliação de desempenho em saúde, o presente trabalho visa propor uma metodologia, baseada em indicadores, voltada para esta finalidade. Neste sentido, o percurso metodológico consistiu em quatro frentes de trabalho que serão detalhadas em itens individualizados em subcapítulo único.

5.1 Detalhamento da parte quantitativa

Como citado anteriormente, a abordagem quantitativa foi dividida em quatro etapas. A primeira etapa consistiu em um levantamento em sítios de organismos nacionais e internacionais para identificação de artigos, documentos e sítios na internet com o intuito de selecionar um conjunto de indicadores relacionados à linha de cuidados oncológicos que são utilizados para acompanhar e avaliar as Políticas Públicas relacionadas ao Câncer em outras nações. Dentro desta lógica, foi possível montar uma relação de comparabilidade entre a forma como estes países desenvolvem abordagens para o cuidado com o câncer e correlacioná-las com o acompanhamento realizado na realidade brasileira.

Na segunda etapa procedeu-se a uma leitura crítica da PNPCC e da lei 12.732/2012, ambas consolidadas no anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). Por se tratar de uma política pública, que define os princípios, diretrizes e as responsabilidades do Estado, a referida leitura buscou identificar possíveis indicadores que representassem as ações políticas propostas na portaria e que fossem passíveis de serem

calculados, utilizando-se bases de dados secundárias disponíveis para acesso aberto. Este painel de indicadores proposto foi baseado na matriz do Proadess, disponível no sítio eletrônico <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>, e tinha como objetivo possibilitar o acompanhamento e avaliação das dimensões de Desempenho e Estrutura. Vale destacar neste ponto que, apesar de desejável, nem todas as fontes de informação secundárias e abertas apresentam dados que possibilitam a criação dos melhores indicadores para o monitoramento do quadro de cuidado oncológico brasileiro.

A terceira etapa abordou os critérios adotados para a seleção dos indicadores acompanhados neste estudo. Detalhando neste processo os conceitos para a exclusão ou consolidação de determinado rol de indicadores.

A quarta etapa consistiu na discussão e escolha das bases de dados para posterior análise estatística descritiva dos indicadores selecionados na etapa anterior. Dentre os critérios estabelecidos temos que: as fontes devem ser secundárias, de natureza aberta e com atualização frequente.

5.1.1 Primeira etapa: Bases de referência sobre indicadores de câncer em outras nações

A proposta inicial era realizar uma pesquisa bibliográfica para identificação de artigos, documentos e sítios na internet com o intuito de selecionar um conjunto de indicadores relacionados à atenção oncológica orientado pelas políticas públicas de seus respectivos países. Dentro desta lógica, seria possível comparar as abordagens para o cuidado com o câncer realizadas e em outros países e correlacioná-las com o que é realizado no Brasil. Esse recorte deste estudo buscava não somente identificar os indicadores voltados ao acompanhamento sanitário deste agravo, como também delimitar métricas que avaliem os nós acessórios e interdependentes do acompanhamento destes casos.

Em decorrência de limitações temporais, por sugestão de profissionais da Divisão de Pesquisa Populacional do INCA, optou-se por uma pesquisa documental nas bases de referências listadas por estes especialistas. Nessa pesquisa foram selecionados a princípio uma agência governamental, uma agência independente e um programa de controle de câncer de Sistemas de Saúde Nacional para a pesquisa de indicadores para o controle oncológico. As instituições e programas selecionados foram: (i) a agência governamental norte-americana *Agency for*

Healthcare Research and Quality (AHRQ), (ii) a agência britânica não governamental *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e (iii) o *National Cancer Control Programme* (NCCP) do Sistema de Saúde irlandês - Ireland's Health Service (HSE). Além da sugestão inicial citada por estes especialistas, seguiu-se com a pesquisa dos indicadores adotados pela OCDE, organização cujo Brasil encontra-se como país integrante atualmente com vistas à futura inserção como país-membro. Adicionalmente, foram pesquisados países com Sistemas de Saúde assemelhados ao modelo brasileiro, mais especificamente os sistemas canadense e australiano.

5.1.2 Segunda etapa: Indicadores em função da responsabilidade legal

De acordo com (MINAYO, 2012; MINAYO, 2002), a análise qualitativa da PNPCC (Portaria 874/2013) serviu como orientadora para a formulação de indicadores que retratem a realidade sanitária brasileira. O intuito dessa avaliação inicial foi delimitar os trechos da portaria que apresentassem relação direta com a dimensão de estrutura em saúde da análise de desempenho e, por conseguinte, com a linha de cuidados oncológicos. A Portaria 874/2013 está subdividida em seis capítulos, dentre os quais, três se enquadram na delimitação acima citada: Capítulo I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS, Capítulo II - DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES e Capítulo IV - DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO.

Buscou-se identificar dentro destes capítulos, quais os artigos, parágrafos e alíneas que poderiam exemplificar objetivamente, na forma de indicador, uma métrica de acompanhamento de análise de desempenhos. A primeira forma de categorização consistiu em utilizar os próprios Princípios e Diretrizes constantes no capítulo II da Portaria 874/2013, adicionados de um campo informativo destacando o artigo ao qual se refere o indicador, como parâmetro de classificação dos futuros indicadores. Os Princípios e Diretrizes constantes na portaria são: I - princípios gerais; II - princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; III - princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer; IV - princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; V - princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; VI - princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; VII - princípios e diretrizes relacionados à educação; e VIII - princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde. Destes oito princípios, em função da restrição da obtenção de dados abertos oriundos de fontes

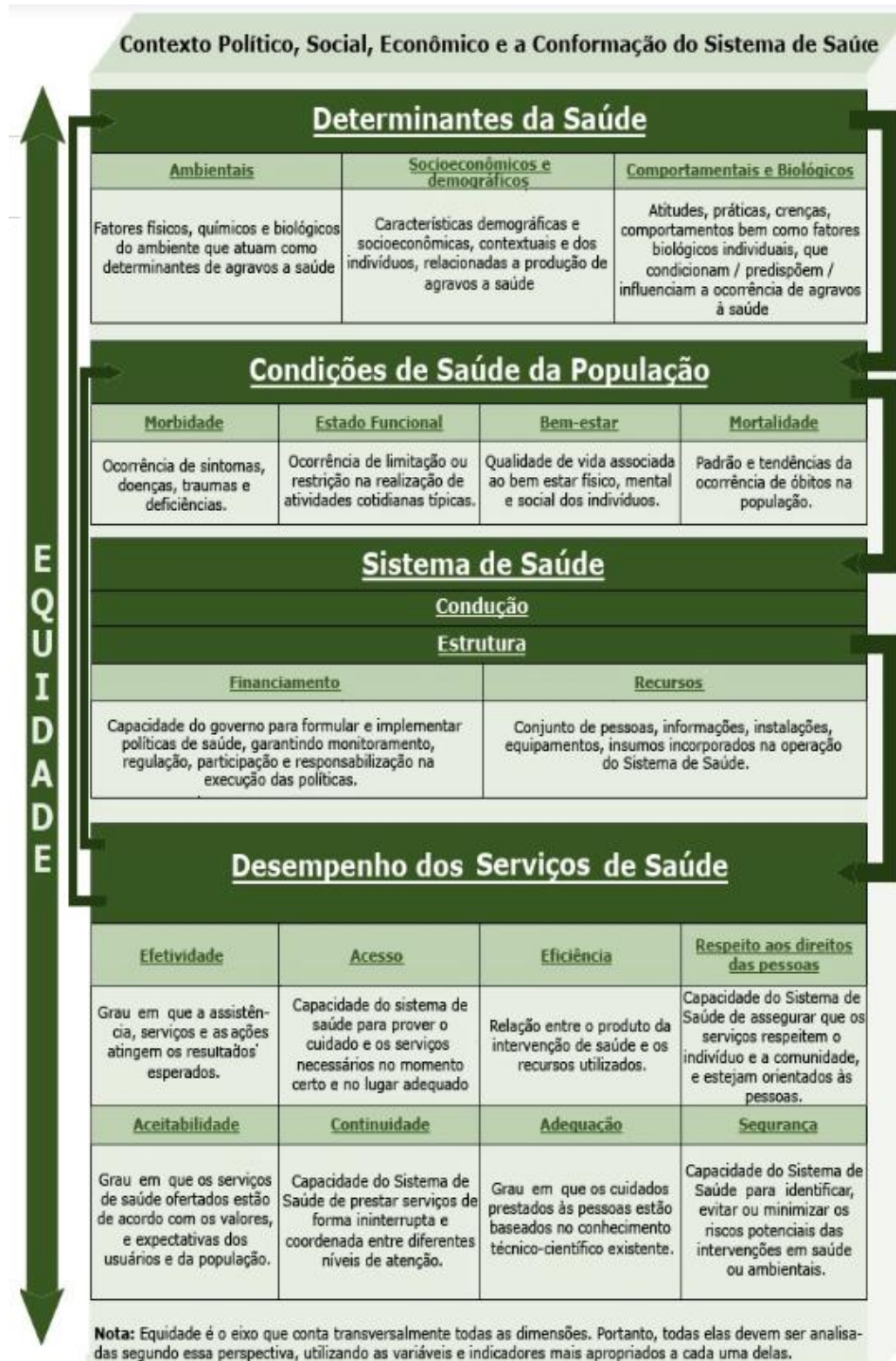
secundárias gratuitas e disponíveis, foram utilizados apenas quatro na classificação dos indicadores propostos (itens I, III, IV e VIII).

A segunda forma de categorização baseou-se na matriz do Proadess que orientou a classificação dos indicadores segundo as sub-dimensões de avaliação de desempenho da matriz conceitual (Figura 10). A caracterização das condições de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida conformam os determinantes distais do problema oncológico e a sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbimortalidade, que expressa as necessidades de saúde, tem como objetivo orientar a estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos) que, por sua vez, condiciona as possibilidades de um melhor ou pior desempenho dos serviços de saúde. A estrutura de cada indicador proposto foi definida segundo o esquema abaixo, onde é descrita sua ficha conforme modelo do Proadess também observado na Figura 11.

⇒ Indicador proposto

- **Princípios:** Gerais
- **Portaria:** Art. 5º - II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo;
- **Dimensão Macro:** Sistemas de Saúde
- **Dimensão:** Estrutura
- **Subdimensão:** Recursos
- **Nome do indicador:** Acesso a estabelecimento-referência
- **Método de Cálculo:** N° de estabelecimentos registrados na data-base
- **Padrão de referência:** População domiciliada / 500.000
- **Fonte:** CNES

Figura 10 – Matriz Conceitual do Proadess



Fonte: Proadess, Sítio eletrônico.

Figura 11 – Ficha de indicador do Proadess (exemplo)

Equipamentos de ressonância magnética	
Definição:	Número de equipamentos de ressonância magnética em uso, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Interpretação:	1 - Indica a relação entre a oferta de equipamentos de ressonância magnética e a população residente na mesma área geográfica. 2 - Permite identificar a concentração de equipamentos de ressonância magnética em uso, segundo a área geográfica.
Método de Cálculo:	Numerador: número total de equipamentos de ressonância magnética em uso (em serviços públicos ou privados) X 100.000. Denominador: população total residente.
Fonte dos Dados:	CNES.
Valor de Referência:	Segundo o documento Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, publicado pela Portaria nº 1.631, de 1º. de outubro de 2015, os parâmetros devem ser definidos de acordo com a indicação de uso e capacidade de produção, considerada em relação ao horário de funcionamento dos serviços e o número de dias disponíveis para o uso. A alocação de equipamentos de diagnose também deve levar em consideração a acessibilidade. Considera-se a produtividade do equipamento de ressonância magnética de realização de 5.000 exames/ano, sendo estimada a necessidade de 3.000 exames/1.000 hab./ano.
Periodicidade da fonte de dados:	Mensal, a partir de 2005.
Atualização do indicador:	Anual, considerando a competência de julho.
Período Coberto:	2005-2017
Abrangência Geográfica:	Brasil, Grandes Regiões e UFs.
Dimensão(ões) :	Recursos físicos.
Bibliografia :	1 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf . 2 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º. de outubro de 2015. 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002.
Limitações:	1 - No CNES, os dados sobre equipamentos vêm dos estabelecimentos cadastrados incluindo setor público e privado, a partir de agosto de 2007. 2 - O uso dos equipamentos de diagnose por pessoas não residentes altera a relação de proporcionalidade com a população residente.
Observações:	

GERAR TABELA	
Tipo de financiamento:	<input type="text" value="Total"/>
Abrangência Geográfica:	<input type="text" value="Selecione"/>
<input type="button" value="OK..."/>	



Fonte: Proadess, Sítio eletrônico.

5.1.3 Terceira etapa: Seleção da proposta de indicadores de análise de desempenho

A escolha dos indicadores que nortearam a proposta de análise de desempenho da linha de cuidado oncológica levou em consideração os indicadores observados nas pesquisas às bases de referência e legislações pertinentes, a classificação do indicador segundo a linha de cuidado do agravo e a adoção de três critérios restritivos: epidemiológico, responsabilidade estatal legalmente constituída e limitação de informação padronizada, tendo em vista que o estudo é pautado na necessidade de fontes de dados de abrangência nacional, acessíveis, gratuitas e de atualização frequente.

A etapa de classificação do indicador segundo a linha de cuidado do câncer gerou uma primeira agregação dos mesmos, onde foram observados tanto indicadores que serviam para avaliar o desempenho da linha de cuidado dos pacientes oncológicos: prevenção, detecção precoce e diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos, sobrevida (no entendimento que este é um indicador da eficácia do tratamento) quanto indicadores orientados à identificação de outras dimensões da doença: incidência, mortalidade, ensino e pesquisa, *benchmarking* e redução de iniquidade clínica.

O critério epidemiológico tomou como base os indicadores adotados para a avaliação do serviço de saúde oncológico pelas agências governamentais e não governamentais que são referência em relação ao tema. Mais especificamente podemos citar os trabalhos das seguintes instituições e agências: (i) Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC) - agência especializada em câncer da OMS, estabelecida pela resolução WHA18.44 na 18ª Assembleia Mundial da Saúde, em 20 de maio de 1965 (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1965); (ii) Rede Interagencial de Informações para a saúde (RIPSA) - estabelecida em 11 de dezembro de 1996 através da Portaria nº 2.390 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) que, por meio dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) auxilia na compreensão, monitoramento e controle do estado de saúde da população nacional; (iii) INCA - instituto que, desde sua criação em 1937, atua há mais de 80 anos com protagonismo nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e vigilância do câncer, todos desenvolvidos no âmbito da saúde pública.

O critério da responsabilidade estatal está diretamente relacionado ao arcabouço legal que norteia os deveres do Estado enquanto formulador de Políticas Públicas e provedor do serviço de assistência à saúde, em seu significado mais amplo, para o cidadão brasileiro e estrangeiro.

Apesar de amplamente discutido e amparado legalmente, as portarias e leis que regem exclusivamente esta linha de cuidado, excetuando alguns direcionamentos pontuais, carecem de diretrizes mais específicas em prol de um julgamento mais objetivo em relação à avaliação de desempenho da esfera governamental nos cuidados com o controle e prevenção do câncer no território nacional. Após uma análise preliminar do conteúdo deste material, tornou-se possível extrair a informação de alguns indicadores com parâmetros absolutos de avaliação. Miranda e Azevedo (2000) conceituam os indicadores absolutos como os que compreendem as medidas absolutas. Podemos citar o lucro obtido por uma empresa no decorrer de um ano ou o número de vendas de determinado produto como exemplos clássicos. Trazendo para a realidade do estudo temos o início de tratamento em tempo inferior a 60 dias após o diagnóstico de neoplasia maligna constante na Lei 12.732/2012 e o fornecimento de exames diagnósticos em até 30 dias para os casos onde a suspeita de câncer é a principal hipótese. Do mesmo modo, os parâmetros para o planejamento e avaliação de estabelecimentos de saúde habilitados como CACON e UNACON constantes no capítulo IV da Portaria SAS-MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 também foram empregados para identificação e seleção de indicadores.

Por último, utilizou-se o critério da limitação da informação padronizada nos SIS de abrangência nacional, acessível, gratuita e de atualização frequente. Esta etapa do trabalho teve por objetivo restringir os indicadores propostos de modo que sejam viáveis e replicáveis para outros períodos e situações de análise. Seguindo os critérios acima, concomitante com entrevista informal em visitas prévias aos setores onde são registradas as informações dos pacientes acometidos com neoplasia, foi possível elencar fontes de dados disponibilizadas no sítio do DATASUS, em bases de dados dos registros de câncer que, com algumas ressalvas, proporcionam um aspecto longitudinal a alguns pontos da pesquisa, e demais bases de dados acessórias como a do IBGE, por exemplo.

5.1.4 Quarta etapa: Discussão das bases de dados disponíveis

Os estudos epidemiológicos de escopo nacional e de acompanhamentos de resultado na área da saúde pública brasileira geralmente utilizam os diversos SIS do Ministério da Saúde, que disponibiliza as suas bases de dados por meio da página do DATASUS e do Ministério do Planejamento, através do banco de dados do IBGE. Em geral são utilizados o Cadastro Nacional

de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os sistemas de dados vitais Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) aliados aos sistemas administrativos Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH) e o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA). Dentre os sistemas de informação de abrangência nacional, mas específicos para o cuidado ao paciente com neoplasia, está o módulo de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) no SIA, instituída em 1996. Por meio da APAC é possível a identificação dos usuários que realizam procedimentos de alto custo ou alta complexidade que exijam autorização. Instituída inicialmente para faturamento dos procedimentos relacionados à terapia renal substitutiva, posteriormente a APAC passou a ser também utilizada para quimioterapia, radioterapia, dispensação de medicamentos excepcionais e acompanhamento pós cirurgia bariátrica (BRASIL, 2015).

A utilização de bases de dados abertas e de fácil acesso para a elaboração deste estudo têm algumas vantagens, dentre as quais está a replicabilidade desse estudo em diferentes períodos ou a inclusão de outros indicadores dentro de uma mesma metodologia de obtenção de dados. Isto facilita o acompanhamento do cuidado oncológico através de uma métrica padronizada. A existência de estudos específicos sobre os problemas de subnotificação e qualidade dos diversos bancos de dados, ao longo dos anos (LIMA, 2009), possibilita que se conheçam as limitações esperadas ao longo do processo, ao mesmo tempo em que se promove discussões de melhorias da fonte ao fim do trabalho.

É importante destacar dois aspectos importantes das bases de dados que restringem a análise da linha de cuidado oncológica. O primeiro é a ausência de campos/variáveis que possibilitem a caracterização do cuidado do paciente ao longo do tempo, ou seja, o aspecto longitudinal. O segundo é a ausência ou preenchimento precário de determinados campos nas bases de dados para a avaliação de agravos específicos nos sistemas geridos pelo DATASUS. O estadiamento no momento do diagnóstico e o tempo entre o diagnóstico da doença e o início do tratamento, por exemplo, são informações essenciais para a estimativa de sobrevida e evolução da doença. Essas fragilidades acabam por promover a criação de bases epidemiológicas auxiliares específicas para estudos deste tipo. O Sistema de Informações do Câncer da Mulher (SISCAM), que nos últimos anos vêm unificando as informações constantes no Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e no Sistema de Informação do câncer de

mama (SISMAMA), responsáveis pelo cadastro e acompanhamento de pacientes acometidos com câncer de colo de útero e de mama, respectivamente, são exemplos disso.

Dadas estas limitações, foram solicitadas ao INCA algumas informações via portal da transparência através do pedido protocolado nº 25820.004743/2018-63 com o intuito de obter dados que possibilitassem criar um modelo analítico para o acompanhamento do cuidado oncológico. A partir dessa avaliação preliminar, identificou-se a possibilidade de utilizar, além das informações constantes nos bancos de dados do DATASUS previamente citados, as bases de dados do RCBP e do RHC como fonte principal de informação para subsidiar o trabalho até este momento.

A Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) do INCA é o setor responsável pela manutenção das bases de dados do RHC e do RCBP, em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), através da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT), que apoiam o aprimoramento dos registros de câncer no Brasil, com atividades voltadas para a formação de registradores, a produção de material didático específico, o desenvolvimento de facilidades operacionais, o intercâmbio técnico-científico nacional e internacional, assim como a publicação e divulgação das informações produzidas.

O RHC foi criado em 1983 com o objetivo de consolidar informações que permitam conhecer o perfil do paciente com neoplasia maligna que procura as instituições oncológicas, sua condição no momento da primeira consulta e os recursos utilizados para o seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento (RHC, 2012). A Ficha de Registro de Tumor (Anexo I), do Registro Hospitalar de Câncer – RHC, é utilizada no processo de coleta de informações a partir do prontuário médico – como documentação do sumário do caso – e também como documento de entrada de dados no processo de alimentação dos bancos informatizados de dados do SisRHC. Essa ficha tem seu conteúdo definido a partir das necessidades de informações dos Hospitais com Registro Hospitalar de Câncer e segue as orientações de padronização sugerida pela OMS por meio da IARC e da Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR), validadas em reuniões de consenso coordenadas pelo INCA. Esta ficha de registro apresenta itens de preenchimento obrigatórios, acordados em reunião para os casos novos, inicialmente, de 2010 a 2014, itens opcionais e itens complementares (INCA, 2010). Os itens obrigatórios desta ficha podem ser subdivididos seguindo o agrupamento identificado no próprio manual de planejamento e gestão do RHC conforme listados no anexo. Resumidamente, os RHC são centros de coleta,

armazenamento, processamento e análise sistematizada e contínua de informações sobre pacientes atendidos em uma unidade hospitalar com diagnóstico confirmado de câncer. Os estudos baseados nos dados dos RHC são utilizados majoritariamente via Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SISRHC) e IntegradorRHC.

O cadastro dos casos diagnosticados nos RHCs é classificado segundo duas categorias distintas: casos analíticos e casos não analíticos, em função do estadiamento clínico da doença e do estado geral de saúde do paciente no momento do seu ingresso no hospital, do tipo de abordagem que é feita ao caso no hospital e, quando se aplicar, das intervenções previamente realizadas em outros hospitais. O objetivo de classificar os casos de câncer em analíticos e não analíticos é não perder aqueles casos que, mesmo não constituindo interesse prioritário do RHC, são atendidos no hospital e consomem recursos dos serviços de saúde. Aos casos analíticos serão dedicados maiores recursos, incluindo o seguimento dos mesmos ao longo dos próximos anos e na realização de análises específicas e detalhadas das informações correspondentes a esse conjunto de pacientes. O somatório desses dois conjuntos de informações (casos analíticos e não analíticos) permite conhecer o perfil do paciente com neoplasia maligna que procura a instituição, sua condição de chegada e os recursos utilizados para diagnóstico, tratamento e acompanhamento (INCA, 2010).

Cabe ressaltar que a classificação da topografia primária presente na base de dados do RHC respeita a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – 3ª Versão (CID-O3). Segundo o manual da CID-O3 (OMS, 2005), existem diferenças básicas entre as estruturas da CID-O3 e da Classificação Internacional e Estatística das Doenças, Lesões e Causas de Morte – 10ª Versão (CID-10). O Capítulo II (Neoplasias) da CID-10 é basicamente um código topográfico que considera o comportamento biológico das neoplasias (maligna, benigna, in situ, ou de comportamento incerto), por meio da utilização de escala de códigos para identificar cada um desses tipos de comportamento. A CID-O3 tem um conjunto de quatro dígitos para codificar a topografia, baseada na seção de neoplasias malignas da CID-10 e o código de comportamento, incorporado ao campo da morfologia, que identifica se a neoplasia é benigna, maligna etc. Tomemos como exemplo o caso de uma neoplasia de pulmão para ilustrar a explicação acima. Na CID-10, teríamos a codificação C34.9, C78.0, D02.2, D14.3 e D38.1 pra cânceres de pulmão com comportamento maligno, metastático, in situ, benigno ou incerto, respectivamente. Já na classificação CID-O3, todas as codificações de topografia são C34.9, o que varia no caso é o

código de comportamento do tumor que vem seguido da morfologia do mesmo. A Tabela 4 abaixo exemplifica o caso acima de maneira mais lúdica.

Tabela 4 – Exemplo de diferenciação de classificação entre a CID-O3 e a CID-10

Termos	CID10	Classificação CID-O3		
	Categoria	Topografia	Histologia	Comportamento
Neoplasia benigna do pulmão (ex.: adenoma)	D14.3	C34.9	M-8140	/0
Neoplasia de pulmão de comportamento incerto (ex.: carcinóide de comportamento incerto)	D38.1	C34.9	M-8240	/1
Neoplasia in situ do pulmão (ex.: carcinoma escamoso in situ)	D02.2	C34.9	M-8070	/2
Neoplasia maligna do pulmão (ex. carcinoma)	C34.9	C34.9	M-8010	/3
Neoplasia metastática do pulmão (ex.: metástase de seminoma do testículo)	C78.0	C34.9	M-9061	/6

Fonte: OMS, 2005.

O SISRHC é um programa desenvolvido no INCA, com dados fornecidos pelas unidades que utilizam RHC no processamento eletrônico de dados. O Estado de São Paulo é uma particularidade a esta regra, pois a coordenação, reestruturação e processamento dos RHC deste estado ficam sob a responsabilidade da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) segundo a Resolução SS-15, de 27 de janeiro de 2000 (São Paulo, 2000). O SISRHC apresenta duas características importantes para a utilização em larga escala deste sistema, a entrada de dados, de fácil operacionalização, com críticas internas para validação e consistência dos dados e a possibilidade de saída de relatórios padronizados para a divulgação dos resultados e controle operacional interno do RHC. O IntegradorRHC é um sistema web, desenvolvido e implantado em 2007 pelo INCA, para consolidação e divulgação de dados hospitalares provenientes dos RHC do Brasil (INCA, 2011). O acesso aos dados consolidados pode ser feito de forma aberta através do sítio <<https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>>. Neste ambiente o pesquisador pode acessar livremente as informações (cujos campos disponíveis estão detalhados no anexo III) referentes ao banco de dados do período de análise assim como gerar relatórios.

Antes de adentrarmos na questão dos indicadores em si, precisamos avaliar as bases de dados que serão utilizadas na análise. A Figura 12 e a Figura 13 abaixo apresentam o esquema conceitual para a escolha dos registros que são utilizados na confecção dos indicadores baseados

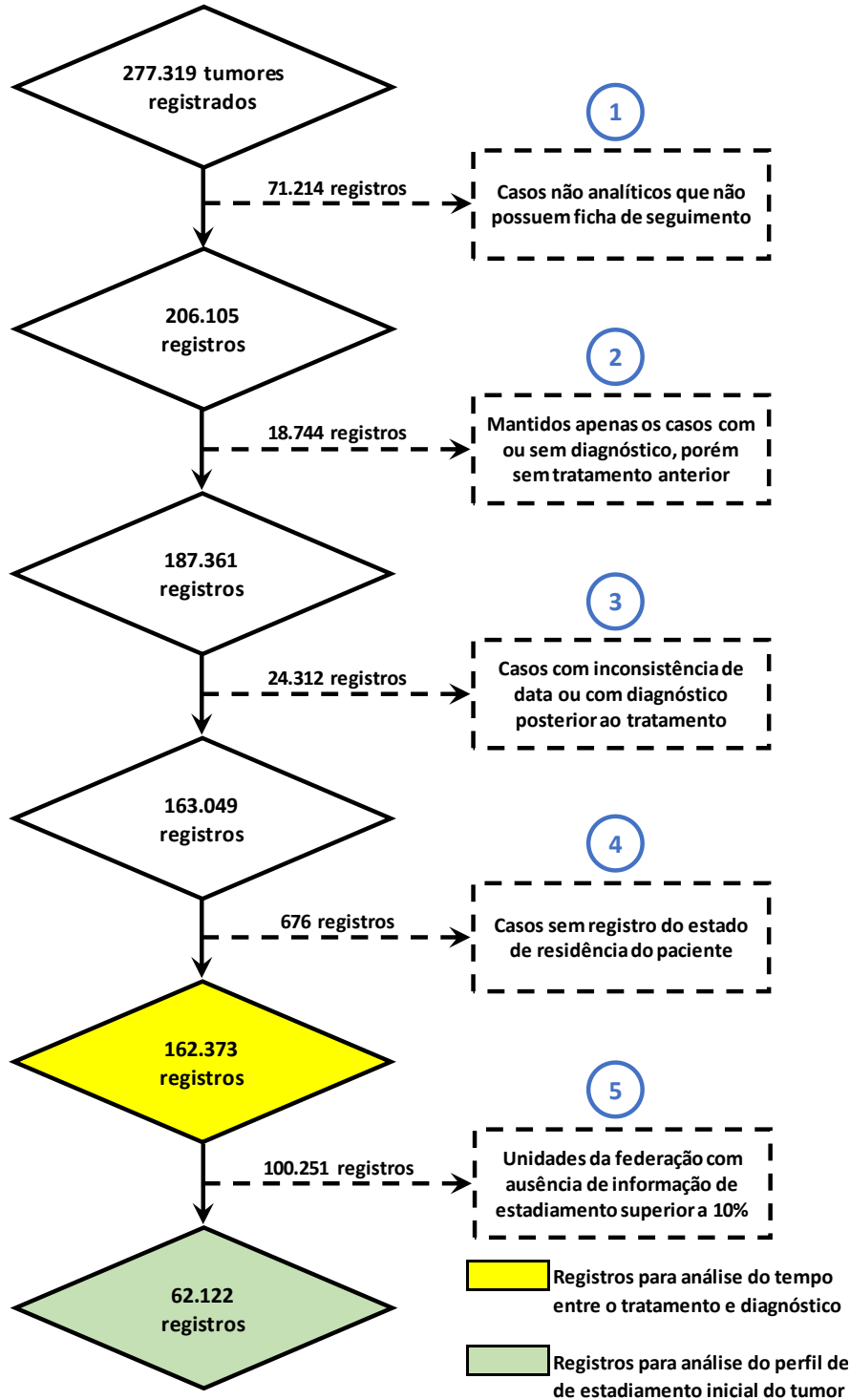
na base do RHC do ano de 2013 com data-base de 31 de maio de 2019. Para os indicadores de Percentual de pacientes tratados dentro do prazo e Estadiamento no momento do diagnóstico (Figura 12), a exclusão dos registros adota nos seguintes critérios: (1) casos não analíticos, que não possuem ficha de seguimento, (2) casos com tratamento oncológico anterior ou sem informação (3) casos com inconsistência de data ou com diagnóstico posterior ao tratamento, (4) casos sem identificação de estado de residência do paciente e, especificamente, para a análise do indicador de Estadiamento no momento do diagnóstico, (5) casos onde as unidades da federação tenham ausência de informação de estadiamento superiores a 15%¹.

Para os indicadores de Percentual de pacientes tratados dentro do prazo (oriundos e tratados no mesmo estabelecimento) e Percentual de pacientes com exames de diagnóstico dentro do prazo (Figura 13), a exclusão dos registros está pautada nos seguintes critérios: (1) casos não analíticos, que não possuem ficha de seguimento, (2) casos com tratamento oncológico anterior ou sem informação e casos com diagnóstico anterior (3) casos com inconsistência de data ou com diagnóstico posterior ao tratamento, (4) casos sem identificação de estado de residência do paciente e, especificamente para a análise do indicador de Percentual de pacientes com exames de diagnóstico dentro do prazo, (5) reinclusão dos casos com tratamento posterior ao diagnóstico.

¹ Originalmente este corte foi estruturado para 10%, conforme orientação do manual de planejamento e gestão do RHC (INCA, 2010). Porém, para efeito de ampliação das Unidades da Federação contempladas para análise, este critério foi expandido para 15% neste estudo.

Figura 12 – Esquema para a obtenção dos registros para a base de análise do RHC (01/02)

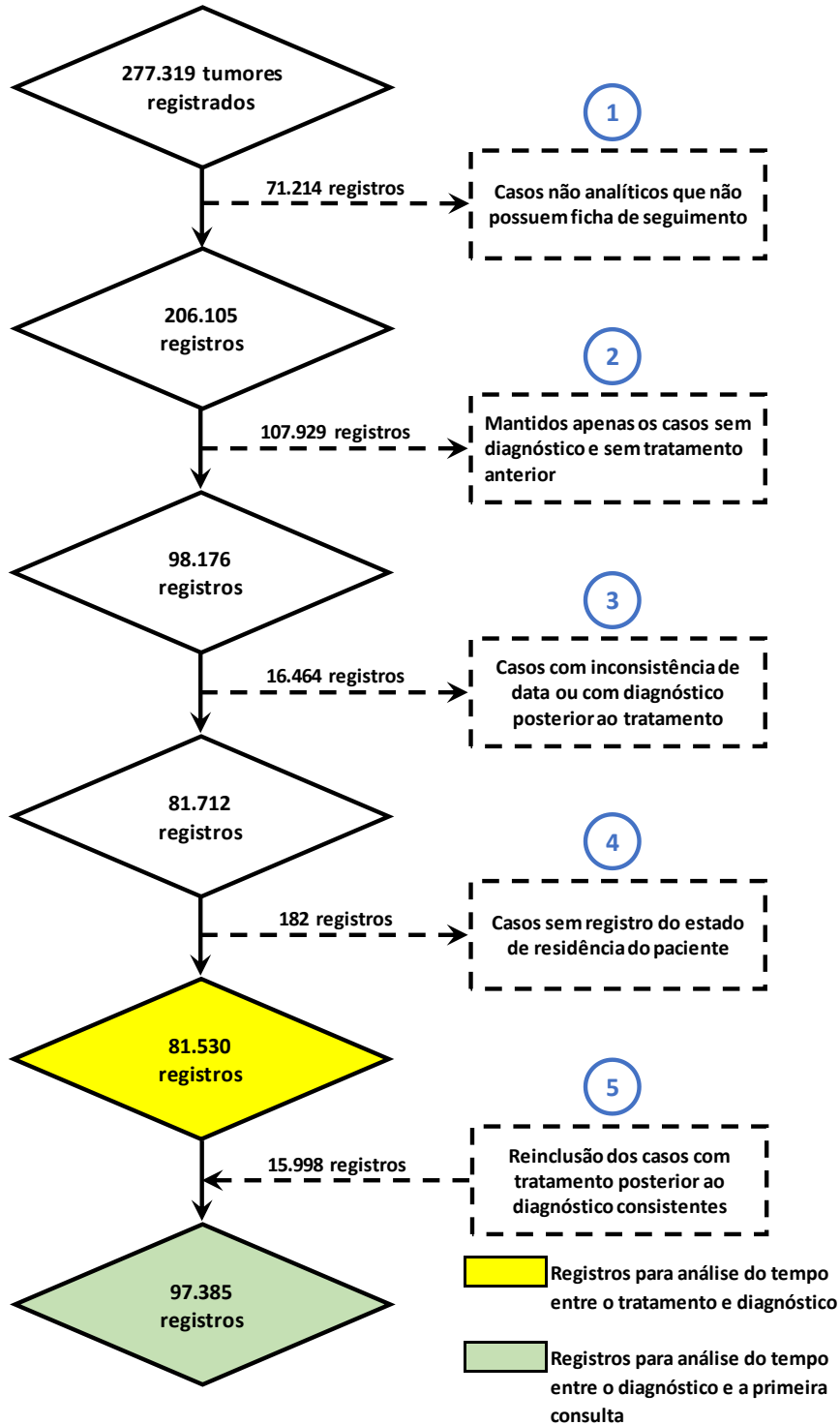
Seleção dos dados para análise de variação de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento
Diagnóstico / Tratamento (%)



Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

Figura 13 – Esquema para a obtenção dos registros para a base de análise do RHC (02/02)

Seleção dos dados para análise de variação de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento
Diagnóstico / Tratamento (%) => Sem diagnóstico e sem tratamento anterior



Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

O RCBP foi criado com o objetivo de produzir estatísticas confiáveis de câncer em uma população definida e oferecer uma estrutura organizada para avaliar e controlar o impacto que essa patologia apresenta na comunidade abrangida pelo registro. Esses registros representam uma importante fonte de informações sobre a incidência do câncer no Brasil, abrangendo cerca de 40 milhões de habitantes (21% da população brasileira).

Essas informações permitem comparar a magnitude da doença entre as diferentes regiões brasileiras e outros países (INCA, 2012). Em 2012, segundo o manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional, existiam 27 RCBP implantados em território nacional, estando esses distribuídos da seguinte forma: Região Norte - Belém (Pará), Manaus (Amazonas), Palmas (Tocantins) e Roraima; Região Nordeste - Aracaju (Sergipe), Fortaleza (Ceará), João Pessoa (Paraíba), Natal (Rio Grande do Norte), Recife (Pernambuco), Salvador (Bahia), Teresina (Piauí); Região Centro-oeste - Campo Grande (Mato Grosso do Sul), Cuiabá (Mato Grosso), Goiânia (Goiás) e Distrito Federal; Região Sudeste - Campinas, Jaú, Santos e São Paulo (São Paulo), Vitória (Espírito Santo), Belo Horizonte e Poços de Caldas (Minas Gerais); Região Sul - Porto Alegre, Caxias do Sul e Passo Fundo (Rio Grande do Sul), Curitiba (Paraná) e Florianópolis (Santa Catarina).

Os registros desta base, aliado às informações constantes no RHC e no SIM, servem de suporte para a confecção do relatório de estimativa de câncer divulgado de forma bianual pelo INCA. O RCBP disponibiliza sua base de dados como relatório no formato padronizado do Tabnet ou através da cessão de sua base de dados por prévia solicitação via internet. O acesso é feito através do sítio eletrônico: <https://www.inca.gov.br/BasePopIncidencias/Home.action>. Nesta página é oferecida a opção de acessar os relatórios através dos botões “VALOR ABSOLUTO” ou “VALOR ABSOLUTO INFANTIL” ou de solicitar a base através do botão “Solicitação de download de base”. Para o caso deste projeto, foi solicitado o acesso à base de dados, sendo necessário criar um usuário e assinar previamente um termo de consentimento onde o usuário se compromete em não divulgar as informações de forma que possibilite a identificação de casos específicos.

O intuito do presente estudo foi utilizar a base de dados disponibilizada pelo RCBP, mas dado que uma queda acentuada no número de registros poderia comprometer a análise, optou-se por gerar um relatório contemplando os RCBP's existentes desde o ano de 2006 até 2017 (último ano com informações disponíveis no sítio eletrônico retroagindo anualmente de modo a limitar o

total de registros a um quantitativo inferior a um milhão de registros). Entendendo que a abrangência do RCBP é de 21% (aproximadamente um quinto) da população brasileira à época em que o manual foi confeccionado, o número esperado de registros anuais nesta base deveria ser em torno de 100.000 registros, mesma proporção populacional da abrangência do RCBP multiplicado pela estimativa de casos anuais do biênio 2018-2019 aproximadamente. Para não incorrer em erros na análise em função da incompletude de dados de origem da base, optou-se por desconsiderar a utilização dos anos de 2014 a 2017 porque parte considerável dos registros (mais do que 20%) ainda está pendente de inserção na mesma até o presente momento. Desse modo, adotou-se o período de corte entre os anos de 2006 e 2013, restringindo a análise para os casos incidentes com oito anos ou menos no período com maior probabilidade de completude de dados. A Tabela 5 abaixo demonstra a explicação supracitada além de visualmente apontar quedas desproporcionais ao nível dos RCBP's.

No caso do RCBP, o intuito era utilizar a base para calcular o indicador de sobrevida superior a 5 anos em função do estadiamento. Inicialmente, vale destacar brevemente a distinção conceitual entre os termos mortalidade e sobrevida, tendo em vista que eles não são intercambiáveis na área de saberes da bioestatística. A mortalidade é uma variável de desfecho dicotômico, geralmente comparada entre um ou mais grupos em uma delimitação específica de tempo. Sobrevida por sua vez, trata-se de uma variável relacional entre o evento analisado e o tempo. Ela mede o tempo entre o início da observação até a ocorrência de um evento (FERREIRA; PATINO, 2016). O evento que, a princípio, tentou-se analisar neste indicador era o óbito, enquanto o início da observação a ser considerada era a data do diagnóstico da neoplasia. Para os casos onde não houvesse registro da informação da data de óbito, seriam analisadas as informações constantes na data de último contato para checar a possibilidade de se aproveitar estes registros e estimar a sobrevida com margem de erro, similar ao estudo realizado em 2018 (ALLEMANI, C. et al., 2018) e divulgado em reportagem da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), que utilizou os dados do RCBP na análise do cenário brasileiro em metodologia distinta (FAPESP, 2018).

Para isso, fez-se um recorte temporal dos casos incidentes e registrados de câncer datados entre os anos de 2006 e 2013, a partir dos seguintes critérios de exclusão: (1) Tumores com extensão avaliada como IN SITU, (2) tumores de pele não melanoma (3) casos sem o preenchimento do sexo do paciente e (4) casos sem o preenchimento da data de óbito ou com a

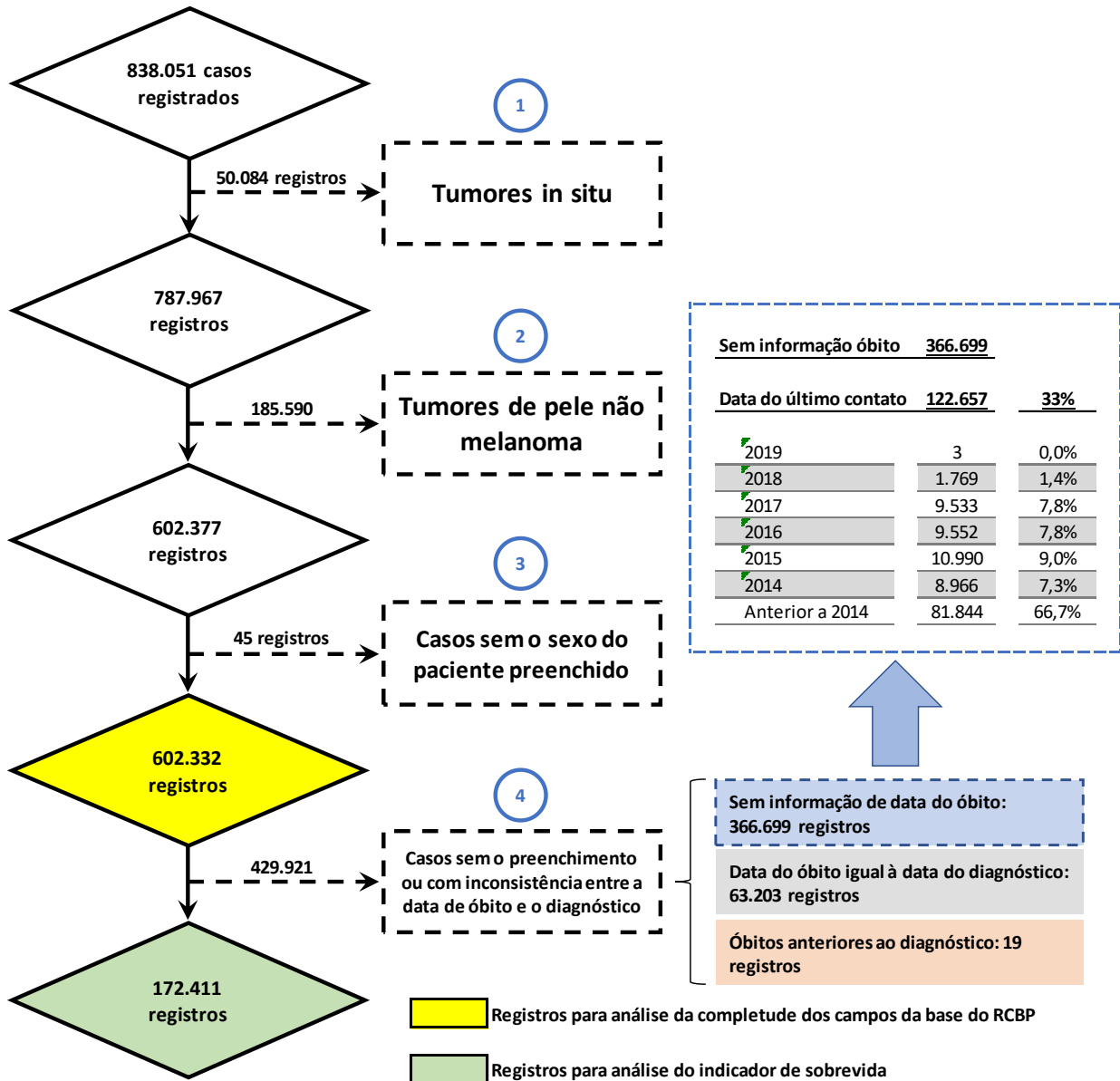
data de óbito idêntica à data do diagnóstico ou com a data de óbito anterior à data de diagnóstico do tumor maligno. As exclusões (1), (2) e (3) acima, assim como o agrupamento de topografias primárias em função do código reduzido de três caracteres das doenças através da classificação CID-10, seguem as orientações técnicas do relatório bianual de incidência de câncer no Brasil disponibilizados via portal do INCA (INCA, 2017). A exclusão (4) está voltada exclusivamente para a análise dos registros que não apresenta informação de data de óbito com análise subsequente da informação de data do último contato. Na prática, as informações observadas no campo de data do último contato para os registros sem informação de data de óbito não permitiram a evolução deste indicador como sobrevida, cabendo nesse caso tratar apenas os registros como quantidade de óbito observados no período. A Figura 14 apresenta o esquema conceitual para a escolha dos registros que são utilizados na confecção dos indicadores estruturados via base do RCBP.

Segundo o site de extração dos dados, os RCBP's de Goiânia e São Paulo utilizam sistema informatizado próprio. Portanto, para estas duas localidades não estão disponíveis as seguintes variáveis: Data de Nascimento, Data de Diagnóstico, Data do Óbito, Nacionalidade, Estado Civil, Escolaridade, Lateralidade, Tipo Óbito, Estadiamento, TNM, Data Último Contato, Estado, Cidade, Naturalidade Estado, Naturalidade Cidade, Status Vital, Caso Raro e Metástase.

Vale ressaltar que estas exclusões adotadas tanto nas bases do RHC quanto do RCBP, são corroboradas tecnicamente com o conceito utilizado nos relatórios disponibilizados pelo próprio CONPREV através do sítio eletrônico: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/prepararConsultarConsultaRelatorioTempo.action>; extensão do acesso ao RHC e RCBP citados previamente. Como garantia do entendimento conceitual deste trabalho, foi realizada uma dupla-verificação com o quantitativo de registros acessíveis via sítio eletrônico supracitado e pelos recortes adotados no presente estudo, e a discrepância de registros para a análise foi da ordem de 0,1%.

Figura 14 – Esquema para a obtenção dos registros para a base de análise do RCBP

Seleção dos dados para análise de sobrevida aberto por topografia primária e sexo



Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RCBP, 2019.

Tabela 5 – Relatório com os casos registrados por RCBP e por ano de diagnóstico

Informações do Registro de Câncer de Base Populacional
 Número de casos por Ano segundo RCBP
 Período : 2004-2017

RCBP	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	Total
RCBP ANGRA DOS REIS	-	-	-	190	173	168	292	277	275	286	-	-	-	-	1.661
RCBP ARACAJU	1.737	1.991	1.958	2.121	2.061	2.111	2.411	2.425	2.615	2.832	-	-	-	-	22.262
RCBP BELÉM	3.100	2.957	3.315	3.360	3.351	3.267	3.419	3.495	3.612	3.669	3.805	2.381	-	-	39.731
RCBP BELO HORIZONTE	7.153	7.189	7.480	8.359	8.152	9.479	10.253	9.710	10.605	9.801	-	-	-	-	88.181
RCBP CAMPINAS-SMS	-	-	-	-	-	-	5.672	5.682	5.911	5.806	-	-	-	-	23.071
RCBP CAMPINAS-UNICAMP	1.425	1.636	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.061
RCBP CAMPO GRANDE	-	-	-	-	2.451	2.745	3.285	3.658	2.833	-	-	-	-	-	14.972
RCBP CUIABA	1.866	1.669	1.951	1.730	1.673	1.483	2.010	1.654	-	-	-	-	-	-	14.036
RCBP CURITIBA	4.619	4.792	5.228	5.322	5.048	4.959	5.226	5.476	5.227	5.520	5.236	-	-	-	56.653
RCBP DISTRITO FEDERAL	1.272	2.649	2.433	4.726	6.202	5.927	-	-	-	-	-	-	-	-	23.209
RCBP DRS BARRETOS	1.200	1.343	1.424	1.453	1.373	1.526	1.372	1.323	1.532	1.688	1.679	1.685	1.594	1.267	20.459
RCBP ESPÍRITO SANTO	1.455	1.740	1.799	1.551	1.598	2.965	3.408	3.515	3.603	-	-	-	-	-	21.634
RCBP FLORIANOPOLIS	-	-	-	-	2.453	3.013	3.001	3.041	2.931	3.620	3.492	-	-	-	21.551
RCBP FORTALEZA	4.477	4.911	4.937	6.097	6.430	6.240	-	-	-	-	-	-	-	-	33.092
RCBP GOIÂNIA	4.811	5.466	5.953	6.352	6.300	6.457	5.778	5.788	5.330	5.257	-	-	-	-	57.492
RCBP JAHU	585	584	554	629	713	735	729	714	808	832	845	917	887	-	9.532
RCBP JOAO PESSOA	1.171	1.241	1.353	1.479	1.483	1.507	1.634	1.559	1.935	1.900	2.207	2.009	-	-	19.478
RCBP JOAO PESSOA (INATIVO)	1.162	1.211	965	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.338
RCBP MANAUS	2.038	2.219	2.145	2.193	2.722	2.675	2.930	-	-	-	-	-	-	-	16.922
RCBP MATO GROSSO (INTERIOR)	2.988	2.839	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.827
RCBP NATAL	2.251	2.209	3.147	3.059	2.944	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.610
RCBP PALMAS	171	187	204	205	295	302	314	403	411	407	-	-	-	-	2.899
RCBP POÇOS DE CALDAS	-	-	-	642	662	694	807	738	752	699	-	-	-	-	4.994
RCBP PORTO ALEGRE	6.107	6.205	6.271	5.919	3.262	3.420	6.376	7.031	6.032	-	-	-	-	-	50.623
RCBP RECIFE	2.893	3.271	3.685	3.684	3.735	4.359	3.801	3.983	3.868	4.143	4.502	-	-	-	41.924
RCBP RORAIMA	432	370	566	541	1.023	921	359	-	-	-	-	-	-	-	4.212
RCBP SALVADOR	5.463	5.378	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.841
RCBP SANTOS	-	-	-	-	2.083	2.506	-	-	-	-	-	-	-	-	4.589
RCBP SÃO PAULO	34.648	43.720	42.478	41.815	43.690	48.359	46.797	48.726	47.938	40.475	36.388	30.909	-	-	505.943
RCBP TERESINA	973	920	858	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.751
TOTAL	93.997	106.697	98.704	101.427	109.877	115.818	109.874	109.198	106.218	86.935	58.154	37.901	2.481	1.267	1.138.548
TOTAL (menos RCBP SÃO PAULO E	54.538	57.511	50.273	53.260	59.887	61.002	57.299	54.684	52.950	41.203	21.766	6.992	2.481	1.267	575.113

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RCBP, 2019.

Os dados coletados através da base do RHC foram utilizados para calcular os indicadores propostos: Estadiamento no momento do diagnóstico, Percentual de pacientes com exames de diagnóstico dentro do prazo e Percentual de pacientes com tratamento realizado dentro do prazo. Os dados do RCBP tencionavam calcular o indicador de Taxa de sobrevivência de 5 anos e em função do estadiamento, porém isto não foi possível dada a limitação do campo de data do último contato. Além dos bancos de dados do RCBP e do RHC citados anteriormente, foram utilizados também os dados provenientes do IBGE, do cadastro do CNES e das bases do SIH e do SIA para o cálculo dos indicadores. O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponibiliza através do seu sítio eletrônico as estimativas populacionais a partir dos censos demográficos realizados a cada dez anos pelo IBGE. O banco de dados com a estimativa de população residente aberta por Unidade da Federação, sexo e faixa etária, projetados até o ano de 2030, é disponibilizada através do sítio eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>, onde é possível realizar a compilação evidenciada na Tabela 22, Tabela 23 e Tabela 24 do Anexo 6. O CNES disponibiliza os dados sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores (MS, SES, SMS, etc.) com dados de abrangência nacional para efeito de planejamento de ações em saúde. Suas informações podem ser obtidas através do sítio eletrônico: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>. Os dados de infraestrutura e recursos humanos obtidos através da base do CNES foram utilizados para calcular os indicadores propostos de Acesso à infraestrutura física. Os bancos de dados do SIH e do SIA disponibilizam os arquivos dissemináveis para tabulação de seus respectivos Sistemas de Informação sobre produtividade dos estabelecimentos de saúde. As informações analíticas de seus bancos de dados podem ser obtidas no sítio eletrônico: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>. Seus dados foram utilizados para calcular os indicadores: Número de consultas especializadas, Quantitativo de exames realizados e Quantitativo de tratamentos realizados.

Para facilitar o entendimento e operação de obtenção dos dados necessários para o cálculo dos indicadores, as variáveis utilizadas em cada um dos sistemas estão delimitadas no Quadro 5. Todas as bases acessadas estão no menor nível de desagregação necessária para a realização dos cálculos de seus respectivos indicadores.

Quadro 5 – Relação de variáveis por fonte de dados para cálculo dos indicadores

Tabela de Variável x Fonte de dados

Fonte	Variável
SIH (AIH Reduzida) // SIA (Produção ambulatorial, APAC Químico e APAC Rádio)	Tratamentos de cirurgias por estabelecimento
SIH (AIH Reduzida) // SIA (Produção ambulatorial, APAC Químico e APAC Rádio)	Tratamentos de radioterapia por estabelecimento
SIH (AIH Reduzida) // SIA (Produção ambulatorial, APAC Químico e APAC Rádio)	Tratamentos de quimioterapia por estabelecimento
SIH (AIH Reduzida) // SIA (Produção ambulatorial)	Exames de patologia por estabelecimento
SIH (AIH Reduzida) // SIA (Produção ambulatorial)	Exames de ultrassonografia por estabelecimento
SIH (AIH Reduzida) // SIA (Produção ambulatorial)	Exames de colonoscopia e retossigmoidoscopia por estabelecimento
SIH (AIH Reduzida) // SIA (Produção ambulatorial)	Exames de endoscopia por estabelecimento
SIA (Produção ambulatorial)	Consultas especializadas por estabelecimento
IBGE	Nº de habitantes domiciliados por sexo e faixa etária
RCBP // RHC	Data do início do primeiro tratamento específico para o tumor
RCBP // RHC	Data da 1ª consulta
RCBP // RHC	Data do óbito
RCBP // RHC	Data do 1º diagnóstico
RCBP // RHC	Número do CNES do estabelecimento
RCBP // RHC	Estadiamento clínico do tumor (TNM) - Grupo
RCBP // RHC	Código do Município de procedência (residência)
RCBP // RHC	Sexo
CNES	Nº de estabelecimentos oncológicos habilitados por Unidade da Federação
CNES	Nº de profissionais de saúde com CBO habilitados para oncologia
CNES	Nº de equipamentos de radioterapia por estabelecimento
CNES	Nº de mamógrafos de radioterapia por estabelecimento

Fonte: O autor, 2020.

6 ANÁLISE DE RESULTADOS

Para facilitar o acompanhamento da análise de resultados, o presente capítulo está subdividido em quatro subcapítulos: (1) Identificação dos indicadores segundo bases de referência, (2) Seleção dos indicadores, (3) Estrutura do serviço de apoio e (4) Acesso, adequação, continuidade e efetividade. O primeiro subcapítulo apresenta um breve resumo das bases de referência adotadas na pesquisa assim como detalha os indicadores e métricas encontrados, o segundo consolida os achados da pesquisa, o terceiro visa a estimar os recursos ofertados para a linha de cuidado do câncer baseado nos dados do IBGE e CNES. O quarto aborda a subdimensão do acesso, adequação, continuidade e efetividade dos indicadores definidos segundo a linha de cuidado oncológica e a matriz conceitual do Proadess. Estes indicadores foram calculados a partir dos dados oriundos do RHC, RCBP e das bases do SIH, SIA e APAC do Datasus.

6.1 Identificação dos indicadores segundo bases de referência

A AHRQ é a principal agência federal dos EUA encarregada de desenvolver conhecimentos, ferramentas e dados necessários para melhorar o sistema de saúde e a qualidade do cuidado baseado em dados (US DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2019). Uma das suas publicações, o *National Healthcare Quality and Disparities Reports* (AHRQ, 2019), é um relatório anual que acompanha mais de 300 processos de cuidado em saúde, contemplando seus resultados e respectivos acessos ao serviço. Seu relatório mais atual, referente ao ano de 2017, contempla informações de bases de dados dos anos 2000 a 2015, com exceção aos dados da população sem plano de saúde. Dentro do escopo da atenção oncológica, são nove processos acompanhados anualmente pelo *National Healthcare Quality and Disparities Reports*, listados no Quadro 6 abaixo. As fontes de dados para a obtenção das informações necessárias para o acompanhamento dos processos supracitados são: (i) *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), através do *National Program of Cancer Registries* (NPCR) e do *National Vital Statistics System - Mortality* (NVSS-M) e (ii) *Commission on Cancer and American Cancer Society* (ACS), através do *National Cancer Data Base* (NCDB).

Quadro 6 – Indicadores relacionados ao cuidado oncológico constantes no Apêndice B

Indicador traduzido	Fonte de dados	Ano
Mulheres com câncer de mama clínico com estadiamento I a IIb que receberam dissecação de linfonodo axilar ou biópsia de linfonodo sentinela (SLNB) no momento da cirurgia (mastectomia)	NCDB	2014
Mortes por câncer de mama por 100.000 habitantes por ano	NVSS_M	2015
Pacientes com câncer de cólon que receberam ressecção cirúrgica de câncer de cólon que incluiu pelo menos 12 linfonodos examinados patologicamente	NCDB	2014
Mortes por câncer colorretal por 100.000 habitantes por ano	NVSS_M	2015
Mortes por câncer de pulmão por 100.000 habitantes por ano	NVSS_M	2015
Câncer de mama diagnosticado em estágio avançado (regional, distante ou local com tumor superior a 2 cm) por 100.000 mulheres com 40 anos ou mais	NPCR_USCS	2014
Câncer cervical diagnosticado em estágio avançado (todos os tumores invasivos) por 100.000 mulheres com 20 anos ou mais	NPCR_USCS	2014
Câncer colorretal diagnosticado em estágio avançado (tumores diagnosticados em estágio regional ou distante) por 100.000 habitantes 50 anos ou mais	NPCR_USCS	2014
Mulheres com menos de 70 anos tratadas de câncer de mama com cirurgia conservadora que receberam radioterapia em até 1 ano após o diagnóstico	NCDB	2005-2013

Fonte: National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2018.

O NICE foi fundado em 1999 e atua como uma autoridade de saúde especial, com o papel de prover orientações para a melhoria da saúde e do cuidado social. Seu intuito é otimizar a cobertura do atendimento e reduzir a variabilidade na qualidade do serviço prestado de saúde à

população britânica, fornecido pelo *National Health Service* (NHS). A partir de 2005, o instituto assumiu um papel com um cunho mais pedagógico, desenvolvendo orientações de saúde pública voltados à prevenção dos problemas de saúde e promoção de estilos de vida mais saudáveis para a população. Em 2013, o instituto estabeleceu uma legislação primária tornando-se um Órgão Público Não Departamental (NDPB) e assumiu a responsabilidade de desenvolver diretrizes e padrões de qualidade (padrões de referência) em assistência social. Embora legalmente sua área de atuação esteja restrita à Inglaterra, existem acordos de fornecimento de alguns produtos e serviços deste instituto para o País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte (NICE, 2019a).

Os indicadores do NICE buscam medir os resultados, ou os processos associados aos mesmos, da qualidade do cuidado em saúde baseado em evidências. Sua estrutura de indicadores é subdividida em três tipos: (i) *General Practice Quality and Outcomes Framework* (QOF); (ii) *General Practice for Quality Improvement*; (iii) *Clinical Commissioning Group* (CCG). O NICE divulga de forma aberta uma lista de indicadores e fornece, quando existente, o padrão de referência de cuidados de saúde e saúde pública adotado (NICE, 2018, 2019b). Os Quadro 7 e Quadro 8 abaixo são um compilado destas informações do instituto referentes à atenção oncológica.

Quadro 7 – Lista dos padrões de qualidade relacionados à linha do câncer (NICE)

Título	Status	Title
Câncer de bexiga	Publicado	Bladder cancer
Câncer de mama	Publicado	Breast cancer
Serviços de câncer para crianças e jovens	Publicado	Cancer services for children and young people
Câncer colorretal	Publicado	Colorectal cancer
Câncers hematológicos	Publicado	Haematological cancers
Câncer de cabeça e pescoço	Publicado	Head and neck cancer
Câncer de pulmão em adultos	Publicado	Lung cancer in adults
Câncers esofagogástricos	Em desenvolvimento	Oesophago-gastric cancers
Câncer do ovário	Publicado	Ovarian cancer
Câncer de pâncreas	Em desenvolvimento	Pancreatic cancer
Cânceres cerebrais primários e secundários	Referido	Primary and secondary brain cancers
Câncer de próstata	Publicado	Prostate cancer
Câncer de pele	Publicado	Skin cancer
Suspeita de câncer	Publicado	Suspected cancer

Fonte: NICE, 2019b.

Quadro 8 – Lista dos indicadores trabalhados pelo NICE relacionados à linha de cuidado oncológica – Traduzido pelo autor

ID Menu NICE	Indicador	Base para evidência	Status atualizado	Tipo
NM62	Percentual de pacientes com câncer diagnosticados nos últimos 15 meses que tiveram uma revisão do diagnóstico confirmada em até 3 meses	Indicador baseado em revisão. Não baseado em orientação específica	In 2018/19 QOF	Indicadores de Clínica Geral
NM154	Percentual de mulheres elegíveis para triagem entre 25 e 49 anos apurados no período com triagem cervical adequada realizado nos últimos 3 anos e meio	Este indicador é apoiado por orientação do Comitê Nacional de Triagem - programa de triagem de colo do útero	Nice Menu	Indicadores de Clínica Geral
NM155	Percentual de mulheres elegíveis para triagem entre 50 e 64 anos apurados no período com triagem cervical adequada realizado nos últimos 5 anos e meio	https://www.gov.uk/guidance/cervical-screening-programme-overview		Indicadores de Clínica Geral
CCG01	A proporção de casos invasivos de câncer diagnosticados via emergência	Medida de resultado abrangente	In CCG OIS	CCG
CCG02	A proporção de novos casos de câncer com estadiamento registrado	Medida de resultado abrangente	In 2017/18 CCG IAF In CCG OIS	CCG
CCG03	Percentual de pessoas com câncer com estadiamento inicial 1 ou 2	Medida de resultado abrangente	In CCG OIS	CCG
CCG04	Taxas de mortalidade por câncer de mama	Medida de resultado abrangente	In CCG OIS	CCG
CCG06	Percentual de casos de câncer de pulmão com estadiamento inicial registrado	Medida de resultado abrangente	In CCG OIS	CCG

Fonte: NICE, 2018.

O NCCP (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2019) foi criado em 2007 com o objetivo de reorganizar a forma como o tratamento do câncer é administrado no território irlandês e, conseqüentemente, melhorar as taxas de sobrevivência da população acometida por este agravo, de modo a alcançar um padrão de comparabilidade mais favorável ao de outros países europeus. O plano de ação consistiu em elaborar diretrizes segundo a linha de cuidado oncológica e baseadas

em evidências, abrangendo desde a detecção precoce, diagnóstico, tratamento, monitoramento até os cuidados no fim da vida.

Seguindo esta lógica, para o NCCP a informação de qualidade do serviço prestado é essencial para a percepção do cumprimento da meta de oferta de serviços de saúde de boa qualidade no que tange à atenção oncológica. Para o acompanhamento deste padrão de qualidade foram criados os indicadores-chave de desempenho (*Key Performance Indicators - KPIs*), usualmente utilizados na área da gestão. Essa estratégia consiste em modelos de acompanhamento e comparabilidade da qualidade alcançada em cada um dos nós da linha de cuidado oncológica – por exemplo, que 95% dos pacientes com um câncer de mama primário operável tenham tido tanto uma mamografia quanto um ultrassom examinados antes da cirurgia.

Os KPIs são usualmente utilizados como ferramentas de gestão para a verificação do nível de desempenho de uma organização em uma meta geral ou específica, contribuindo para o acompanhamento sistemático dos seus objetivos e auxiliando os gestores nas tomadas de decisão. O Quadro 9 lista os KPIs adotados pelo governo irlandês para o decênio 2017 a 2026, com o objetivo de monitorar e avaliar a qualidade do serviço prestado para o cuidado oncológico, conforme o capítulo 17.5 da estratégia nacional de câncer (NCCP, 2018) da Irlanda.

Quadro 9 – Lista dos indicadores-chave de desempenho (KPI) para monitoramento do serviço oncológico prestado na Irlanda (NCCP) – Traduzido pelo autor

KPI No.	Objetivo/Ação	Indicador de desempenho	Meta	Prazo da meta
Objetivo: Reduzir o número de cânceres de forma preventiva				
01	Reduzir a proporção da população adulta fumante	Percentual de adultos (maiores que 15 anos) da população que fumam diariamente	5%	2025 (Medida intermed. 17% em 2018)
Objetivo: Aprimorar a detecção precoce do câncer				
02	Introduzir campanhas de esclarecimento sobre cânceres específicos (de pulmão, por exemplo)	Percentual de câncer de pulmão diagnosticado com estadiamento I e II um ano após campanha educativa	15% incremento	Um ano após a campanha. A ser revisado.
03	Expandir padrões de referência de Clínica Geral recebidos eletronicamente	Percentual de padrões de referência de Clínica Geral recebidos eletronicamente	95%	2022 (Medida intermed. 75% no final de 2019)
04	Aumentar a proporção dos cânceres diagnosticados precocemente	Percentual de câncer colorretal, mama e pulmão diagnosticados com estadiamento I e II	Incremento relativo	2020
05	Garantir o atingimento das metas dos pacientes RAC (acesso clínico rápido) e SBD (mama sintom.)	Percentual de novos pacientes das clínicas RAC ou SBD que foram atendidos no prazo recomendado	95%	2017
06	Garantir que o clínico geral tenha acesso ao diagnóstico em tempo hábil	Percentual de pacientes atendidos com exames de diagnósticos dentro do prazo recomendado	90%	2020
07	Redução da proporção de cânceres detectados em unidade de emergência	Percentual de cânceres diagnosticados em Unidades de Emergência	Redução de 50% (2013)	2026
08	Manutenção da meta de exame preventivo para câncer de mama	Percentual do público-alvo com exame diagnóstico preventivo para diagnóstico de câncer de mama	70%	2017-2026
09	Atingir a meta de cobertura para o câncer do colo do útero	Percentual de cobertura de cinco anos do público-alvo com exame diagnóstico preventivo de câncer cervical	80%	2017-2026
10	Atingir a meta de exame preventivo para câncer de intestino	Percentual do público-alvo com exame diagnóstico preventivo para diagnóstico de câncer de intestino	60%	2020 (Medida intermed. 45% no final de 2018)

Quadro 9 – Lista dos indicadores-chave de desempenho (KPI) para monitoramento do serviço oncológico prestado na Irlanda (NCCP) – Traduzido pelo autor

KPI No.	Objetivo/Ação	Indicador de desempenho	Meta	Prazo da meta
Objetivo: Aprimorar o tratamento do câncer				
11	Centralização completa do tratamento cirúrgico do câncer	Percentual de cirurgias realizadas em locais de referência	95%	2020 (várias datas)
12	Garantir que os pacientes tenham seus casos discutidos em reuniões clínicas (mesa redonda)	Percentual de pacientes diagnosticados com câncer invasivo com seus casos discutidos em reuniões clínicas	95%	Final de 2020
13	Garantir que os pacientes com tratamento em andamento recebam admissão apropriada em situações de emergência	Percentual de pacientes tratando neoplasia admitidos em unidades hospitalares para tratamento de câncer oriundos de Unidades de Emergência	Menos do que 20%	2018
14	Garantir que pacientes oncológicos sejam tratados em unidades de referência	Percentual de pacientes necessitando de tratamento de câncer admitidos em unidades hospitalares referência para o tratamento do câncer	80%	2020
15	Redução do tempo de espera para cirurgias	Percentual de pacientes com cirurgia realizada dentro do prazo estipulado para o seu tipo de câncer	90%	2017
16	Atingir a meta de prazo mínimo para tratamento por radioterapia	Percentual de pacientes que começou o tratamento em até 15 dias úteis após o diagnóstico da doença	90%	2017
Objetivo: Aprimorar os programas de sobrevida				
17	Oferecer aos pacientes de câncer o sumário do tratamento e o Plano de cuidados	Percentual de pacientes recebendo um sumário do tratamento e Plano de cuidados	95%	2020 (Medida intermed. 50% no final de 2018)
Objetivo: Aprimorar os cuidados paliativos de fim de vida				
18	Evitar quimioterapia em pacientes com estadiamento avançado em fase terminal	Percentual de pacientes com câncer metastático ministrados com quimioterapia no último mês de vida	Menos do que 25%	2019

Quadro 9 – Lista dos indicadores-chave de desempenho (KPI) para monitoramento do serviço oncológico prestado na Irlanda (NCCP) – Traduzido pelo autor

KPI No.	Objetivo/Ação	Indicador de desempenho	Meta	Prazo da meta
Objetivo: Aprimorar os serviços dos cuidados paliativos				
19	Aumentar a proporção de pacientes recebem a visita de especialistas em cuidado paliativo	Percentual de pacientes com estadiamento nível IV recebendo apoio de especialistas em cuidado paliativo	90%	2019
Objetivo: Apoio à pesquisa e ensaios clínicos				
20	Aumentar a proporção de pacientes participantes em ensaios clínico-terapêuticos	Percentual de pacientes em ensaios clínico-terapêuticos de câncer	6%	2020
Objetivo principal: Melhorar as taxas de incidência e sobrevida na Irlanda				
21	Aprimorar o ranking da Irlanda em câncer entre os países integrantes da União Européia	Irlanda estar no 1º quartil na sobrevida de 5 anos entre os países-membro da União Europeia	Primeiro quartil para	2026
22	Reduzir iniquidade na incidência de câncer idade padronizada para todas as neoplasias	Comparação entre os 20% mais baixos e os 20% mais altos	Diferença inferior a 3%	2026
23	Reduzir iniquidade na sobrevida superior a 5 anos para todas as neoplasias	Comparação entre os 20% mais baixos e os 20% mais altos	Diferença inferior a 3%	2026

Fonte: NCCP, 2018.

A OCDE é uma organização internacional que trabalha em cooperação com seus membros e parceiros-chave, na construção de melhores práticas, que objetivam, através de políticas que promovam prosperidade, igualdade, oportunidade e bem-estar, o alcance de uma vida melhor e menor iniquidade mundial. Juntamente com governos, formuladores de políticas e cidadãos, normas internacionais são estabelecidas na busca de soluções baseadas em evidências para desafios sociais, econômicos e ambientais. Seus resultados perpassam a melhoria do resultado econômico, criação de empregos, promoção da educação, luta contra a sonegação fiscal, entre outros. Para atingir esses objetivos são realizados fóruns, manutenção de um centro de conhecimento exclusivo para dados e análises, trocas de experiências, compartilhamento de melhores práticas e aconselhamento sobre políticas públicas e estabelecimento de padrões globais (OECD, 2019).

O Brasil mantém uma cooperação com a OCDE desde início dos anos 1990 e em 16 de maio de 2007 seu conselho ministerial adotou uma resolução fortalecendo a cooperação com o Brasil, assim como com a China, Índia, Indonésia e África do Sul, através de um programa de maior engajamento, definindo estes países como “parceiros-chave” da OCDE. Nessa condição, o Brasil tem a possibilidade de participar dos diferentes órgãos da OCDE, aderir aos instrumentos legais da organização, integrar-se aos informes estatísticos e revisões por pares de setores específicos, e tem sido convidado a participar de todas as reuniões ministeriais da organização desde 1999. O Brasil contribui para o trabalho dos comitês da OCDE e participa em situação de igualdade com os países membros da OCDE em diversos órgãos e projetos importantes da organização (OECD and *Latin America and the Caribbean*; OECD - *Extract from the Council Resolution*, 2019).

A OCDE acompanha uma ampla gama de métricas na busca por padrões de referência e de comparabilidade entre seus membros e parceiros-chave. No que se refere à saúde, a lista de variáveis acompanhadas nas estatísticas de saúde para o ano de 2019 está detalhada no sítio eletrônico: <http://www.oecd.org/els/health-systems/List-of-variables-OECD-Health-Statistics-2019.pdf>. A disponibilização de seus dados é fornecida através de 12 agrupamentos de consolidação de acompanhamento: (i) Despesas e financiamento em saúde (“*Health Expenditure and Financing*”), (ii) Status de saúde (“*Health Status*”), (iii) Determinantes não médicos da saúde (“*Non-medical determinants of health*”), (iv) Recursos de assistência médica (“*Health care resources*”), (v) Migração da força de trabalho em saúde (“*Health workforce migration*”), (vi)

Utilização de assistência médica (“*Health care utilisation*”), (vii) Indicadores de qualidade de assistência médica (“*Health care quality indicators*”), (viii) Mercado Farmacêutico (“*Pharmaceutical Market*”), (ix) Recursos e utilização de cuidados de longo prazo (“*Long-term care resources and utilization*”), (x) Proteção Social (“*Social Protection*”), (xi) Referências demográficas (“*Demographic references*”) e (xii) Referências econômicas (“*Economic References*”). O acompanhamento das variáveis é viabilizado através de um ou mais *datasets* (cubos de análise) distintos para cada um destes agrupamentos. Cubos de análise são estruturas de dados que agregam as medidas pelos níveis e hierarquias de cada uma de suas dimensões. Os cubos combinam dimensões como data, localidade ou grupo de doenças com dados resumidos como números de pessoas fumantes, dispêndios financeiros ou outro tipo de registro que possibilitam análises multidimensionais. O Quadro 10 apresenta o resumo dos treze indicadores acompanhados pela OCDE relacionados ao agravo do câncer. As definições, fontes de dados e metodologias aplicadas para cada país-membro da organização estão disponíveis nos links de acessos dos cubos de análise de cada um dos indicadores.

Quadro 10 – Indicadores de câncer acompanhados pela OCDE – Traduzido pelo autor

ID	Agrupamentos	Dataset	Variável	Indicador	Link
01	Status de saúde	Status de saúde	Neoplasia maligna	Número de novos casos por 100.000 habitantes de Neoplasia maligna	https://stats.oecd.org/Ind ex.aspx?DataSetCode=HEAL TH_STAT
02	Status de saúde	Status de saúde	Neoplasia maligna do cólon	Número de novos casos por 100.000 habitantes de Neoplasia maligna do cólon	
03	Status de saúde	Status de saúde	Neoplasia maligna de pulmão	Número de novos casos por 100.000 habitantes de Neoplasia maligna de pulmão	
04	Status de saúde	Status de saúde	Neoplasia maligna de mama feminina	Número de novos casos por 100.000 habitantes de Neoplasia maligna de mama feminina	
05	Status de saúde	Status de saúde	Neoplasia maligna do colo do útero	Número de novos casos por 100.000 habitantes de Neoplasias malignas do colo do útero	
06	Status de saúde	Status de saúde	Neoplasia maligna da próstata	Número de novos casos por 100.000 habitantes de Neoplasias malignas da próstata	
07	Utilização de assistência médica	Utilização de assistência médica	Triagem do câncer da pesquisa	Triagem do câncer de mama. Percentil de mulheres entre 50 e 69 anos que reportaram ter realizado mamografia bilateral de rotina nos últimos dois anos	https://stats.oecd.org/Ind ex.aspx?DataSetCode=HEAL TH_PROC
08	Utilização de assistência médica	Utilização de assistência médica	Rastreamento do câncer de mama, dados do programa	Triagem do câncer de mama. Percentil de mulheres entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia bilateral via protocolo assistencial nos últimos dois anos	
09	Utilização de assistência médica	Utilização de assistência médica	Triagem do câncer de colo do útero, dados da pesquisa	Triagem do câncer do colo do útero. Percentil de mulheres entre 20 e 69 anos que reportaram ter realizado exame de rotina nos últimos dois anos	
10	Utilização de assistência médica	Utilização de assistência médica	Rastreamento do câncer de colo do útero, dados do programa	Triagem do câncer do colo do útero. Percentil de mulheres entre 20 e 69 anos que reportaram ter realizado exame de rotina nos últimos dois anos	
11	Indicadores de qualidade de assistência médica	Indicadores de qualidade de assistência médica	Sobrevida superior a cinco anos do câncer de mama	Probabilidade de sobrevivência superior a 5 anos para câncer de mama	http://stats.oecd.org/Ind ex.aspx?DataSetCode=HEAL TH_HCQI
12	Indicadores de qualidade de assistência médica	Indicadores de qualidade de assistência médica	Sobrevida superior a cinco anos do câncer de colo do útero	Probabilidade de sobrevivência superior a 5 anos para câncer do colo do útero	
13	Indicadores de qualidade de assistência médica	Indicadores de qualidade de assistência médica	Sobrevida superior a cinco anos do câncer de colo colorretal	Probabilidade de sobrevivência superior a 5 anos para câncer colorretal	

Fonte: OCDE, 2018.

O sistema de saúde do governo australiano funciona através de uma parceria público-privada. O governo nacional fica responsável pela criação, regulamentação e financiamento das políticas públicas de saúde, enquanto os estados e territórios gerenciam os serviços públicos. Seu serviço de saúde público e universal é operacionalizado através do *Medicare*, onde o mesmo atua de forma a minimizar ou eliminar os gastos de saúde necessários para a manutenção do cuidado em saúde do cidadão australiano. O *Medicare Benefits Schedule* (MBS) lista os serviços de saúde habilitados para pagamento e o Departamento de Saúde do governo gerencia o MBS. A contratação de um plano de saúde privado é opcional, mas o governo fomenta que a parcela da população que ultrapassa o ganho anual de 90 mil dólares australianos (renda individual) ou 180 mil dólares australianos (renda familiar) contrate planos privados sob pena de acréscimo adicional na tributação do imposto de renda (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2019; FOLHA DE SÃO PAULO, 2017).

O *Australian Institute of Health and Welfare* (AIHW), estabelecido em 1987, é um organismo estatutário independente, que conta com participação de especialistas de diversas áreas em cerca de 100 comitês para a discussão das melhores práticas contemporâneas aplicadas na área da saúde. Ao longo de seus mais de 30 anos de experiência e reconhecimento nacional e internacional, o AIHW opera, através de consultoria independente e de qualidade, com dados de saúde e bem-estar, fornecendo informações e estatísticas autorizadas e acessíveis para apoiar nas tomadas de decisões sobre políticas e prestação de serviços em prol da melhoria da saúde e bem-estar da população (AIHW, 2019). Como em outros países desenvolvidos, o câncer é uma das principais causas de doenças na Austrália. Achados do *Australian Burden of Disease Study* mostraram que o câncer, como grupo de doenças, foi o principal agravo no país em 2011, representando 19% da carga total de doenças nesse ano. Vale destacar que o relatório australiano adota a métrica de *disability-adjusted life years* (DALY), disponível no sítio eletrônico https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/ da OMS, como metodologia para o cálculo de carga total de doenças. Esta métrica estima o total de anos de vida perdidos em função de duas variáveis: mortes prematuras (YLL) e anos de saúde comprometida ao longo da vida (YLD), combinando o impacto de mortes precoces e viver com uma doença ou incapacidade para estimar os anos de vida saudável perdidos por doenças ou danos.

O relatório *Cancer in Australia 2019* apresenta os dados mais recentes acompanhados e divulgados pelo instituto para o monitoramento deste agravo. O relatório traz informação

referente aos seguintes aspectos: (1) incidência e mortalidade estimadas, (2) fatores de risco associados, (3) estadiamento, (4) detecção precoce², (5) tratamento e (6) sobrevida. O Quadro 11 apresenta as variáveis de controle encontradas neste relatório.

Quadro 11 – Lista de indicadores associados ao relatório Cancer in Australia 2019

ID	Grupo	Indicador traduzido
01	Incidência	Estimativa dos vinte grupos de câncer com diagnóstico mais incidente
02	Mortalidade	Estimativa dos vinte grupos de câncer com maior mortalidade
03	Fatores de risco	Metodologia DALY atrelada aos fatores de risco associados ao câncer. No caso australiano, o tabagismo é fator mais relevante.
04	Estadiamento	Estadiamento do câncer no momento do diagnóstico
05	Estadiamento	Sobrevida após 5 anos associada ao estadiamento no momento do diagnóstico.
06	Detecção precoce	Total de participantes e percentil de adesão, por idade, do programa nacional de rastreamento precoce de câncer de mama.
07	Detecção precoce	Total de participantes e percentil de adesão, por idade, do programa nacional de rastreamento precoce de câncer do colo do útero.
08	Detecção precoce	Total de participantes e percentil de adesão, por idade e sexo, do programa nacional de rastreamento precoce do câncer de intestino.
09	Detecção precoce	Exames subsidiados de ultrassom de mama, por faixa etária e por mulheres.
10	Detecção precoce	Exames subsidiados de mamografias, por faixa etária e por mulheres.
11	Detecção precoce	Exames subsidiados de ressonância magnética de mama, por faixa etária e por mulheres.
12	Detecção precoce	Exames subsidiados de teste de PSA, por faixa etária e por homens.
13	Detecção precoce	Exames subsidiados de colonoscopia, por faixa etária e por sexo.
14	Tratamento	Nº de atendimentos hospitalares do tipo Day Hospital (o paciente volta pra casa no mesmo dia)
15	Tratamento	Quantidade de diárias hospitalares usufruídas no sistema de saúde do tipo <i>Overnight</i> (hospitalização)
16	Tratamento	Top 10 dos registros mais comuns de hospitalização por causa principal de câncer grupo diagnóstico
17	Tratamento	Tratamentos de quimioterapia realizados, por faixa etária e por sexo.
18	Tratamento	Tratamentos de radioterapia subsidiados, por sexo.
19	Tratamento	Quantidade de diárias hospitalares destinadas para o cuidado paliativo do paciente
20	Sobrevida	Sobrevida esperada após 5 anos para todos os casos de câncer combinados
21	Sobrevida	Sobrevida esperada após 5 anos para os casos de câncer abertos por grupo de diagnóstico
22	Sobrevida	Sobrevida esperada após 5 anos para os casos de câncer abertos por faixa etária

Fonte: AIHW, 2019.

Na Austrália, existem três programas nacionais de rastreamento populacional – Programa Nacional de Rastreamento de Mama Australia, o Programa Nacional de Rastreamento Cervical e o Programa Nacional de Rastreamento do Câncer no Intestino. Esses programas são executados através de parcerias entre o governo australiano e os governos estaduais e territoriais; os programas visam reduzir a doença e a morte desses cânceres através da detecção precoce de câncer e anormalidades pré-cancerígenas e através de um tratamento de acompanhamento eficaz. Os programas têm como alvo populações e faixas etárias específicas, onde as evidências mostram que a triagem é mais eficaz na redução da morbimortalidade relacionada ao câncer.²

O Ministério da Saúde canadense é responsável pela manutenção e melhoria da saúde de seus cidadãos. Sua estrutura está estruturada em cinco departamentos, (1) *Health Canada*, (2) *Public Health Agency of Canada* (PHAC), (3) *Canadian Institutes of Health Research*, (4) *Patented Medicine Prices Review Board* e (5) *Canadian Food Inspection Agency*, sendo composta de aproximadamente 12.000 empregados e com um orçamento anual superior a 3,8 bilhões de dólares. O PHAC tem como compromisso o auxílio na proteção da saúde e segurança de sua população, concentrando suas atividades na prevenção de doenças crônicas, dentre elas o câncer, na prevenção de lesões e respondendo a emergências de saúde pública e de surtos infecciosos (GOVERNMENT OF CANADA, 2019).

A *Canadian Cancer Society* (CCS) é uma instituição de caridade, cuja organização comunitária de voluntários abrange todo o Canadá. Sua missão é a erradicação do câncer e a melhoria da qualidade de vida das pessoas diagnosticadas com este agravo, sendo a instituição de caridade canadense com o maior potencial financiador nacional de pesquisa na área do câncer (CCS, 2019a). Bianualmente, e de forma alternada, a CCS, em parceria com o PHAC e com a *Statistics Canada* (CCS, 2019a), disponibiliza o relatório *Canadian Cancer Statistics* e o *Canadian Cancer Statistics snapshot* (CCS, 2018; CCS, 2019b), com as informações mais relevantes para o acompanhamento e controle desta doença no território canadense. As fontes de dados que geram o subsídio informacional para o relatório são oriundas de quatro bases: o *Canadian Cancer Registry* (CCR), o *Canadian Vital Statistics – Death Database* (CVSD), o censo populacional e o *Statistics Canada's socio-economic database* (CANSIM).

O CCR é uma base orientada ao paciente com informações clínicas e demográficas sobre os residentes do Canadá diagnosticados com câncer. O *Canadian Council of Cancer Registries* (CCCR) e o comitê permanente *Data Quality and Management Committee* (DQMC) norteiam os trabalhos no sentido de obter uniformidade na definição e classificação de novos casos de câncer assim como na padronização dos procedimentos na busca por casos, incluindo o vínculo com os arquivos de mortalidade provincial ou territorial.

O CVSD é um censo de todas as mortes que ocorrem no Canadá a cada ano. Os óbitos são reportados pelos registros de estatísticas vitais (*Vital Statistics Registries*) provinciais e territoriais ao *Statistics Canada*. As informações fornecidas são demográficas e das causas de morte, codificada segundo a CID em vigor no momento da morte. Para o *Canadian Cancer*

Statistics 2019, os registros elegíveis para vinculação foram mortes que ocorreram de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2014.

O CANSIM é um portal de informações estatísticas aberto ao público e gerido pela sua agência reguladora, o *Statistics Canada*, contendo dados demográficos, de saúde, econômicos, educacionais e demais assuntos-chave. Os usuários estão habilitados a fazer pesquisas livres no banco de dados relacional, acessando tabelas específicas por temática ou gerando relatórios pré-definidos dentro destas mesmas tabelas. Os resultados desta busca podem ser exportados diretamente para o computador do pesquisador, similar ao que o DATASUS fornece aos usuários brasileiros através da plataforma TABNET. Na versão atualizada do CANSIM, que foi utilizado como fonte de informação para o relatório *Canadian Cancer Statistics 2019*, adotaram-se as tabelas constantes no Apêndice 1 do relatório supracitado como suporte informacional.

A lista de variáveis de controle acompanhadas pela CCS podem ser agrupadas em quatro grandes grupos: (1) Incidência, (2) Mortalidade, (3) Sobrevida e (4) Carga Global. O Quadro 12 lista estas variáveis de controle.

Quadro 12 – Lista de variáveis de controle do Canadian Cancer Society – Traduzido pelo autor

ID	Grupo	Indicador
01	Incidência	Probabilidade ao longo da vida de desenvolver câncer
02	Incidência	Distribuição percentual de novos casos de câncer projetados, por sexo
03	Incidência	Porcentagem de novos casos e incidência específica de idade para todos os cânceres, por faixa etária e sexo
04	Incidência	Distribuição de novos casos de câncer para cânceres específicos, por faixa etária
05	Incidência	Distribuição geográfica de novos casos de câncer projetados e taxas de incidência padronizadas por idade (ASIR), por província e território, ambos os sexos
06	Incidência	Novos casos e taxas de incidência padronizadas por idade (ASIR) para todos os cânceres
07	Incidência	Variação percentual anual mais recente (APC) nas taxas de incidência padronizadas (ASIR), por sexo
08	Incidência	Taxas de incidência padronizadas por idade (ASIR) para cânceres específicos, homens
09	Incidência	Taxas de incidência padronizadas por idade (ASIR) para cânceres específicos, mulheres
10	Mortalidade	Probabilidade de morrer por câncer ao longo da vida, Canadá, 2015
11	Mortalidade	Distribuição percentual de mortes por câncer projetadas, por sexo
12	Mortalidade	Porcentagem de mortes por câncer e taxas de mortalidade específicas por idade para todos os cânceres, por faixa etária e sexo
13	Mortalidade	Distribuição de mortes por câncer para grupos selecionados de cânceres
14	Mortalidade	Distribuição geográfica das mortes por câncer projetadas e taxas de mortalidade padronizadas por idade (ASMR), por província e território, ambos os sexos
15	Mortalidade	Mortes e taxas de mortalidade padronizadas por idade (ASMR) para todos os cânceres
16	Mortalidade	Variação percentual anual mais recente (APC) nas taxas de mortalidade padronizada e padronizada (ASMR), por sexo
17	Mortalidade	Taxas de mortalidade padronizadas por idade (ASMR) para cânceres selecionados, homens
18	Mortalidade	Taxas de mortalidade padronizadas por idade (ASMR) para cânceres selecionados, mulheres
19	Sobrevida	Sobrevida prevista para as principais causas de morte por câncer, por duração de sobrevivência, idades de 15 a 99
20	Sobrevida	Mudança na sobrevida de 5 anos prevista por idade entre decênios para cânceres selecionados, com idades entre 15 e 99
21	Carga Global	Proporção de mortes por câncer e outras causas
22	Carga Global	Causas selecionadas de morte e seus anos potenciais de vida perdidos (PYLL)
23	Carga Global	Taxas de incidência e mortalidade padronizadas por idade para todos os cânceres combinados, por sexo
24	Carga Global	Tendências em novos casos e mortes (em milhares) para todos os cânceres e idades, atribuídos a mudanças no risco de câncer e práticas de controle do
25	Carga Global	Resumo das características dos resultados obtidos e dos controles-chave obtidos por tipo de câncer

Fonte: CCS, 2019b.

6.2 Seleção dos indicadores

Após a conclusão das etapas descritas na metodologia, elaborou-se o Apêndice A deste trabalho. O mesmo consolida todos os achados da pesquisa na forma de indicadores de análise de desempenho do cuidado oncológico, adotados quer seja por métrica de acompanhamento de outras nações ou por prerrogativa legal no âmbito brasileiro. Sua lista torna-se extensa em função da repetição de indicadores acompanhados pelas diversas instituições e pela diversidade dos mesmos.

O Quadro 13, no intuito de manter a coesão e comparabilidade dos indicadores observados ao longo da pesquisa, foi concebido através de uma visão matricial. Ou seja, a estrutura de análise está pautada na relevância do indicador quando adotado o critério de repetição do mesmo. Resumidamente, podemos ter um máximo de sete repetições de indicadores observados, dado que o presente estudo analisou seis bases de referência, além do próprio escopo da legislação nacional como parâmetro de busca. Além disso, foram consolidados indicadores que possuem a mesma métrica e que, por vezes, diferem na sua referência. Como exemplo, podemos citar a questão de uma das metas do NCCP: “percentual de pacientes que começou o tratamento em até 15 dias úteis após o diagnóstico da doença”, com uma das metas do dispositivo legal brasileiro: “proporção de tratamentos iniciados em até 60 dias após a confirmação do diagnóstico de neoplasia”. Para este caso especificamente, foi adotado o indicador normalizado “percentual de pacientes com tratamento realizado dentro do prazo estipulado para o seu tipo de câncer”.

Por fim, o Quadro 14 apresenta os indicadores selecionados para este estudo, já na estrutura de indicadores do Proadess, baseados nos critérios percorridos ao longo da terceira etapa que, de forma resumida, são os mesmos do Quadro 13 que atendem os critérios restritivos: epidemiológico, responsabilidade estatal legalmente constituída e limitação de informação padronizada.

Quadro 13 – Indicadores observados na visão matricial

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (1/2)

Critérios

KPI Nº	Linha	Linha II	Indicador de desempenho (normalizado)	NCCP	AHRQ	NICE	OCDE	AIHW	CCS	Saúde	Legal	Inform.
01	Prevenção	Fatores de risco	Percentual de adultos (maiores que 15 anos) da população que fumam diariamente	x						x		
56	Prevenção	Fatores de risco	Metodologia DALY atrelada aos fatores de risco associados ao câncer.					x		x		
105	Prevenção	Padronização de referência	Quantidade de consultas especializadas efetuadas							x	x	x
02	Detecção precoce e Diagnóstico	Estadiamento	Percentual de câncer de pulmão diagnosticado com estadiamento I e II um ano após campanha educativa	x						x	x	
04	Detecção precoce e Diagnóstico	Estadiamento	Percental diagnosticado em estadiamento inicial (I e II) aberto por grupo de câncer	x		x				x	x	x
24	Detecção precoce e Diagnóstico	Estadiamento	Mulheres com câncer de mama clínico com estadiamento I a IIb que receberam dissecação de		x					x	x	
29	Detecção precoce e Diagnóstico	Estadiamento	Percental diagnosticado em estadiamento avançado aberto por grupo de câncer		x					x	x	x
37	Detecção precoce e Diagnóstico	Estadiamento	Percentual de casos com estadiamento registrado no momento do diagnóstico			x		x		x	x	x
05	Detecção precoce e Diagnóstico	Padronização de prazo	Percentual de pacientes com exames de diagnóstico dentro do prazo estipulado para a suspeita de câncer	x						x	x	
03	Detecção precoce e Diagnóstico	Padronização de referência	Percentual de padrões de referência de Clínica Geral recebidos eletronicamente	x						x		
07	Detecção precoce e Diagnóstico	Padronização de referência	Percentual de cânceres diagnosticados em Unidades de Emergência	x		x				x		
08	Detecção precoce e Diagnóstico	Padronização de referência	Quantitativo de exames (ultrassom de mama, RM e mamografias // PSA e colonoscopia) e percentual do público-alvo com exame diagnóstico preventivo por grupo de câncer (mama, colo do útero, intestino e próstata)	x				x		x	x	x
12	Detecção precoce e Diagnóstico	Padronização de referência	Percentual de pacientes diagnosticados com câncer invasivo com seus casos discutidos em reuniões clínicas	x						x		
26	Detecção precoce e Diagnóstico	Padronização de referência	Pacientes com câncer de cólon que receberam ressecção cirúrgica de câncer de cólon que incluiu pelo menos 12 linfonodos examinados patologicamente		x					x		
47	Detecção precoce e Diagnóstico	Padronização de referência	Percentual de mulheres diagnosticadas com câncer de mama que realizaram mamografia bilateral de rotina nos últimos dois anos.				x			x		

Fonte: O autor, 2020.

Quadro 13 – Indicadores observados na visão matricial (conclusão)

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (2/2)				Critérios								
KPI Nº	Linha	Linha II	Indicador de desempenho (normalizado)	NCCP	AHRQ	NICE	OCDE	AIHW	CCS	Saúde	Legal	Inform.
49	Detecção precoce e Diagnóstico	Padronização de referência	Percentual de mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero que realizaram exame de rotina nos últimos dois anos.				x			x		
15	Tratamento	Padronização de prazo	Percentual de pacientes com tratamento realizado dentro do prazo estipulado para o seu tipo de câncer	x						x	x	x
11	Tratamento	Padronização de referência	Percentual de cirurgias realizadas em locais de referência	x						x		
32	Tratamento	Padronização de referência	Mulheres com menos de 70 anos tratadas de câncer de mama com cirurgia conservadora que receberam		x					x		
33	Tratamento	Padronização de referência	Percentual de pacientes com revisão de diagnóstico confirmado em até 3 meses após o 1º diagnóstico			x				x		
34	Tratamento	Padronização de referência	Percentual de mulheres elegíveis triadas para o câncer de colo de útero por faixa etária			x				x		
67	Tratamento	Padronização de referência	Produção de diárias hospitalares voltadas ao tratamento do câncer					x		x		x
69	Tratamento	Padronização de referência	Top 10 dos registros mais comuns de hospitalização por causa principal de câncer grupo diagnóstico					x		x		x
70	Tratamento	Padronização de referência	Tratamentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgias realizados, por faixa etária e por sexo.					x		x	x	x
111	Tratamento	Padronização de referência	Quantidade de pacientes aguardando início de tratamento e tempo médio de espera							x	x	
58	Sobrevida	Estadiamento	Sobrevida após 5 anos associada ao estadiamento no momento do diagnóstico.					x		x	x	x
17	Sobrevida	Padronização de referência	Percentual de pacientes recebendo um sumário do tratamento e Plano de cuidados	x						x		
51	Sobrevida	Padronização de referência	Sobrevida esperada após 5 anos para os casos de câncer abertos por grupo de diagnóstico e faixa etária				x	x	x	x	x	x
95	Sobrevida	Padronização de referência	Mudança na sobrevida de 5 anos prevista por idade entre decênios para cânceres selecionados, com idades entre 15 e 99						x	x		
18	Cuidados paliativos	Incremento do cuidado de fim de vida	Percentual de pacientes com câncer metastático ministrados com quimioterapia no último mês de vida	x						x	x	
19	Cuidados paliativos	Incremento do cuidado paliativo	Percentual de pacientes com estadiamento nível IV recebendo apoio de especialistas em cuidado paliativo	x						x	x	
101	Capacidade instalada	Capacidade instalada	Acesso a estabelecimento-referência (UNACON, CACON e Hospitais com cirurgia oncológica)							x	x	x

Fonte: O autor, 2020.

Quadro 14 – Indicadores selecionados para o estudo no formato da metodologia

Indicadores analisados no estudo na estrutura Proadess

Linha de cuidado	Dimensão	Subdimensão	Nome do Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Meta	Prazo
Capacidade instalada	Estrutura	Recursos	Acesso a estabelecimento-referência (UNACON, CACON e Hospitais com cirurgia oncológica)	(nº de UNACON's e CACON's habilitadas em determinado local e período x 500.000) / População	CNES; IBGE	1 estab. para cada 500.000 hab	Permanente
Detecção precoce e Diagnóstico	Desempenho	Acesso, Adequação, Continuidade e Efetividade	Quantidade de consultas especializadas efetuadas	nº de consultas / nº de UNACONS's e CACON's habilitadas no período	SIA	500 consultas	Anual por Cacon/Unacon
Detecção precoce e Diagnóstico	Desempenho	Adequação, Continuidade e Efetividade	Percental diagnosticado em estadiamento inicial (I e II) aberto por grupo de câncer	Neoplasias registradas com estadiamento I e II / Total de neoplasias registradas	RHC (INCA)	Sem meta registrada	Sem prazo registrado
Detecção precoce e Diagnóstico	Desempenho	Adequação, Continuidade e Efetividade	Percental diagnosticado em estadiamento avançado aberto por grupo de câncer	Neoplasias registradas com estadiamento III e IV / Total de neoplasias registradas	RHC (INCA)	Sem meta registrada	Sem prazo registrado
Detecção precoce e Diagnóstico	Desempenho	Adequação, Continuidade e Efetividade	Percentual de casos com estadiamento registrado no momento do diagnóstico	Neoplasias registradas com estadiamento / Total de neoplasias registradas	RHC (INCA)	Sem meta registrada	Sem prazo registrado
Detecção precoce e Diagnóstico	Desempenho	Adequação, Continuidade e Efetividade	Quantitativo de exames (ultrassom de mama, RM e mamografias // PSA e colonoscopia) e percentual do público-alvo com exame diagnóstico preventivo por grupo de câncer (mama, colo do útero, intestino e próstata)	nº de exames / nº de UNACONS's e CACON's habilitadas no período	SIH; SIA	640 ultrass. 160 endosc. 240 colon. 200 anatom. Patológico.	Anual por Cacon/Unacon
Detecção precoce e Diagnóstico	Desempenho	Adequação, Continuidade e Efetividade	Percentual de pacientes com exames de diagnóstico dentro do prazo estipulado para a sua suspeita de	(Qtd registros com data do diagnóstico - data da 1ª consulta menor que 30 dias) / Qtd registros	RHC (INCA)	Diagnóstico em até 30 dias	Sem prazo registrado
Tratamento	Desempenho	Adequação, Continuidade e Efetividade	Percentual de pacientes com tratamento realizado dentro do prazo estipulado para o seu tipo de câncer	(Qtd registros com data do tratamento - data do diagnóstico menor que 60 dias) / Qtd registros	RHC (INCA)	Tratamento em até 60 dias	Sem prazo registrado
Tratamento	Desempenho	Adequação, Continuidade e Efetividade	Tratamentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgias realizados, por faixa etária e por sexo.	nº de tratamentos / nº de UNACONS's e CACON's habilitadas no período	SIH; SIA	650 cirurgias 5300 quimio 43.000 radio	Anual por Cacon/Unacon e Equip (radio)
x	Desempenho	Adequação, Continuidade e Efetividade	Nº de óbitos registrados no período	Quantidade de registros com data de óbito preenchida no período de análise	RBPC (INCA)	Sem meta registrada	Sem prazo registrado

Lei ordinária 13.896/2019 que entrou em vigência em abril de 2020.

Indicador originalmente idealizado para o estudo era o cálculo da sobrevida esperada em função do estadiamento e topografia primária do câncer

Fonte: O autor, 2020.

6.3 Estrutura do serviço de apoio oncológico

A PNCC determina o cuidado integral ao usuário de forma regionalizada e descentralizada e estabelece que o tratamento do câncer será feito em estabelecimentos de saúde habilitados - Unacon ou Cacon. Estes estabelecimentos devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, realizando o diagnóstico, estadiamento e tratamento. Além disso, deverão ainda ser observadas as exigências contidas na Portaria 140/2014, para garantir a qualidade dos serviços de assistência oncológica e a segurança do paciente nesses serviços.

Segundo o site do INCA (<https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus>), até julho de 2019 existem 318 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer. Todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia, onde o paciente de câncer pode obter desde um exame até cirurgias mais complexas. A Tabela 6 lista o total de estabelecimentos por unidade da federação segundo as habilitações (vide anexo para a lista dos estabelecimentos).

Tabela 6 – Número de estabelecimentos oncológicos segundo UF e Brasil, 2019

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

BRASIL

Estado	Cacon	Unacon	Subtotal 1	HGO	Outros	Subtotal 2	Total
Amazonas	-	1	1	1	1	2	3
Amapá	-	1	1	-	-	-	1
Tocantins	-	2	2	-	1	1	3
Acre	-	1	1	-	-	-	1
Rondônia	1	3	4	-	-	-	4
Roraima	-	1	1	-	-	-	1
Pará	1	3	4	-	-	-	4
Região Norte	2	12	14	1	2	3	17
Alagoas	2	3	5	-	-	-	5
Bahia	1	15	16	1	2	3	19
Ceará	2	8	10	-	-	-	10
Paraíba	1	4	5	-	-	-	5
Pernambuco	1	9	10	-	2	2	12
Piauí	1	2	3	-	-	-	3
Rio Grande do Norte	1	6	7	-	-	-	7
Sergipe	-	2	2	-	-	-	2
Maranhão	1	2	3	1	1	2	5
Região Nordeste	10	51	61	2	5	7	68
Goiás	1	4	5	-	-	-	5
Mato Grosso do Sul	-	7	7	-	-	-	7
Mato Grosso	-	5	5	-	-	-	5
Distrito Federal	7	2	9	-	-	-	9
Região Centro-Oeste	8	18	26	-	-	-	26
São Paulo	16	59	75	5	2	7	82
Rio de Janeiro	2	23	25	2	3	5	30
Minas Gerais	3	32	35	1	1	2	37
Espírito Santo	1	7	8	-	-	-	8
Região Sudeste	22	121	143	8	6	14	157
Rio Grande do Sul	3	27	30	-	-	-	30
Santa Catarina	1	18	19	-	1	1	20
Paraná	5	20	25	-	3	3	28
Região Sul	9	65	74	-	4	4	78
Brasil	51	267	318	11	17	28	346

Fonte: Elaborado pelo autor baseado no site do INCA, 2020.

6.3.1 Acesso à infraestrutura física

A Tabela 7 apresenta uma comparação entre a quantidade de CACON E UNACON existentes em operação em julho de 2019 com o que é preconizado pela Portaria 140/2014. Observou-se que, segundo o padrão de referência de número de habitantes por estabelecimento, o país apresenta um déficit de ao menos 85 estabelecimentos de tratamento de câncer, sendo que apenas a Região Sul apresenta superávit de oferta destas unidades. A análise por macrorregião aponta que a carência na oferta de estabelecimentos de unidades de referência para o acompanhamento oncológico é mais acentuada nas regiões Norte e Nordeste. A região Nordeste representa uma insuficiência de mais da metade do déficit nacional. Vale destacar que a região Sudeste, que possui maior contingente populacional com faixa etária superior a 50 anos, apresenta déficit de estabelecimentos mesmo quando avaliada pela referência populacional.

Tabela 7 – Número de estabelecimentos (Cacon e Unacon) existentes & preconizado pela Portaria 140/2014, segundo UF e Brasil, 2019³

Estado	População estimada	Cacon e Unacon		
		jul/19	Referência ¹	Défict/Superávit
Amazonas	4.080.611	1	8	(7)
Amapá	829.494	1	1	-
Tocantins	1.555.229	2	3	(1)
Acre	869.265	1	1	-
Rondônia	1.757.589	4	3	1
Roraima	576.568	1	1	-
Pará	8.513.497	4	17	(13)
Região Norte	18.182.253	14	34	(20)
Alagoas	3.322.820	5	6	(1)
Bahia	14.812.617	16	29	(13)
Ceará	9.075.649	10	18	(8)
Paraíba	3.996.496	5	7	(2)
Pernambuco	9.496.294	10	18	(8)
Piauí	3.264.531	3	6	(3)
Rio Grande do Norte	3.479.010	7	6	1
Sergipe	2.278.308	2	4	(2)
Maranhão	7.035.055	3	14	(11)
Região Nordeste	56.760.780	61	108	(47)
Goiás	6.921.161	5	13	(8)
Mato Grosso do Sul	2.748.023	7	5	2
Mato Grosso	3.441.998	5	6	(1)
Distrito Federal	2.974.703	9	5	4
Região Centro-Oeste	16.085.885	26	29	(3)
São Paulo	45.538.936	75	91	(16)
Rio de Janeiro	17.159.960	25	34	(9)
Minas Gerais	21.040.662	35	42	(7)
Espírito Santo	3.972.388	8	7	1
Região Sudeste	87.711.946	143	174	(31)
Rio Grande do Sul	11.329.605	30	22	8
Santa Catarina	7.075.494	19	14	5
Paraná	11.348.937	25	22	3
Região Sul	29.754.036	74	58	16
Brasil	208.494.900	318	403	(85)

Fonte: Elaborado pelo autor baseado na Portaria 140/2014, 2020.

³ Comparativo entre a quantidade de estabelecimentos existentes e o que é preconizado pela portaria segundo o padrão de referência¹ de uma unidade especializada para cada 500.000 habitantes. Unidades da Federação com estabelecimentos deficitários demarcados na cor vermelha.

6.4 Acesso, adequação, continuidade e efetividade

Este tópico aborda os indicadores de desempenho oncológico segundo sua linha de cuidado, subdividida em dois tópicos: detecção precoce e tratamento. Ao final do capítulo é desenvolvido o indicador de número de óbitos no período com suas respectivas limitações na base para o cálculo da sobrevida.

6.4.1 Detecção Precoce: N° de consultas especializadas

A Tabela 8 retrata a distribuição das consultas especializadas realizadas em pacientes oncológicos registrados no banco de dados da Produção Ambulatorial do SIA, nos 329 estabelecimentos-referência que ofertaram tratamentos cirúrgicos, radioterápicos ou quimioterápicos no ano de 2013. Na confecção original desta tabela foram considerados apenas os registros cujo diagnóstico principal era pertencente aos grupos de CID do Capítulo II – Neoplasias (tumores), entendendo que apesar de serem hospitais referência de caráter oncológico, poderiam haver casos isolados de realização de consultas em pacientes diagnosticados com outro perfil de doença. Porém, o que se observou foi a ausência de registros. Dado este cenário, para este estudo, assumiu-se como premissa que todas as consultas em unidades de referência oncológicas foram feitas em pacientes acometidos pela doença ou com o propósito de prover seguimento ao diagnóstico/tratamento de doença. Adicionalmente, para efeito de simplificação da análise a nível nacional e regional, o total de consultas foi dividido pelo total de hospitais de referência de cada UF.

A análise da Tabela 8 aponta que, independente da UF de análise, o parâmetro de produtividade de consultas especializadas nas unidades referência é atendido sobre o parâmetro legal da Portaria 140/2014

Tabela 8 – Número de estabelecimentos e consultas de oncologia segundo UF e Brasil, 2013⁴

Consultas especializadas em oncologia realizadas em 2013			
Cód. Território	Estabelecimentos em 2013	Consultas (Total)	Consultas (por Estab.)
RO Rondônia	2	38.932	19.466
AC Acre	1	158.960	158.960
AM Amazonas	4	171.919	42.980
RR Roraima	1	33.517	33.517
PA Pará	4	109.175	27.294
AP Amapá	1	116.015	116.015
TO Tocantins	2	79.247	39.624
1 Norte	15	707.765	47.184
MA Maranhão	3	87.625	29.208
PI Piauí	3	70.744	23.581
CE Ceará	11	583.617	53.056
RN Rio Grande do Norte	7	207.377	29.625
PB Paraíba	4	141.758	35.440
PE Pernambuco	10	930.625	93.063
AL Alagoas	5	138.921	27.784
SE Sergipe	3	150.485	50.162
BA Bahia	13	832.215	64.017
2 Nordeste	59	3.143.367	53.277
MG Minas Gerais	34	948.574	27.899
ES Espírito Santo	8	481.599	60.200
RJ Rio de Janeiro	30	1.119.204	37.307
SP São Paulo	82	7.183.031	87.598
3 Sudeste	154	9.732.408	63.197
PR Paraná	24	1.396.302	58.179
SC Santa Catarina	20	648.453	32.423
RS Rio Grande do Sul	28	1.934.912	69.104
4 Sul	72	3.979.667	55.273
MS Mato Grosso do Sul	7	228.630	32.661
MT Mato Grosso	6	131.672	21.945
GO Goiás	5	315.294	63.059
DF Distrito Federal	11	810.331	73.666
5 Centro-Oeste	29	1.485.927	51.239
Brasil	329	19.049.134	57.900

Fonte: SIA, 2019.

⁴ A portaria 140/2014 estipula produtividade mínima de 500 consultas especializadas.

Os parâmetros de consulta utilizados na base de dados do SIA (Produção ambulatorial) foram os seguintes: Estabelecimentos CNES-BR que realizaram tratamentos no período; UF Atendimento (Todas); Procedimentos (0301010072) - Consultas especializadas; Competências do ano de 2013.

6.4.2 Detecção precoce e diagnóstico: estadiamento no momento do diagnóstico

Para o presente subtópico, o intuito foi avaliar o perfil de estadiamento dos doentes acometidos com neoplasia maligna no momento do diagnóstico. Dentro desta lógica foram analisados os seguintes indicadores: (1) Percentual com estadiamento registrado, (2) Percentual diagnosticado em estadiamento inicial (I e II) e (3) Percentual diagnosticado em estadiamento avançado (III e IV). A Tabela 9 apresenta um panorama deste cenário segundo unidade da federação. A Tabela 10, Tabela 11, Tabela 12, Tabela 13 e Tabela 14 replicam esta mesma avaliação para os cânceres de próstata, mama, colo do útero, colorretal e pulmão, respectivamente.

Foram considerados como válidos para análise segundo a notação de estadiamento, os estados cujo RHC apresentavam um percentual de dados omissos inferior a 15%. Esta mesma lógica foi adotada para as demais topografias específicas. Para efeito visual mais evidente, as UF que atenderam a este critério foram demarcadas com a cor de fonte azul nestas tabelas.

A subclassificação segundo notação de estadiamento inicial ou avançado obedeceu às combinações pré-estabelecidas dos agrupamentos das classificações de categoria T, N e M, presentes na própria base do RHC. As categorias I e II foram consideradas como iniciais e o III e IV como avançados. Os carcinomas in situ, ou não invasivos, são o primeiro estágio em que o câncer não originário das células sanguíneas podem ser classificados. Dado a sua natureza, os mesmos estão considerados no percentual com estadiamento registrado, porém destacado da subdivisão de estadiamento inicial e avançado. Já para os casos onde não existe um estadiamento proposto para o tumor e para os casos de localização primária desconhecida, foi adotado a subclassificação de “não se aplica”. No entanto, apesar de compreensível quando não adentramos em cânceres específicos, esta observação não pode ser extrapolada para as topografias do estudo (próstata, mama, colo do útero, colorretal e pulmão) dado que estes tumores podem ser estadiados e não se enquadram na descrição acima, restando tratar esta informação como erro de digitação para estas topografias específicas. Dito isto, a proposição para estes casos no presente estudo foi agrupar os registros do tipo “não se aplica” aos dados sem registros.

Tabela 9 – Perfil das informações do primeiro estadiamento segundo UF e Brasil, 2013 (Todas as topografias)

Análise do perfil de estadiamento após o primeiro estadiamento

BRASIL, 2013.

Estado	Total	Com informação de estadiamento						Sem informação de estadiamento							
		In Situ	(%) Total	Incial	(%) Inicial	Avançado	Avançado	Subtotal (1)	(%) Total	Não se aplica	(%) Total	Sem informação	(%) Total	Subtotal (2)	(%) Total
Amazonas	1.434	166	11,6%	218	44,4%	273	55,6%	657	45,8%	229	16,0%	548	38,2%	777	54,2%
Amapá	206	1	0,5%	29	36,3%	51	63,8%	81	39,3%	33	16,0%	92	44,7%	125	60,7%
Tocantins	992	59	5,9%	283	43,9%	362	56,1%	704	71,0%	145	14,6%	143	14,4%	288	29,0%
Acre	278	1	0,4%	57	36,5%	99	63,5%	157	56,5%	83	29,9%	38	13,7%	121	43,5%
Rondônia	1.393	5	0,4%	244	52,5%	221	47,5%	470	33,7%	106	7,6%	817	58,7%	923	66,3%
Roraima	116	-	0,0%	24	40,0%	36	60,0%	60	51,7%	31	26,7%	25	21,6%	56	48,3%
Pará	2.197	6	0,3%	525	45,1%	640	54,9%	1.171	53,3%	351	16,0%	675	30,7%	1.026	46,7%
Região Norte	6.616	238	3,6%	1.380	45,1%	1.682	54,9%	3.300	49,9%	978	14,8%	2.338	35,3%	3.316	50,1%
Alagoas	1.822	4	0,2%	212	36,4%	371	63,6%	587	32,2%	809	44,4%	426	23,4%	1.235	67,8%
Bahia	8.985	415	4,6%	3.121	57,9%	2.272	42,1%	5.808	64,6%	985	11,0%	2.192	24,4%	3.177	35,4%
Ceará	6.734	72	1,1%	1.146	45,4%	1.378	54,6%	2.596	38,6%	1.034	15,4%	3.104	46,1%	4.138	61,4%
Paraíba	3.692	1	0,0%	692	48,6%	731	51,4%	1.424	38,6%	625	16,9%	1.643	44,5%	2.268	61,4%
Pernambuco	6.114	199	3,3%	1.046	41,6%	1.469	58,4%	2.714	44,4%	1.194	19,5%	2.206	36,1%	3.400	55,6%
Piauí	2.365	64	2,7%	1.050	54,8%	866	45,2%	1.980	83,7%	256	10,8%	129	5,5%	385	16,3%
Rio Grande do Norte	2.172	18	0,8%	748	43,8%	961	56,2%	1.727	79,5%	305	14,0%	140	6,4%	445	20,5%
Sergipe	950	4	0,4%	56	53,8%	48	46,2%	108	11,4%	99	10,4%	743	78,2%	842	88,6%
Maranhão	3.855	105	2,7%	1.669	58,0%	1.209	42,0%	2.983	77,4%	550	14,3%	322	8,4%	872	22,6%
Região Nordeste	36.689	882	2,4%	9.740	51,1%	9.305	48,9%	19.927	54,3%	5.857	16,0%	10.905	29,7%	16.762	45,7%
Goiás	982	23	2,3%	345	56,5%	266	43,5%	634	64,6%	106	10,8%	242	24,6%	348	35,4%
Mato Grosso do Sul	1.755	10	0,6%	430	48,5%	457	51,5%	897	51,1%	425	24,2%	433	24,7%	858	48,9%
Mato Grosso	2.069	13	0,6%	518	45,8%	614	54,2%	1.145	55,3%	328	15,9%	596	28,8%	924	44,7%
Distrito Federal	278	3	1,1%	101	59,4%	69	40,6%	173	62,2%	102	36,7%	3	1,1%	105	37,8%
Região Centro-Oeste	5.084	49	1,0%	1.394	49,8%	1.406	50,2%	2.849	56,0%	961	18,9%	1.274	25,1%	2.235	44,0%
São Paulo	53.452	1.940	3,6%	28.295	64,4%	15.610	35,6%	45.845	85,8%	7.574	14,2%	33	0,1%	7.607	14,2%
Rio de Janeiro	8.739	172	2,0%	1.947	46,9%	2.205	53,1%	4.324	49,5%	1.439	16,5%	2.976	34,1%	4.415	50,5%
Minas Gerais	18.771	187	1,0%	6.350	53,5%	5.513	46,5%	12.050	64,2%	2.955	15,7%	3.766	20,1%	6.721	35,8%
Espírito Santos	3.659	20	0,5%	674	43,0%	892	57,0%	1.586	43,3%	464	12,7%	1.609	44,0%	2.073	56,7%
Região Sudeste	84.621	2.319	2,7%	37.266	60,6%	24.220	39,4%	63.805	75,4%	12.432	14,7%	8.384	9,9%	20.816	24,6%
Rio Grande do Sul	11.036	106	1,0%	3.232	48,3%	3.455	51,7%	6.793	61,6%	1.334	12,1%	2.909	26,4%	4.243	38,4%
Santa Catarina	5.719	56	1,0%	1.017	46,7%	1.162	53,3%	2.235	39,1%	1.631	28,5%	1.853	32,4%	3.484	60,9%
Paraná	12.608	208	1,6%	4.255	61,1%	2.707	38,9%	7.170	56,9%	2.610	20,7%	2.828	22,4%	5.438	43,1%
Região Sul	29.363	370	1,3%	8.504	53,7%	7.324	46,3%	16.198	55,2%	5.575	19,0%	7.590	25,8%	13.165	44,8%
Brasil	162.373	3.858	2,4%	58.284	57,0%	43.937	43,0%	106.079	65,3%	25.803	15,9%	30.491	18,8%	56.294	34,7%

1 Percentual com estadiamento registrado 2 Percentual diagnosticado em estadiamento inicial (I e II) 3 Percentual diagnosticado em estadiamento avançado (III e IV)

Comentários:

No Brasil, em 2013, quase um quinto (18,8%) dos registros não apresentou o preenchimento do estadiamento. Entre as UF, o preenchimento foi bastante diverso, variando desde a quase total completude desta variável em São Paulo até 78,2% de dados ausentes em Sergipe. Foi possível observar também um alto percentual de registros com a condição Não se Aplica em várias UF, com destaque para o estado do Alagoas, extensível às demais topografias analisadas no estudo, e no Distrito Federal.

O percentual com estadiamento registrado dos dados nacionais alcançou 65,3% com resultado ligeiramente superior no Sudeste em função de São Paulo. O perfil é predominantemente inicial nos estados de São Paulo, Maranhão, Piauí e Distrito Federal. Em contrapartida, Tocantins, Acre e Rio Grande do Norte apresentaram perfil já evoluído no primeiro diagnóstico.

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

Tabela 10 – Perfil das informações do primeiro estadiamento segundo UF e Brasil, 2013 (Câncer de Próstata)

Análise do perfil de estadiamento após o primeiro estadiamento

(C61) Topografia primária de Câncer de Próstata

BRASIL, 2013.

Estado	Total	Com informação de estadiamento						Subtotal		Sem informação de estadiamento				Subtotal	
		In Situ	(%) Total	Incial	(%) Inicial	Avançado	Avançado	(1)	(%) Total	Não se aplica	(%) Total	Sem informação	(%) Total	(2)	(%) Total
Amazonas	180	-	0,0%	7	63,6%	4	36,4%	11	6,1%	-	0,0%	169	93,9%	169	93,9%
Amapá	25	-	0,0%	5	83,3%	1	16,7%	6	24,0%	-	0,0%	19	76,0%	19	76,0%
Tocantins	94	-	0,0%	28	38,9%	44	61,1%	72	76,6%	-	0,0%	22	23,4%	22	23,4%
Acre	32	-	0,0%	6	40,0%	9	60,0%	15	46,9%	1	3,1%	16	50,0%	17	53,1%
Rondônia	129	-	0,0%	46	56,1%	36	43,9%	82	63,6%	2	1,6%	45	34,9%	47	36,4%
Roraima	22	-	0,0%	9	60,0%	6	40,0%	15	68,2%	-	0,0%	7	31,8%	7	31,8%
Pará	210	-	0,0%	41	45,6%	49	54,4%	90	42,9%	1	0,5%	119	56,7%	120	57,1%
Região Norte	692	-	0,0%	142	48,8%	149	51,2%	291	42,1%	4	0,6%	397	57,4%	401	57,9%
Alagoas	228	-	0,0%	52	44,1%	66	55,9%	118	51,8%	52	22,8%	58	25,4%	110	48,2%
Bahia	1.849	-	0,0%	910	69,0%	408	31,0%	1.318	71,3%	4	0,2%	527	28,5%	531	28,7%
Ceará	779	-	0,0%	186	50,4%	183	49,6%	369	47,4%	34	4,4%	376	48,3%	410	52,6%
Paraíba	478	-	0,0%	99	44,0%	126	56,0%	225	47,1%	3	0,6%	250	52,3%	253	52,9%
Pernambuco	612	-	0,0%	61	30,7%	138	69,3%	199	32,5%	36	5,9%	377	61,6%	413	67,5%
Piauí	424	-	0,0%	241	57,8%	176	42,2%	417	98,3%	-	0,0%	7	1,7%	7	1,7%
Rio Grande do Norte	412	-	0,0%	198	51,6%	186	48,4%	384	93,2%	1	0,2%	27	6,6%	28	6,8%
Sergipe	121	-	0,0%	6	75,0%	2	25,0%	8	6,6%	-	0,0%	113	93,4%	113	93,4%
Maranhão	401	-	0,0%	221	64,4%	122	35,6%	343	85,5%	2	0,5%	56	14,0%	58	14,5%
Região Nordeste	5.304	-	0,0%	1.974	58,4%	1.407	41,6%	3.381	63,7%	132	2,5%	1.791	33,8%	1.923	36,3%
Goiás	157	-	0,0%	59	59,0%	41	41,0%	100	63,7%	-	0,0%	57	36,3%	57	36,3%
Mato Grosso do Sul	222	-	0,0%	58	45,3%	70	54,7%	128	57,7%	1	0,5%	93	41,9%	94	42,3%
Mato Grosso	322	-	0,0%	93	47,0%	105	53,0%	198	61,5%	20	6,2%	104	32,3%	124	38,5%
Distrito Federal	28	-	0,0%	20	80,0%	5	20,0%	25	89,3%	3	10,7%	-	0,0%	3	10,7%
Região Centro-Oeste	729	-	0,0%	230	51,0%	221	49,0%	451	61,9%	24	3,3%	254	34,8%	278	38,1%
São Paulo	6.205	-	0,0%	4.209	69,6%	1.837	30,4%	6.046	97,4%	155	2,5%	4	0,1%	159	2,6%
Rio de Janeiro	837	-	0,0%	176	66,2%	90	33,8%	266	31,8%	58	6,9%	513	61,3%	571	68,2%
Minas Gerais	3.515	-	0,0%	2.244	77,1%	667	22,9%	2.911	82,8%	40	1,1%	564	16,0%	604	17,2%
Espírito Santos	527	-	0,0%	215	71,4%	86	28,6%	301	57,1%	2	0,4%	224	42,5%	226	42,9%
Região Sudeste	11.084	-	0,0%	6.844	71,9%	2.680	28,1%	9.524	85,9%	255	2,3%	1.305	11,8%	1.560	14,1%
Rio Grande do Sul	1.363	-	0,0%	472	54,9%	388	45,1%	860	63,1%	66	4,8%	437	32,1%	503	36,9%
Santa Catarina	707	-	0,0%	153	53,7%	132	46,3%	285	40,3%	123	17,4%	299	42,3%	422	59,7%
Paraná	1.418	-	0,0%	601	68,3%	279	31,7%	880	62,1%	11	0,8%	527	37,2%	538	37,9%
Região Sul	3.488	-	0,0%	1.226	60,5%	799	39,5%	2.025	58,1%	200	5,7%	1.263	36,2%	1.463	41,9%
Brasil	21.297	-	0,0%	10.416	66,5%	5.256	33,5%	15.672	73,6%	615	2,9%	5.010	23,5%	5.625	26,4%

1 Percentual com estadiamento registrado 2 Percentual diagnosticado em estadiamento inicial (I e II) 3 Percentual diagnosticado em estadiamento avançado (III e IV)

Comentários:

O câncer de próstata apresentou mais de um quarto (26,4%) dos registros sem informação de estadiamento. Entre as unidades federativas, o preenchimento foi bastante diverso, variando de uma quase total completude desta variável no estado de São Paulo e Piauí até 93,4% de dados ausentes em Sergipe.

O percentual com estadiamento registrado dos dados nacionais alcançou 73,6% com resultado superior no Sudeste em função de São Paulo. Dentre estas UF, foi possível observar uma predominância mais acentuada de diagnósticos em estágio inicial no estado de São Paulo e no Distrito Federal. O Maranhão, Piauí e Rio Grande do norte também apresentaram maior participação de diagnósticos em estágio inicial só que em menor escala.

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

Tabela 11 – Perfil das informações do primeiro estadiamento segundo UF e Brasil, 2013 (Câncer de Mama)

Análise do perfil de estadiamento após o primeiro estadiamento

(C50) Topografia primária de Câncer de Mama

BRASIL, 2013.

Estado	Total	Com informação de estadiamento						Sem informação de estadiamento							
		In Situ	(%) Total	Incial	(%) Inicial	Avançado	Avançado	Subtotal (1)	(%) Total	Não se aplica	(%) Total	Sem informação	(%) Total	Subtotal (2)	(%) Total
Amazonas	169	2	1,2%	58	50,0%	58	50,0%	118	69,8%	-	0,0%	51	30,2%	51	30,2%
Amapá	15	-	0,0%	1	16,7%	5	83,3%	6	40,0%	-	0,0%	9	60,0%	9	60,0%
Tocantins	89	1	1,1%	44	53,7%	38	46,3%	83	93,3%	-	0,0%	6	6,7%	6	6,7%
Acre	35	1	2,9%	13	44,8%	16	55,2%	30	85,7%	2	5,7%	3	8,6%	5	14,3%
Rondônia	199	4	2,0%	61	55,5%	49	44,5%	114	57,3%	1	0,5%	84	42,2%	85	42,7%
Roraima	20	-	0,0%	4	26,7%	11	73,3%	15	75,0%	1	5,0%	4	20,0%	5	25,0%
Pará	356	1	0,3%	112	40,9%	162	59,1%	275	77,2%	6	1,7%	75	21,1%	81	22,8%
Região Norte	883	9	1,0%	293	46,4%	339	53,6%	641	72,6%	10	1,1%	232	26,3%	242	27,4%
Alagoas	397	2	0,5%	64	44,1%	81	55,9%	147	37,0%	156	39,3%	94	23,7%	250	63,0%
Bahia	1.536	96	6,3%	736	60,4%	482	39,6%	1.314	85,5%	9	0,6%	213	13,9%	222	14,5%
Ceará	1.095	23	2,1%	329	49,3%	338	50,7%	690	63,0%	60	5,5%	345	31,5%	405	37,0%
Paraíba	671	1	0,1%	235	59,2%	162	40,8%	398	59,3%	5	0,7%	268	39,9%	273	40,7%
Pernambuco	1.246	18	1,4%	543	56,9%	412	43,1%	973	78,1%	14	1,1%	259	20,8%	273	21,9%
Piauí	279	7	2,5%	127	48,5%	135	51,5%	269	96,4%	4	1,4%	6	2,2%	10	3,6%
Rio Grande do Norte	506	18	3,6%	268	55,8%	212	44,2%	498	98,4%	2	0,4%	6	1,2%	8	1,6%
Sergipe	240	2	0,8%	8	29,6%	19	70,4%	29	12,1%	-	0,0%	211	87,9%	211	87,9%
Maranhão	483	13	2,7%	217	47,9%	236	52,1%	466	96,5%	2	0,4%	15	3,1%	17	3,5%
Região Nordeste	6.453	180	2,8%	2.527	54,9%	2.077	45,1%	4.784	74,1%	252	3,9%	1.417	22,0%	1.669	25,9%
Goiás	157	8	5,1%	47	51,1%	45	48,9%	100	63,7%	2	1,3%	55	35,0%	57	36,3%
Mato Grosso do Sul	188	-	0,0%	52	39,4%	80	60,6%	132	70,2%	3	1,6%	53	28,2%	56	29,8%
Mato Grosso	339	2	0,6%	135	48,7%	142	51,3%	279	82,3%	12	3,5%	48	14,2%	60	17,7%
Distrito Federal	41	2	4,9%	26	66,7%	13	33,3%	41	100,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Região Centro-Oeste	725	12	1,7%	260	48,1%	280	51,9%	552	76,1%	17	2,3%	156	21,5%	173	23,9%
São Paulo	8.023	729	9,1%	4.600	64,0%	2.584	36,0%	7.913	98,6%	106	1,3%	4	0,0%	110	1,4%
Rio de Janeiro	1.982	78	3,9%	860	57,4%	638	42,6%	1.576	79,5%	44	2,2%	362	18,3%	406	20,5%
Minas Gerais	2.737	65	2,4%	1.198	58,0%	866	42,0%	2.129	77,8%	33	1,2%	575	21,0%	608	22,2%
Espírito Santos	481	15	3,1%	156	52,2%	143	47,8%	314	65,3%	4	0,8%	163	33,9%	167	34,7%
Região Sudeste	13.223	887	6,7%	6.814	61,7%	4.231	38,3%	11.932	90,2%	187	1,4%	1.104	8,3%	1.291	9,8%
Rio Grande do Sul	1.631	26	1,6%	780	63,1%	457	36,9%	1.263	77,4%	62	3,8%	306	18,8%	368	22,6%
Santa Catarina	911	4	0,4%	428	65,5%	225	34,5%	657	72,1%	58	6,4%	196	21,5%	254	27,9%
Paraná	1.612	18	1,1%	801	66,2%	409	33,8%	1.228	76,2%	36	2,2%	348	21,6%	384	23,8%
Região Sul	4.154	48	1,2%	2.009	64,8%	1.091	35,2%	3.148	75,8%	156	3,8%	850	20,5%	1.006	24,2%
Brasil	25.438	1.136	4,5%	11.903	59,8%	8.018	40,2%	21.057	82,8%	622	2,4%	3.759	14,8%	4.381	17,2%

1 Percentual com estadiamento registrado 2 Percentual diagnosticado em estadiamento inicial (I e II) 3 Percentual diagnosticado em estadiamento avançado (III e IV)

Comentários:

O câncer de mama apresentou 17,2% dos registros sem informação de estadiamento. Entre as unidades federativas, o preenchimento foi bastante diverso, variando desde a quase totalidade dos casos no estado de São Paulo, Distrito Federal e Rio Grande do Norte até 87,9% de dados omissos em Sergipe.

O percentual com estadiamento registrado dos dados nacionais alcançou 82,8% com resultado ligeiramente superior no Sudeste em função de São Paulo. Dentre estas UF, foi possível observar uma predominância mais acentuada de diagnósticos em estágio inicial no estado de São Paulo, Bahia e Distrito Federal, seguidos pelo Tocantins e Rio Grande do Norte em menor escala. Em contrapartida, Acre, Piauí e Maranhão destacaram-se por apresentar um perfil já evoluído da doença no primeiro diagnóstico.

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

Tabela 12 – Perfil das informações do primeiro estadiamento segundo UF e Brasil, 2013 (Câncer de Colo do útero)

Análise do perfil de estadiamento após o primeiro estadiamento

(C53) Topografia primária de Câncer de Colo do útero BRASIL, 2013.

Estado	Com informação de estadiamento								Sem informação de estadiamento						
	Total	In Situ	(%) Total	Incial	(%) Inicial	Avançado	Avançado	Subtotal (1)	(%) Total	Não se aplica	(%) Total	Sem informação	(%) Total	Subtotal (2)	(%) Total
Amazonas	453	164	36,2%	103	40,2%	153	59,8%	420	92,7%	2	0,4%	31	6,8%	33	7,3%
Amapá	42	1	2,4%	16	57,1%	12	42,9%	29	69,0%	-	0,0%	13	31,0%	13	31,0%
Tocantins	150	58	38,7%	32	39,0%	50	61,0%	140	93,3%	1	0,7%	9	6,0%	10	6,7%
Acre	47	-	0,0%	17	38,6%	27	61,4%	44	93,6%	1	2,1%	2	4,3%	3	6,4%
Rondônia	149	1	0,7%	25	54,3%	21	45,7%	47	31,5%	3	2,0%	99	66,4%	102	68,5%
Roraima	12	-	0,0%	5	55,6%	4	44,4%	9	75,0%	-	0,0%	3	25,0%	3	25,0%
Pará	414	5	1,2%	211	59,3%	145	40,7%	361	87,2%	3	0,7%	50	12,1%	53	12,8%
Região Norte	1.267	229	18,1%	409	49,8%	412	50,2%	1.050	82,9%	10	0,8%	207	16,3%	217	17,1%
Alagoas	230	2	0,9%	21	34,4%	40	65,6%	63	27,4%	139	60,4%	28	12,2%	167	72,6%
Bahia	857	311	36,3%	206	48,8%	216	51,2%	733	85,5%	6	0,7%	118	13,8%	124	14,5%
Ceará	484	48	9,9%	167	48,5%	177	51,5%	392	81,0%	13	2,7%	79	16,3%	92	19,0%
Paraíba	262	-	0,0%	58	52,7%	52	47,3%	110	42,0%	2	0,8%	150	57,3%	152	58,0%
Pernambuco	656	181	27,6%	121	42,0%	167	58,0%	469	71,5%	3	0,5%	184	28,0%	187	28,5%
Piauí	265	57	21,5%	127	64,8%	69	35,2%	253	95,5%	10	3,8%	2	0,8%	12	4,5%
Rio Grande do Norte	168	-	0,0%	38	27,1%	102	72,9%	140	83,3%	6	3,6%	22	13,1%	28	16,7%
Sergipe	62	-	0,0%	6	42,9%	8	57,1%	14	22,6%	-	0,0%	48	77,4%	48	77,4%
Maranhão	666	90	13,5%	259	51,8%	241	48,2%	590	88,6%	46	6,9%	30	4,5%	76	11,4%
Região Nordeste	3.650	689	18,9%	1.003	48,3%	1.072	51,7%	2.764	75,7%	225	6,2%	661	18,1%	886	24,3%
Goiás	63	12	19,0%	26	72,2%	10	27,8%	48	76,2%	1	1,6%	14	22,2%	15	23,8%
Mato Grosso do Sul	116	8	6,9%	26	42,6%	35	57,4%	69	59,5%	2	1,7%	45	38,8%	47	40,5%
Mato Grosso	170	11	6,5%	48	44,4%	60	55,6%	119	70,0%	9	5,3%	42	24,7%	51	30,0%
Distrito Federal	21	1	4,8%	16	80,0%	4	20,0%	21	100,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Região Centro-Oeste	370	32	8,6%	116	51,6%	109	48,4%	257	69,5%	12	3,2%	101	27,3%	113	30,5%
São Paulo	2.465	1.154	46,8%	733	57,5%	542	42,5%	2.429	98,5%	36	1,5%	-	0,0%	36	1,5%
Rio de Janeiro	630	74	11,7%	262	55,0%	214	45,0%	550	87,3%	10	1,6%	70	11,1%	80	12,7%
Minas Gerais	966	112	11,6%	319	53,7%	275	46,3%	706	73,1%	97	10,0%	163	16,9%	260	26,9%
Espírito Santos	307	5	1,6%	62	53,4%	54	46,6%	121	39,4%	1	0,3%	185	60,3%	186	60,6%
Região Sudeste	4.368	1.345	30,8%	1.376	55,9%	1.085	44,1%	3.806	87,1%	144	3,3%	418	9,6%	562	12,9%
Rio Grande do Sul	534	78	14,6%	140	42,3%	191	57,7%	409	76,6%	31	5,8%	94	17,6%	125	23,4%
Santa Catarina	289	52	18,0%	64	53,8%	55	46,2%	171	59,2%	29	10,0%	89	30,8%	118	40,8%
Paraná	1.040	184	17,7%	186	55,2%	151	44,8%	521	50,1%	392	37,7%	127	12,2%	519	49,9%
Região Sul	1.863	314	16,9%	390	49,6%	397	50,4%	1.101	59,1%	452	24,3%	310	16,6%	762	40,9%
Brasil	11.518	2.609	22,7%	3.294	51,7%	3.075	48,3%	8.978	77,9%	843	7,3%	1.697	14,7%	2.540	22,1%

1 Percentual com estadiamento registrado 2 Percentual diagnosticado em estadiamento inicial (I e II) 3 Percentual diagnosticado em estadiamento avançado (III e IV)

Comentários:

O câncer de colo do útero apresentou quase um quarto (22,1%) dos registros sem informação de estadiamento, sendo esse percentual quase nulo nos estados de São Paulo e Distrito Federal e alcançando valores superiores a 70% no Sergipe e em Alagoas.

O percentual com estadiamento registrado dos dados nacionais alcançou 77,9% com resultado ligeiramente superior no Sudeste em função de São Paulo. Dentre estas UF, foi possível observar uma predominância mais acentuada de diagnósticos em estágio inicial no estado de Distrito Federal, Piauí e Pará, seguidos por São Paulo, Rio de Janeiro e Maranhão em menor escala. Já os estados do Acre, Amazonas, Tocantins e Bahia apresentaram um perfil já evoluído da doença. Também foi possível perceber um aumento no diagnóstico não aplicável para o Alagoas e Paraná nesta topografia.

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

Tabela 13 – Perfil das informações do primeiro estadiamento segundo UF e Brasil, 2013 (Câncer Colorretal)

Análise do perfil de estadiamento após o primeiro estadiamento

(C18 - C20) Topografia primária de Câncer Colorretal

BRASIL, 2013.

Estado	Total	Com informação de estadiamento						Sem informação de estadiamento							
		In Situ	(%) Total	Inicial	(%) Inicial	Avançado	Avançado	Subtotal (1)	(%) Total	Não se aplica	(%) Total	Sem informação	(%) Total	Subtotal (2)	(%) Total
Amazonas	46	-	0,0%	6	40,0%	9	60,0%	15	32,6%	-	0,0%	31	67,4%	31	67,4%
Amapá	8	-	0,0%	1	25,0%	3	75,0%	4	50,0%	-	0,0%	4	50,0%	4	50,0%
Tocantins	49	-	0,0%	22	50,0%	22	50,0%	44	89,8%	-	0,0%	5	10,2%	5	10,2%
Acre	9	-	0,0%	4	50,0%	4	50,0%	8	88,9%	-	0,0%	1	11,1%	1	11,1%
Rondônia	112	-	0,0%	12	38,7%	19	61,3%	31	27,7%	3	2,7%	78	69,6%	81	72,3%
Roraima	6	-	0,0%	-	0,0%	5	100,0%	5	83,3%	-	0,0%	1	16,7%	1	16,7%
Pará	99	-	0,0%	18	37,5%	30	62,5%	48	48,5%	4	4,0%	47	47,5%	51	51,5%
Região Norte	329	-	0,0%	63	40,6%	92	59,4%	155	47,1%	7	2,1%	167	50,8%	174	52,9%
Alagoas	83	-	0,0%	9	25,0%	27	75,0%	36	43,4%	25	30,1%	22	26,5%	47	56,6%
Bahia	459	8	1,7%	95	31,3%	209	68,8%	312	68,0%	9	2,0%	138	30,1%	147	32,0%
Ceará	318	1	0,3%	65	48,9%	68	51,1%	134	42,1%	30	9,4%	154	48,4%	184	57,9%
Paraíba	210	-	0,0%	30	26,5%	83	73,5%	113	53,8%	2	1,0%	95	45,2%	97	46,2%
Pernambuco	306	-	0,0%	53	32,1%	112	67,9%	165	53,9%	11	3,6%	130	42,5%	141	46,1%
Piauí	115	-	0,0%	53	53,0%	47	47,0%	100	87,0%	-	0,0%	15	13,0%	15	13,0%
Rio Grande do Norte	140	-	0,0%	59	44,4%	74	55,6%	133	95,0%	-	0,0%	7	5,0%	7	5,0%
Sergipe	61	1	1,6%	5	62,5%	3	37,5%	9	14,8%	1	1,6%	51	83,6%	52	85,2%
Maranhão	143	2	1,4%	47	40,9%	68	59,1%	117	81,8%	4	2,8%	22	15,4%	26	18,2%
Região Nordeste	1.835	12	0,7%	416	37,6%	691	62,4%	1.119	61,0%	82	4,5%	634	34,6%	716	39,0%
Goiás	88	3	3,4%	24	38,7%	38	61,3%	65	73,9%	1	1,1%	22	25,0%	23	26,1%
Mato Grosso do Sul	132	2	1,5%	35	40,2%	52	59,8%	89	67,4%	1	0,8%	42	31,8%	43	32,6%
Mato Grosso	126	-	0,0%	41	44,1%	52	55,9%	93	73,8%	5	4,0%	28	22,2%	33	26,2%
Distrito Federal	16	-	0,0%	4	26,7%	11	73,3%	15	93,8%	-	0,0%	1	6,3%	1	6,3%
Região Centro-Oeste	362	5	1,4%	104	40,5%	153	59,5%	262	72,4%	7	1,9%	93	25,7%	100	27,6%
São Paulo	3.965	53	1,3%	1.590	42,5%	2.150	57,5%	3.793	95,7%	166	4,2%	6	0,2%	172	4,3%
Rio de Janeiro	713	17	2,4%	90	32,3%	189	67,7%	296	41,5%	39	5,5%	378	53,0%	417	58,5%
Minas Gerais	1.546	9	0,6%	436	39,5%	667	60,5%	1.112	71,9%	58	3,8%	376	24,3%	434	28,1%
Espírito Santos	233	-	0,0%	34	24,8%	103	75,2%	137	58,8%	5	2,1%	91	39,1%	96	41,2%
Região Sudeste	6.457	79	1,2%	2.150	40,9%	3.109	59,1%	5.338	82,7%	268	4,2%	851	13,2%	1.119	17,3%
Rio Grande do Sul	942	2	0,2%	238	34,1%	460	65,9%	700	74,3%	34	3,6%	208	22,1%	242	25,7%
Santa Catarina	461	-	0,0%	67	34,4%	128	65,6%	195	42,3%	107	23,2%	159	34,5%	266	57,7%
Paraná	905	6	0,7%	299	45,2%	363	54,8%	668	73,8%	24	2,7%	213	23,5%	237	26,2%
Região Sul	2.308	8	0,3%	604	38,8%	951	61,2%	1.563	67,7%	165	7,1%	580	25,1%	745	32,3%
Brasil	11.291	104	0,9%	3.337	40,0%	4.996	60,0%	8.437	74,7%	529	4,7%	2.325	20,6%	2.854	25,3%

1 Percentual com estadiamento registrado 2 Percentual diagnosticado em estadiamento inicial (I e II) 3 Percentual diagnosticado em estadiamento avançado (III e IV)

Comentários:

O câncer colorretal apresentou aproximadamente um quarto (25,3%) dos registros sem informação de estadiamento, sendo esse percentual quase nulo no estado de São Paulo e alcançando valores superiores a 80% no Sergipe.

Dentre estas UF, observou-se que apenas o Piauí apresentou maior relação percentual de estágio inicial, São Paulo, Rio Grande do Norte e Distrito Federal revelaram um perfil já avançado da doença no primeiro diagnóstico, enquanto Tocantins e Acre tiveram a mesma quantidade de casos em ambas as classificações

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

Tabela 14 – Perfil das informações do primeiro estadiamento segundo UF e Brasil, 2013 (Câncer de Pulmão)

Análise do perfil de estadiamento após o primeiro estadiamento

(C34) Topografia primária de Câncer de Pulmão

BRASIL, 2013.

Estado	Total	Com informação de estadiamento						Sem informação de estadiamento							
		In Situ	(%) Total	Inicial	(%) Inicial	Avançado	Avançado	Subtotal (1)	(%) Total	Não se aplica	(%) Total	Sem informação	(%) Total	Subtotal (2)	(%) Total
Amazonas	28	-	0,0%	1	11,1%	8	88,9%	9	32,1%	1	3,6%	18	64,3%	19	67,9%
Amapá	9	-	0,0%	1	20,0%	4	80,0%	5	55,6%	1	11,1%	3	33,3%	4	44,4%
Tocantins	43	-	0,0%	3	9,4%	29	90,6%	32	74,4%	2	4,7%	9	20,9%	11	25,6%
Acre	17	-	0,0%	5	33,3%	10	66,7%	15	88,2%	1	5,9%	1	5,9%	2	11,8%
Rorondônia	51	-	0,0%	3	16,7%	15	83,3%	18	35,3%	2	3,9%	31	60,8%	33	64,7%
Roraima	5	-	0,0%	-	0,0%	4	100,0%	4	80,0%	1	20,0%	-	0,0%	1	20,0%
Pará	72	-	0,0%	5	11,4%	39	88,6%	44	61,1%	2	2,8%	26	36,1%	28	38,9%
Região Norte	225	-	0,0%	18	14,2%	109	85,8%	127	56,4%	10	4,4%	88	39,1%	98	43,6%
Alagoas	53	-	0,0%	2	11,1%	16	88,9%	18	34,0%	24	45,3%	11	20,8%	35	66,0%
Bahia	219	-	0,0%	15	13,6%	95	86,4%	110	50,2%	7	3,2%	102	46,6%	109	49,8%
Ceará	301	-	0,0%	21	9,2%	207	90,8%	228	75,7%	14	4,7%	59	19,6%	73	24,3%
Paraíba	136	-	0,0%	11	22,0%	39	78,0%	50	36,8%	3	2,2%	63	61,0%	66	63,2%
Pernambuco	161	-	0,0%	13	10,8%	107	89,2%	120	74,5%	2	1,2%	39	24,2%	41	25,5%
Plauá	113	-	0,0%	17	15,6%	92	84,4%	109	96,5%	-	0,0%	4	3,5%	4	3,5%
Rio Grande do Norte	75	-	0,0%	7	10,1%	62	89,9%	69	92,0%	1	1,3%	5	6,7%	6	8,0%
Sergipe	44	1	2,3%	-	0,0%	1	100,0%	2	4,5%	-	0,0%	42	95,5%	42	95,5%
Maranhão	120	-	0,0%	17	16,8%	84	83,2%	101	84,2%	3	2,5%	16	13,3%	19	15,8%
Região Nordeste	1.222	1	0,1%	103	12,8%	708	87,2%	807	66,0%	54	4,4%	361	29,5%	415	34,0%
Goiás	57	-	0,0%	3	7,3%	38	92,7%	41	71,9%	-	0,0%	16	28,1%	16	28,1%
Mato Grosso do Sul	91	-	0,0%	7	12,1%	51	87,9%	58	63,7%	3	3,3%	30	33,0%	33	36,3%
Mato Grosso	69	-	0,0%	6	11,8%	45	88,2%	51	73,9%	7	10,1%	11	15,9%	18	26,1%
Distrito Federal	14	-	0,0%	2	15,4%	11	84,6%	13	92,9%	1	7,1%	-	0,0%	1	7,1%
Região Centro-Oeste	231	-	0,0%	18	11,0%	145	89,0%	163	70,6%	11	4,8%	57	24,7%	68	29,4%
São Paulo	2.099	4	0,2%	363	18,5%	1.594	81,5%	1.961	93,4%	138	6,6%	-	0,0%	138	6,6%
Rio de Janeiro	460	3	0,7%	21	7,0%	278	93,0%	302	65,7%	49	10,7%	109	23,7%	158	34,3%
Minas Gerais	764	1	0,1%	62	10,4%	534	89,6%	597	78,1%	30	3,9%	137	17,9%	167	21,9%
Espírito Santos	126	-	0,0%	7	9,6%	66	90,4%	73	57,9%	9	7,1%	44	34,9%	53	42,1%
Região Sudeste	3.449	8	0,2%	453	15,5%	2.472	84,5%	2.933	85,0%	226	6,6%	290	8,4%	516	15,0%
Rio Grande do Sul	758	-	0,0%	69	11,4%	536	88,6%	605	79,8%	22	2,9%	131	17,3%	153	20,2%
Santa Catarina	334	-	0,0%	26	14,2%	157	85,8%	183	54,8%	51	15,3%	100	29,9%	151	45,2%
Paraná	420	-	0,0%	59	17,4%	281	82,6%	340	81,0%	7	1,7%	73	17,4%	80	19,0%
Região Sul	1.512	-	0,0%	154	13,7%	974	86,3%	1.128	74,6%	80	5,3%	304	20,1%	384	25,4%
Brasil	6.639	9	0,1%	746	14,5%	4.403	85,5%	5.158	77,7%	381	5,7%	1.100	16,6%	1.481	22,3%

1 Percentual com estadiamento registrado

2 Percentual diagnosticado em estadiamento inicial (I e II)

3 Percentual diagnosticado em estadiamento avançado (III e IV)

Comentários:

O câncer de pulmão apresentou 22,3% dos registros sem informação de estadiamento. Entre as UF o preenchimento foi bastante diverso, variando da completude em São Paulo e Distrito Federal até 95,5% de dados omissos em Sergipe.

Como era de se esperar para esta topografia primária, uma vez que a doença é assintomática em seus estágios iniciais, foi observado em todas as UF o diagnóstico já avançado da neoplasia em seu primeiro estadiamento.

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

6.4.3 Detecção precoce e diagnóstico: quantitativo de exames realizados

A Tabela 15 retrata a distribuição dos exames diagnósticos para pacientes oncológicos registrados no banco de dados da AIH Reduzida, pertencente à base do SIH, adicionados dos registros oriundos dos bancos de Produção Ambulatorial, pertencentes à base do SIA, nos 329 estabelecimentos-referência que ofertaram tratamentos cirúrgicos, radioterápicos ou quimioterápicos no ano de 2013. Originalmente na confecção desta tabela foram considerando apenas os registros cujo diagnóstico principal era pertencente aos grupos de CID do Capítulo II – Neoplasias (tumores), entendendo que apesar de serem hospitais referência de caráter oncológico, poderia haver casos isolados de realização de exames patológicos e de imagem em pacientes diagnosticados com outro perfil de doença. Porém, ao serem extraídos os primeiros resultados com o corte sobre esse prisma, o que pôde ser observado foi o número reduzido de registros de exames, bem aquém da realidade da produtividade de alguns hospitais referência utilizados como parâmetros de controle. Dado este cenário, para este estudo, assumiu-se como premissa que todos os exames realizados em unidades de referência oncológicas foram feitos em pacientes acometidos pela doença ou com o propósito de diagnosticar a mesma. Adicionalmente, para efeito de simplificação da análise a nível nacional e regional, o total de exames realizados foi dividido pelo total de hospitais referência de cada UF.

A análise da Tabela 15 aponta que a nível nacional não temos déficit nos exames diagnósticos das unidades oncológicas de referência segundo a prerrogativa legal do artigo 32 da portaria 140/2014. No entanto, é possível evidenciar ausência de exames diagnósticos de anatomia patológica nos estados de Roraima e Amapá. Os estados de Roraima, Amapá, Piauí, Rio Grande do Norte e Alagoas também apresentaram carência de exames endoscópicos. Por fim, é possível observar insuficiência de exames de colonoscopia e retossigmoidoscopia de forma pulverizada nos estados brasileiros, com maior ênfase na região Norte, onde foi observada carência nesta Macrorregião como um todo.

Tabela 15 – Número de estabelecimentos e exames de oncologia segundo UF e Brasil, 2013⁵

Cód.	Território	Estab. em 2013	Petologia (Total)	Petologias (por Estab)	Ultr (Total)	Ultr (por Estab)	Colono (Total)	Colono (por Estab)	Endoscopia (Total)	Endoscopia (por Estab)
RO	Rondônia	2	1.339	670	10.234	5.117	413	207	2.062	1.031
AC	Acre	1	8.674	8.674	12.863	12.863	372	372	2.660	2.660
AM	Amazonas	4	4.267	1.067	31.290	7.823	646	162	783	196
RR	Roraima	1	-	-	874	874	73	73	124	124
PA	Pará	4	5.666	1.417	22.300	5.575	1.003	251	3.861	965
AP	Amapá	1	-	-	9.323	9.323	-	-	-	-
TO	Tocantins	2	21.654	10.827	14.127	7.064	306	153	1.561	781
1	Norte	15	41.600	2.773	101.011	6.734	2.813	188	11.051	737
MA	Maranhão	3	14.130	4.710	9.909	3.303	1.242	414	2.669	890
PI	Piauí	3	14.798	4.933	7.594	2.531	645	215	356	119
CE	Ceará	11	65.434	5.949	41.242	3.749	2.670	243	10.208	928
RN	Rio Grande do Norte	7	10.083	1.440	8.647	1.235	208	30	511	73
PB	Paraíba	4	10.876	2.719	12.298	3.073	339	85	867	217
PE	Pernambuco	10	91.574	9.157	124.515	12.452	2.343	234	9.569	957
AL	Alagoas	5	3.393	679	6.150	1.230	-	-	346	69
SE	Sergipe	3	649	216	23.560	7.853	750	250	1.283	428
BA	Bahia	13	92.817	7.140	84.491	6.499	6.117	471	16.057	1.235
2	Nordeste	59	303.754	5.148	318.401	5.397	14.314	243	41.861	710
MG	Minas Gerais	34	201.276	5.920	98.705	2.903	4.677	138	12.990	382
ES	Espírito Santo	8	48.655	6.082	40.443	5.055	4.540	568	10.149	1.269
RJ	Rio de Janeiro	30	75.051	2.535	86.452	2.882	6.017	201	14.069	469
SP	São Paulo	82	1.361.495	16.604	970.023	11.830	41.777	509	120.402	1.468
3	Sudeste	154	1.687.477	10.958	1.195.623	7.764	57.011	370	157.610	1.023
PR	Paraná	24	98.183	4.091	125.930	5.247	6.269	261	9.605	400
SC	Santa Catarina	20	34.107	1.705	88.925	4.446	2.749	137	5.652	283
RS	Rio Grande do Sul	28	156.148	5.577	185.705	6.632	10.375	371	18.787	671
4	Sul	72	288.438	4.006	400.560	5.563	19.393	269	34.044	473
MS	Mato Grosso do Sul	7	3.386	484	24.096	3.442	1.100	157	2.413	345
MT	Mato Grosso	6	10.908	1.818	4.128	688	273	46	4.370	728
GO	Goiás	5	50.251	10.050	32.460	6.492	2.319	464	1.921	384
DF	Distrito Federal	11	157.524	14.320	75.067	6.824	3.850	350	8.981	816
5	Centro-Oeste	29	222.069	7.658	135.751	4.681	7.542	260	17.685	610
	Brasil	329	2.543.338	7.731	2.151.346	6.539	101.073	307	262.251	797

Fonte: SIA e SIH, 2019.

⁵ O artigo 32 da portaria 140/2014 estipula parâmetros mínimos conforme as seguintes tipologias: (i) 640 exames de ultrassonografia, (ii) 160 endoscopias; (iii) 240 colonoscopias e retossigmoidoscopias e (iv) 200 exames de anatomia patológica. Unidades da Federação com produção de diagnósticos deficitária demarcados na cor vermelha.

Os parâmetros de consulta utilizados na base de dados do SIA (Produção ambulatorial) e SIH (AIH Reduzida) foram os seguintes: Estabelecimentos CNES-BR que realizaram tratamentos no período; UF Atendimento (Todas); Subgrupo de Procedimentos (0205) – Ultrassonografia; Subgrupo de Procedimentos (0203) - Anatomia Patológica; Procedimentos (0209010029 & 0209010053) - Colonoscopia e Retossigmoidoscopia; Procedimentos (0209010037) – Esofagogastroduodenoscopia; Competências do ano de 2013.

6.4.4 Detecção precoce e diagnóstico: percentual de pacientes com diagnóstico no prazo

O diagnóstico tardio de neoplasia maligna tem impacto direto na evolução da doença. Por consequência, afeta o tipo de tratamento a ser adotado no paciente acometido. Além disso, reduz a sobrevida esperada, diminui a qualidade de vida do paciente e onera o sistema público de saúde além do necessário, tendo em vista o incremento da complexidade do agravo em função do início tardio do tratamento. Esse indicador busca avaliar o cumprimento da prerrogativa legal estipulada através da nova lei ordinária 13.896/2019, que altera a lei 12.732/2012, acrescentando seu artigo 2º e incorporando a obrigatoriedade no fornecimento de exames diagnósticos de câncer em até 30 dias por parte do SUS para os casos em que a suspeita de câncer sejam a principal hipótese.

Tomando-se a primeira consulta no RHC de tratamento da neoplasia como uma aproximação de data-base para a contagem de tempo desde a suspeita de câncer até o exame diagnóstico da doença, segundo a distribuição em faixas temporais, é possível identificar que a maioria absoluta dos registros apresenta conformidade em relação ao prazo máximo de 30 dias referente ao tempo de diagnóstico (Tabela 16).

Tabela 16 – Conformidade do prazo diagnóstico, segundo faixa temporal, 2013

Faixa de Tempo	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	45.761	47,0%
16 a 30 dias	15.567	16,0%
Conforme	61.328	63,0%
31 a 60 dias	17.002	17,5%
61 a 90 dias	8.069	8,3%
91 a 120 dias	4.072	4,2%
121 a 150 dias	2.189	2,2%
151 a 180 dias	1.294	1,3%
181 a 210 dias	882	0,9%
211 a 240 dias	567	0,6%
241 a 270 dias	392	0,4%
271 a 300 dias	275	0,3%
301 a 330 dias	204	0,2%
331 a 365 dias	209	0,2%
Mais de 1 ano	902	0,9%
Não conforme	36.057	37,0%
Total de casos	97.385	100,0%

Fonte: Extraído a partir da base de dados do RHC, 2019.

O desdobramento deste indicador por UF permitiu identificar, a princípio sem adentrar em nenhuma topografia primária, conformidade reduzida em alguns estados da Região Norte e da Região Nordeste no ano de 2013, mais especificamente, nas UF de Amazonas, Roraima, Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte (Tabela 17). O percentual de casos onde o índice de conformidade foi inferior a 50%, acrescida das topografias primárias de próstata, mama, colo do útero, colorretal, pulmão e, excepcionalmente para este indicador e para o de tratamento em até 60 dias, dos cânceres de pele e dos demais cânceres, evidenciou pelo menos três questões que merecem destaque.

A primeira é a de que não houve flutuação significativa no nível de conformidade do prazo diagnóstico por topografia primária no Brasil em 2013. A média nacional deste ano foi de 63,0% e, quando comparamos este resultado com as cinco topografias do estudo, não chegamos a variações superiores à ordem dos 10%. O câncer de próstata apresentou o menor índice de conformidade deste indicador (53,5%) enquanto o colorretal apresentou o maior índice (73,8%).

A segunda delas é a de que o estado do Amazonas apresentou conformidade inferior a 50% em relação ao prazo de diagnóstico em todas as topografias, sugerindo dificuldades no acesso da população aos serviços de apoio e diagnose desta área no ano de 2013.

A terceira está relacionada ao câncer de próstata, com concentração de diagnósticos tardios no Amazonas e em parte considerável da Região Nordeste. Notadamente no Pernambuco, onde apenas 23,9% dos diagnósticos foram inferiores ao prazo mínimo de 30 dias para este tipo de neoplasia.

Tabela 17 – Conformidade no prazo diagnóstico, para todos os cânceres e de acordo com a topografia, segundo UF e Brasil, 2013

Conformidade do diagnóstico por topografia primária (30 dias)

BRASIL

Estado	Geral		Próstata		Mama		Colo do útero		Colorretal		Pulmão		Outros (exceto pele)		Pele	
	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)
Amazonas	319	37,3%	35	29,9%	31	24,4%	53	39,0%	11	47,8%	10	32,3%	167	43,6%	12	31,6%
Amapá	108	69,7%	12	70,6%	7	70,0%	16	69,6%	4	66,7%	2	28,6%	64	71,9%	3	100,0%
Tocantins	532	78,7%	25	62,5%	43	76,8%	72	82,8%	25	86,2%	27	87,1%	228	80,6%	112	74,7%
Acre	33	82,5%	1	100,0%	4	100,0%	-	#DIV/0!	1	50,0%	4	66,7%	20	83,3%	3	100,0%
Rondônia	203	63,8%	7	50,0%	21	58,3%	22	84,6%	7	70,0%	16	88,9%	97	63,4%	33	54,1%
Roraima	32	38,1%	2	50,0%	5	83,3%	1	100,0%	1	33,3%	2	50,0%	17	68,0%	4	9,8%
Pará	280	62,5%	19	59,4%	25	58,1%	19	59,4%	11	61,1%	24	72,7%	154	67,5%	28	45,2%
Região Norte	1.507	58,5%	101	44,9%	136	48,2%	183	60,0%	60	65,9%	85	65,4%	747	63,0%	195	54,5%
Alagoas	451	63,4%	15	42,9%	63	60,0%	24	61,5%	18	75,0%	29	93,5%	204	68,5%	98	54,7%
Bahia	1.981	42,0%	155	29,5%	363	53,1%	233	57,0%	100	58,1%	40	42,1%	826	42,9%	264	29,3%
Ceará	2.791	79,3%	79	73,1%	351	79,8%	153	91,6%	73	77,7%	90	82,6%	940	75,7%	1.105	81,3%
Paraíba	729	58,2%	14	46,7%	80	55,9%	50	78,1%	19	70,4%	42	75,0%	427	60,3%	97	43,3%
Pernambuco	2.709	49,5%	71	23,9%	590	62,6%	213	70,1%	109	72,7%	59	50,0%	1.076	55,2%	591	34,6%
Piauí	979	71,9%	63	71,6%	116	80,6%	63	72,4%	30	75,0%	43	66,2%	356	66,7%	308	76,4%
Rio Grande do Norte	1.511	46,8%	288	87,0%	351	69,8%	38	41,8%	38	51,4%	26	47,3%	505	51,2%	265	22,3%
Sergipe	64	66,0%	1	20,0%	5	83,3%	3	100,0%	2	50,0%	3	75,0%	47	68,1%	3	50,0%
Maranhão	1.299	64,6%	54	54,5%	138	60,3%	135	65,5%	44	73,3%	46	73,0%	534	65,8%	348	64,0%
Região Nordeste	12.514	56,0%	740	48,7%	2.057	64,4%	912	66,6%	433	67,1%	378	63,4%	4.915	57,6%	3.079	47,3%
Goiás	314	61,0%	26	68,4%	48	65,8%	24	70,6%	14	82,4%	34	85,0%	125	72,7%	43	30,5%
Mato Grosso do Sul	744	64,0%	61	61,6%	82	66,1%	33	71,7%	68	88,3%	51	77,3%	307	71,7%	142	44,0%
Mato Grosso	725	63,3%	92	52,0%	58	48,3%	35	60,3%	23	53,5%	20	60,6%	241	67,3%	256	71,7%
Distrito Federal	130	75,6%	6	75,0%	12	52,2%	5	50,0%	2	66,7%	7	100,0%	86	82,7%	12	70,6%
Região Centro-Oeste	1.913	63,9%	185	57,5%	200	58,8%	97	65,5%	107	76,4%	112	76,7%	759	71,5%	453	54,1%
São Paulo	22.394	63,6%	1.143	53,9%	3.126	70,8%	1.005	69,4%	1.492	77,3%	1.299	75,3%	8.946	69,5%	5.383	50,3%
Rio de Janeiro	2.331	61,9%	90	65,2%	349	63,0%	56	75,7%	167	69,3%	187	71,1%	1.033	67,1%	449	47,0%
Minas Gerais	6.603	71,6%	595	76,7%	826	69,6%	166	72,5%	472	76,7%	371	79,1%	2.828	75,6%	1.345	61,2%
Espírito Santos	1.496	58,2%	83	47,7%	233	61,5%	112	62,2%	77	59,2%	58	61,1%	584	60,6%	349	53,9%
Região Sudeste	32.824	64,7%	1.911	59,6%	4.534	69,4%	1.339	69,3%	2.208	75,7%	1.915	75,0%	13.391	70,1%	7.526	51,9%
Rio Grande do Sul	5.215	71,1%	232	53,6%	660	64,9%	213	76,6%	345	75,5%	375	79,8%	1.846	73,4%	1.544	71,4%
Santa Catarina	1.493	65,6%	83	57,2%	115	48,7%	37	43,5%	97	71,9%	93	66,4%	908	75,7%	160	47,6%
Paraná	5.862	64,5%	228	34,9%	770	62,3%	381	71,9%	290	70,0%	203	61,7%	1.930	66,1%	2.060	68,5%
Região Sul	12.570	67,2%	543	44,1%	1.545	62,1%	631	70,7%	732	72,8%	671	71,5%	4.684	70,6%	3.764	68,4%
Brasil	61.328	63,0%	3.480	53,5%	8.472	66,0%	3.162	68,0%	3.540	73,8%	3.161	72,5%	24.496	67,1%	15.017	54,2%

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

6.4.5 Tratamento: percentual de pacientes com tratamento realizado dentro do prazo

Assim como no caso do tempo de diagnóstico, é mister avaliar os desdobramentos que causam o início tardio do tratamento do câncer. Ao comparar os registros segundo o ter tido ou não um diagnóstico anterior da doença em outra instituição de saúde (Tabela 18), pode-se observar que em 2013 no Brasil existiam diferenças entre os percentuais de casos que estão em conformidade com o preconizado (diagnóstico e tratamento) quando comparamos as instituições nas quais os pacientes trataram a doença no mesmo estabelecimento em que foram diagnosticadas daquelas onde os pacientes tratados foram diagnosticados em outro estabelecimento de saúde. Quase 60% dos pacientes atendem o critério de 60 dias. Entretanto, quando são selecionados apenas os casos com diagnóstico prévio feito em outro estabelecimento, distinto daquele onde foi tratamento, apenas 37,6% atendem esta prerrogativa. Esta conclusão inicial é extensível às unidades da federação, tendo em vista que apenas os estados do Acre, Tocantins e Mato Grosso conseguiram ultrapassar a faixa de 50% de conformidade nos casos diagnosticados previamente (Tabela 19).

Tabela 18. Conformidade do prazo de tratamento, segregando os casos de estudo em função de diagnóstico prévio em outro estabelecimento, segundo faixa temporal, 2013

Faixa de Tempo	Casos sem		Casos com		[%] Diagnóstico / Tratamento	[%] Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	[%] Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
	Diagnóstico / Tratamento	diagnóstico e sem tratamento anterior	diagnóstico e sem tratamento anterior				
0 a 15 dias	51.283	46.841	4.442		31,6%	57,5%	5,5%
16 a 30 dias	14.534	6.827	7.707		9,0%	8,4%	9,5%
31 a 60 dias	29.368	11.146	18.222		18,1%	13,7%	22,5%
Conforme	95.185	64.814	30.371		58,6%	79,5%	37,6%
61 a 90 dias	22.178	6.790	15.388		13,7%	8,3%	19,0%
91 a 120 dias	14.639	3.897	10.742		9,0%	4,8%	13,3%
121 a 150 dias	8.852	2.014	6.838		5,5%	2,5%	8,5%
151 a 180 dias	5.804	1.212	4.592		3,6%	1,5%	5,7%
181 a 210 dias	3.947	807	3.140		2,4%	1,0%	3,9%
211 a 240 dias	2.684	496	2.188		1,7%	0,6%	2,7%
241 a 270 dias	1.770	327	1.443		1,1%	0,4%	1,8%
271 a 300 dias	1.267	245	1.022		0,8%	0,3%	1,3%
301 a 330 dias	987	164	823		0,6%	0,2%	1,0%
331 a 365 dias	982	235	697		0,6%	0,3%	0,9%
Mais de 1 ano	4.128	529	3.599		2,5%	0,6%	4,5%
Não conforme	67.188	16.716	50.472		41,4%	20,5%	62,4%
Total de casos	162.373	81.530	80.843		100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Extraído a partir da base de dados do RHC, 2019.

Tabela 19 – Conformidade no prazo de tratamento, por diagnóstico anterior da doença e estabelecimento, segundo UF e Brasil, 2013

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior - Conformidade do início de tratamento (60 dias) BRASIL, 2013.

Estado	Total (1 + 2)	Conformidade				Casos sem diagnóstico anterior em outro CNES					Casos com diagnóstico anterior em outro CNES				
		Conforme	(%)	Não conforme	(%)	Total (1)	Conforme	(%)	Não conforme	(%)	Total (2)	Conforme	(%)	Não conforme	(%)
Amazonas	1.434	451	31,5%	983	68,5%	591	294	49,7%	297	50,3%	843	157	18,6%	686	81,4%
Amapá	206	109	52,9%	97	47,1%	136	91	66,9%	45	33,1%	70	18	25,7%	52	74,3%
Tocantins	992	804	81,0%	188	19,0%	667	628	94,2%	39	5,8%	325	176	54,2%	149	45,8%
Acre	278	167	60,1%	111	39,9%	36	31	86,1%	5	13,9%	242	136	56,2%	106	43,8%
Rondônia	1.393	798	57,3%	595	42,7%	307	271	88,3%	36	11,7%	1.086	527	48,5%	559	51,5%
Roraima	116	57	49,1%	59	50,9%	45	32	71,1%	13	28,9%	71	25	35,2%	46	64,8%
Pará	2.197	853	38,8%	1.344	61,2%	400	296	74,0%	104	26,0%	1.797	557	31,0%	1.240	69,0%
Região Norte	6.616	3.239	49,0%	3.377	51,0%	2.182	1.643	75,3%	539	24,7%	4.434	1.596	36,0%	2.838	64,0%
Alagoas	1.822	959	52,6%	863	47,4%	381	291	76,4%	90	23,6%	1.441	668	46,4%	773	53,6%
Bahia	8.985	4.697	52,3%	4.288	47,7%	4.059	3.212	79,1%	847	20,9%	4.926	1.485	30,1%	3.441	69,9%
Ceará	6.734	4.107	61,0%	2.627	39,0%	2.697	2.151	79,8%	546	20,2%	4.037	1.956	48,5%	2.081	51,5%
Paraíba	3.692	2.104	57,0%	1.588	43,0%	1.125	1.006	89,4%	119	10,6%	2.567	1.098	42,8%	1.469	57,2%
Pernambuco	6.114	3.598	58,8%	2.516	41,2%	3.597	2.604	72,4%	993	27,6%	2.517	994	39,5%	1.523	60,5%
Piauí	2.365	1.383	58,5%	982	41,5%	1.119	876	78,3%	243	21,7%	1.246	507	40,7%	739	59,3%
Rio Grande do Norte	2.172	1.192	54,9%	980	45,1%	1.227	754	61,5%	473	38,5%	945	438	46,3%	507	53,7%
Sergipe	950	423	44,5%	527	55,5%	85	66	77,6%	19	22,4%	865	357	41,3%	508	58,7%
Maranhão	3.855	2.446	63,5%	1.409	36,5%	1.930	1.701	88,1%	229	11,9%	1.925	745	38,7%	1.180	61,3%
Região Nordeste	36.689	20.909	57,0%	15.780	43,0%	16.220	12.661	78,1%	3.559	21,9%	20.469	8.248	40,3%	12.221	59,7%
Goiás	982	441	44,9%	541	55,1%	459	337	73,4%	122	26,6%	523	104	19,9%	419	80,1%
Mato Grosso do Sul	1.755	1.104	62,9%	651	37,1%	908	770	84,8%	138	15,2%	847	334	39,4%	513	60,6%
Mato Grosso	2.069	1.483	71,7%	586	28,3%	1.074	976	90,9%	98	9,1%	995	507	51,0%	488	49,0%
Distrito Federal	278	180	64,7%	98	35,3%	152	127	83,6%	25	16,4%	126	53	42,1%	73	57,9%
Região Centro-Oeste	5.084	3.208	63,1%	1.876	36,9%	2.593	2.210	85,2%	383	14,8%	2.491	998	40,1%	1.493	59,9%
São Paulo	53.452	32.678	61,1%	20.774	38,9%	32.833	25.692	78,3%	7.141	21,7%	20.619	6.986	33,9%	13.633	66,1%
Rio de Janeiro	8.739	3.629	41,5%	5.110	58,5%	3.072	2.391	77,8%	681	22,2%	5.667	1.238	21,8%	4.429	78,2%
Minas Gerais	18.771	10.154	54,1%	8.617	45,9%	6.574	5.288	80,4%	1.286	19,6%	12.197	4.866	39,9%	7.331	60,1%
Espírito Santos	3.659	2.371	64,8%	1.288	35,2%	2.108	1.708	81,0%	400	19,0%	1.551	663	42,7%	888	57,3%
Região Sudeste	84.621	48.832	57,7%	35.789	42,3%	44.587	35.079	78,7%	9.508	21,3%	40.034	13.753	34,4%	26.281	65,6%
Rio Grande do Sul	11.036	7.375	66,8%	3.661	33,2%	5.973	5.146	86,2%	827	13,8%	5.063	2.229	44,0%	2.834	56,0%
Santa Catarina	5.719	3.030	53,0%	2.689	47,0%	1.894	1.597	84,3%	297	15,7%	3.825	1.433	37,5%	2.392	62,5%
Paraná	12.608	8.592	68,1%	4.016	31,9%	8.081	6.478	80,2%	1.603	19,8%	4.527	2.114	46,7%	2.413	53,3%
Região Sul	29.363	18.997	64,7%	10.366	35,3%	15.948	13.221	82,9%	2.727	17,1%	13.415	5.776	43,1%	7.639	56,9%
Brasil	162.373	95.185	58,6%	67.188	41,4%	81.530	64.814	79,5%	16.716	20,5%	80.843	30.371	37,6%	50.472	62,4%

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

O desdobramento deste indicador por UF permitiu identificar, a princípio, sem adentrar em nenhuma topografia primária, conformidade reduzida em alguns estados do país no ano de 2013, mais especificamente nas UF de Amazonas, Roraima, Pará, Goiás e Rio de Janeiro (Tabela 20). Essa informação, destacando em vermelho os estados onde o índice de conformidade foi inferior a 50%, acrescida das topografias primárias de próstata, mama, colo do útero, colorretal, pulmão e, excepcionalmente para este indicador e para o de diagnóstico em até 30 dias, dos cânceres de pele e dos demais cânceres, evidenciou pelo menos algumas questões que merecem destaque.

A primeira é a de que tivemos flutuação significativa no nível de conformidade do início de tratamento por topografia primária no Brasil em 2013. A média nacional deste ano foi de 58,6% e, ao compararmos este resultado com as cinco topografias do estudo, chegamos a variações superiores a 25%. O câncer de próstata apresentou o menor índice de conformidade deste indicador (30,6%) enquanto o de pulmão apresentou o maior índice (73,4%).

A segunda é a de que os estados do Amazonas, Pará, Sergipe, Goiás e Rio de Janeiro apresentaram conformidade inferior a 50% em relação ao início do tratamento em todas as topografias do estudo excetuando o câncer de pulmão, que não apresentou esse problema em nenhuma das UF.

A terceira é a de que os resultados de reduzida conformidade dos cânceres mais significativos, em especial os da próstata e do colo do útero, ocorreram na ampla maioria dos estados.

Tabela 20 – Conformidade no prazo de tratamento em até 60 dias, para todos os cânceres e por topografia, segundo UF e Brasil, 2013

Conformidade do tempo de início de tratamento por topografia primária (60 dias)

BRASIL, 2013.

Estado	Geral		Próstata		Mama		Colo do útero		Colorretal		Pulmão		Outros (exceto pele)		Pele	
	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)	Conforme	(%)
Amazonas	451	31,5%	41	22,8%	54	32,0%	46	10,2%	15	32,6%	24	85,7%	255	51,4%	16	25,8%
Amapá	109	52,9%	10	40,0%	7	46,7%	16	38,1%	4	50,0%	7	77,8%	62	60,2%	3	75,0%
Tocantins	804	81,0%	52	55,3%	67	75,3%	105	70,0%	37	75,5%	39	90,7%	355	87,7%	149	92,0%
Acre	167	60,1%	14	43,8%	22	62,9%	36	76,6%	7	77,8%	12	70,6%	74	57,8%	2	20,0%
Rondônia	798	57,3%	50	38,8%	115	57,8%	69	46,3%	61	54,5%	37	72,5%	353	62,7%	113	59,5%
Roraima	57	49,1%	3	13,6%	11	55,0%	4	33,3%	5	83,3%	4	80,0%	29	74,4%	1	8,3%
Pará	853	38,8%	49	23,3%	122	34,3%	142	34,3%	41	41,4%	50	69,4%	402	44,4%	47	33,3%
Região Norte	3.239	49,0%	219	31,6%	398	45,1%	418	33,0%	170	51,7%	173	76,9%	1.530	58,0%	331	57,0%
Alagoas	959	52,6%	63	27,6%	214	53,9%	95	41,3%	50	60,2%	37	69,8%	459	61,9%	41	46,1%
Bahia	4.697	52,3%	489	26,4%	782	50,9%	359	41,9%	279	60,8%	157	71,7%	2.118	64,6%	513	65,1%
Ceará	4.107	61,0%	283	36,3%	604	55,2%	306	63,2%	202	63,5%	197	65,4%	1.800	66,5%	715	68,0%
Paraíba	2.104	57,0%	201	42,1%	287	42,8%	117	44,7%	128	61,0%	97	71,3%	1.117	65,9%	157	65,4%
Pernambuco	3.598	58,8%	225	36,8%	817	65,6%	213	32,5%	187	61,1%	120	74,5%	1.421	60,7%	615	77,6%
Piauí	1.383	58,5%	121	28,5%	158	56,6%	135	50,9%	66	57,4%	86	76,1%	532	65,6%	285	79,6%
Rio Grande do Norte	1.192	54,9%	121	29,4%	357	70,6%	84	50,0%	75	53,6%	60	80,0%	468	56,2%	27	71,1%
Sergipe	423	44,5%	23	19,0%	89	37,1%	24	38,7%	26	42,6%	36	81,8%	180	51,1%	45	64,3%
Maranhão	2.446	63,5%	152	37,9%	284	58,8%	243	36,5%	96	67,1%	86	71,7%	1.042	74,6%	543	84,1%
Região Nordeste	20.909	57,0%	1.678	31,6%	3.592	55,7%	1.576	43,2%	1.109	60,4%	876	71,7%	9.137	64,6%	2.941	72,2%
Goiás	441	44,9%	20	12,7%	50	31,8%	24	38,1%	30	34,1%	39	68,4%	167	57,2%	111	66,1%
Mato Grosso do Sul	1.104	62,9%	63	28,4%	116	61,7%	53	45,7%	89	67,4%	73	80,2%	444	70,7%	266	70,4%
Mato Grosso	1.483	71,7%	177	55,0%	205	60,5%	111	65,3%	99	78,6%	55	79,7%	511	75,9%	325	87,8%
Distrito Federal	180	64,7%	11	39,3%	22	53,7%	5	23,8%	6	37,5%	7	50,0%	119	85,6%	10	52,6%
Região Centro-Oeste	3.208	63,1%	271	37,2%	393	54,2%	193	52,2%	224	61,9%	174	75,3%	1.241	71,7%	712	76,1%
São Paulo	32.678	61,1%	1.695	27,3%	3.779	47,1%	1.010	41,0%	2.464	62,1%	1.517	72,3%	12.516	67,0%	9.697	80,7%
Rio de Janeiro	3.629	41,5%	148	17,7%	571	28,8%	115	18,3%	292	41,0%	266	57,8%	1.683	51,0%	554	68,0%
Minas Gerais	10.154	54,1%	1.070	30,4%	1.411	51,6%	419	43,4%	956	61,8%	557	72,9%	4.386	60,3%	1.355	68,7%
Espírito Santos	2.371	64,8%	147	27,9%	355	73,8%	162	52,8%	157	67,4%	108	85,7%	991	70,6%	451	77,5%
Região Sudeste	48.832	57,7%	3.060	27,6%	6.116	46,3%	1.706	39,1%	3.869	59,9%	2.448	71,0%	19.576	63,9%	12.057	78,3%
Rio Grande do Sul	7.375	66,8%	526	38,6%	952	58,4%	262	49,1%	655	69,5%	610	80,5%	2.861	72,9%	1.509	80,1%
Santa Catarina	3.030	53,0%	227	32,1%	363	39,8%	122	42,2%	274	59,4%	245	73,4%	1.546	66,0%	253	37,5%
Paraná	8.592	68,1%	530	37,4%	1.122	69,6%	612	58,8%	694	76,7%	349	83,1%	3.201	76,8%	2.084	68,5%
Região Sul	18.997	64,7%	1.283	36,8%	2.437	58,7%	996	53,5%	1.623	70,3%	1.204	79,6%	7.608	72,9%	3.846	68,7%
Brasil	95.185	58,6%	6.511	30,6%	12.936	50,9%	4.889	42,4%	6.995	62,0%	4.875	73,4%	39.092	65,6%	19.887	74,8%

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RHC, 2019.

6.4.6 Tratamento: quantitativo de tratamentos realizados

A Tabela 21 retrata a distribuição dos tratamentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos registrados no banco de dados da AIH Reduzida, pertencente à base do SIH, adicionados dos registros oriundos dos bancos de Produção Ambulatorial, APAC Químico e APAC Radio, estes últimos pertencentes à base do SIA, no ano de competência de 2013. Vale ressaltar ainda que estão demonstrados nesta produtividade apenas os tratamentos atrelados aos pacientes que tiveram diagnóstico principal referentes ao Capítulo II – Neoplasias (tumores) da CID-10 e aos 329 estabelecimentos com perfil oncológico no ano competência em questão. Cabe ressaltar também, que de acordo com a portaria 140/2014, a produtividade mínima sugerida para procedimentos de radioterapia está vinculada ao quantitativo de equipamentos. Dado que o CNES não apresenta histórico desta capacidade instalada, assumiu-se neste estudo a existência de ao menos um destes equipamentos em cada uma das unidades de referência de tratamento oncológico com produtividade no ano de 2013.

A abertura desta informação por UF, com a delimitação em vermelho dos estados onde a produção ficou abaixo do que está preconizado no artigo 31 da portaria 140/2014, permitiu evidenciar algumas questões. A primeira é a de que no âmbito nacional, o quantitativo de cirurgias e tratamentos de quimioterapia atende a prerrogativa legal da portaria, enquanto a radioterapia apresenta um déficit, extensível a todas as macrorregiões, em especial na Região Sul. O segundo é a de que é possível observar concentração geográfica de tratamento oncológico deficitário na Região Norte, pois tanto o nº de cirurgias esperadas quanto o de atendimentos de radioterapia ficaram abaixo do padrão legal nessa macrorregião. O terceiro é a de que o tratamento quimioterápico atende os padrões mínimos de produtividade, excetuando casos isolados como as UF de Rondônia, Roraima e Amapá, que sugerem dificuldade de acesso ao tratamento e no Distrito Federal, que sugere concentração de unidades de referência para o tratamento oncológico na região, o que naturalmente eleva a expectativa de produção segundo o parâmetro legal.

Tabela 21 – Número de estabelecimentos e tratamentos de oncologia por UF e Brasil, 2013⁶

Cód.	Território	CNES em 2013	Cirurgias (Total)	Cirurgias (por CNES)	Radioterapia (Total)	Radioterapia (por CNES)	Quimio (Total)	Quimio (por CNES)
RO	Rondônia	2	973	487	1.550	775	7.587	3.794
AC	Acre	1	588	588	17.834	17.834	10.242	10.242
AM	Amazonas	4	1.898	475	44.499	11.125	37.243	9.311
RR	Roraima	1	284	284	-	-	2.795	2.795
PA	Pará	4	2.494	624	157.199	39.300	49.374	12.344
AP	Amapá	1	377	377	-	-	2.246	2.246
TO	Tocantins	2	1.239	620	66.457	33.229	26.701	13.351
1	Norte	15	7.853	524	287.539	19.169	136.188	9.079
MA	Maranhão	3	4.482	1.494	177.745	59.248	68.322	22.774
PI	Piauí	3	3.205	1.068	151.566	50.522	73.779	24.593
CE	Ceará	11	11.511	1.046	459.153	41.741	248.165	22.560
RN	Rio Grande do Norte	7	7.644	1.092	167.450	23.921	99.758	14.251
PB	Paraíba	4	3.528	882	170.515	42.629	95.615	23.904
PE	Pernambuco	10	15.516	1.552	277.809	27.781	255.156	25.516
AL	Alagoas	5	2.697	539	119.572	23.914	57.551	11.510
SE	Sergipe	3	1.378	459	47.173	15.724	25.400	8.467
BA	Bahia	13	17.110	1.316	461.431	35.495	252.244	19.403
2	Nordeste	59	67.071	1.137	2.032.414	34.448	1.175.990	19.932
MG	Minas Gerais	34	36.302	1.068	1.443.618	42.459	683.135	20.092
ES	Espírito Santo	8	8.288	1.036	212.846	26.606	122.635	15.329
RJ	Rio de Janeiro	30	16.804	560	596.155	19.872	366.596	12.220
SP	São Paulo	82	85.297	1.040	2.688.001	32.781	1.369.243	16.698
3	Sudeste	154	146.691	953	4.940.620	32.082	2.541.609	16.504
PR	Paraná	24	26.548	1.106	742.639	30.943	373.386	15.558
SC	Santa Catarina	20	12.215	611	401.230	20.062	248.226	12.411
RS	Rio Grande do Sul	28	24.489	875	873.477	31.196	506.857	18.102
4	Sul	72	63.252	879	2.017.346	9.340	1.128.469	15.673
MS	Mato Grosso do Sul	7	3.240	463	95.921	13.703	62.572	8.939
MT	Mato Grosso	6	3.202	534	125.073	20.846	60.172	10.029
GO	Goiás	5	7.037	1.407	252.520	50.504	113.045	22.609
DF	Distrito Federal	11	4.869	443	42.544	3.868	21.006	1.910
5	Centro-Oeste	29	18.348	633	516.058	17.795	256.795	8.855
	Brasil	329	303.215	922	9.793.977	29.769	5.239.051	15.924

Fonte: SIA e SIH, 2019.

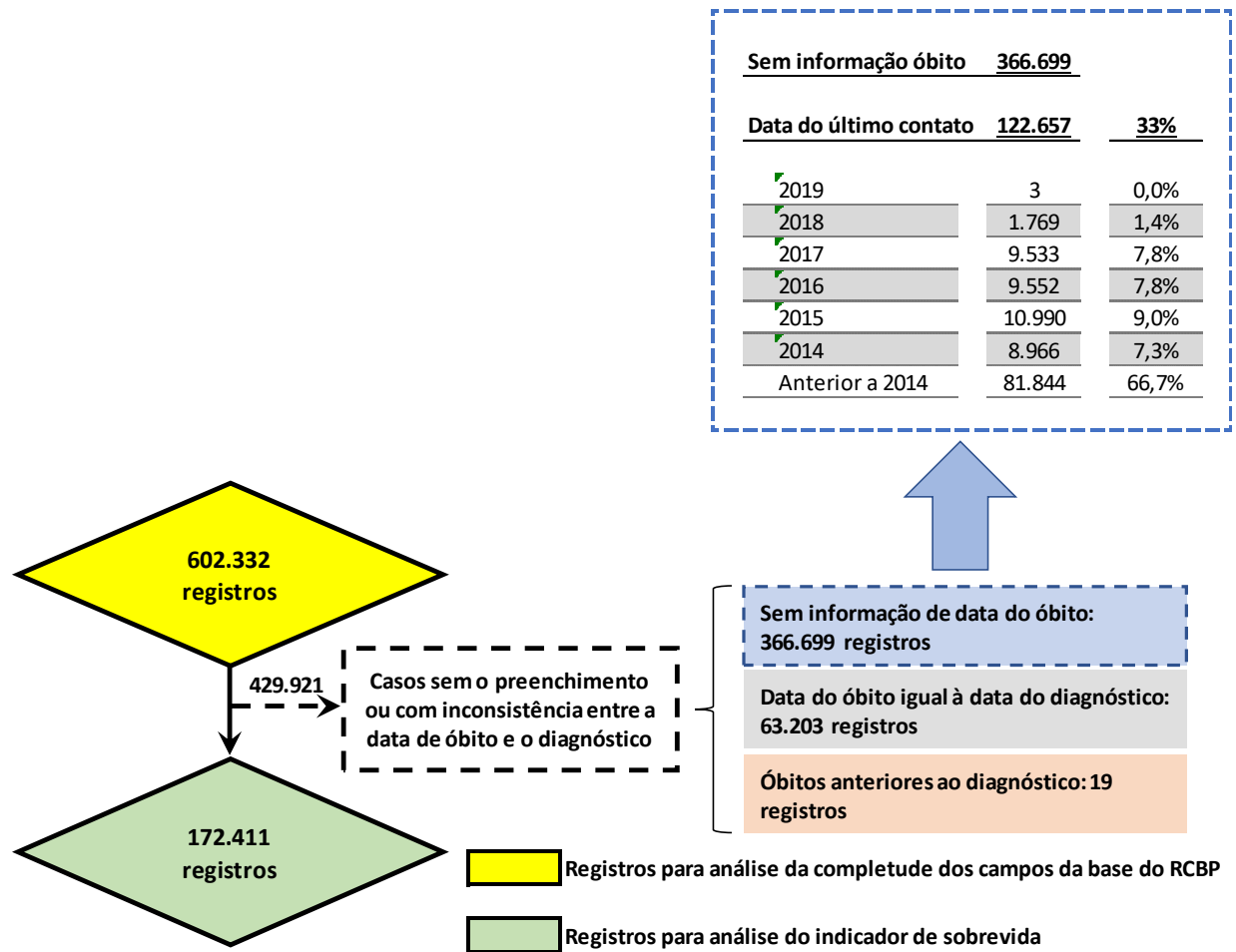
⁶A portaria 140/2014 estipula produtividade mínima de 650 procedimentos cirúrgicos, 5.300 procedimentos de quimioterapia e 43.000 procedimentos de radioterapia (Cobaltoterapia, Acelerador Linear de Fótons e Acelerador Linear de Fótons e Elétrons) por equipamento instalado. Unidades da Federação com produção de tratamentos deficitária demarcados na cor vermelha.

Os parâmetros de consulta utilizados na base de dados do SIA (Produção ambulatorial, APAC Quimio e APAC Radio) e SIH (AIH Reduzida) foram os seguintes: Estabelecimentos CNES-BR que realizaram tratamentos no período; Capítulo II - Neoplasias (tumores) na base do SIH ou grupos do CID equivalentes na base do SAI; UF Atendimento (Todas); Grupo de Procedimentos (04) - Procedimentos Cirúrgicos; Forma de Organização (030402 a 030408) - Procedimentos quimioterápicos; Forma de Organização (030401) - Procedimentos radioterápicos; Competências do ano de 2013.

6.4.7 N° de óbitos registrados no período

Do total de 602.332 registros, foram excluídos 429.921, sendo que 85% destas exclusões correspondem à ausência de informação de óbito e 15% possuíam a data de óbito idêntica à data de diagnóstico. Também foram excluídos 19 registros com a data de óbito anterior ao diagnóstico. Havia a possibilidade de utilizar os campos auxiliares **status vital** e **data do último contato** na base de dados, mas ambos os campos tinham problemas de atualização e, no caso do status vital, foram observadas algumas inconsistências tanto para registros com data de óbito preenchida quanto para registros com data de óbito ausentes de informação. A estratificação dos dados do campo **data do último contato** consolidados por ano foi realizada no intuito de avaliar sua utilização a fim de aumentar o número de registros a serem analisados para o cálculo de uma “sobrevida” estimada (Figura 15). Dentre os 366.699 registros com ausência de informação de óbito, 122.657 registros (33,4%) apresentam acompanhamento do paciente através da data do último contato, dos quais apenas 40.813 (um terço) possuem datas preenchidas de 2014 em diante. Desta maneira, o que é possível afirmar baseado nesta fonte de dados, com a completude atual, é que ocorreram 172.411 mortes dentro do universo de análise de 602.332 registros.

Figura 15 – Análise do dos campos de data de óbito e data do último contato, 2006 a 2013



Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos dados do RCBP, 2019.

7 DISCUSSÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A pesquisa realizada nas diversas agências e organizações consideradas como referência no controle da doença oncológica propiciou um direcionamento sobre quais as métricas e indicadores que são adotados atualmente para o controle mais eficaz da evolução desta doença crônica em seus respectivos territórios de atuação e em função da realidade sócio-demográfica contemporânea. Mais ainda, permitiu classificá-los contrapondo-os à realidade nacional de forma a propor uma metodologia baseada em indicadores replicáveis ao longo do tempo com fontes de dados abertas e atualizáveis.

Cabe destacar que apesar de desejável, o estudo restringiu a quantidade de indicadores no intuito de tornar sua análise mais factível (FRANCISCHINI, 2017). Adicionalmente, o rol selecionado não contemplou aqueles que apresentaram alguma limitação na obtenção de seus dados nos critérios adotados pela pesquisa. Dentre os indicadores mais relevantes, e que foram mencionados por algumas das bases de referência ou legislações pertinentes, estão àqueles relacionados às estratégias de rastreamento, notadamente os seguintes: (1) realização do teste antígeno prostático específico (PSA) com subsequente biópsia, possibilitando a identificação de pequenos tumores, latentes ou em fases iniciais de crescimento (FERLAY et al., 2013; FORMAN et al., 2014); (2) mamografia bienal para as mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos (INCA, 2015); (3) exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos (INCA, 2016d) (periodicidade sugerida de três anos para dois exames anuais consecutivos normais e de seis em seis meses para resultados de lesão de baixo grau) e (4) controle do tabaco (INCA, 2017c).

Além disso, é importante observar que a ampla maioria dos indicadores contemplados neste estudo estão baseados nas leis 12.732/2012 e 13.896/2019, que regem o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico da doença e limitam em até 30 dias o prazo máximo para diagnósticos onde o câncer é a principal suspeita, respectivamente, e na Portaria 140/2014, que define os critérios e parâmetros dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção oncológica e suas condições de funcionamento no SUS, respaldando legalmente um conjunto definido de metas. O não cumprimento deste padrão mínimo permite que o usuário acione, no âmbito legal, o Sistema de Saúde. Como tal, é de interesse não só dos usuários do sistema, como também de seus gestores, o acompanhamento destes indicadores no intuito de propor planos de ação para a

diminuição sistemática das não conformidades e, conseqüentemente, redução na gravidade diagnosticada no primeiro estadiamento da doença e nos impactos nocivos da mesma, aumento da sobrevida esperada do usuário e desoneração do Sistema de Saúde no longo prazo pela redução na complexidade no tratamento da doença.

Ao analisar o indicador proposto de acesso à infraestrutura física, seguindo a lógica da Portaria 140/2014, temos uma população estimada em 42,5 milhões (85 estabelecimentos multiplicados por 500.000 habitantes) que não estão tendo a oferta de acesso ao tratamento do câncer segundo o que é preconizado por lei em todas as macrorregiões, excetuando a Região Sul. Este quantitativo poderia ser ainda maior, se levarmos em consideração que essa portaria orienta a habilitação de novas unidades onde a estimativa de casos novos anuais seja superior a 900 nas regiões com maior contingente populacional com faixa etária superior a 50 anos (regiões Sul e Sudeste). Desse modo, é importante avaliar o impacto deste déficit de estabelecimentos na linha de cuidado dos pacientes oncológicos, principalmente na fila de espera após a regulação no Sistema e nos prazos para o atendimento dos usuários.

Segundo Relatório de avaliação do Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União (BRASIL, 2018), a quantidade de hospitais do SUS que ofertavam tratamento oncológico em 2017 mostrou-se insuficiente em diversas regiões do país, sinalizando que havia limitações de acesso ao tratamento para 66 milhões de pessoas que viviam em regiões de saúde que não possuíam hospitais oncológicos habilitados. Além disso, estados como Amazonas, Maranhão, Pará, Goiás e Sergipe apresentavam apenas 40% dos estabelecimentos necessários. Como consequência direta deste cenário, o relatório supracitado apontou a necessidade de habilitação de mais 200 novos hospitais no país para o tratamento oncológico. Projeção esta que acarretaria em desembolso estimado da ordem de R\$ 1,5 bilhão à época e pouco viável em um contexto com restrição orçamentária menos agressiva que a atual.

Dado o fato que o CNES não apresenta histórico das habilitações dos seus estabelecimentos, uma solução alternativa para obter tal informação é extrair uma listagem de todos os estabelecimentos que tiveram registro em uma dada competência da base do RHC, sem que isso implique em perda significativa de informação, quando comparada àquela obtida do CNES. Outro aspecto importante que vale a pena ser mencionado é o menor nível de desagregação adotado para este estudo, a Unidade de Federação, e não de Região de Saúde, que

responde a uma prerrogativa legal, mas não dimensiona adequadamente a necessidade segundo critérios epidemiológicos.

Ainda em relação à Portaria 140/2014, quanto aos padrões mínimos de exigência de produtividade de consultas especializadas, exames de diagnóstico e tratamentos realizados, estipulados para os estabelecimentos-referência no tratamento oncológico, algumas ressalvas precisam ser sublinhadas como limitação do estudo para evitar assertivas equivocadas quanto aos resultados obtidos.

O primeiro ponto a ser observado é de que este dispositivo legal estipula padrões mínimos de produtividade por estabelecimento e não por UF. A consolidação destes indicadores por UF é uma simplificação da análise, tendo em vista que os estabelecimentos de saúde são pertencentes ao estado onde sua capacidade física está instalada e regulada. Em outras palavras, simplesmente considerar a produtividade dos estabelecimentos de uma determinada UF e compará-los com o padrão mínimo exigido na portaria multiplicado pelo número de estabelecimentos desta UF, não permite uma medida fidedigna do número de estabelecimentos de saúde que tiveram conformidade no período analisado. Por essa razão, há duas maneiras de se analisar este indicador da forma que os dados foram obtidos: 1) somar o número de estabelecimentos por UF, multiplicar este número pelo padrão mínimo da portaria e compará-lo com a produtividade realizada e aferir a conformidade da UF como um todo, que foi o procedimento adotado nesse estudo; 2) tratar a produtividade dos estabelecimentos oncológicos de forma individualizada, compará-la com o padrão mínimo da portaria, aferir a conformidade para cada estabelecimento, consolidar o resultado desta conformidade por UF para, ao final do processo, obter um percentual de conformidade de produtividade (quer seja, consulta, exame ou tratamento) por UF.

O segundo ponto que merece destaque refere-se aos bancos de dados e os parâmetros da produção destes estabelecimentos de saúde. Para obter a medida mais aproximada consultou-se profissionais do setor de Faturamento do Hospital do Câncer I para corroborar a consulta realizada, tomando como base o que é enviado mensalmente para o Datasus. Apesar dos parâmetros utilizados para extração dos dados estarem conceitualmente coerentes com a proposta do estudo, alguns dos resultados apresentaram diferenças quando foram analisados estabelecimentos de forma isolada. Posto isso, segue com ressalva a apresentação destes dados em um primeiro momento, sugerindo a necessidade de uma pesquisa adicional, onde primeiro devem ser observados a produção dos estabelecimentos isoladamente e depois a comparação

entre esses dados e os registros internos de uma população amostral, possibilitando entender as diferenças encontradas.

Diante do cenário descrito, para o ano de 2013, ficou evidenciada conformidade global no quantitativo de consultas especializadas em oncologia realizadas. No que tange à produção dos exames diagnósticos, demonstrou-se conformidade mais reduzida nos exames colonoscópicos, notadamente nas Regiões Norte e Nordeste. Quanto aos tratamentos realizados no período, revelou-se deficiência no quantitativo de tratamentos radioterápicos no território nacional mesmo com a adoção conservadora de apenas um equipamento de radioterapia para cada estabelecimento de saúde. Além disso, o volume de cirurgias ficou aquém do dispositivo legal na Região Norte e Sul do país.

Segundo a CGU, além da carência de estabelecimentos habilitados em 2017, ficou constatada deficiência na quantidade de tratamentos realizados (BRASIL, 2018). Mais de 100 hospitais no país ofertaram quimioterapia em quantitativo inferior ao mínimo esperado. No que diz respeito às cirurgias oncológicas, 245 hospitais apresentaram produção abaixo do esperado neste ano. Essa baixa produtividade de grande parte dos hospitais habilitados foi absorvida por outros estabelecimentos que estão operando acima da capacidade esperada. Este quadro apresentou seu ponto mais crítico ao se analisar a oferta de tratamentos radioterápicos. O referido relatório indicou que apenas 160 hospitais realizaram este tipo de tratamento. Deste quantitativo, 91 apresentaram produção abaixo do esperado. Nesse contexto, estimou-se que mais de 60 mil pacientes não tiveram acesso ao tratamento de radioterapia por conta da baixa produtividade dos hospitais habilitados. Adicionalmente, foi relatado um repasse por parte do Ministério da saúde sem contrapartida da ordem de R\$ 170 milhões este ano.

Saindo do escopo dos indicadores relacionados à Portaria 140/2014 e adentrando no universo que abrange a lei 12.732/2012 (tratamento em 60 dias) e a lei 13.896/2019 (diagnóstico em 30 dias), torna-se necessário um preâmbulo quanto aos dados provenientes do banco do RHC.

O RHC reúne informações de casos atendidos na grande maioria das unidades de saúde do país, estando presente em 91% das unidades credenciadas pelo SUS, com cobertura crescente nos últimos anos (INCA, 2010, 2012). O número de casos registrados é pequeno quando comparado à estimativa de incidência anual da doença, ainda que se leve em consideração o aumento progressivo de sua cobertura. Além disso, o RHC cobre principalmente usuários do SUS, deixando de fora a quase totalidade das pessoas cobertas pelo sistema suplementar, o que por si

só gera um risco de viés de seleção para o estudo. Adicionalmente, apesar de disponibilizar os seus dados permitindo o agrupamento por UF, os Registros Hospitalares de Câncer são uma base hospitalar, resultando em uma fotografia mais assemelhada ao comportamento médio do usuário do SUS do que um cenário nacional propriamente dito. A análise dos indicadores a nível Brasil deve ser entendida como uma aproximação da realidade com ressalvas.

Em relação à completude e qualidade das informações constantes na base do RHC, essas características são dependentes da realidade dos estabelecimentos de saúde que alimentam esse sistema de informação. E, por essa razão, os motivos para o não preenchimento de um ou mais campos são diferentes para cada estabelecimento de saúde. No caso específico do preenchimento do campo de estadiamento, a partir da realidade da Conprev e do relato do responsável pelo RHC local da unidade hospitalar I do INCA, a priori, é possível aventar duas causas principais para o não preenchimento correto deste campo: (1) o prontuário não possui esta informação; (2) Existe mais de um prontuário para o mesmo paciente no estabelecimento de saúde em questão. Na primeira situação, vale ressaltar que, segundo o manual de procedimentos (INCA, 2000), para fins de cadastro no RHC, é utilizado o estadiamento clínico do tumor por ocasião da primeira consulta do paciente no Hospital. Na falta desta informação na primeira consulta, o mesmo deve ser obtido tão logo o diagnóstico seja estabelecido, e antes do início do tratamento, desde que não exista tempo superior a dois meses do diagnóstico, exceto os tumores de próstata dos quais se aceita até quatro meses. Daí a importância de treinar o médico para estadiar o tumor e fazer o respectivo registro da informação no prontuário, pois esta informação reflete aquele momento, e não tem como ser posteriormente resgatada, pois a própria evolução da doença pode modificá-lo. No segundo caso, apesar de o prontuário ser, na teoria, o documento único que consolida os registros de todos os cuidados profissionais prestados ao paciente, na prática, pode ocorrer, por diversas razões, a existência de dois ou mais prontuários para o mesmo paciente. Este fato dificulta o preenchimento correto desta informação na base de dados do RHC. A baixa completude desta informação acarreta também em um dado por vezes inconclusivo para a análise dos perfis de estadiamento dos agravos diagnosticados.

A análise do indicador de estadiamento no momento do diagnóstico ficou restrita aos estados aonde a completude deste campo permitiu apreciar este dado com certo grau de confiança. Segundo as recomendações do INCA (2010), o campo do estadiamento não deveria ter dados ausentes superiores a 10%, sendo que para este estudo foi adotado um mínimo de 15% para

expandir a análise por UF, pois poucas atendiam a este critério. O *Canadian Partnership Against Cancer* (CPAC), através de seu protocolo de qualidade de dados, também apresenta recomendações acerca dos demais campos de seus registros de câncer baseado nas orientações do manual do CCR, dos padrões do North American Association of Cancer Registries (NAACR) e do manual do *United State Surveillance Epidemiology and End Results* (SEER). No que tange ao momento do diagnóstico, este protocolo especifica como aceitável incompletude menor do que 2% para o preenchimento da idade e de 1% para o mês do diagnóstico. Apesar de citado como um indicador de qualidade, não existe um padrão de referência para o preenchimento do estadiamento do paciente no momento do diagnóstico. “O percentual de casos com estadiamento é calculado como o número de casos estadiados divididos pelo total de casos registrados. Não existe um padrão para este indicador e o mesmo vai depender das necessidades de cada rede” (CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER, 2009).

Vale ressaltar neste ponto que a completude deste campo no ano de 2013 no estado de São Paulo foi superior aos dos demais estados brasileiros. A coordenação e monitoramento da implantação dos RHC do estado de São Paulo, além de sistematizar e avaliar os dados de atendimento em câncer disponíveis para este Estado está sob a responsabilidade da unidade de Epidemiologia da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), cuja finalidade é acompanhar a evolução da Rede de Atenção Oncológica, assistir a Secretaria Estadual de Saúde (SES) na criação e aplicação de programas de prevenção e promoção à saúde e acompanhar a evolução da mortalidade por câncer neste estado. Segundo o relatório mais recente de junho de 2019, disponível no sítio eletrônico: http://www.fosp.saude.sp.gov.br:443/epidemiologia/docs/Dados_de_Cancer.pdf, são 76 RHC ativos que alimentam esta base de dados trimestralmente, sendo que a competência de 2014 é a mais recente que não apresenta registros em andamento.

Dado a realidade plural e abrangência geográfica do nosso país, é compreensível a existência de distorções na completude das informações dos RHC dos diversos estados brasileiros. Destaca-se também a falta de uniformidade nos sistemas de gerenciamento hospitalares e a não obrigatoriedade do uso do prontuário eletrônico neste processo, pontos importantes a serem observados na comparação proposta e que não conseguem ser avaliados apenas pelos resultados obtidos neste estudo. A inclusão desse tópico na agenda dos encontros entre os gestores dos bancos de dados dos RHC nacionais é um aspecto importante para alcançar a melhoria da informação. A busca e o compartilhamento das melhores práticas desenvolvidas

pelas entidades responsáveis pelos registros estaduais de câncer, bem como relatos de experiências internacionais, desde que sejam factíveis de serem replicadas nas diferentes regiões do país pode ser uma das estratégias que fomente essa discussão nos encontros entre os gestores dos bancos de dados dos RHC nacionais.

Ao analisar o indicador de início de tratamento de neoplasia em até 60 dias após o diagnóstico positivo para esta doença, ficam evidenciadas duas distorções. Uma é a clara diferença entre os tempos de início de tratamento para estabelecimentos que diagnosticam e tratam a doença daqueles que tratam a doença diagnosticada em outro estabelecimento. O outro é o déficit observado entre o que é preconizado por lei frente à realidade obtida para o ano de 2013 para pelo menos duas das principais topografias primárias: próstata e colo do útero.

Em relação ao tempo de início de tratamento por diagnóstico anterior em outro estabelecimento, o fato aponta para a necessidade de investigações no intuito de estruturar e quantificar quais as causas para o deslocamento tardio deste doente. Possíveis explicações para isso podem ser apontadas, tais como os procedimentos de regulação das vagas nas instituições de tratamento ou no âmbito dos procedimentos internos pós-diagnóstico das instituições que identificaram a doença no primeiro momento, a eventual migração de pacientes particulares e da rede suplementar de saúde para o sistema público de saúde ou até mesmo na própria conduta pessoal do doente após a confirmação diagnóstica da existência deste agravo no seu organismo. Uma hipótese que poderia ser avaliada através de um estudo prospectivo é o incremento do número de casos analíticos oriundos dessas situações em face à oferta de estabelecimentos oncológicos, provavelmente evidenciando variações entre a oferta de serviço terciário e demanda do sistema de saúde para o cuidado oncológico por região ou topografia primária, por exemplo.

Já na questão do tempo para início de tratamento, quando avaliado no nível nacional, o resultado atende à maioria dos casos porque incluiu o índice de conformidade obtido nas demais topografias de câncer não aprofundadas no estudo e no câncer de pele. Já para as neoplasias de próstata e colo do útero de forma generalizada, e para o câncer de mama em algumas UF, a análise dos dados sugere que ou existe déficit de oferta de serviços para o tratamento da doença, ou o sistema de regulação não está alcançando a celeridade necessária para atender o dispositivo legal da lei 12.732/2012 ou a própria lei não reflete as especificidades das topografias primárias de uma maneira geral, tendo em vista o baixo índice de conformidade deste item em específico observado em quase todas as UF do território nacional, notadamente nas Regiões Norte e Sudeste

e em especial nestas três topografias. Assim como citado anteriormente, são necessários estudos que ajudem a compreender se há um padrão no cuidado oncológico que se mantém ao longo dos anos a fim de diagnosticar corretamente as causas do problema e propor intervenções pontuais e resolutivas para correção no tocante à linha de cuidado destas topografias.

Ao analisar três cânceres, próstata, leucemia e pele, com naturezas distintas em relação aos intervalos entre o diagnóstico e o tratamento, fica mais claro o impacto da análise deste indicador de 60 dias para topografias específicas. Em função do crescimento lento do tumor de próstata, as boas práticas recomendam a vigilância ativa ou a conduta expectante como alternativa ao tratamento. Desse modo, é esperado um tempo maior entre o diagnóstico da doença e o seu tratamento. Aliado a isso, temos que a ficha de seguimento do RHC carece de campos relacionados a esta vigilância ativa do paciente, o que gera um diagnóstico sem acompanhamento evidenciado pelos registros. Em contrapartida, tumores menos frequentes, porém mais letais, como a leucemia, não permitem este tempo de espera de 60 dias, tendo em vista que o portador desta neoplasia viria a óbito antes do teto de tempo de espera estipulado por lei. Já no câncer de pele temos situação atípica, onde de forma usual o tratamento é realizado antes do resultado da biópsia com o diagnóstico da doença, o que acarreta em um alto grau de conformidade legal, mas que não necessariamente avalia o desempenho do serviço oncológico de maneira assertiva.

Antes de adentrar nos dados do indicador que avalia o diagnóstico em até 30 dias, cabe uma discussão anterior. Segundo a nova lei ordinária 13.896/2019, que como não foi revogada entrou em vigor no final de abril de 2020, todos os casos onde o câncer seja a principal hipótese diagnóstica ficam obrigados a ter um diagnóstico no prazo máximo de 30 dias. É de suma importância o paciente dispor de um diagnóstico mais breve possível em doenças crônicas de um modo geral e oncológicas, em particular. A questão aqui é saber se o atendimento da atenção primária está capacitado tecnicamente para indicar essa suspeita como principal hipótese, em tempo hábil e de forma assertiva, pois uma vez definido, a regulação do sistema deveria dar prioridade a este caso, em detrimento de outros, em um Sistema de Saúde com recursos limitados. A sugestão neste caso seria reforçar a atuação nas atividades de prevenção dos fatores de risco e rastreio do câncer das unidades básicas de saúde (UBS), a revisão dos protocolos atuais para a identificação mais célere e acurada de casos de suspeita de câncer com enfoque mais premente nas topografias mais incidentes da região de controle da UBS e a adoção de um

controle em parceria com a rede de apoio quanto ao prazo de atendimento e resultado da confirmação dos casos encaminhados para aferir a efetividades destas medidas.

Quanto aos resultados obtidos no indicador de conformidade de prazo diagnóstico, o que pôde ser observado em 2013 foi consistência no alcance deste prazo máximo para a maioria absoluta da população a nível nacional. Disso decorre a necessidade de serem investigados os casos onde há aumento nos intervalos observados entre o diagnóstico e efetivo tratamento do paciente como evidenciado anteriormente. A exceção neste caso é o estado do Amazonas, que apresentou não conformidade acima de 50% em relação ao prazo de diagnóstico em todas as topografias, sugerindo dificuldades no acesso da população aos serviços de apoio e diagnose desta área no ano de 2013. Além disso, também tivemos conformidade reduzida no câncer de próstata no Amazonas na Região Norte, nos estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe na Região Nordeste, e nas UF do Espírito Santo e Paraná. Para essas localidades, seria interessante reavaliar as campanhas educativas ofertadas pelas SES, além de checar se as estratégias de rastreamento e o teste PSA, com subsequente biópsia, estão sendo realizados conforme os prazos estipulados na literatura.

Renna junior e Silva (2018, 2018b) realizaram estudos de tendências temporais avaliando os fatores relacionados ao diagnóstico de câncer de mama e do câncer do colo do útero em estágio avançado, entre os anos de 2000 e 2012, utilizando a base de dados do RHC. Para efeito de discussão com o presente estudo é possível, com algumas ressalvas, comparar os resultados obtidos para estas topografias quanto ao indicador de percentual diagnosticado em estadiamento avançado (III e IV) e o indicador de conformidade com a lei dos 60 dias. Apesar de apresentar a informação da mediana do intervalo da primeira consulta até o diagnóstico, estes estudos foram anteriores a promulgação da recente lei 13.896/2019, que regulamenta este prazo, não desdobrando desta forma os registros que apresentaram conformidade para o prazo de diagnóstico de 30 dias.

Para a topografia de mama, Renna junior e Silva (2018) apontaram diagnóstico em estágio avançado para 40% da amostra entre os anos de 2010 e 2012 e 64% de conformidade com a lei dos 60 dias do total de sua população. Comparativamente, o presente estudo obteve 40% de diagnóstico em estágio avançado e 51% de conformidade em com a lei de 60 dias em 2013.

Para a topografia do colo do útero, Renna junior e Silva (2018b) apresentaram tendência de crescimento no diagnóstico em estágio avançado ao longo de seu período de estudo, variando

de 47% em 2000 a 53% no ano de 2012 e 51% de conformidade com a lei dos 60 dias do total de sua população. O presente estudo obteve 48% de diagnóstico avançado e 42% de conformidade em com a lei de 60 dias em 2013. Entendendo que são períodos de análise diferente, mas que os resultados não deveriam ser discrepantes. Apesar da diferença nos períodos de análise, os resultados não deveriam ser discrepantes no tocante à conformidade com a lei de 60 dias.

Cabe salientar neste ponto que além dos critérios validados para a escolha dos registros do presente estudo, Renna junior e Silva (2018, 2018b) adotam como elegíveis apenas os casos referentes a tumores invasivos com confirmação histopatológica e retiram de sua população amostral pessoas menores de 18 anos, todos os casos de sarcoma, linfoma, tumores neuroendócrinos e cânceres de pele da região da sua topografia de estudo. Também é importante frisar que os percentuais obtidos nos artigos supracitados referem-se ao período de 2000 a 2012, o que pode gerar distorções nos resultados obtidos do presente estudo em 2013. Adicionalmente, cabe destacar que os tumores *in situ* foram contemplados para efeito de cálculo de conformidade dos 60 dias no presente estudo. Por último, vale comentar que a lei dos 60 dias entra em vigor no decorrer do ano de 2013, o que pode acarretar em variações no prazo capturado ao longo do período de 2000 e 2013 e que não ficam evidenciados olhando isoladamente os resultados dos estudos.

Referente ao número de óbitos registrados no período, o intuito original desse estudo era calcular a taxa de sobrevivência maior do que cinco anos para as topografias primárias por meio dos dados da base do RCBP, de modo similar ao estudo realizado em 2018 (ALLEMANI, C. et al., 2018) e divulgado em reportagem da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) que utilizou essa fonte de dados, mas com metodologia distinta (FAPESP, 2018).

Dado o reduzido número de registros preenchidos com data de óbito e causa da morte, que leva a percentuais altos de incompletude e demora na atualização dos campos de data do último contato e *status vital* na base do RCBP, o uso exclusivo dessa fonte de dados para a estimativa da sobrevivência estaria comprometida pelo subregistro da informação do óbito. Face a essa situação, a extração dos dados permitiu apenas inferir o número de óbitos registrados no período. Os registros com datas de diagnóstico e de óbito iguais representavam os casos de neoplasias identificadas apenas no momento do óbito através de coleta de informação na base do SIM. Situações sem o preenchimento da data de óbito não permite inferir o status vital do paciente,

dado que o mesmo poderia estar vivo ou morto, mas a base não ter sido alimentada com essa informação.

Dentre os motivos para a ausência do registro do óbito na base, e que foram identificados como os que geram maior impacto para a completude deste campo, estão: a falta de integração na base de dados do SIM, o tipo de óbito na base do SIM ter causa diferente de câncer, óbitos ocorridos em estados diferentes daquele em que foram registrados o diagnóstico e inexistência de diretiva, orientações ou acordos de cooperação entre os estados e municípios de liberação da informação identificada dos óbitos de suas regiões.

Além disso, segundo seu sítio eletrônico, os RCBP de Goiânia e São Paulo utilizam sistema informatizado próprio. Portanto, para estas duas localidades não estão disponíveis as seguintes variáveis: Data de Nascimento, Data de Diagnóstico, Data do Óbito, Nacionalidade, Estado Civil, Escolaridade, Lateralidade, Tipo Óbito, Estadiamento, TNM, Data Último Contato, Estado, Cidade, Naturalidade Estado, Naturalidade Cidade, Status Vital, Caso Raro e Metástase. Apesar disso foram encontrados registros preenchidos nas datas de óbito destes RCBP para o ano de 2013.

Por fim, vale ressaltar que o uso de indicadores como metodologia de planejamento e gestão é prática usual na área administrativa. O nível de detalhamento ofertado nas bases do RHC e do RCBP permite uma gama de estudos que transcendem as pesquisas de cunho estritamente epidemiológico. A quantidade e os indicadores escolhidos tiveram como objetivo principal gerar um retrato mais atualizado do quadro do cuidado oncológico brasileiro. A partir da experiência da presente investigação, é factível manter uma atualização constante, analisável e replicável do estudo em um contexto mais amplo. Vale notar que a discussão de abertura destes indicadores por linhas de cuidado de topografias específicas é sugerida e desejável para este tipo de estudo, desde que se tenha em mente às limitações previamente discutidas. A gestão adequada dos resultados obtidos frente aos recursos ofertados para o tratamento oncológico deve ser acompanhada frequentemente com medições, metas e prazos bem definidos voltados para a confecção e execução de planos de ação para a melhoria perene e constante de um cuidado oncológico que necessita de uma avaliação sistemática do desempenho de seus serviços.

É de interesse das SES e das demais instâncias governamentais o cumprimento destas metas, com conseqüente redução na complexidade dos pacientes tratados, uma vez que isso

desonera a previdência social e o Sistema de Saúde, como também auxilia no alcance dos objetivos de responsabilidade legal do mesmo e reduz o risco de judicialização do Sistema.

Da mesma forma, o incremento na chance de regressão da doença através de quimioterapia, radioterapia e cirurgias potencialmente menos complexas representa um ganho para os estabelecimentos de saúde. Além disso, assumindo que há uma demanda reprimida no Sistema de Saúde brasileiro para diagnóstico e tratamento das neoplasias e de que fosse mantida inalterada a taxa de ocupação hospitalar, teríamos maior número de internações de usuários do sistema decorrente da redução esperada na média de permanência dos pacientes oncológicos.

Do mesmo modo, é proveitoso para o profissional da assistência adotar as melhores práticas que gerem saúde e bem-estar ao paciente dentro do que é preconizado pelas instituições que são referência no cuidado oncológico. E, por último, para o usuário do SUS, que teria um benefício com a esperada redução no tempo de diagnóstico e tratamento, menor probabilidade de agravamento da doença, diminuição nos anos de vida perdidos, maior sobrevida esperada, e menor impacto na vida das famílias com os doentes acometidos desta doença.

8 CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo possibilitou o mapeamento dos indicadores oncológicos acompanhados pelas instituições consideradas como referência para o controle mais eficaz da evolução desta doença crônica. Além disso, permitiu selecionar e calcular aqueles que possibilitassem orientar os gestores quanto à avaliação de desempenho dos serviços de cuidado oncológico no Brasil em 2013, segundo os critérios epidemiológicos, de responsabilidade legal e com bases de dados disponíveis de forma aberta e com atualização frequente.

Para a capacidade física instalada, os resultados sugerem uma população de pelo menos 42 milhões que não estão tendo a oferta de acesso ao tratamento do câncer segundo o que é preconizado por lei em todas as macrorregiões, excetuando a Região Sul. Quanto aos padrões mínimos de exigência de produtividade de consultas especializadas, exames de diagnóstico e tratamentos realizados; ficou evidenciada conformidade global no quantitativo de consultas especializadas em oncologia; reduzida conformidade nos exames diagnósticos de colonoscopia notadamente nas Regiões Norte e Nordeste; e deficiência na quantidade de tratamentos radioterápicos no território nacional, além de reduzido volume cirúrgico quando comparado o dispositivo legal na Região Norte e Sul do país. Desse modo, é importante avaliar o impacto do déficit de estabelecimentos e produtividade esperada na linha de cuidado dos pacientes oncológicos, principalmente na fila de espera após a regulação no Sistema e nos prazos para o atendimento dos usuários.

O indicador para o início de tratamento em até 60 dias evidencia diferença entre os tempos de início de tratamento para estabelecimentos que diagnosticam e tratam a doença daqueles que tratam a doença que foi diagnosticada em outro local. Dentre as possíveis explicações para esta discrepância podem ser citadas a necessidade de refinamento nos procedimentos de regulação das vagas de tratamento, a eventual migração de pacientes particulares e da rede suplementar de saúde para o sistema público de saúde e até mesmo a própria conduta pessoal do doente após a confirmação diagnóstica da existência deste agravo no seu organismo. Outro ponto é o déficit observado entre o que é preconizado por lei frente à realidade obtida para o ano de 2013 para pelo menos duas das principais topografias primárias do estudo: próstata e colo do útero. Podem ser aventadas hipóteses, que não são excludentes, tais como a deficiência na oferta de serviços, a celeridade de resposta do sistema de regulação que

fica aquém do necessário e a falta de detalhamento na lei dos 60 dias, que não contempla as especificidades das topografias primárias do câncer. Já em relação ao estágio de diagnóstico da doença, foi possível observar um alto percentual de diagnósticos já em estado avançado quando observado topografias específicas como mama e colo do útero, sugerindo a necessidade de avaliação da eficácia das suas estratégias de rastreamento.

Quanto aos resultados obtidos no indicador de conformidade de prazo para o diagnóstico até 30 dias, o que se observou em 2013 foi consistência no alcance deste prazo máximo para a maioria absoluta da população a nível nacional. Disso decorre a necessidade de serem investigados os casos onde há aumento nos intervalos observados entre o diagnóstico e tratamento efetivo do paciente. O Amazonas é uma exceção tendo em vista que este estado apresentou conformidade legal inferior a 50% para todas as topografias, sugerindo dificuldades no acesso da população aos serviços de apoio e diagnose neste ano. Além disso, foi observada conformidade reduzida no câncer de próstata no Amazonas, na Região Norte, nos estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe, na Região Nordeste, e nas UF do Espírito Santo e Paraná. Para essas localidades, seria interessante reavaliar as campanhas educativas ofertadas pelas SES, além de verificar se as estratégias de rastreamento e o teste PSA, com subsequente biópsia, estão sendo realizados conforme os prazos estipulados na literatura.

É importante frisar a necessidade de serem realizadas pesquisas, preferencialmente com uso de bancos de dados abertos e atualizáveis, nas quais indicadores que não abordados no presente estudo (notadamente os relacionados às boas práticas de rastreio da doença) fossem calculados segundo a respectiva linha de cuidado para cada uma das cinco topografias específicas do estudo: próstata, mama, colo do útero, colorretal e pulmão. Além disso, a estrutura legal que norteia o cuidado oncológico deve ser revista de modo a incorporar as particularidades das topografias de alguns cânceres, assim como os resultados de análises periódicas das bases de dados podem ser utilizados nas discussões sobre melhorias na qualidade das informações registradas, em especial a completude do campo de estadiamento, nos encontros realizados pelos gestores dos bancos de dados dos RHC nacionais.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Avanços da oncologia na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2014.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (United States). **A Profile**. Rockville, MD: AHRQ, 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/profile/index.html>. Acesso em: 22 abr. 2019.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **2017 National Healthcare Quality and Disparities Report: introduction and methods**. Rockville, MD: AHRQ, 2018. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqrdr17/index.html>. Acesso em: 22 abr. 2019.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. **About Medicare**: Medicare is Australia's universal health care system. [201-?]. Disponível em: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/whats-covered-medicare/about-medicare>. Acesso em: 13 mar. 2020

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **About us**. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/about-us>. Acesso em: 24 out. 2019

ALLEMANI, C. et al. Cancer Global Surveillance of trench in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37.513.025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **Lancet**, London, v. 391, n. 10125, p. 1023-1075, 2018.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2015**. Atlanta: American Cancer Society, 2015. Disponível em: http://oralcancerfoundation.org/wp-content/uploads/2016/03/Us_Cancer_Facts.pdf. Acesso em: 13 set. 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2017**. Atlanta: American Cancer Society, 2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>. Acesso em: 13 set. 2017.

ARAUJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012.

ARNOLD, M. et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. **BMJ**, London, v. 66, p. 683-691, 2016.

AURÉLIO. **Dicionário Aurélio Online**. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/avaliacao>. Acesso em: 14 abr. 2019.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (AIHW). **Cancer in Australia 2019**. Canberra: AIHW, 2019. (Cancer series n.119, Cat. n. CAN 12).

AZEVEDO E SILVA, G. et al. The fraction of cancer attributable to ways of life, infections, occupation, and environmental agents in Brazil in 2020. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 11, n. 2, e0148761, 2016.

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. **Informations Sociales**, n.110, p. 1-7, 2003.

BLACK, R. J. et al. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 33, n. 7, p. 1075-1107, 1997.

BOUVARD, V. et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. **The Lancet Oncology**, London, v. 16, n. 16, p. 1599-1600, 2015.

BOYLE, P.; LEON, M. E. Epidemiology of colorectal cancer. **British Medical Bulletin**, London, v. 64, n. 1, p. 1-25, 2002.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 30 jul. 2018.

BRASIL. Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 jul. 1990a.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990b.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 nov. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.685, de 25 de junho de 2018. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 26 jun. 2018a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de

neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 31 out. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.390, de 11 de dezembro de 1996. Institui a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 12 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM:** classificação de tumores malignos. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis:** DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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). **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 17 maio 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>. Acesso em: 27 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Nota técnica conjunta n° 001/2015.** Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 13 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. **Linha de Cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, [20--]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/aplinhadecuidado.pdf Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 166 p.

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. **Relatório de avaliação: Secretaria de Atenção à Saúde: exercício 2017**. Brasília: CGU, 2018. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11709.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

CANADIAN CANCER SOCIETY. Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. **Canadian Cancer Statistics 2018: special report on cancer incidence by stage**. Toronto: Canadian Cancer Society, 2018.

CANADIAN CANCER SOCIETY. **Canadian Cancer Society: about us**. Toronto: Canadian Cancer Society, 2020. Disponível em: <http://www.cancer.ca/en/about-us/our-mission/?region=on>. Acesso em: 29 out. 2019.

CANADIAN CANCER SOCIETY. Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. **Canadian Cancer Statistics 2019**. Toronto: Canadian Cancer Society, 2019.

CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER. **A Data Quality Assessment Protocol for Canadian Cancer Surveillance**. 2009. Disponível em: <https://www.pdfFiller.com/jsfiller-desk15/?et=12f&projectId=482664410#5a61ba5cae964e46912571ac9118dc03>. Acesso em: 26 fev. 2020.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CENTER, M. M.; JEMAL, A.; WARD, E. International trends in colorectal cancer incidence rates. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, Philadelphia, v. 18, n. 6, p. 1688-1694, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliando a institucionalização da avaliação**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

DEPARTMENT OF HEALTH (Ireland). National Cancer Control Programme. **National Cancer Strategy 2017-2026**. Ireland: NCCP, 2018. Disponível em: <https://assets.gov.ie/9315/6f1592a09583421baa87de3a7e9cb619.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

DOENÇAS graves e civilizacionais: o desafio da década. **O Jornal Econômico**, Lisboa, p. 1-8, 9 dez. 2016. Disponível em: http://www.jornaleconomico.sapo.pt/wp-content/uploads/2016/12/0912_maisseguro.pdf. Acesso em: 05 maio 2017.

DONABEDIAN, A. **The criteria and standards of quality**. Michigan: Health Administration Press, 1980a. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. II).

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980b. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. I).

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

FEDIRKO, V. et al. Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. **Annals of Oncology**, Dordrecht, v. 22, n. 9, p. 1958-1972, 2011.

FERLAY, J. et al. **GLOBOCAN 2012: cancer incidence and mortality worldwide**. Lyon: IARC, 2013.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, Genève, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015.

FERREIRA, J. C.; PATINO, C. M. What is survival analysis, and when should I use it? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 77, 2016.

FERRINHO, P. et al. Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho: um percurso em construção. In: CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA TROPICAL, 2, 2013, Lisboa. **Anais [...]**. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2013.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; HARTZ, Zulmira M. A. Avaliação de desempenho da regulação em saúde. *An Inst Hig Med Trop* 2017; 16 (Supl. 3): S19 - S28.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Austrália avança em saúde misturando modelos público e privado**. Folha de São Paulo, São Paulo, 2017. (Seminário Folha, IV Fórum Saúde no Brasil: transparência e prevenção). Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2017/>

03/1872367-australia-avanca-em-saude-misturando-modelos-publico-e-privado.shtml. Acesso em: 4 abr. 2017.

FORMAN, D. et al. **Cancer incidence in five continents**. v. 10. Lyon: IARC, 2014. (IARC Scientific Publications, n. 164).

FRANCISCHINI, A. S. N.; FRANCISCHINI, P. G. **Indicadores de desempenho: dos objetivos à ação - Métodos para elaborar KPIs e obter resultados**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Câncer cinco anos depois**. São Paulo: FAPESP, 2018. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2018/03/20/folheie-a-edicao-265/>. Acesso em: 15 maio 2019.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Resolução SS-15, de 27 de janeiro de 2000**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/publicacoes/resolucaoss15>. Acesso em: 18 jul. 2018.

GOVERNMENT OF CANADA. **Canadian Health Portfolio**. 2017. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/health-portfolio.html>. Acesso em: 29 out. 2019.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989. p. 21-49; 184-227.

GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

HARRISS, D. J. et al. Lifestyle factors and colorectal cancer risk (2): a systematic review and meta-analysis of associations with leisure-time physical activity. **Colorectal Disease**, Oxford, v. 11, n. 7, p. 689-701, 2009.

HARTZ, Z. M. A. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde: verbete avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em: 14/04/2019.

HEALTH SERVICE EXECUTIVE (Ireland). **About the National Cancer Control Programme**. Ireland: HSE, 2018. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/services/list/5/cancer/about/background.html>. Acesso em: 24/04/2019

HOWLADER, N. et al. **SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014**. Bethesda: National Cancer Institute, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, [201-]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 29 out. 2019

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. **Antecedentes do Proadess**. 2011. Rio de Janeiro: ICICT, 2011. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=antec>. Acesso em: 14 abr. 2019.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. **Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde**. Rio de Janeiro: ICICT, 2011. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>. Acesso em: 02 ago. 2018

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Registros Hospitalares de Câncer: rotinas e procedimentos**. Rio de Janeiro: INCA, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Registros Hospitalares de Câncer: planejamento e gestão**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Integrador RHC: ferramenta para a vigilância hospitalar de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Informação dos registros hospitalares de câncer como estratégia de transformação: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Monitoramento das ações de controle do câncer de pele. **Informativo Detecção Precoce**, ano 7, n. 3, 2016c.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016d.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2017b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>. Acesso em: 24 set. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estadiamento**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estadiamento>. Acesso em: 09 jul. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Linha de cuidado e integralidade da atenção**. Rio de Janeiro: INCA, [201-]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Establishment of an International Agency for Research on Cancer**. Lyon: IARC, 1965. (The Eighteenth World Health Assembly, WHA18.44). Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89323/WHA18.44_eng.pdf;jsessionid=839759ED968D4214AE17BEB76A5DADCA?sequence=3. Acesso em: 13 mar. 2019.

JEMAL, A. et al. Annual report to the Nation on the Status of Cancer, 1975–2014, Featuring Survival. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 109, n. 9, 2017.

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

MALLET, A. L. R. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 449-456, 2005.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. Ciência e cientificidade. IN: MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **MPF quer articulação entre União, Estado e Município para regulação unificada da saúde no RJ**. 2017. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/rj/sala->

de-imprensa/noticias-rj/mpf-quer-articulacao-entre-uniao-estado-e-municipio-para-regulacao-unificada-da-saude-no-rj. Acesso em: 28/05/2020

MIRANDA, L. C.; AZEVEDO, S. G. Indicadores de desempenho gerencial mais utilizados pelos empresários: estudo comparativo Brasil-Portugal. In: Encontro da ANPAD, 24., 2000, Maringá. **Anais[...]**. Maringá: ANPAD, 2000.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Quality standards topic library**. London: NICE, 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/quality-standards-topic-library>. Acesso em: 23 abr. 2019.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **The NICE menu of general practice and clinical commissioning group indicators**. London: NICE, 2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/Standards-and-indicators/indicator-menu-update.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Who we are**. London: NICE, 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are>. Acesso em: 22 abr. 2019.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Extract from the Council Resolution on Enlargement and Enhanced Engagement**. 2007. Disponível em: <https://www.oecd.org/general/oecdinvitesfivecountriestomembershiptalksoffersenhancedengagementtootherbigplayers.htm>. Acesso em: 15 out. 2019.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **OECD Health Statistics 2018**. 2018. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>. Acesso em: 18 jul. 2018.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **OECD Work on Health**. 2017. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-brochure.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia**. São Paulo: USP; Fundação Oncocentro de São Paulo, 2005.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Brasil: uma cooperação mutuamente benéfica**. 2018. Disponível em: <http://www.oecd.org/latin-america/countries/brazil/brasil.htm> Acesso em: 15 out. 2019.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006.

RENNA Jr, N. L.; SILVA, G. A. Late-stage diagnosis of breast cancer in Brazil: analysis of data from hospital-based cancer registries (2000-2012). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 127-136, 2018.

RENNA Jr, N. L.; SILVA, G. A. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017285, 2018b.

SANDLER, R. S. Epidemiology and risk factors for colorectal cancer. **Gastroenterology Clinics of North America**, Philadelphia, v. 25, n.4, p.717-735, 1996.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Rio de Janeiro). Linhas de cuidado em câncer. [s.d.]. Disponível em: <http://prefeitura.rio/web/sms/linhas-de-cuidado>. Acesso em: 28 abr. 2019.

STATISTICS CANADA. **Canadian Cancer Registry**. 2019a. Disponível em: <https://www.statcan.gc.ca/eng/about/pia/ccr>. Acesso em: 30 out. 2019.

STATISTICS CANADA. **Statistics Canada**. 2019b. Disponível em: <https://www.statcan.gc.ca/eng/start>. Acesso em: 30 out. 2019.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. **World Cancer Report 2014**. Lyon: IARC, 2014.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, p. 13-31, 2010.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

WALTER, V. Smoking and survival of colorectal cancer patients: systematic review and meta-analysis. **Annals of Oncology**, Dordrecht, v. 25, n. 8, p. 1517-1525, 2014.

WORLD CANCER RESEARCH FOUNDATION; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Pancreatic Cancer 2012 report**: food, nutrition, physical activity, and the prevention of colorectal cancer. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **GLOBOCAN 2012**: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon: IARC, 2015.

APÊNDICE A – Achados da pesquisa (indicadores)

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (1/?)

Crivos

KPI Nº	Fonte	Indicador de desempenho	Indicador de desempenho (tradução)	Meta	Prazo	Todos	Saúde	Legal	Inform.
01	NCCP	Percentage of adults (aged 15+) in population smoking daily	Percentual de adultos (maiores que 15 anos) da população que fumam diariamente	5%	2025 (Interim measure 17% by 2018)	-	x		
02	NCCP	Percentage of lung cancers diagnosed at stage I and II one year following awareness campaign	Percentual de câncer de pulmão diagnosticado com estadiamento I e II um ano após campanha educativa	15% relative increase	One year after awareness campaign. To be reviewed.	-	x	x	
03	NCCP	Percentage of GP referrals received electronically	Percentual de padrões de referência de Clínica Geral recebidos eletronicamente	95%	End 2022 (Interim Target of 75% for end-2019)	-	x		
04	NCCP	Percentage of colorectal, breast, and lung cancers diagnosed at stage I and II	Percentual de câncer colorretal, mama e pulmão diagnosticados com estadiamento I e II	Combined 10% relative increase over	2020	x	x	x	x
05	NCCP	Percentage of new patients attending RAC or SBD clinic within the recommended timeframe	Percentual de novos pacientes das clínicas RAC ou SBD que foram atendidos no prazo recomendado	95%	2017	-	x		
06	NCCP	Percentage of patients accessing Imaging/ Diagnostics/ Endoscopy within agreed timelines	Percentual de pacientes atendidos com exames de diagnósticos dentro do prazo recomendado	0,9	2020	-	x	x	
07	NCCP	Percentage of cancers diagnosed in Emergency Departments	Percentual de cânceres diagnosticados em Unidades de Emergência	50% relative decrease over 2013	2026	-	x	x	
08	NCCP	Percentage uptake rate for BreastCheck screening population	Percentual do público-alvo com exame diagnóstico preventivo para diagnóstico de câncer de mama	0,7	2017-2026	-	x	x	
09	NCCP	Percentage five year rolling coverage of CervicalCheck in screening population	Percentual de cobertura de cinco anos do público-alvo com exame diagnóstico preventivo de câncer cervical	80%	2017-2026	-	x	x	
10	NCCP	Percentage uptake rate for BowelScreen screening population	Percentual do público-alvo com exame diagnóstico preventivo para diagnóstico de câncer de intestino	0,6	2020 (Interim measure of 45% by end 2018)	-	x	x	
11	NCCP	Percentage of surgeries conducted in approved centres	Percentual de cirurgias realizadas em locais de referência	95%	Various target dates to 2020	-	x	x	
12	NCCP	Percentage of patients diagnosed with invasive cancers formally discussed at MDT meetings	Percentual de pacientes diagnosticados com câncer invasivo com seus casos discutidos em reuniões clínicas	0,95	End 2020	-	x	x	
13	NCCP	Percentage of patients on active cancer treatment admitted to hospital for cancer treatment that are admitted through Emergency Departments	Percentual de pacientes tratando neoplasia admitidos em unidades hospitalares para tratamento de câncer oriundos de Unidades de Emergência	Less than 20%	2018	-	x	x	

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (2/?)

Crivos

KPI Nº	Fonte	Indicador de desempenho	Indicador de desempenho (tradução)	Meta	Prazo	Todos	Saúde	Legal	Inform.
14	NCCP	Percentage of patients requiring active treatment for their cancer admitted to dedicated cancer units in hospitals	Percentual de pacientes necessitando de tratamento de câncer admitidos em unidades hospitalares referência para o tratamento do câncer	0,8	2020	-	x	x	
15	NCCP	Percentage of patients seen within NCCP target surgery timeframes for defined cancers	Percentual de pacientes com cirurgia realizada dentro do prazo estipulado para o seu tipo de câncer	90%	2017	-	x	x	
16	NCCP	Percentage of patients commencing treatment within 15 working days of being deemed ready to treat	Percentual de pacientes que começou o tratamento em até 15 dias úteis após o diagnóstico da doença	0,9	2017	x	x	x	x
17	NCCP	Percentage of patients receiving a Treatment Summary and Care Plan	Percentual de pacientes recebendo um sumário do tratamento e Plano de cuidados	95%	2020; Interim target 50% by 2018	-	x		
18	NCCP	Percentage of patients with metastatic cancer given chemotherapy in last month of life	Percentual de pacientes com câncer metastático ministrados com quimioterapia no último mês de vida	Less than 25%	2019	-	x	x	
19	NCCP	Percentage of patients with cancer with stage IV disease receiving a specialist palliative care assessment	Percentual de pacientes com estadiamento nível IV recebendo apoio de especialistas em cuidado paliativo	90%	2019	-	x	x	
20	NCCP	Percentage of patients on cancer therapeutic clinical trials	Percentual de pacientes em ensaios clínico-terapêuticos de câncer	0,06	2020	-	x		
21	NCCP	Ireland to be in top quartile for five year survival among EU member states	Irlanda estar no 1º quartil na sobrevivência de 5 anos entre os países-membro da União Europeia	Top quartile for overall survival	2026	-	x		
22	NCCP	Comparison between bottom 20% deprivation vs. top 20%	Reduzir iniquidade na incidência de câncer idade padronizada para todas as neoplasias	Difference no greater than 3%	2026	-	x		
23	NCCP	Comparison between bottom 20% deprivation vs. top 20%	Reduzir iniquidade na sobrevivência superior a 5 anos para todas as neoplasias	Difference no greater than 3%	2026	-	x		
24	AHRQ	Women with clinical Stage I-IIb breast cancer who received axillary node dissection or sentinel lymph node biopsy (SLNB) at the time of surgery (lumpectomy or mastectomy)	Mulheres com câncer de mama clínico com estadiamento I a IIb que receberam dissecção de linfonodo axilar ou biópsia de linfonodo sentinela (SLNB) no momento da cirurgia (mastectomia)	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
25	AHRQ	Breast cancer deaths per 100,000 female population per year	Mortes por câncer de mama por 100.000 habitantes por ano	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (3/?)

Crivos

KPI Nº	Fonte	Indicador de desempenho	Indicador de desempenho (tradução)	Meta	Prazo	Todos	Saúde	Legal	Inform.
26	AHRQ	Patients with colon cancer who received surgical resection of colon cancer that included at least 12 lymph nodes pathologically examined	Pacientes com câncer de cólon que receberam ressecção cirúrgica de câncer de cólon que incluiu pelo menos 12 linfonodos examinados patologicamente	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
27	AHRQ	Colorectal cancer deaths per 100,000 population per year	Mortes por câncer colorretal por 100.000 habitantes por ano	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
28	AHRQ	Lung cancer deaths per 100,000 population per year	Mortes por câncer de pulmão por 100.000 habitantes por ano	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
29	AHRQ	Breast cancer diagnosed at advanced stage (regional, distant stage, or local stage with tumor greater than 2 cm) per 100,000 women age 40 and over	Câncer de mama diagnosticado em estágio avançado (regional, distante ou local com tumor superior a 2 cm) por 100.000 mulheres com 40 anos ou mais	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
30	AHRQ	Cervical cancer diagnosed at advanced stage (all invasive tumors) per 100,000 women age 20 and over	Câncer cervical diagnosticado em estágio avançado (todos os tumores invasivos) por 100.000 mulheres com 20 anos ou mais	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
31	AHRQ	Colorectal cancer diagnosed at advanced stage (tumors diagnosed at regional or distant stage) per 100,000 population age 50 and over	Câncer colorretal diagnosticado em estágio avançado (tumores diagnosticados em estágio regional ou distante) por 100.000 habitantes 50 anos ou mais	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
32	AHRQ	Women under age 70 treated for breast cancer with breast-conserving surgery who received radiation therapy to the breast within 1 year of diagnosis	Mulheres com menos de 70 anos tratadas de câncer de mama com cirurgia conservadora que receberam radioterapia em até 1 ano após o diagnóstico	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
33	NICE	The percentage of patients with cancer diagnosed within the preceding 15 months who have a review recorded as occurring within 3 months of the practice receiving confirmation of the diagnosis	Percentual de pacientes com câncer diagnosticados nos últimos 15 meses que tiveram uma revisão do diagnóstico confirmada em até 3 meses	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
34	NICE	The proportion of women eligible for screening and aged 25 – 49 years at end of period reported whose notes record that an adequate cervical screening test has been performed in the previous 3-5 years	Percentual de mulheres elegíveis para triagem entre 25 e 49 anos apurados no período com triagem cervical adequada realizado nos últimos 3 anos e meio	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
35	NICE	The proportion of women eligible for screening and aged 50 – 64 years at end of period reported whose notes record that an adequate cervical screening test has been performed in the previous 5-5 years	Percentual de mulheres elegíveis para triagem entre 50 e 64 anos apurados no período com triagem cervical adequada realizado nos últimos 5 anos e meio	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (4/?)

Crivos

KPI Nº	Fonte	Indicador de desempenho	Indicador de desempenho (tradução)	Meta	Prazo	Todos	Saúde		
							Legal	Inform.	
36	NICE	The proportion of invasive cases of cancer diagnosed via an emergency route	A proporção de casos invasivos de câncer diagnosticados via emergência	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
37	NICE	The proportion of new cases of cancer with a stage of diagnosis recorded	A proporção de novos casos de câncer com estadiamento registrado	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
38	NICE	The proportion of people with cancer who have the cancer detected at stage 1 or 2	Percentual de pessoas com câncer com estadiamento inicial 1 ou 2	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	x	x	x	x
39	NICE	Breast cancer mortality rates	Taxas de mortalidade por câncer de mama	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
40	NICE	The proportion of lung cancer cases for which a stage at diagnosis is recorded	Percentual de casos de câncer de pulmão com estadiamento inicial registrado	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	x	x	x	x
41	Dispositivo Legal	x	Acesso a estabelecimento-referência (UNACON, CACON e Hospitais com cirurgia oncológica)	1 estab. para cada 500.000 hab	Prazo não estipulado	x	x	x	x
42	Dispositivo Legal	x	Acesso a leitos oncológicos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
43	Dispositivo Legal	x	Acesso a mamógrafos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	x	x	x	x
44	Dispositivo Legal	x	Disponibilidade de médicos oncológicos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
45	Dispositivo Legal	x	Disponibilidade de enfermeiros oncológicos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (5/?)

Critérios

KPI Nº	Fonte	Indicador de desempenho	Indicador de desempenho (tradução)	Meta	Prazo	Todos	Saúde	Legal	Inform.
46	OCDE	The number of new cancer cases per 100.000 population of Malignant neoplasms of the prostate	Número de novos casos por 100.000 habitantes de Neoplasias malignas da próstata	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
47	OCDE	Number of women aged 50-69 who have received a bilateral mammography within the past two years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number of women aged 50-69 who have received a bilateral mammography within the past two years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number of women aged 20-69 who have been screened for cervical cancer within the past three years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number of women aged 20-69 who have been screened for cervical cancer within the past three years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number	Triagem do câncer de mama. Percentil de mulheres entre 50 e 69 anos que reportaram ter realizado mamografia bilateral de rotina nos últimos dois anos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
48	OCDE	Number of women aged 50-69 who have received a bilateral mammography within the past two years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number of women aged 20-69 who have been screened for cervical cancer within the past three years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number of women aged 20-69 who have been screened for cervical cancer within the past three years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number	Triagem do câncer de mama. Percentil de mulheres entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia bilateral via protocolo assistencial nos últimos dois anos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
49	OCDE	Number of women aged 20-69 who have been screened for cervical cancer within the past three years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number of women aged 20-69 who have been screened for cervical cancer within the past three years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number	Triagem do câncer do colo do útero. Percentil de mulheres entre 20 e 69 anos que reportaram ter realizado exame de rotina nos últimos dois anos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
50	OCDE	Number of women aged 20-69 who have been screened for cervical cancer within the past three years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number of women aged 20-69 who have been screened for cervical cancer within the past three years (or according to the specific screening frequency recommended in each country) divided by the number	Triagem do câncer do colo do útero. Percentil de mulheres entre 20 e 69 anos que reportaram ter realizado exame de rotina nos últimos dois anos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
51	OCDE	Breast cancer Five-year age-standardised net survival	Probabilidade de sobrevida superior a 5 anos para câncer de mama	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
52	OCDE	Cervical cancer Five-year age-standardised net survival	Probabilidade de sobrevida superior a 5 anos para câncer do colo do útero	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
53	OCDE	Colorectal cancer Five-year age-standardised net survival	Probabilidade de sobrevida superior a 5 anos para câncer colorretal	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
54	AIHW	Estimated 20 most commonly diagnosed cancers, persons, 2019	Estimativa dos vinte grupos de câncer com diagnóstico mais incidente	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
55	AIHW	Estimated 20 most common causes of death from cancers, persons, 2019	Estimativa dos vinte grupos de câncer com maior mortalidade	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
56	AIHW	Burden of disease analysis examines and quantifies the impact that cancer risk factors contribute to the cancer burden in Australia.	Metodologia DALY atrelada aos fatores de risco associados ao câncer. No caso australiano, o tabagismo é fator mais relevante.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
57	AIHW	Cancer stage at diagnosis for 5 common cancers (melanoma of the skin, and breast, prostate, lung and colorectal cancers) diagnosed in 2011.	Estadiamento do câncer no momento do diagnóstico	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (6/?)**Critérios**

KPI Nº	Fonte	Indicador de desempenho	Indicador de desempenho (tradução)	Meta	Prazo	Todos	Saúde	Legal	Inform.
58	AIHW	Cancer stage at diagnosis for 5 common cancers (melanoma of the skin, and breast, prostate, lung and colorectal cancers) diagnosed in 2011.	Sobrevida após 5 anos associada ao estadiamento no momento do diagnóstico.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
59	AIHW	Participation number and rate, by age, BreastScreen Australia, 2015–2016	Total de participantes e percentil de adesão, por idade, do programa nacional de rastreio precoce de câncer de mama.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
60	AIHW	Participation number and rate, by age, National Cervical Screening Program, 2015–2016	Total de participantes e percentil de adesão, por idade, do programa nacional de rastreio precoce de câncer do colo do útero.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
61	AIHW	Participation rate, by age and sex, National Bowel Cancer Screening Program, 2015–2016	Total de participantes e percentil de adesão, por idade e sexo, do programa nacional de rastreio precoce do câncer de intestino.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
62	AIHW	Medicare-subsidised breast ultrasounds, by age group, females, 2017	Exames subsidiados de ultrassom de mama, por faixa etária e por mulheres.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
63	AIHW	Medicare-subsidised breast mammograms, by age, females, 2017	Exames subsidiados de mamografias, por faixa etária e por mulheres.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
64	AIHW	Medicare-subsidised breast MRI, by age, females, 2017	Exames subsidiados de ressonância magnética de mama, por faixa etária e por mulheres.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
65	AIHW	Medicare-subsidised PSA testing, by age group, males, 2017	Exames subsidiados de teste de PSA, por faixa etária e por homens.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
66	AIHW	Medicare-subsidised colonoscopies, by age group and sex, 2017	Exames subsidiados de colonoscopia, por faixa etária e por sexo.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
67	AIHW	Cancer-related hospitalisations	Nº de atendimentos hospitalares do tipo Day Hospital (o paciente volta pra casa no mesmo dia)	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
68	AIHW	Cancer-related hospitalisations	Quantidade de diárias hospitalares usufruídas no sistema de saúde do tipo Overnight (hospitalização)	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
69	AIHW	Cancer-related hospitalisations	Top 10 dos registros mais comuns de hospitalização por causa principal de câncer grupo diagnóstico	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (7/?)

Critérios

KPI Nº	Fonte	Indicador de desempenho	Indicador de desempenho (tradução)	Meta	Prazo	Todos	Saúde	Legal	Inform.
70	AIHW	Chemotherapy for cancer	Tratamentos de quimioterapia realizados, por faixa etária e por sexo.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
71	AIHW	Radiotherapy for cancer	Tratamentos de radioterapia subsidiados, por sexo.	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
72	AIHW	Hospitalisations for palliative care for cancer	Quantidade de diárias hospitalares destinadas para o cuidado paliativo do paciente	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
73	AIHW	Five-year relative survival for all cancers combined, 2011–2015	Sobrevida esperada após 5 anos para todos os casos de câncer combinados	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
74	AIHW	Five-year relative survival for the 10 most commonly diagnosed cancers, by sex, 2011–2015	Sobrevida esperada após 5 anos para os casos de câncer abertos por grupo de diagnóstico	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
75	AIHW	Five-year relative survival for selected cancers by age at diagnosis, 2011–2015	Sobrevida esperada após 5 anos para os casos de câncer abertos por faixa etária	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
76	CCS	Lifetime probability of developing cancer, Canada (excluding Quebec), 2015	Probabilidade ao longo da vida de desenvolver câncer	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
77	CCS	Percent distribution of projected new cancer cases, bysex, Canada, 2019	Distribuição percentual de novos casos de câncer projetados, por sexo	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
78	CCS	Percentage of new cases and age-specific incidencerates for all cancers, by age group and sex, Canada (excluding Quebec), 2013–2015	Porcentagem de novos casos e incidência específica de idade para todos os cânceres, por faixa etária e sexo	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
79	CCS	Distribution of new cancer cases for selected cancers, by age group, Canada (excluding Quebec),2011–2015	Distribuição de novos casos de câncer para cânceres específicos, por faixa etária	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
80	CCS	Geographic distribution of projected new cancer cases and age-standardized incidence rates (ASIR), byprovince and territory, both sexes	Distribuição geográfica de novos casos de câncer projetados e taxas de incidência padronizadas por idade (ASIR), por província e território, ambos os sexos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
81	CCS	New cases and age-standardized incidence rates (ASIR) for all cancers, Canada, 1984–2019	Novos casos e taxas de incidência padronizadas por idade (ASIR) para todos os cânceres	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
82	CCS	Most recent annual percent change (APC) in agestandardizedincidence rates (ASIR), by sex, Canada(excluding Quebec), 1984–2015	Varição percentual anual mais recente (APC) nas taxas de incidência padronizadas (ASIR), por sexo	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (8/?)**Critérios**

KPI Nº	Fonte	Indicador de desempenho	Indicador de desempenho (tradução)	Meta	Prazo	Todos	Saúde	Legal	Inform.
83	CCS	Age-standardized incidence rates (ASIR) for selected cancers, males, Canada (excluding Quebec), 1984–2019	Taxas de incidência padronizadas por idade (ASIR) para cânceres específicos, homens	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
84	CCS	Age-standardized incidence rates (ASIR) for selected*cancers, females, Canada (excluding Quebec),1984–2019	Taxas de incidência padronizadas por idade (ASIR) para cânceres específicos, mulheres	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
85	CCS	Lifetime probability of dying from cancer, Canada,2015	Probabilidade de morrer por câncer ao longo da vida, Canadá, 2015	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
86	CCS	Percent distribution of projected cancer deaths, by sex,Canada, 2019	Distribuição percentual de mortes por câncer projetadas, por sexo	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
87	CCS	Percentage of cancer deaths and age-specific mortalityrates for all cancers, by age group and sex, Canada,2013–2015	Porcentagem de mortes por câncer e taxas de mortalidade específicas por idade para todos os cânceres, por faixa etária e sexo	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
88	CCS	Distribution of cancer deaths for selected cancers byage group, Canada, 2011–2015	Distribuição de mortes por câncer para grupos selecionados de cânceres	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
89	CCS	Geographic distribution of projected cancer deaths andage-standardized mortality rates (ASMR), by province and territory, both sexes, Canada, 2019	Distribuição geográfica das mortes por câncer projetadas e taxas de mortalidade padronizadas por idade (ASMR), por província e território, ambos os sexos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
90	CCS	Deaths and age-standardized mortality rates (ASMR)for all cancers, Canada, 1984–2019	Mortes e taxas de mortalidade padronizadas por idade (ASMR) para todos os cânceres	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
91	CCS	Most recent annual percent change (APC) in agestandardizedmortality rates (ASMR), by sex, Canada,1984–2015	Varição percentual anual mais recente (APC) nas taxas de mortalidade padronizada e padronizada (ASMR), por sexo	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
92	CCS	Age-standardized mortality rates (ASMR) for selected cancers, males, Canada, 1984–2019	Taxas de mortalidade padronizadas por idade (ASMR) para cânceres selecionados, homens	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
93	CCS	Age-standardized mortality rates (ASMR) for selected cancers, females, Canada, 1984–2019	Taxas de mortalidade padronizadas por idade (ASMR) para cânceres selecionados, mulheres	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
94	CCS	Predicted net survival for leading causes of cancer death by survival duration, ages 15–99, Canada(excluding Quebec), 2012–2014	Sobrevida prevista para as principais causas de morte por câncer, por duração de sobrevivência, idades de 15 a 99	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (9/?)**Critérios**

KPI Nº	Fonte	Indicador de desempenho	Indicador de desempenho (tradução)	Meta	Prazo	Todos	Saúde	Legal	Inform.
95	CCS	Predicted change in five-year age-standardized net survival between 1992–1994 and 2012–2014 for selected cancers, ages 15–99, Canada (excluding Quebec)	Mudança na sobrevida de 5 anos prevista por idade entre decênios para cânceres selecionados, com idades entre 15 e 99	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
96	CCS	Proportion of deaths due to cancer and other causes, Canada, 2016	Proporção de mortes por câncer e outras causas	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
97	CCS	Selected causes of death and their associated potential years of life lost (PYLL), Canada, 2014–2016	Causas selecionadas de morte e seus anos potenciais de vida perdidos (PYLL)	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
98	CCS	Age-standardized incidence and mortality rates for all cancers combined, by sex, Canada, 1984–2019	Taxas de incidência e mortalidade padronizadas por idade para todos os cânceres combinados, por sexo	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
99	CCS	Trends in new cases and deaths (in thousands) for all cancers and ages, attributed to changes in cancer risk and cancer control practices, population growth and	Tendências em novos casos e mortes (em milhares) para todos os cânceres e idades, atribuídos a mudanças no risco de câncer e práticas de controle do câncer,	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
100	CCS	Summary of key cancer control and outcome characteristics by cancer type	Resumo das características dos resultados obtidos e dos controles-chave obtidos por tipo de câncer	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		
101	Dispositivo Legal	x	Acesso a estabelecimento-referência (UNACON, CACON e Hospitais com cirurgia oncológica)	1 estab. para cada 500.000 hab	Prazo não estipulado	x	x	x	x
102	Dispositivo Legal	x	Acesso a leitos oncológicos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
103	Dispositivo Legal	x	Acesso a mamógrafos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	x	x	x	x
104	Dispositivo Legal	x	Disponibilidade de médicos oncológicos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
105	Dispositivo Legal	x	Disponibilidade de enfermeiros oncológicos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x
106	Dispositivo Legal	x	Disponibilidade de técnicos de enfermagem oncológicos	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x		x

Indicadores observados em organizações-referência de controle do câncer e na legislação brasileira (10/?)**CrITÉrios**

KPI Nº	Fonte	Indicador de desempenho	Indicador de desempenho (tradução)	Meta	Prazo	Todos	CrITÉrios		
							Saúde	Legal	Inform.
107	Dispositivo Legal	x	Proporção de tratamentos iniciados em até 60 dias após a confirmação do diagnóstico de neoplasia (por tipo de câncer)	95%	Prazo não estipulado	x	x	x	x
108	Dispositivo Legal	x	Gravidade do estadiamento (por tipo de câncer)	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	x	x	x	x
109	Dispositivo Legal	x	Taxa de Mortalidade por tipo de câncer (checar o grupamento de CID's na aba apoio - São 19 ao todo)	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	x	x	x	x
110	Dispositivo Legal	x	Sobrevida médio dos pacientes (por tipo de câncer)	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	x	x	x	x
111	Dispositivo Legal	x	Quantidade de pacientes em espera para os procedimentos radioterápicos, quimioterápicos e cirúrgicos (por tipo de câncer)	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	
112	Dispositivo Legal	x	Tempo médio de espera para os procedimentos radioterápicos, quimioterápicos e cirúrgicos (por tipo de câncer)	Meta não estipulada	Prazo não estipulado	-	x	x	

ANEXO A – Ficha de Registro de Tumor

ANEXO 1 - FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

Itens obrigatórios:

1. • Itens de identificação do paciente	4. • Itens de caracterização do diagnóstico.
1.1. N° do prontuário hospitalar	4.1. Data da 1ª consulta
1.2. Número do documento	4.2. Data do 1º diagnóstico
1.3. Tipo de documento	4.3. Diagnósticos e tratamentos anteriores
1.4. Nome	4.4. Base mais importante para o diagnóstico do tumor
1.5. Nome da mãe	5. • Itens de caracterização do tumor
2. • Itens demográficos e culturais.	5.1. Localização do tumor primário (CID-O 3ª Edição)
2.1. Sexo	5.2. Tipo histológico
2.2. Data do nascimento	5.3. Tipo clínico inicial (TNM)
2.3. Idade	5.4. Estadiamento inicial (com base no TNM)
2.4. UF de nascimento	5.5. Outro estadiamento (diferente de TNM e com idade menor ou igual a 18 anos)
2.5. Raça/Cor	5.6. TNM patológico (pTNM)
2.6. Escolaridade	5.7. Localização de metástase à distância
2.7. Ocupação	6. • Itens de caracterização do 1º tratamento
2.8. Procedência do paciente	6.1. Clínica do início de tratamento
3. • Itens de localização do paciente.	6.2. Data do início do 1º tratamento no hospital
3.1. Endereço	6.3. Principal razão para o não realização do 1º tratamento no hospital
3.2. Bairro	6.4. 1º tratamento recebido no hospital
3.3. Cidade	6.5. Estado da doença ao final do 1º tratamento no hospital
3.4. UF de residência	6.6. Data do óbito
3.5. Telefone	6.7. Óbito devido ao câncer
3.6. CEP	7. • Item de seleção do tumor para seguimento.
3.7. email	7.1. Caso analítico
	7.2. Seguimento
	8. • Item de identificação do registrador.
	8.1. Código do registrador

ANEXO B – Ficha de Seguimento

ANEXO 2 - FICHA DE SEGUIMENTO

ITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO TUMOR

Estes itens serão importados diretamente da ficha de registro de tumor correspondente.

ACOMPANHAMENTO DE TUMORES

Nas versões anteriores da ficha, existia um quadro no qual a primeira linha era preenchida com as informações do tumor em análise e as demais com os outros tumores que o paciente apresentasse, para que fosse possível identificar outros tumores durante o seguimento. Essa tarefa agora é realizada pelo sistema informatizado de apoio aos RHC (SisRHC). Assim, deve ser preenchido apenas com as informações do tumor que está sendo avaliado.

Se o tumor for único, haverá uma única ficha de seguimento; se for múltiplo, haverá tantas fichas quantos forem os tumores primários, considerando-se as exceções e os tumores .

O número do tumor será atribuído diretamente pelo SisRHC.

A data do primeiro diagnóstico corresponde ao item 22 da Ficha de Registro de Tumor.

A localização do tumor primário é proveniente do item 25 da ficha de registro de tumor.

O tipo histológico será importado do item 26 da Ficha de Registro de Tumor.

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA, O DOENTE, O TRATAMENTO E O ÓBITO DO PACIENTE

Na Ficha de Seguimento existe um quadro sumário no qual serão anotados os códigos correspondentes às informações de seguimento coletadas para cada tumor. São informações referentes à fonte das informações, às datas de referência, à avaliação da doença e à qualidade de vida do paciente, ao tratamento realizado e à ocorrência de metástases e recidivas da doença.

OBSERVAÇÃO RELEVANTE RELACIONADA AO SEGUIMENTO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO

Este é um campo alfanumérico de texto livre a ser utilizado para o cadastro de qualquer informação julgada importante para melhor avaliação do caso ou para lembrar algo em uma avaliação futura.

ANEXO C – Dicionário de Dados (SisRHC)

Dicionário das variáveis da base de dados do SisRHC disponível para download no IRHC			
Nº do campo na ficha de cadastro	Variável	Descrição	Domínio
44	ALCOOLIS	Histórico de consumo de bebida alcoólica	1.Nunca; 2.Ex-consumidor; 3.Sim; 4.Não avaliado; 8.Não se aplica; 9.Sem informação
22	ANOPRIDI	Ano do diagnóstico	aaaa
42	ANTRI	Ano da triagem	dd/mm/aaaa
base de dados SP	BASDIAGSP	Base mais importante para o diagnóstico do tumor	1.Exame clínico 2.Recursos auxiliares não microscópicos 3.Confirmação microscópica 4.Sem informação
	BASMAIMP	Base mais importante para o diagnóstico do tumor	1.Clinica; 2.Pesquisa clínica; 3.Exame por imagem; 4.Marcadores tumorais; 5.Citologia; 6.Histologia da metástase; 7.Histologia do tumor primário; 9.Sem informação
47	CIATEN	Clinicas do primeiro atendimento - entrada do paciente	Codificação segundo Tabela de Clinicas do SisRHC
31	CLTRAT	Clinica de inicio do tratamento	Codificação segundo Tabela de Clinicas do SisRHC
SIS	CNES	Número do CNES do Hospital	Codificação segundo tabela do Cadastro Nacional de Estab. de Saúde
32	DATAINTRT	Data do início do primeiro tratamento específico para o tumor, no hospital	dd/mm/aaaa
36	DATAOBITO	Data do óbito	dd/mm/aaaa
21	DATAPRICON	Data da 1ª consulta	dd/mm/aaaa
23	DIAGANT	Diagnóstico e tratamento anteriores	1.Sem diag./Sem trat.; 2.Com diag./Sem trat.; 3.Com diag./Com trat.; 4.Outros; 9.Sem informação
22	DTDIAGNO	Data do primeiro diagnóstico	dd/mm/aaaa
32	DTINTRT	Ano do início do primeiro tratamento específico para o tumor, no hospital	aaaa
21	DTPRICON	Ano da 1ª consulta	aaaa
42	DTTRIAGE	Data da triagem	dd/mm/aaaa
28a	ESTADIAG	Estadiamento clínico do tumor (TNM) - Grupo	Codificação do grupamento do estágio clínico segundo classificação TNM
28a	ESTADIAM	Estadiamento clínico do tumor (TNM)	Codificação do grupamento do estágio clínico segundo classificação TNM
17	ESTADRES	UF de procedência (residência)	Sigla da UF de procedência
41	ESTCONJ	Estado conjugal atual	1.Solteiro; 2.Casado; 3.Viúvo; 4.Separado judicialmente; 5.União consensual; 9.Sem informação
35	ESTDFIMT	Estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital	1.Sem evidência da doença (remissão completa); 2.Remissão parcial; 3.Doença estável; 4.Doença em progressão; 5.Suporte terapêutico oncológico; 6.Óbito; 8.Não se aplica; 9.Sem informação
48	EXDIAG	Exames relevantes para o diagnóstico e planejamento da terapêutica do tumor	1.Exame clínico e patologia clínica; 2.Exames por imagem; 3.Endoscopia e cirurgia exploradora; 4.Anatomia patológica; 5.Marcadores tumorais; 8.Não se aplica; 9.Sem informação
43	HISFAMC	Histórico familiar de câncer	1.Sim; 2.Não; 9.Sem informação
SIS	IDAQE	Idade na 1ª consulta (calculada pela diferença entre a data da 1ª consulta e a data do nascimento)	Idade, em anos; valor igual a zero para crianças menores de 1 ano
11	INS'TRUC	Escolaridade	1.Nenhuma; 2.Fundamental incompleto; 3.Fundamental completo; 4.Nível médio; 5.Nível superior incompleto; 6.Nível superior completo; 9.Sem informação
50	LATERALI	Lateralidade do tumor	1.Direita; 2.Ésquerda; 3.Bilateral; 8.Não se aplica; 9.Sem informação
9	LOCALNAS	Local de nascimento	Sigla da UF de nascimento
25	LOCTUDET	Localização primária (Categoria 3d)	Código da OD-O, 3 dígitos
25	LOCTUPRI	Localização primária detalhada (Subcategoria 4d)	Código da OD-O, 4 dígitos
49	LOCTUPRO	Localização provável do tumor primário (somente para os casos em que a localização primária do tumor é desconhecida)	CID-O, 4 dígitos
51	MAISUMTU	Ocorrência de mais um tumor primário	1.Sim; 2.Não; 3.Duvidoso
	MUJH	Município da unidade hospitalar	Tabela de municípios do IBGE
12	Ocupacao	Ocupação principal	Codificação pela Tabela da Código Brasileiro de Ocupações; mais de três 9 representa Ocupação ignorada
46	ORIENC	Origem do encaminhamento	1.SUS; 2.Não SUS; 3.Veio por conta própria; 8.Não se aplica; 9.Sem informação
28b	OUTROESTA	Outros estadiamentos clínicos de tumor	Codificação do grupamento do estágio clínico segundo outras classificações que não a TNM
34	PRITRATH	Primeiro tratamento recebido no hospital	1.Nenhum; 2.Cirurgia; 3.Radioterapia; 4.Quimioterapia; 5.Hormonioterapia; 6.Transplante de medula óssea; 7.Imunoterapia; 8.Outras; 9.Sem informação
13	PROCEDEN	Código do Município de procedência (residência)	Tabela de municípios do IBGE
10	RACACOR	Raça/cor	1.Branca; 2.Preta; 3.Amarela; 4.Parda; 5.Indígena; 9.Sem informação
33	RZNR	Principal razão para a não realização do tratamento antineoplásico no hospital	1.Recusa do tratamento; 2.Tratamento realizado fora; 3.Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas; 4.Abandono do tratamento; 5.Complicações de tratamento; 6.Óbito; 7.Outras razões; 8.Não se aplica; 9.Sem informação
6	SEXO	Sexo	1.Masculino; 2.Feminino
45	TABAGISM	Histórico de consumo de tabaco	1.Nunca; 2.Ex-consumidor; 3.Sim; 4.Não avaliado; 8.Não se aplica; 9.Sem informação
26	TIPOHIST	Tipo histológico do tumor primário	Codificação da morfologia do tumor pela CID-O
27	TNM	TNM	Codificação do estágio clínico segundo classificação TNM
38	TPCASO	Tipo de caso	1.Sim (Analítico); 2.Não (Não analítico)
SIS	UFLH	UF da unidade hospitalar	Sigla da Unidade da Federação da unidade hospitalar (IBGE)
SIS	VALDR_TOT	Text	-

ANEXO D – Conformidade de prazo para tratamento diagnóstico por UF

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior							Acre
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento							AC
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	
0 a 15 dias	50	21	29	18,0%	58,3%	12,0%	
16 a 30 dias	42	6	36	15,1%	16,7%	14,9%	
31 a 60 dias	75	4	71	27,0%	11,1%	29,3%	
Conforme	167	31	136	60,1%	86,1%	56,2%	
61 a 90 dias	46	5	41	16,5%	13,9%	16,9%	
91 a 120 dias	14	-	14	5,0%	0,0%	5,8%	
121 a 150 dias	13	-	13	4,7%	0,0%	5,4%	
151 a 180 dias	11	-	11	4,0%	0,0%	4,5%	
181 a 210 dias	5	-	5	1,8%	0,0%	2,1%	
211 a 240 dias	3	-	3	1,1%	0,0%	1,2%	
241 a 270 dias	3	-	3	1,1%	0,0%	1,2%	
271 a 300 dias	1	-	1	0,4%	0,0%	0,4%	
301 a 330 dias	1	-	1	0,4%	0,0%	0,4%	
331 a 365 dias	4	-	4	1,4%	0,0%	1,7%	
Mais de 1 ano	10	-	10	3,6%	0,0%	4,1%	
Não conforme	111	5	106	39,9%	13,9%	43,8%	
Total de casos	278	36	242	100,0%	100,0%	100,0%	

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior							Alagoas
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento							AL
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	
0 a 15 dias	287	189	98	15,8%	49,6%	6,8%	
16 a 30 dias	221	43	178	12,1%	11,3%	12,4%	
31 a 60 dias	451	59	392	24,8%	15,5%	27,2%	
Conforme	959	291	668	52,6%	76,4%	46,4%	
61 a 90 dias	278	22	256	15,3%	5,8%	17,8%	
91 a 120 dias	167	23	144	9,2%	6,0%	10,0%	
121 a 150 dias	115	15	100	6,3%	3,9%	6,9%	
151 a 180 dias	72	8	64	4,0%	2,1%	4,4%	
181 a 210 dias	71	10	61	3,9%	2,6%	4,2%	
211 a 240 dias	35	4	31	1,9%	1,0%	2,2%	
241 a 270 dias	34	2	32	1,9%	0,5%	2,2%	
271 a 300 dias	19	1	18	1,0%	0,3%	1,2%	
301 a 330 dias	12	2	10	0,7%	0,5%	0,7%	
331 a 365 dias	6	1	5	0,3%	0,3%	0,3%	
Mais de 1 ano	54	2	52	3,0%	0,5%	3,6%	
Não conforme	863	90	773	47,4%	23,6%	53,6%	
Total de casos	1.822	381	1.441	100,0%	100,0%	100,0%	

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Amazonas
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						AM
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	176	160	16	12,3%	27,1%	1,9%
16 a 30 dias	79	48	31	5,5%	8,1%	3,7%
31 a 60 dias	196	86	110	13,7%	14,6%	13,0%
Conforme	451	294	157	31,5%	49,7%	18,6%
61 a 90 dias	200	65	135	13,9%	11,0%	16,0%
91 a 120 dias	204	52	152	14,2%	8,8%	18,0%
121 a 150 dias	136	47	89	9,5%	8,0%	10,6%
151 a 180 dias	115	25	90	8,0%	4,2%	10,7%
181 a 210 dias	92	27	65	6,4%	4,6%	7,7%
211 a 240 dias	66	22	44	4,6%	3,7%	5,2%
241 a 270 dias	28	10	18	2,0%	1,7%	2,1%
271 a 300 dias	26	11	15	1,8%	1,9%	1,8%
301 a 330 dias	29	8	21	2,0%	1,4%	2,5%
331 a 365 dias	17	5	12	1,2%	0,8%	1,4%
Mais de 1 ano	70	25	45	4,9%	4,2%	5,3%
Não conforme	983	297	686	68,5%	50,3%	81,4%
Total de casos	1.434	591	843	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Amapá
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						AP
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	53	49	4	25,7%	36,0%	5,7%
16 a 30 dias	24	18	6	11,7%	13,2%	8,6%
31 a 60 dias	32	24	8	15,5%	17,6%	11,4%
Conforme	109	91	18	52,9%	66,9%	25,7%
61 a 90 dias	28	21	7	13,6%	15,4%	10,0%
91 a 120 dias	23	9	14	11,2%	6,6%	20,0%
121 a 150 dias	15	4	11	7,3%	2,9%	15,7%
151 a 180 dias	9	4	5	4,4%	2,9%	7,1%
181 a 210 dias	7	5	2	3,4%	3,7%	2,9%
211 a 240 dias	3	1	2	1,5%	0,7%	2,9%
241 a 270 dias	3	1	2	1,5%	0,7%	2,9%
271 a 300 dias	1	-	1	0,5%	0,0%	1,4%
301 a 330 dias	1	-	1	0,5%	0,0%	1,4%
331 a 365 dias	3	-	3	1,5%	0,0%	4,3%
Mais de 1 ano	4	-	4	1,9%	0,0%	5,7%
Não conforme	97	45	52	47,1%	33,1%	74,3%
Total de casos	206	136	70	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior							Bahia
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento							BA
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	
0 a 15 dias	2.837	2.624	213	31,6%	64,6%	4,3%	
16 a 30 dias	631	221	410	7,0%	5,4%	8,3%	
31 a 60 dias	1.229	367	862	13,7%	9,0%	17,5%	
Conforme	4.697	3.212	1.485	52,3%	79,1%	30,1%	
61 a 90 dias	1.079	250	829	12,0%	6,2%	16,8%	
91 a 120 dias	803	179	624	8,9%	4,4%	12,7%	
121 a 150 dias	572	109	463	6,4%	2,7%	9,4%	
151 a 180 dias	395	74	321	4,4%	1,8%	6,5%	
181 a 210 dias	303	52	251	3,4%	1,3%	5,1%	
211 a 240 dias	240	31	209	2,7%	0,8%	4,2%	
241 a 270 dias	158	26	132	1,8%	0,6%	2,7%	
271 a 300 dias	122	17	105	1,4%	0,4%	2,1%	
301 a 330 dias	103	18	85	1,1%	0,4%	1,7%	
331 a 365 dias	101	33	68	1,1%	0,8%	1,4%	
Mais de 1 ano	412	58	354	4,6%	1,4%	7,2%	
Não conforme	4.288	847	3.441	47,7%	20,9%	69,9%	
Total de casos	8.985	4.059	4.926	100,0%	100,0%	100,0%	

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior							Ceará
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento							CE
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	
0 a 15 dias	1.737	1.397	340	25,8%	51,8%	8,4%	
16 a 30 dias	872	298	574	12,9%	11,0%	14,2%	
31 a 60 dias	1.498	456	1.042	22,2%	16,9%	25,8%	
Conforme	4.107	2.151	1.956	61,0%	79,8%	48,5%	
61 a 90 dias	894	222	672	13,3%	8,2%	16,6%	
91 a 120 dias	565	119	446	8,4%	4,4%	11,0%	
121 a 150 dias	316	62	254	4,7%	2,3%	6,3%	
151 a 180 dias	224	37	187	3,3%	1,4%	4,6%	
181 a 210 dias	160	44	116	2,4%	1,6%	2,9%	
211 a 240 dias	93	19	74	1,4%	0,7%	1,8%	
241 a 270 dias	79	11	68	1,2%	0,4%	1,7%	
271 a 300 dias	46	7	39	0,7%	0,3%	1,0%	
301 a 330 dias	38	4	34	0,6%	0,1%	0,8%	
331 a 365 dias	37	6	31	0,5%	0,2%	0,8%	
Mais de 1 ano	175	15	160	2,6%	0,6%	4,0%	
Não conforme	2.627	546	2.081	39,0%	20,2%	51,5%	
Total de casos	6.734	2.697	4.037	100,0%	100,0%	100,0%	

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Distrito Federal
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						DF
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	104	97	7	37,4%	63,8%	5,6%
16 a 30 dias	29	16	13	10,4%	10,5%	10,3%
31 a 60 dias	47	14	33	16,9%	9,2%	26,2%
Conforme	180	127	53	64,7%	83,6%	42,1%
61 a 90 dias	39	9	30	14,0%	5,9%	23,8%
91 a 120 dias	11	2	9	4,0%	1,3%	7,1%
121 a 150 dias	14	5	9	5,0%	3,3%	7,1%
151 a 180 dias	10	3	7	3,6%	2,0%	5,6%
181 a 210 dias	4	2	2	1,4%	1,3%	1,6%
211 a 240 dias	1	1	-	0,4%	0,7%	0,0%
241 a 270 dias	4	2	2	1,4%	1,3%	1,6%
271 a 300 dias	4	1	3	1,4%	0,7%	2,4%
301 a 330 dias	2	-	2	0,7%	0,0%	1,6%
331 a 365 dias	2	-	2	0,7%	0,0%	1,6%
Mais de 1 ano	7	-	7	2,5%	0,0%	5,6%
Não conforme	98	25	73	35,3%	16,4%	57,9%
Total de casos	278	152	126	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Espírito Santos
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						ES
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	1.314	1.235	79	35,9%	58,6%	5,1%
16 a 30 dias	358	163	195	9,8%	7,7%	12,6%
31 a 60 dias	699	310	389	19,1%	14,7%	25,1%
Conforme	2.371	1.708	663	64,8%	81,0%	42,7%
61 a 90 dias	495	186	309	13,5%	8,8%	19,9%
91 a 120 dias	290	89	201	7,9%	4,2%	13,0%
121 a 150 dias	173	52	121	4,7%	2,5%	7,8%
151 a 180 dias	93	23	70	2,5%	1,1%	4,5%
181 a 210 dias	67	10	57	1,8%	0,5%	3,7%
211 a 240 dias	51	9	42	1,4%	0,4%	2,7%
241 a 270 dias	32	9	23	0,9%	0,4%	1,5%
271 a 300 dias	21	6	15	0,6%	0,3%	1,0%
301 a 330 dias	15	5	10	0,4%	0,2%	0,6%
331 a 365 dias	19	5	14	0,5%	0,2%	0,9%
Mais de 1 ano	32	6	26	0,9%	0,3%	1,7%
Não conforme	1.288	400	888	35,2%	19,0%	57,3%
Total de casos	3.659	2.108	1.551	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Goiás GO
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	233	222	11	23,7%	48,4%	2,1%
16 a 30 dias	65	42	23	6,6%	9,2%	4,4%
31 a 60 dias	143	73	70	14,6%	15,9%	13,4%
Conforme	441	337	104	44,9%	73,4%	19,9%
61 a 90 dias	175	51	124	17,8%	11,1%	23,7%
91 a 120 dias	119	29	90	12,1%	6,3%	17,2%
121 a 150 dias	61	11	50	6,2%	2,4%	9,6%
151 a 180 dias	58	7	51	5,9%	1,5%	9,8%
181 a 210 dias	31	7	24	3,2%	1,5%	4,6%
211 a 240 dias	24	2	22	2,4%	0,4%	4,2%
241 a 270 dias	18	1	17	1,8%	0,2%	3,3%
271 a 300 dias	6	-	6	0,6%	0,0%	1,1%
301 a 330 dias	5	-	5	0,5%	0,0%	1,0%
331 a 365 dias	9	5	4	0,9%	1,1%	0,8%
Mais de 1 ano	35	9	26	3,6%	2,0%	5,0%
Não conforme	541	122	419	55,1%	26,6%	80,1%
Total de casos	982	459	523	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Maranhão MA
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	1.571	1.438	133	40,8%	74,5%	6,9%
16 a 30 dias	294	88	206	7,6%	4,6%	10,7%
31 a 60 dias	581	175	406	15,1%	9,1%	21,1%
Conforme	2.446	1.701	745	63,5%	88,1%	38,7%
61 a 90 dias	486	110	376	12,6%	5,7%	19,5%
91 a 120 dias	272	51	221	7,1%	2,6%	11,5%
121 a 150 dias	176	27	149	4,6%	1,4%	7,7%
151 a 180 dias	118	19	99	3,1%	1,0%	5,1%
181 a 210 dias	77	12	65	2,0%	0,6%	3,4%
211 a 240 dias	62	3	59	1,6%	0,2%	3,1%
241 a 270 dias	31	1	30	0,8%	0,1%	1,6%
271 a 300 dias	29	2	27	0,8%	0,1%	1,4%
301 a 330 dias	18	1	17	0,5%	0,1%	0,9%
331 a 365 dias	26	-	26	0,7%	0,0%	1,4%
Mais de 1 ano	114	3	111	3,0%	0,2%	5,8%
Não conforme	1.409	229	1.180	36,5%	11,9%	61,3%
Total de casos	3.855	1.930	1.925	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Minas Gerais
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						MG
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	4.164	3.524	640	22,2%	53,6%	5,2%
16 a 30 dias	1.917	729	1.188	10,2%	11,1%	9,7%
31 a 60 dias	4.073	1.035	3.038	21,7%	15,7%	24,9%
Conforme	10.154	5.288	4.866	54,1%	80,4%	39,9%
61 a 90 dias	3.184	574	2.610	17,0%	8,7%	21,4%
91 a 120 dias	2.038	291	1.747	10,9%	4,4%	14,3%
121 a 150 dias	1.197	159	1.038	6,4%	2,4%	8,5%
151 a 180 dias	787	104	683	4,2%	1,6%	5,6%
181 a 210 dias	501	58	443	2,7%	0,9%	3,6%
211 a 240 dias	307	33	274	1,6%	0,5%	2,2%
241 a 270 dias	135	18	117	0,7%	0,3%	1,0%
271 a 300 dias	90	6	84	0,5%	0,1%	0,7%
301 a 330 dias	68	10	58	0,4%	0,2%	0,5%
331 a 365 dias	59	12	47	0,3%	0,2%	0,4%
Mais de 1 ano	251	21	230	1,3%	0,3%	1,9%
Não conforme	8.617	1.286	7.331	45,9%	19,6%	60,1%
Total de casos	18.771	6.574	12.197	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Mato Grosso do Sul
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						MS
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	658	598	60	37,5%	65,9%	7,1%
16 a 30 dias	176	80	96	10,0%	8,8%	11,3%
31 a 60 dias	270	92	178	15,4%	10,1%	21,0%
Conforme	1.104	770	334	62,9%	84,8%	39,4%
61 a 90 dias	191	55	136	10,9%	6,1%	16,1%
91 a 120 dias	120	34	86	6,8%	3,7%	10,2%
121 a 150 dias	93	17	76	5,3%	1,9%	9,0%
151 a 180 dias	50	8	42	2,8%	0,9%	5,0%
181 a 210 dias	33	7	26	1,9%	0,8%	3,1%
211 a 240 dias	24	2	22	1,4%	0,2%	2,6%
241 a 270 dias	26	4	22	1,5%	0,4%	2,6%
271 a 300 dias	22	4	18	1,3%	0,4%	2,1%
301 a 330 dias	11	1	10	0,6%	0,1%	1,2%
331 a 365 dias	14	3	11	0,8%	0,3%	1,3%
Mais de 1 ano	67	3	64	3,8%	0,3%	7,6%
Não conforme	651	138	513	37,1%	15,2%	60,6%
Total de casos	1.755	908	847	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Mato Grosso
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						MT
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	1.043	888	155	50,4%	82,7%	15,6%
16 a 30 dias	192	42	150	9,3%	3,9%	15,1%
31 a 60 dias	248	46	202	12,0%	4,3%	20,3%
Conforme	1.483	976	507	71,7%	90,9%	51,0%
61 a 90 dias	140	21	119	6,8%	2,0%	12,0%
91 a 120 dias	105	20	85	5,1%	1,9%	8,5%
121 a 150 dias	62	16	46	3,0%	1,5%	4,6%
151 a 180 dias	57	6	51	2,8%	0,6%	5,1%
181 a 210 dias	42	8	34	2,0%	0,7%	3,4%
211 a 240 dias	27	4	23	1,3%	0,4%	2,3%
241 a 270 dias	21	5	16	1,0%	0,5%	1,6%
271 a 300 dias	22	3	19	1,1%	0,3%	1,9%
301 a 330 dias	16	2	14	0,8%	0,2%	1,4%
331 a 365 dias	15	5	10	0,7%	0,5%	1,0%
Mais de 1 ano	79	8	71	3,8%	0,7%	7,1%
Não conforme	586	98	488	28,3%	9,1%	49,0%
Total de casos	2.069	1.074	995	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Pará
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						PA
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	238	185	53	10,8%	46,3%	2,9%
16 a 30 dias	176	47	129	8,0%	11,8%	7,2%
31 a 60 dias	439	64	375	20,0%	16,0%	20,9%
Conforme	853	296	557	38,8%	74,0%	31,0%
61 a 90 dias	345	44	301	15,7%	11,0%	16,8%
91 a 120 dias	232	12	220	10,6%	3,0%	12,2%
121 a 150 dias	158	12	146	7,2%	3,0%	8,1%
151 a 180 dias	125	11	114	5,7%	2,8%	6,3%
181 a 210 dias	77	4	73	3,5%	1,0%	4,1%
211 a 240 dias	73	2	71	3,3%	0,5%	4,0%
241 a 270 dias	64	4	60	2,9%	1,0%	3,3%
271 a 300 dias	44	3	41	2,0%	0,8%	2,3%
301 a 330 dias	36	-	36	1,6%	0,0%	2,0%
331 a 365 dias	41	4	37	1,9%	1,0%	2,1%
Mais de 1 ano	149	8	141	6,8%	2,0%	7,8%
Não conforme	1.344	104	1.240	61,2%	26,0%	69,0%
Total de casos	2.197	400	1.797	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Paraíba
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						PB
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	968	811	157	26,2%	72,1%	6,1%
16 a 30 dias	375	80	295	10,2%	7,1%	11,5%
31 a 60 dias	761	115	646	20,6%	10,2%	25,2%
Conforme	2.104	1.006	1.098	57,0%	89,4%	42,8%
61 a 90 dias	503	57	446	13,6%	5,1%	17,4%
91 a 120 dias	319	24	295	8,6%	2,1%	11,5%
121 a 150 dias	155	7	148	4,2%	0,6%	5,8%
151 a 180 dias	132	10	122	3,6%	0,9%	4,8%
181 a 210 dias	75	5	70	2,0%	0,4%	2,7%
211 a 240 dias	74	3	71	2,0%	0,3%	2,8%
241 a 270 dias	53	-	53	1,4%	0,0%	2,1%
271 a 300 dias	32	-	32	0,9%	0,0%	1,2%
301 a 330 dias	44	2	42	1,2%	0,2%	1,6%
331 a 365 dias	32	-	32	0,9%	0,0%	1,2%
Mais de 1 ano	169	11	158	4,6%	1,0%	6,2%
Não conforme	1.588	119	1.469	43,0%	10,6%	57,2%
Total de casos	3.692	1.125	2.567	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Pernambuco
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						PE
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	1.597	1.449	148	26,1%	40,3%	5,9%
16 a 30 dias	699	442	257	11,4%	12,3%	10,2%
31 a 60 dias	1.302	713	589	21,3%	19,8%	23,4%
Conforme	3.598	2.604	994	58,8%	72,4%	39,5%
61 a 90 dias	855	413	442	14,0%	11,5%	17,6%
91 a 120 dias	530	226	304	8,7%	6,3%	12,1%
121 a 150 dias	308	108	200	5,0%	3,0%	7,9%
151 a 180 dias	203	85	118	3,3%	2,4%	4,7%
181 a 210 dias	151	51	100	2,5%	1,4%	4,0%
211 a 240 dias	99	32	67	1,6%	0,9%	2,7%
241 a 270 dias	68	14	54	1,1%	0,4%	2,1%
271 a 300 dias	47	7	40	0,8%	0,2%	1,6%
301 a 330 dias	37	14	23	0,6%	0,4%	0,9%
331 a 365 dias	46	16	30	0,8%	0,4%	1,2%
Mais de 1 ano	172	27	145	2,8%	0,8%	5,8%
Não conforme	2.516	993	1.523	41,2%	27,6%	60,5%
Total de casos	6.114	3.597	2.517	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior							Piauí
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento							PI
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	
0 a 15 dias	464	435	29	19,6%	38,9%	2,3%	
16 a 30 dias	294	173	121	12,4%	15,5%	9,7%	
31 a 60 dias	625	268	357	26,4%	23,9%	28,7%	
Conforme	1.383	876	507	58,5%	78,3%	40,7%	
61 a 90 dias	460	126	334	19,5%	11,3%	26,8%	
91 a 120 dias	227	60	167	9,6%	5,4%	13,4%	
121 a 150 dias	122	25	97	5,2%	2,2%	7,8%	
151 a 180 dias	63	12	51	2,7%	1,1%	4,1%	
181 a 210 dias	30	5	25	1,3%	0,4%	2,0%	
211 a 240 dias	29	6	23	1,2%	0,5%	1,8%	
241 a 270 dias	10	2	8	0,4%	0,2%	0,6%	
271 a 300 dias	11	2	9	0,5%	0,2%	0,7%	
301 a 330 dias	6	-	6	0,3%	0,0%	0,5%	
331 a 365 dias	3	2	1	0,1%	0,2%	0,1%	
Mais de 1 ano	21	3	18	0,9%	0,3%	1,4%	
Não conforme	982	243	739	41,5%	21,7%	59,3%	
Total de casos	2.365	1.119	1.246	100,0%	100,0%	100,0%	

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior							Paraná
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento							PR
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	
0 a 15 dias	4.631	4.274	357	36,7%	52,9%	7,9%	
16 a 30 dias	1.403	828	575	11,1%	10,2%	12,7%	
31 a 60 dias	2.558	1.376	1.182	20,3%	17,0%	26,1%	
Conforme	8.592	6.478	2.114	68,1%	80,2%	46,7%	
61 a 90 dias	1.585	727	858	12,6%	9,0%	19,0%	
91 a 120 dias	973	399	574	7,7%	4,9%	12,7%	
121 a 150 dias	488	183	305	3,9%	2,3%	6,7%	
151 a 180 dias	310	99	211	2,5%	1,2%	4,7%	
181 a 210 dias	195	61	134	1,5%	0,8%	3,0%	
211 a 240 dias	114	42	72	0,9%	0,5%	1,6%	
241 a 270 dias	74	28	46	0,6%	0,3%	1,0%	
271 a 300 dias	49	18	31	0,4%	0,2%	0,7%	
301 a 330 dias	32	9	23	0,3%	0,1%	0,5%	
331 a 365 dias	44	13	31	0,3%	0,2%	0,7%	
Mais de 1 ano	152	24	128	1,2%	0,3%	2,8%	
Não conforme	4.016	1.603	2.413	31,9%	19,8%	53,3%	
Total de casos	12.608	8.081	4.527	100,0%	100,0%	100,0%	

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Rio de Janeiro
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						RJ
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	1.768	1.619	149	20,2%	52,7%	2,6%
16 a 30 dias	550	313	237	6,3%	10,2%	4,2%
31 a 60 dias	1.311	459	852	15,0%	14,9%	15,0%
Conforme	3.629	2.391	1.238	41,5%	77,8%	21,8%
61 a 90 dias	1.401	287	1.114	16,0%	9,3%	19,7%
91 a 120 dias	1.133	159	974	13,0%	5,2%	17,2%
121 a 150 dias	814	68	746	9,3%	2,2%	13,2%
151 a 180 dias	513	48	465	5,9%	1,6%	8,2%
181 a 210 dias	389	33	356	4,5%	1,1%	6,3%
211 a 240 dias	238	25	213	2,7%	0,8%	3,8%
241 a 270 dias	155	14	141	1,8%	0,5%	2,5%
271 a 300 dias	93	12	81	1,1%	0,4%	1,4%
301 a 330 dias	87	6	81	1,0%	0,2%	1,4%
331 a 365 dias	50	10	40	0,6%	0,3%	0,7%
Mais de 1 ano	237	19	218	2,7%	0,6%	3,8%
Não conforme	5.110	681	4.429	58,5%	22,2%	78,2%
Total de casos	8.739	3.072	5.667	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Rio Grande do Norte
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						RN
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	241	182	59	11,1%	14,8%	6,2%
16 a 30 dias	293	187	106	13,5%	15,2%	11,2%
31 a 60 dias	658	385	273	30,3%	31,4%	28,9%
Conforme	1.192	754	438	54,9%	61,5%	46,3%
61 a 90 dias	391	190	201	18,0%	15,5%	21,3%
91 a 120 dias	214	108	106	9,9%	8,8%	11,2%
121 a 150 dias	119	56	63	5,5%	4,6%	6,7%
151 a 180 dias	79	33	46	3,6%	2,7%	4,9%
181 a 210 dias	50	34	16	2,3%	2,8%	1,7%
211 a 240 dias	35	14	21	1,6%	1,1%	2,2%
241 a 270 dias	20	8	12	0,9%	0,7%	1,3%
271 a 300 dias	20	10	10	0,9%	0,8%	1,1%
301 a 330 dias	14	8	6	0,6%	0,7%	0,6%
331 a 365 dias	10	4	6	0,5%	0,3%	0,6%
Mais de 1 ano	28	8	20	1,3%	0,7%	2,1%
Não conforme	980	473	507	45,1%	38,5%	53,7%
Total de casos	2.172	1.227	945	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Rondônia
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						RO
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	363	242	121	26,1%	78,8%	11,1%
16 a 30 dias	166	10	156	11,9%	3,3%	14,4%
31 a 60 dias	269	19	250	19,3%	6,2%	23,0%
Conforme	798	271	527	57,3%	88,3%	48,5%
61 a 90 dias	173	16	157	12,4%	5,2%	14,5%
91 a 120 dias	126	5	121	9,0%	1,6%	11,1%
121 a 150 dias	68	7	61	4,9%	2,3%	5,6%
151 a 180 dias	64	4	60	4,6%	1,3%	5,5%
181 a 210 dias	42	1	41	3,0%	0,3%	3,8%
211 a 240 dias	35	2	33	2,5%	0,7%	3,0%
241 a 270 dias	19	-	19	1,4%	0,0%	1,7%
271 a 300 dias	15	-	15	1,1%	0,0%	1,4%
301 a 330 dias	9	-	9	0,6%	0,0%	0,8%
331 a 365 dias	11	-	11	0,8%	0,0%	1,0%
Mais de 1 ano	33	1	32	2,4%	0,3%	2,9%
Não conforme	595	36	559	42,7%	11,7%	51,5%
Total de casos	1.393	307	1.086	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Roraima
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						RR
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	30	24	6	25,9%	53,3%	8,5%
16 a 30 dias	10	4	6	8,6%	8,9%	8,5%
31 a 60 dias	17	4	13	14,7%	8,9%	18,3%
Conforme	57	32	25	49,1%	71,1%	35,2%
61 a 90 dias	13	3	10	11,2%	6,7%	14,1%
91 a 120 dias	5	1	4	4,3%	2,2%	5,6%
121 a 150 dias	11	3	8	9,5%	6,7%	11,3%
151 a 180 dias	9	2	7	7,8%	4,4%	9,9%
181 a 210 dias	2	-	2	1,7%	0,0%	2,8%
211 a 240 dias	4	1	3	3,4%	2,2%	4,2%
241 a 270 dias	2	-	2	1,7%	0,0%	2,8%
271 a 300 dias	2	-	2	1,7%	0,0%	2,8%
301 a 330 dias	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%
331 a 365 dias	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%
Mais de 1 ano	11	3	8	9,5%	6,7%	11,3%
Não conforme	59	13	46	50,9%	28,9%	64,8%
Total de casos	116	45	71	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Rio Grande do Sul
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						RS
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	4.114	3.806	308	37,3%	63,7%	6,1%
16 a 30 dias	1.200	571	629	10,9%	9,6%	12,4%
31 a 60 dias	2.061	769	1.292	18,7%	12,9%	25,5%
Conforme	7.375	5.146	2.229	66,8%	86,2%	44,0%
61 a 90 dias	1.285	363	922	11,6%	6,1%	18,2%
91 a 120 dias	783	180	603	7,1%	3,0%	11,9%
121 a 150 dias	451	92	359	4,1%	1,5%	7,1%
151 a 180 dias	276	58	218	2,5%	1,0%	4,3%
181 a 210 dias	196	47	149	1,8%	0,8%	2,9%
211 a 240 dias	133	26	107	1,2%	0,4%	2,1%
241 a 270 dias	84	11	73	0,8%	0,2%	1,4%
271 a 300 dias	67	13	54	0,6%	0,2%	1,1%
301 a 330 dias	55	3	52	0,5%	0,1%	1,0%
331 a 365 dias	49	12	37	0,4%	0,2%	0,7%
Mais de 1 ano	282	22	260	2,6%	0,4%	5,1%
Não conforme	3.661	827	2.834	33,2%	13,8%	56,0%
Total de casos	11.036	5.973	5.063	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior						Santa Catarina
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						SC
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	1.469	1.259	210	25,7%	66,5%	5,5%
16 a 30 dias	484	150	334	8,5%	7,9%	8,7%
31 a 60 dias	1.077	188	889	18,8%	9,9%	23,2%
Conforme	3.030	1.597	1.433	53,0%	84,3%	37,5%
61 a 90 dias	756	105	651	13,2%	5,5%	17,0%
91 a 120 dias	536	57	479	9,4%	3,0%	12,5%
121 a 150 dias	366	40	326	6,4%	2,1%	8,5%
151 a 180 dias	258	16	242	4,5%	0,8%	6,3%
181 a 210 dias	167	23	144	2,9%	1,2%	3,8%
211 a 240 dias	100	6	94	1,7%	0,3%	2,5%
241 a 270 dias	84	6	78	1,5%	0,3%	2,0%
271 a 300 dias	61	7	54	1,1%	0,4%	1,4%
301 a 330 dias	44	4	40	0,8%	0,2%	1,0%
331 a 365 dias	60	16	44	1,0%	0,8%	1,2%
Mais de 1 ano	257	17	240	4,5%	0,9%	6,3%
Não conforme	2.689	297	2.392	47,0%	15,7%	62,5%
Total de casos	5.719	1.894	3.825	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior				Sergipe		
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	141	41	100	14,8%	48,2%	11,6%
16 a 30 dias	116	11	105	12,2%	12,9%	12,1%
31 a 60 dias	166	14	152	17,5%	16,5%	17,6%
Conforme	423	66	357	44,5%	77,6%	41,3%
61 a 90 dias	107	5	102	11,3%	5,9%	11,8%
91 a 120 dias	89	3	86	9,4%	3,5%	9,9%
121 a 150 dias	59	3	56	6,2%	3,5%	6,5%
151 a 180 dias	42	1	41	4,4%	1,2%	4,7%
181 a 210 dias	26	1	25	2,7%	1,2%	2,9%
211 a 240 dias	36	-	36	3,8%	0,0%	4,2%
241 a 270 dias	19	-	19	2,0%	0,0%	2,2%
271 a 300 dias	18	4	14	1,9%	4,7%	1,6%
301 a 330 dias	18	-	18	1,9%	0,0%	2,1%
331 a 365 dias	9	-	9	0,9%	0,0%	1,0%
Mais de 1 ano	104	2	102	10,9%	2,4%	11,8%
Não conforme	527	19	508	55,5%	22,4%	58,7%
Total de casos	950	85	865	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior				São Paulo		
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento						
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	20.421	19.498	923	38,2%	59,4%	4,5%
16 a 30 dias	3.788	2.186	1.602	7,1%	6,7%	7,8%
31 a 60 dias	8.469	4.008	4.461	15,8%	12,2%	21,6%
Conforme	32.678	25.692	6.986	61,1%	78,3%	33,9%
61 a 90 dias	6.984	2.846	4.138	13,1%	8,7%	20,1%
91 a 120 dias	4.700	1.756	2.944	8,8%	5,3%	14,3%
121 a 150 dias	2.764	881	1.883	5,2%	2,7%	9,1%
151 a 180 dias	1.723	513	1.210	3,2%	1,6%	5,9%
181 a 210 dias	1.150	300	850	2,2%	0,9%	4,1%
211 a 240 dias	774	205	569	1,4%	0,6%	2,8%
241 a 270 dias	544	149	395	1,0%	0,5%	1,9%
271 a 300 dias	396	111	285	0,7%	0,3%	1,4%
301 a 330 dias	281	65	216	0,5%	0,2%	1,0%
331 a 365 dias	262	83	179	0,5%	0,3%	0,9%
Mais de 1 ano	1.196	232	964	2,2%	0,7%	4,7%
Não conforme	20.774	7.141	13.633	38,9%	21,7%	66,1%
Total de casos	53.452	32.833	20.619	100,0%	100,0%	100,0%

Análise dos casos do estudo por diagnóstico anterior				Tocantins		
Intervalo de tempos (em dias) segundo faixas, entre o Diagnóstico e o Tratamento				TO		
Faixa de Tempo	Diagnóstico / Tratamento	Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Diagnóstico / Tratamento	(%) Casos sem diagnóstico e sem tratamento anterior	(%) Casos com diagnóstico e sem tratamento anterior
0 a 15 dias	611	574	37	61,6%	86,1%	11,4%
16 a 30 dias	80	31	49	8,1%	4,6%	15,1%
31 a 60 dias	113	23	90	11,4%	3,4%	27,7%
Conforme	804	628	176	81,0%	94,2%	54,2%
61 a 90 dias	85	17	68	8,6%	2,5%	20,9%
91 a 120 dias	41	9	32	4,1%	1,3%	9,8%
121 a 150 dias	26	5	21	2,6%	0,7%	6,5%
151 a 180 dias	8	2	6	0,8%	0,3%	1,8%
181 a 210 dias	4	-	4	0,4%	0,0%	1,2%
211 a 240 dias	4	1	3	0,4%	0,1%	0,9%
241 a 270 dias	2	1	1	0,2%	0,1%	0,3%
271 a 300 dias	3	-	3	0,3%	0,0%	0,9%
301 a 330 dias	5	2	3	0,5%	0,3%	0,9%
331 a 365 dias	3	-	3	0,3%	0,0%	0,9%
Mais de 1 ano	7	2	5	0,7%	0,3%	1,5%
Não conforme	188	39	149	19,0%	5,8%	45,8%
Total de casos	992	667	325	100,0%	100,0%	100,0%

ANEXO E – Classificação de CID por topografia primária

Código_Doença_Aju	Grupo_Doença_Aju	Descrição_Doença_Aju	CID-10	Foram incluídos os cânceres cuja localização primária encontra-se abaixo descrita:
C00	(C00-C10)	Cavidade oral	(C00 a C97; D46)	Todas as neoplasias (C00 a C97; D46).
C01	(C00-C10)	Cavidade oral	(C00-C10)	Cavidade oral (C00-C10).
C02	(C00-C10)	Cavidade oral	(C15)	Esôfago (C15).
C03	(C00-C10)	Cavidade oral	(C16)	Estômago (C16).
C04	(C00-C10)	Cavidade oral	(C18-C21)	Cólon e reto (C18-C21).
C05	(C00-C10)	Cavidade oral	(C32)	Laringe (C32).
C06	(C00-C10)	Cavidade oral	(C33-C34)	Traqueia, brônquio e pulmão (C33-C34).
C07	(C00-C10)	Cavidade oral	(C43)	Melanoma maligno da pele (C43).
C08	(C00-C10)	Cavidade oral	(C44)	Outras neoplasias malignas da pele (C44).
C09	(C00-C10)	Cavidade oral	(C50)	Mama feminina (C50).
C10	(C00-C10)	Cavidade oral	(C53)	Colo do útero (C53).
C11	(Demais grupos)	Outras Localizações	(C54)	Corpo do útero (C54).
C12	(Demais grupos)	Outras Localizações	(C56)	Ovário (C56).
C13	(Demais grupos)	Outras Localizações	(C61)	Próstata (C61).
C14	(Demais grupos)	Outras Localizações	(C67)	Bexiga (C67).
C15	(C15)	Esôfago	(C70-C72)	Sistema Nervoso Central (C70-C72).
C16	(C16)	Estômago	(C73)	Glândula tireoide (C73).
C17	(Demais grupos)	Outras Localizações	(C81)	Linfoma Hodgkin (C81).
C18	(C18-C21)	Cólon e reto	(C82-C85; C96)	Linfoma não Hodgkin (C82-C85; C96).
C19	(C18-C21)	Cólon e reto	(C91-C95)	Leucemias (C91-C95).
C20	(C18-C21)	Cólon e reto		
C21	(C18-C21)	Cólon e reto		
C22	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C23	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C24	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C25	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C26	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C30	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C31	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C32	(C32)	Laringe		
C33	(C33-C34)	Traqueia, brônquio e pulmão		
C34	(C33-C34)	Traqueia, brônquio e pulmão		
C37	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C38	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C39	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C40	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C41	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C43	(C43)	Pele Melanoma		
C44	(C44)	Pele não Melanoma		
C45	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C46	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C47	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C48	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C49	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C50	(C50)	Mama feminina		
C51	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C52	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C53	(C53)	Colo do útero		
C54	(C54)	Corpo do útero		
C55	(Demais grupos)	Outras Localizações		
C56	(C56)	Ovário		
C57	(Demais grupos)	Outras Localizações		

Código_Doença_Aju	Grupo_Doença_Aju	Descrição_Doença_Aju
C58	(Demais grupos)	Outras Localizações
C60	(Demais grupos)	Outras Localizações
C61	(C61)	Próstata
C62	(Demais grupos)	Outras Localizações
C63	(Demais grupos)	Outras Localizações
C64	(Demais grupos)	Outras Localizações
C65	(Demais grupos)	Outras Localizações
C66	(Demais grupos)	Outras Localizações
C67	(C67)	Bexiga
C68	(Demais grupos)	Outras Localizações
C69	(Demais grupos)	Outras Localizações
C70	(C70-C72)	Sistema Nervoso Central
C71	(C70-C72)	Sistema Nervoso Central
C72	(C70-C72)	Sistema Nervoso Central
C73	(C73)	Glândula tireoide
C74	(Demais grupos)	Outras Localizações
C75	(Demais grupos)	Outras Localizações
C76	(Demais grupos)	Outras Localizações
C78	(Demais grupos)	Outras Localizações
C79	(Demais grupos)	Outras Localizações
C80	(Demais grupos)	Outras Localizações
C81	(C81)	Linfoma de Hodgkin
C82	(C82-C85; C96)	Linfoma não Hodgkin
C83	(C82-C85; C96)	Linfoma não Hodgkin
C84	(C82-C85; C96)	Linfoma não Hodgkin
C85	(C82-C85; C96)	Linfoma não Hodgkin
C88	(Demais grupos)	Outras Localizações
C90	(Demais grupos)	Outras Localizações
C91	(C91-C95)	Leucemias
C92	(C91-C95)	Leucemias
C93	(C91-C95)	Leucemias
C94	(C91-C95)	Leucemias
C95	(C91-C95)	Leucemias
C96	(C82-C85; C96)	Linfoma não Hodgkin
D00	(In Situ)	Tumores in situ
D01	(In Situ)	Tumores in situ
D02	(In Situ)	Tumores in situ
D03	(In Situ)	Tumores in situ
D04	(In Situ)	Tumores in situ
D05	(In Situ)	Tumores in situ
D06	(In Situ)	Tumores in situ
D07	(In Situ)	Tumores in situ
D09	(In Situ)	Tumores in situ
D33	(In Situ)	Tumores in situ
D35	(In Situ)	Tumores in situ
D43	(In Situ)	Tumores in situ
D44	(In Situ)	Tumores in situ
D46	(Demais grupos)	Outras Localizações

ANEXO F – Estimativa de população residente aberta por UF

Tabela 22 – Estimativa de população residente aberta por Unidade da Federação e faixa etária (ambos os sexos)

Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030

População residente por Região/Unidade da Federação e Faixa Etária 1

Período:2013

Região / UF	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 a 84 anos	85 a 89 anos	90 anos e mais	Total
Região Norte	1.702.670	1.780.570	1.777.675	1.718.094	1.616.723	1.544.429	1.437.437	1.198.711	1.006.664	842.890	693.897	542.696	397.872	276.523	195.526	127.729	72.527	34.155	16.696	16.983.484
.. Rondônia	144.943	156.036	162.483	162.005	164.504	164.385	153.490	130.715	115.493	103.294	84.964	63.883	45.359	30.825	21.062	13.372	7.134	3.002	1.265	1.728.214
.. Acre	87.220	89.276	87.493	80.789	72.522	67.986	63.493	52.035	42.705	35.006	28.002	22.346	16.348	11.568	8.365	5.459	3.297	1.672	881	776.463
.. Amazonas	409.194	418.672	412.639	404.112	368.982	341.427	319.307	266.144	216.245	177.437	146.800	110.430	78.794	52.783	36.836	24.518	13.912	6.507	3.182	3.807.921
.. Roraima	51.728	54.901	55.000	51.948	47.834	44.052	39.749	32.617	27.859	23.697	19.222	14.583	10.271	6.374	3.821	2.376	1.232	587	221	488.072
.. Pará	794.380	831.994	827.418	800.675	755.215	725.063	673.589	559.536	471.124	391.212	324.321	260.732	193.815	136.787	98.039	63.522	36.231	17.303	8.698	7.969.654
.. Amapá	80.177	85.086	85.748	78.179	70.560	65.551	60.137	50.778	42.875	33.660	26.457	19.633	13.445	8.829	6.148	3.836	2.219	1.032	646	734.996
.. Tocantins	135.028	144.605	146.894	140.386	137.106	135.965	127.672	106.886	90.363	78.584	64.131	51.089	39.840	29.357	21.255	14.646	8.502	4.052	1.803	1.478.164
Região Nordeste	4.699.558	5.092.730	5.263.739	4.995.483	4.905.332	5.064.879	4.891.324	4.059.706	3.473.860	3.126.285	2.658.935	2.120.960	1.700.524	1.313.466	975.940	689.921	412.113	229.556	120.396	55.794.707
.. Maranhão	705.496	745.830	722.198	642.253	617.232	627.920	579.522	448.849	361.577	315.828	268.911	218.800	171.526	128.082	97.223	68.103	39.646	20.677	14.628	6.794.301
.. Piauí	265.505	300.006	314.600	272.158	274.199	296.235	284.432	227.994	187.853	173.880	152.241	124.751	99.780	76.103	56.642	38.795	22.054	11.411	4.765	3.183.404
.. Ceará	713.659	777.188	831.044	814.924	807.560	799.084	733.387	616.405	544.572	500.989	421.778	327.277	272.367	212.904	159.974	116.527	69.652	41.466	18.581	8.779.338
.. Rio Grande do Norte	266.710	288.563	303.436	293.081	302.305	311.818	289.928	243.624	218.902	206.705	173.174	127.522	103.878	84.875	61.648	44.359	27.190	17.126	9.115	3.373.959
.. Paraíba	321.975	346.940	348.176	330.425	337.641	354.617	341.718	284.590	245.383	226.612	191.402	151.195	128.323	104.061	79.977	57.937	33.767	20.043	9.639	3.914.421
.. Pernambuco	745.749	812.700	848.414	806.489	791.519	811.178	793.005	692.077	606.447	537.700	459.429	367.673	297.326	229.061	167.526	117.986	68.990	37.542	17.739	9.208.550
.. Alagoas	302.574	329.082	338.322	313.445	288.155	286.880	280.137	235.738	199.566	175.978	147.075	118.996	94.747	70.296	50.490	33.947	20.104	9.916	5.487	3.300.935
.. Sergipe	181.609	199.650	214.643	203.899	199.227	201.300	192.102	163.409	142.191	125.871	102.704	79.861	62.848	46.877	33.165	22.277	13.655	7.067	3.307	2.195.662
.. Bahia	1.196.281	1.292.771	1.342.906	1.318.809	1.287.494	1.375.847	1.397.093	1.147.020	967.369	862.722	742.221	604.885	469.729	361.207	269.295	189.990	117.055	64.308	37.135	15.044.137
Região Sudeste	5.687.313	6.102.076	6.602.399	6.743.904	6.845.072	7.139.601	7.183.809	6.549.757	5.967.289	5.633.055	5.176.806	4.367.406	3.426.454	2.485.160	1.764.967	1.288.185	826.116	435.879	240.322	84.465.570
.. Minas Gerais	1.412.425	1.534.496	1.650.927	1.683.747	1.708.262	1.780.662	1.781.025	1.560.176	1.389.881	1.340.510	1.227.687	1.018.675	792.992	589.485	436.021	318.215	201.087	103.504	63.579	20.593.356
.. Espírito Santo	275.219	293.772	315.066	320.397	328.037	343.035	337.929	296.199	262.323	246.863	223.657	186.146	138.596	94.133	68.472	50.509	32.630	16.722	9.661	3.839.366
.. Rio de Janeiro	1.052.291	1.130.990	1.256.325	1.318.652	1.265.262	1.276.390	1.328.521	1.254.864	1.157.957	1.110.621	1.059.086	913.347	730.833	529.447	371.083	278.010	182.689	98.015	54.796	16.369.179
.. São Paulo	2.947.378	3.142.818	3.380.081	3.421.108	3.543.511	3.739.514	3.736.334	3.438.518	3.157.128	2.935.061	2.666.376	2.249.238	1.764.033	1.272.095	889.391	641.451	409.710	217.638	112.286	43.663.669
Região Sul	1.908.186	2.057.187	2.234.761	2.363.970	2.385.711	2.409.263	2.353.677	2.093.859	1.991.039	1.978.169	1.825.956	1.515.221	1.208.321	893.023	635.524	446.998	279.185	141.961	73.751	28.795.762
.. Paraná	768.412	828.105	886.311	926.596	923.564	917.357	900.501	821.245	777.501	746.496	660.848	540.879	428.560	317.541	228.486	158.790	96.691	47.572	22.010	10.997.465
.. Santa Catarina	440.532	468.675	510.434	563.570	586.530	590.373	557.602	489.732	468.923	460.870	415.294	332.506	258.512	183.095	126.210	87.310	52.735	26.873	14.478	6.634.254
.. Rio Grande do Sul	699.242	760.407	838.016	873.804	875.617	901.533	895.574	782.882	744.615	770.803	749.814	641.836	521.249	392.387	280.828	200.898	129.759	67.516	37.263	11.164.043
Região Centro-Oeste	1.149.329	1.207.867	1.265.592	1.319.936	1.348.488	1.363.473	1.333.016	1.197.137	1.062.745	948.561	800.740	627.779	474.061	338.678	238.386	160.966	90.803	43.908	21.726	14.993.191
.. Mato Grosso do Sul	210.672	220.761	220.558	225.899	226.103	225.046	216.892	192.183	175.933	162.468	142.804	112.833	85.647	61.777	44.611	30.991	18.214	8.983	4.894	2.587.269
.. Mato Grosso	263.892	276.468	276.278	282.341	288.775	288.174	276.154	246.925	222.476	199.450	168.823	130.266	94.579	66.097	45.377	29.091	16.014	7.118	3.815	3.182.113
.. Goiás	469.094	511.365	550.471	561.815	571.197	577.555	569.255	515.790	459.421	413.068	349.054	274.851	209.380	151.399	107.113	72.704	41.072	19.823	9.621	6.434.048
.. Distrito Federal	205.671	199.273	218.285	249.881	262.413	272.698	270.715	242.239	204.915	173.575	140.059	109.829	84.455	59.405	41.285	28.180	15.503	7.984	3.396	2.789.761
Brasil	15.147.056	16.240.430	17.144.166	17.141.387	17.101.326	17.521.645	17.199.263	15.099.170	13.501.597	12.528.960	11.156.334	9.174.062	7.207.232	5.306.850	3.810.343	2.713.799	1.680.744	885.459	472.891	201.032.714

Fonte:

IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030

Tabela 23 – Estimativa de população residente aberta por Unidade da Federação e faixa etária (sexo masculino)

Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030

População residente por Região/Unidade da Federação e Faixa Etária 1

Período:2013

Sexo Masculino

Região / UF	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 a 84 anos	85 a 89 anos	90 anos e mais	Total
Região Norte	870.540	909.895	906.239	875.175	821.977	781.266	724.923	606.441	512.639	432.754	356.204	277.305	202.253	137.302	94.093	60.356	33.178	14.902	6.506	8.623.948
.. Rondônia	74.204	79.945	83.231	82.541	83.828	83.797	77.900	65.764	57.794	53.263	44.412	33.067	23.374	15.966	10.652	6.855	3.713	1.556	560	882.422
.. Acre	44.503	45.341	44.508	40.755	36.611	34.447	32.055	26.242	21.566	17.600	14.024	11.304	8.295	5.670	3.905	2.604	1.548	789	390	392.157
.. Amazonas	209.270	214.155	209.756	204.308	186.521	171.840	159.871	133.392	109.358	91.028	75.054	55.948	39.485	25.752	17.317	11.180	6.135	2.704	1.122	1.924.196
.. Roraima	26.512	28.184	28.150	26.467	24.366	22.283	19.999	16.607	14.548	12.656	10.045	7.670	5.533	3.426	1.986	1.224	568	235	86	250.545
.. Pará	406.408	426.399	424.074	410.376	385.101	367.097	340.399	284.442	240.769	200.168	165.777	132.853	98.162	67.172	46.561	29.457	16.058	7.196	3.297	4.051.766
.. Amapá	40.760	42.698	42.707	39.498	35.798	32.777	29.741	25.416	22.121	17.732	14.022	10.211	6.820	4.388	3.005	1.749	947	436	237	371.063
.. Tocantins	68.883	73.173	73.813	71.230	69.752	69.025	64.958	54.578	46.483	40.307	32.870	26.252	20.584	14.928	10.667	7.287	4.209	1.986	814	751.799
Região Nordeste	2.402.718	2.598.445	2.675.953	2.525.933	2.446.453	2.506.666	2.422.831	1.994.230	1.685.623	1.508.826	1.272.707	995.497	784.186	590.106	418.718	284.496	163.039	87.765	42.206	27.406.398
.. Maranhão	360.663	380.993	367.647	324.195	305.704	308.443	286.861	221.916	176.929	153.614	130.117	105.367	82.373	59.968	43.480	30.003	17.066	8.232	4.855	3.368.426
.. Piauí	135.830	153.126	160.035	137.843	136.676	146.379	140.586	110.848	90.174	82.901	71.879	57.884	45.886	34.721	24.824	16.210	8.673	4.290	1.661	1.560.426
.. Ceará	364.902	396.722	423.015	413.818	404.951	396.769	361.995	300.181	262.658	240.912	200.774	150.906	124.243	95.456	69.483	48.687	27.904	16.085	6.755	4.306.216
.. Rio Grande do Norte	136.121	146.881	154.461	149.121	152.700	156.787	145.539	120.905	107.289	100.761	83.253	59.609	47.299	37.636	26.184	18.139	10.795	6.595	3.250	1.663.325
.. Paraíba	164.732	177.038	176.306	165.958	167.598	175.100	167.926	137.122	116.595	107.326	90.158	68.971	57.448	45.580	33.352	23.492	13.464	8.029	3.800	1.899.995
.. Pernambuco	381.013	414.066	430.259	406.574	394.270	400.118	389.725	336.283	289.194	253.090	214.044	167.093	131.189	98.352	68.358	46.023	25.948	13.826	5.966	4.465.391
.. Alagoas	154.887	168.015	170.662	157.040	141.366	139.383	136.783	113.816	95.138	83.472	69.527	55.527	43.981	31.863	21.646	13.735	7.714	3.681	1.906	1.610.142
.. Sergipe	92.638	101.232	108.173	102.135	98.943	99.551	94.675	79.809	68.839	60.678	48.931	37.743	29.217	21.313	13.972	8.794	5.098	2.549	1.129	1.075.419
.. Bahia	611.932	660.372	685.395	669.249	644.245	684.136	698.741	573.350	478.807	426.072	364.024	292.397	222.550	165.217	117.419	79.413	46.377	24.478	12.884	7.457.058
Região Sudeste	2.908.349	3.116.789	3.367.963	3.431.111	3.477.015	3.605.282	3.593.483	3.262.897	2.953.648	2.753.064	2.491.017	2.070.845	1.589.079	1.118.822	765.428	530.801	319.432	156.919	72.282	41.584.226
.. Minas Gerais	722.454	784.657	843.213	857.882	869.123	904.206	901.733	784.516	688.617	658.243	599.739	493.486	376.795	273.789	196.385	138.658	84.091	41.229	22.081	10.240.897
.. Espírito Santo	140.467	149.424	160.382	163.198	167.147	174.674	171.162	149.168	131.010	122.884	110.464	91.464	66.927	43.354	30.344	21.461	13.489	6.648	3.338	1.917.005
.. Rio de Janeiro	538.267	577.984	641.508	668.433	638.283	638.845	656.723	617.815	566.328	535.455	500.869	420.626	326.089	228.648	152.911	107.397	64.809	31.828	14.100	7.926.918
.. São Paulo	1.507.161	1.604.724	1.722.860	1.741.598	1.802.462	1.887.557	1.863.865	1.711.398	1.567.693	1.436.482	1.279.945	1.065.269	819.268	573.031	385.788	263.285	157.043	77.214	32.763	21.499.406
Região Sul	976.405	1.052.162	1.141.245	1.204.549	1.214.110	1.221.920	1.185.862	1.044.743	984.014	968.254	886.260	728.334	571.802	412.911	282.525	188.219	109.331	51.845	22.886	14.247.377
.. Paraná	393.039	423.197	451.874	471.514	467.682	461.375	450.632	406.921	380.706	362.352	318.049	258.014	202.681	148.445	104.336	70.423	40.959	19.584	8.470	5.440.253
.. Santa Catarina	225.325	239.373	260.390	288.348	301.555	303.234	284.674	248.093	236.384	230.904	206.223	163.601	124.674	85.716	56.613	36.666	20.590	9.808	4.480	3.326.651
.. Rio Grande do Sul	358.041	389.592	428.981	444.687	444.873	457.311	450.556	389.729	366.924	374.998	361.988	306.719	244.447	178.750	121.576	81.130	47.782	22.453	9.936	5.480.473
Região Centro-Oeste	587.863	616.908	645.469	669.077	682.628	688.188	666.854	591.078	522.465	464.238	391.876	304.359	227.964	160.768	111.781	74.294	40.840	19.359	8.900	7.474.909
.. Mato Grosso do Sul	107.971	113.346	113.329	115.475	115.666	114.347	109.098	96.240	87.974	80.637	69.908	54.852	41.361	29.231	20.693	14.300	8.191	4.015	2.057	1.298.691
.. Mato Grosso	134.876	141.253	141.500	144.257	147.667	147.813	141.283	125.962	114.172	103.297	87.851	67.697	48.897	33.819	22.875	14.493	7.943	3.546	1.696	1.630.897
.. Goiás	239.885	261.134	280.580	286.418	292.261	294.082	285.908	256.932	226.809	203.145	170.639	133.085	100.953	72.325	50.567	33.634	18.604	8.927	4.216	3.220.104
.. Distrito Federal	105.131	101.175	110.060	122.927	127.034	131.946	130.565	111.944	93.510	77.159	63.478	48.725	36.753	25.393	17.646	11.867	6.102	2.871	931	1.325.217
Brasil	7.745.875	8.294.199	8.736.869	8.705.845	8.642.183	8.803.322	8.593.953	7.499.389	6.658.389	6.127.136	5.398.064	4.376.340	3.375.284	2.419.909	1.672.545	1.138.166	665.820	330.790	152.780	99.336.858

Fonte:

IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030

Tabela 24 – Estimativa de população residente aberta por Unidade da Federação e faixa etária (sexo feminino)

Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030
 População residente por Região/Unidade da Federação e Faixa Etária 1
 Período:2013 **Sexo Feminino**

Região / UF	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 a 84 anos	85 a 89 anos	90 anos e mais	Total
Região Norte	832.130	870.675	871.436	842.919	794.746	763.163	712.514	592.270	494.025	410.136	337.693	265.391	195.619	139.221	101.433	67.373	39.349	19.253	10.190	8.359.536
.. Rondônia	70.739	76.091	79.252	79.464	80.676	80.588	75.590	64.951	57.699	50.031	40.552	30.816	21.985	14.859	10.410	6.517	3.421	1.446	705	845.792
.. Acre	42.717	43.935	42.985	40.034	35.911	33.539	31.438	25.793	21.139	17.406	13.978	11.042	8.053	5.898	4.460	2.855	1.749	883	491	384.306
.. Amazonas	199.924	204.517	202.883	199.804	182.461	169.587	159.436	132.752	106.887	86.409	71.746	54.482	39.309	27.031	19.519	13.338	7.777	3.803	2.060	1.883.725
.. Roraima	25.216	26.717	26.850	25.481	23.468	21.769	19.750	16.010	13.311	11.041	9.177	6.913	4.738	2.948	1.835	1.152	664	352	135	237.527
.. Pará	387.972	405.595	403.344	390.299	370.114	357.966	333.190	275.094	230.355	191.044	158.544	127.879	95.653	69.615	51.478	34.065	20.173	10.107	5.401	3.917.888
.. Amapá	39.417	42.388	43.041	38.681	34.762	32.774	30.396	25.362	20.754	15.928	12.435	9.422	6.625	4.441	3.143	2.087	1.272	596	409	363.933
.. Tocantins	66.145	71.432	73.081	69.156	67.354	66.940	62.714	52.308	43.880	38.277	31.261	24.837	19.256	14.429	10.588	7.359	4.293	2.066	989	726.365
Região Nordeste	2.296.840	2.494.285	2.587.786	2.469.550	2.458.879	2.558.213	2.468.493	2.065.476	1.788.237	1.617.459	1.386.228	1.125.463	916.338	723.360	557.222	405.425	249.074	141.791	78.190	28.388.309
.. Maranhão	344.833	364.837	354.551	318.058	311.528	319.477	292.661	226.933	184.648	162.214	138.794	113.433	89.153	68.114	53.743	38.100	22.580	12.445	9.773	3.425.875
.. Piauí	129.675	146.880	154.565	134.315	137.523	149.856	143.846	117.146	97.679	90.979	80.362	66.867	53.894	41.382	31.818	22.585	13.381	7.121	3.104	1.622.978
.. Ceará	348.757	380.466	408.029	401.106	402.609	402.315	371.392	316.224	281.914	260.077	221.004	176.371	148.124	117.448	90.491	67.840	41.748	25.381	11.826	4.473.122
.. Rio Grande do Norte	130.589	141.682	148.975	143.960	149.605	155.031	144.389	122.719	111.613	105.944	89.921	67.913	56.579	47.239	35.464	26.220	16.395	10.531	5.865	1.710.634
.. Paraíba	157.243	169.902	171.870	164.467	170.043	179.517	173.792	147.468	128.788	119.286	101.244	82.224	70.875	58.481	46.625	34.445	20.303	12.014	5.839	2.014.426
.. Pernambuco	364.736	398.634	418.155	399.915	397.249	411.060	403.280	355.794	317.253	284.610	245.385	200.580	166.137	130.709	99.168	71.963	43.042	23.716	11.773	4.743.159
.. Alagoas	147.687	161.067	167.660	156.405	146.789	147.497	143.354	121.922	104.428	92.506	77.548	63.469	50.766	38.433	28.844	20.212	12.390	6.235	3.581	1.690.793
.. Sergipe	88.971	98.418	106.470	101.764	100.284	101.749	97.427	83.600	73.352	65.193	53.773	42.118	33.631	25.564	19.193	13.483	8.557	4.518	2.178	1.120.243
.. Bahia	584.349	632.399	657.511	649.560	643.249	691.711	698.352	573.670	488.562	436.650	378.197	312.488	247.179	195.990	151.876	110.577	70.678	39.830	24.251	7.587.079
Região Sudeste	2.778.964	2.985.287	3.234.436	3.312.793	3.368.057	3.534.319	3.590.326	3.286.860	3.013.641	2.879.991	2.685.789	2.296.561	1.837.375	1.366.338	999.539	757.384	506.684	278.960	168.040	42.881.344
.. Minas Gerais	689.971	749.839	807.714	825.865	839.139	876.456	879.292	775.660	701.264	682.267	627.948	525.189	416.197	315.696	239.636	179.557	116.996	62.275	41.498	10.352.459
.. Espírito Santo	134.752	144.348	154.684	157.199	160.890	168.361	166.767	147.031	131.313	123.979	113.193	94.682	71.669	50.779	38.128	29.048	19.141	10.074	6.323	1.922.361
.. Rio de Janeiro	514.024	553.006	614.817	650.219	626.979	637.545	671.798	637.049	591.629	575.166	558.217	492.721	404.744	300.799	218.172	170.613	117.880	66.187	40.696	8.442.261
.. São Paulo	1.440.217	1.538.094	1.657.221	1.679.510	1.741.049	1.851.957	1.872.469	1.727.120	1.589.435	1.498.579	1.386.431	1.183.969	944.765	699.064	503.603	378.166	252.667	140.424	79.523	22.164.263
Região Sul	931.781	1.005.025	1.093.516	1.159.421	1.171.601	1.187.343	1.167.815	1.049.116	1.007.025	1.009.915	939.696	786.887	636.519	480.112	352.999	258.779	169.854	90.116	50.865	14.548.385
.. Paraná	375.373	404.908	434.437	455.082	455.882	455.982	449.869	414.324	396.795	384.144	342.799	282.865	225.879	169.096	124.150	88.367	55.732	27.988	13.540	5.557.212
.. Santa Catarina	215.207	229.302	250.044	275.222	284.975	287.139	272.928	241.639	232.539	229.966	209.071	168.905	133.838	97.379	69.597	50.644	32.145	17.065	9.998	3.307.603
.. Rio Grande do Sul	341.201	370.815	409.035	429.117	430.744	444.222	445.018	393.153	377.691	395.805	387.826	335.117	276.802	213.637	159.252	119.768	81.977	45.063	27.327	5.683.570
Região Centro-Oeste	561.466	590.959	620.123	650.859	665.860	675.285	666.162	606.059	540.280	484.323	408.864	323.420	246.097	177.910	126.605	86.672	49.963	24.549	12.826	7.518.282
.. Mato Grosso do Sul	102.701	107.415	107.229	110.424	110.437	110.699	107.794	95.943	87.959	81.831	72.896	57.981	44.286	32.546	23.918	16.691	10.023	4.968	2.837	1.288.578
.. Mato Grosso	129.016	135.215	134.778	138.084	141.108	140.361	134.871	120.963	108.304	96.153	80.972	62.569	45.682	32.278	22.502	14.598	8.071	3.572	2.119	1.551.216
.. Goiás	229.209	250.231	269.891	275.397	278.936	283.473	283.347	258.858	232.612	209.923	178.415	141.766	108.427	79.074	56.546	39.070	22.468	10.896	5.405	3.213.944
.. Distrito Federal	100.540	98.098	108.225	126.954	135.379	140.752	140.150	130.295	111.405	96.416	76.581	61.104	47.702	34.012	23.639	16.313	9.401	5.113	2.465	1.464.544
Brasil	7.401.181	7.946.231	8.407.297	8.435.542	8.459.143	8.718.323	8.605.310	7.599.781	6.843.208	6.401.824	5.758.270	4.797.722	3.831.948	2.886.941	2.137.798	1.575.633	1.014.924	554.669	320.111	101.695.856

Fonte:
 IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.
 Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030

ANEXO G – Estabelecimentos de tratamento de câncer

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

C	Uf	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação Consolidada
1	AC	Acre	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital da Fundação Hospitalar Estadual do Acre	Unacon
2	AL	Alagoas	Unacon com Radioterapia	Centro Hospitalar Manoel André / Chama	Unacon
3	AL	Alagoas	Unacon	Hospital Afra Barbosa/Sociedade Médica Afra Barbosa SC	Unacon
4	AL	Alagoas	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Maceió	Cacon
5	AL	Alagoas	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital do Açúcar/Fundação da Agroindústria de Açúcar e do Alcool de Alagoas	Unacon
6	AL	Alagoas	Cacon	Hospital Universitário Alberto Antunes/Universidade Federal de Alagoas	Cacon
7	AP	Amapá	Unacon	Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima	Unacon
8	AM	Amazonas	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital da Fundação Centro de Controle de Oncologia/Cecon	Unacon
9	AM	Amazonas	Hospital geral com Cirurgia Oncológica de complexo hospitalar	Hospital Universitário Getúlio Vargas	HGO
10	AM	Amazonas	Serviço de Radioterapia de complexo hospitalar	Instituto de Mama do Amazonas/Sensumed	Outros Serviços Isolados
11	BA	Bahia	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Dom Pedro de Alcântara/Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana	Unacon
12	BA	Bahia	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Estadual da Criança	Unacon
13	BA	Bahia	Unacon	Hospital São José Maternidade Santa Helena/Santa Casa de Misericórdia	Unacon
14	BA	Bahia	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Calixto Midlej Filho	Unacon
15	BA	Bahia	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica e Serviço de Radioterapia	Hospital Manoel Novaes	HGO
16	BA	Bahia	Unacon	Hospital Regional de Juazeiro	Unacon
17	BA	Bahia	Unacon	Centro Estadual de Oncologia/Cican	Unacon
18	BA	Bahia	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Aristidez Maltez/Liga Baiana Contra o Câncer	Cacon
19	BA	Bahia	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital Geral Roberto Santos/SES	Unacon
20	BA	Bahia	Unacon exclusivo de Oncologia Pediátrica	Hospital Martagão Gesteira/Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil	Unacon
21	BA	Bahia	Serviço isolado de Radioterapia	Hospital Português/Real Sociedade Portuguesa de Beneficência	Outros Serviços Isolados
22	BA	Bahia	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital Professor Edgard Santos/Hospital Universitário MEC - Universidade Federa	Unacon
23	BA	Bahia	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital São Rafael/Fundação Monte Tabor	Unacon
24	BA	Bahia	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Santa Isabel/Santa Casa de Misericórdia da Bahia	Unacon
25	BA	Bahia	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Santo Antônio/Obras Sociais Irmã Dulce	Unacon
26	BA	Bahia	Unacon	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas/Prefeitura Municipal de Teixeira de Freitas	Unacon
27	BA	Bahia	Serviço de Radioterapia	Conquista Assistência Médica Ltda/Onco-Med Rac	Outros Serviços Isolados

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

C	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação Consolidada
28	BA	Bahia	Unacon	Hospital Geral de Vitória da Conquista	Unacon
29	BA	Bahia	Unacon com serviço de Radioterapia	Serviço de Assistência Médica de Urgência - Samur	Unacon
30	CE	Ceará	Unacon com serviço de Radioterapia e Hematologia	Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo	Unacon
31	CE	Ceará	Unacon com Serviço de Radioterapia	Centro Regional Integrado de Oncologia/CRIO	Unacon
32	CE	Ceará	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Instituto de Câncer do Ceará	Cacon
33	CE	Ceará	Unacon	Hospital Cura D'ars/Beneficência Camiliana	Unacon
34	CE	Ceará	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Distrital Dr. Fernandes Távola/ Instituto Clínico de Fortaleza	Unacon
35	CE	Ceará	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital Geral de Fortaleza/Secretaria de Estado de Saúde	Unacon
36	CE	Ceará	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Infantil Albert Sabin	Unacon
37	CE	Ceará	Unacon	Hospital da Irmandade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	Unacon
38	CE	Ceará	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC	Unacon
39	CE	Ceará	Cacon	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Cacon
40	DF	Distrito Federal	Cacon serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital de Apoio Abrace	Cacon
41	DF	Distrito Federal	Cacon serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital de Base do Distrito Federal/SES do Distrito Federal	Cacon
42	DF	Distrito Federal	Cacon serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Regional da Asa Norte	Cacon
43	DF	Distrito Federal	Cacon serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Regional de Ceilândia	Cacon
44	DF	Distrito Federal	Cacon serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Regional do Gama	Cacon
45	DF	Distrito Federal	Cacon serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Regional de Sobradinho	Cacon
46	DF	Distrito Federal	Cacon serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Regional de Taguatinga	Cacon
47	DF	Distrito Federal	Unacon	Hospital Sarah /Associação das Pioneiras Sociais	Unacon
48	DF	Distrito Federal	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Universitário de Brasília/Fundação da Universidade de Brasília	Unacon
49	ES	Espírito Santo	Unacon com serviços de Radioterapia e de Hematologia	Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	Unacon
50	ES	Espírito Santo	Unacon	Hospital São José	Unacon
51	ES	Espírito Santo	Unacon com Serviço de Hematologia	Hospital Evangélico de Vila Velha	Unacon
52	ES	Espírito Santo	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	Unacon
53	ES	Espírito Santo	Cacon	Hospital Santa Rita de Cássia/Associação Feminina Educacional de Combate ao Cânc	Cacon
54	ES	Espírito Santo	Unacon com Serviço de Hematologia	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória	Unacon

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

C	Uf	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação Consolidada
55	ES	Espírito Santo	Unacon com Serviço de Hematologia	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes	Unacon
56	ES	Espírito Santo	Unacon com Serviço de Hematologia	Hospital Evangélico de Vila Velha	Unacon
57	GO	Goiás	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Evangélico Anápolis/Fundação James Fanstone	Unacon
58	GO	Goiás	Unacon	Santa Casa de Misericórdia de Anápolis/Fundação de Assistência Social de Anápolis	Unacon
59	GO	Goiás	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Araújo Jorge/Hospital do Câncer/Associação de Combate ao Câncer em Go	Cacon
60	GO	Goiás	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Unacon
61	GO	Goiás	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	Unacon
62	MA	Maranhão	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital São Rafael	Unacon
63	MA	Maranhão	Serviço de Radioterapia de complexo hospitalar	Oncoradium	Outros Serviços Isolados
64	MA	Maranhão	Cacon	Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo - Imoab/Fundação Antônio Jorge	Cacon
65	MA	Maranhão	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho/SES	Unacon
66	MA	Maranhão	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica	Hospital Universitário Federal do Maranhão - HUUFM	HGO
67	MT	Mato Grosso	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital Geral Universitário/Associação de Proteção à Maternidade e à Infância Cui	Unacon
68	MT	Mato Grosso	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital do Câncer de Mato Grosso/Associação Matogrossense de Combate ao Cânc	Unacon
69	MT	Mato Grosso	Unacon com serviços de Radioterapia e Oncologia Pediátrica	Hospital da Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá	Unacon
70	MT	Mato Grosso	Unacon	Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis	Unacon
71	MT	Mato Grosso	Unacon	Hospital Santo Antonio/Fundação de Saúde Comunitária de Sinop	Unacon
72	MS	Mato Grosso do	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/UFMS	Unacon
73	MS	Mato Grosso do	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital do Câncer Professor Dr. Alfredo Abrão/Fundação Carmem Prudente de Ma	Unacon
74	MS	Mato Grosso do	Unacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul/Fundação Serviços de Saúde de Mato Gros	Unacon
75	MS	Mato Grosso do	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital da Santa Casa/Associação Beneficente de Campo Grande	Unacon
76	MS	Mato Grosso do	Unacon	Santa Casa de Corumbá/Associação Beneficente de Corumbá	Unacon
77	MS	Mato Grosso do	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Evangélico Dr.e Sra.Goldby King/Associação Beneficente Douradense	Unacon
78	MS	Mato Grosso do	Unacon	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora de Três Lagoas	Unacon
79	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Casa de Caridade de Alfenas Nossa Sra. do Perpétuo Socorro	Unacon
80	MG	Minas Gerais	Unacon	Hospital Ibiapaba S/A	Unacon
81	MG	Minas Gerais	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Alberto Cavalcanti/Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	Unacon

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

Ci	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação Consolidada
82	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital da Baleia/Fundação Benjamin Guimarães	Unacon
83	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital das Clínicas da UFMG	Unacon
84	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Felício Rocho/Fundação Felice Rosso	Unacon
85	MG	Minas Gerais	Cacon	Hospital Luxemburgo/Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna	Cacon
86	MG	Minas Gerais	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	Cacon
87	MG	Minas Gerais	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital São Francisco de Assis	Unacon
88	MG	Minas Gerais	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital Professor Oswaldo R. Franco	Unacon
89	MG	Minas Gerais	Unacon	Hospital de Cataguases	Unacon
90	MG	Minas Gerais	Unacon	Hospital Imaculada Conceição	Unacon
91	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital São João de Deus/Fundação Geraldo Corrêa	Unacon
92	MG	Minas Gerais	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Samaritano/ Beneficência Social Bom Samaritano	Unacon
93	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Márcio Cunha/Fundação São Francisco Xavier	Unacon
94	MG	Minas Gerais	Unacon	Hospital Nossa Senhora das Dores	Unacon
95	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Dr. João Felício S/A	Unacon
96	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Maria José Baeta Reis/Asconcer	Unacon
97	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Instituto Oncológico	Unacon
98	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Dílson de Quadros Godinho/Fundação Dílson de Quadros Godinho	Unacon
99	MG	Minas Gerais	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital da Santa Casa de Montes Claros /Irmandade N. Sra. das Mercês de Montes	Unacon
100	MG	Minas Gerais	Cacon	Hospital do Câncer de Muriaé/Fundação Cristiano Varella	Cacon
101	MG	Minas Gerais	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos	Unacon
102	MG	Minas Gerais	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital São Lucas	Unacon
103	MG	Minas Gerais	Unacon com Serviço de Radioterapia	Clínica Memorial	Unacon
104	MG	Minas Gerais	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas	Unacon
105	MG	Minas Gerais	Unacon	Hospital Nossa Senhora das Dores/Irmandade H. Nossa Senhora das Dores	Unacon
106	MG	Minas Gerais	Unacon com Serviço de Radioterapia e Hematologia	Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre	Unacon
107	MG	Minas Gerais	Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar	Instituto Sul Mineiro de Oncologia	Outros Serviços Isolados
108	MG	Minas Gerais	Unacon	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei	Unacon

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

Ci	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação_Consolidada
109	MG	Minas Gerais	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital Nossa Senhora das Graças	Unacon
110	MG	Minas Gerais	Unacon	Hospital Bom Samaritano	Unacon
111	MG	Minas Gerais	Unacon com Serviços de Radioterapia e de Hematologia	Hospital Dr. Hélio Angotti/Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central	Unacon
112	MG	Minas Gerais	Unacon	Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Universidade Feder	Unacon
113	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital de Clínicas de Uberlândia/Universidade Federal de Uberlândia	Unacon
114	MG	Minas Gerais	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica	Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro	HGO
115	MG	Minas Gerais	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Bom Pastor/Fundação Hospitalar do Município de Varginha	Unacon
116	PA	Pará	Cacon serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Ofir Loyola	Cacon
117	PA	Pará	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo	Unacon
118	PA	Pará	Unacon	Hospital Universitário João de Barros Barreto	Unacon
119	PA	Pará	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna	Unacon
120	PB	Paraíba	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital da Fundação Assistência da Paraíba/FAP	Unacon
121	PB	Paraíba	Unacon serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Universitário Alcides Carneiro/Universidade Federal de Campina Grande	Unacon
122	PB	Paraíba	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Napoleão Laureano	Cacon
123	PB	Paraíba	Unacon	Hospital São Vicente de Paula/Instituto Walfredo Guedes Pereira	Unacon
124	PB	Paraíba	Unacon	Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro	Unacon
125	PR	Paraná	Unacon com Serviço de Hematologia	Hospital Regional João de Freitas/Associação Norte Paranaense de Combate ao Câ	Unacon
126	PR	Paraná	Unacon	Hospital da Providência/Província Brasileira da Congregação Irmãs Filhas da Caridad	Unacon
127	PR	Paraná	Cacon com Serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Angelina Caron/Sociedade Hospitalar Angelina Caron	Cacon
128	PR	Paraná	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital Santa Casa de Misericórdia/Associação Beneficente Hospitalar Santa Casa	Unacon
129	PR	Paraná	Unacon	Hospital São Lucas	Unacon
130	PR	Paraná	Unacon	Hospital do Rocio	Unacon
131	PR	Paraná	Cacon com Serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital do Câncer/União Paranaense de Estudo e Combate ao Câncer - Uopecan	Cacon
132	PR	Paraná	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital do Centro de Oncologia Cascavel Ltda - Ceonc	Unacon
133	PR	Paraná	Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar	Clinica Paranaense de Tumores	Outros Serviços Isolados
134	PR	Paraná	Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar	Clinica Radion	Outros Serviços Isolados
135	PR	Paraná	Unacon com Serviços de Hematologia e de Oncologia Pediátrica	Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná	Unacon

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

Ci	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação Consolidada
136	PR	Paraná	Cacon com Serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Erasto Gaertner/Liga Paranaense de Combate ao Câncer	Cacon
137	PR	Paraná	Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Infantil Pequeno Príncipe/Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr.	Unacon
138	PR	Paraná	Unacon	Hospital Santa Casa/Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba	Unacon
139	PR	Paraná	Unacon	Hospital São Vicente/Fundação de Estudos das Doenças do Fígado	Unacon
140	PR	Paraná	Unacon com Serviço de radioterapia e Hematologia	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	Unacon
141	PR	Paraná	Unacon	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo	Unacon
142	PR	Paraná	Cacon	Hospital Ministro Costa Cavalcante/Fundação de Saúde Itaipuapy	Cacon
143	PR	Paraná	Unacon	Centro de Oncologia de Cascavel - CEONC de Francisco Beltrão - Francisco Beltrão/P	Unacon
144	PR	Paraná	Unacon com Serviços de Hematologia e de Oncologia Pediátrica	Hospital Universitário Regional Norte do Paraná/Universidade Estadual de Londrina	Unacon
145	PR	Paraná	Cacon	Instituto de Câncer de Londrina	Cacon
146	PR	Paraná	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital e Maternidade Santa Rita	Unacon
147	PR	Paraná	Unacon com Serviço de Radioterapia	Centro de Oncologia e Radioterapia Santana Ltda	Unacon
148	PR	Paraná	Unacon com Serviços de Radioterapia e de Hematologia	Hospital do Câncer de Maringá/Instituto de Oncologia e Hematologia Maringá SC L	Unacon
149	PR	Paraná	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital Policlínica Pato Branco SA	Unacon
150	PR	Paraná	Unacon com Serviço de Radioterapia	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa	Unacon
151	PR	Paraná	Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar	Instituto Sul Paranaense de Radioterapia	Outros Serviços Isolados
152	PR	Paraná	UNACON com serviço de hematologia	Hospital do Câncer /União Paranaense de Estudo e Combate ao Câncer - Uopecan	Unacon
153	PE	Pernambuco	Unacon	Hospital Memorial de Arcoverde	Unacon
154	PE	Pernambuco	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira/Fund. Saúde Amaury de Medeiros	Unacon
155	PE	Pernambuco	Unacon	Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	Unacon
156	PE	Pernambuco	Unacon	Hospital Dom Tomas	Unacon
157	PE	Pernambuco	Unacon	Hospital Barão de Lucena/Fundação de Saúde Amaury de Medeiros	Unacon
158	PE	Pernambuco	Unacon com serviços de Radioterapia e Oncologia Pediátrica	Hospital de Câncer de Pernambuco/Sociedade Pernambucana do Combate ao Câncer	Unacon
159	PE	Pernambuco	Unacon	Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco	Unacon
160	PE	Pernambuco	Unacon exclusiva de Hematologia	Hospital da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco/Hemope	Unacon
161	PE	Pernambuco	Unacon com serviços de Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital Universitário Oswaldo Cruz	Unacon
162	PE	Pernambuco	Cacon	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/Imip	Cacon

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

Ci	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação_Consolidada
163	PE	Pernambuco	Serviço isolado de Radioterapia	Instituto de Radioterapia Waldemir Miranda LTDA - IRWAM	Outros Serviços Isolados
164	PE	Pernambuco	Serviço isolado de Radioterapia	Instituto de Radium e Supervoltagem Ivo Roesler -IRSIR	Outros Serviços Isolados
165	PI	Piauí	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital São Marcos/Sociedade Piauiense Combate ao Câncer	Cacon
166	PI	Piauí	Unacon	Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí	Unacon
167	PI	Piauí	Unacon	Maternidade Dr. Marques Bastos e Hospital Infantil Dr. Mirócles Vêras	Unacon
168	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com Serviços de Radioterapia e Hematologia	Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	Unacon
169	RJ	Rio de Janeiro	Unacon	Hospital Santa Isabel	Unacon
170	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Universitário Álvaro Alvim	Unacon
171	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com serviço de Radioterapia e de Oncologia Pediátrica	Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia Ltda/IMNE	Unacon
172	RJ	Rio de Janeiro	Unacon	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	Unacon
173	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com serviço de Radioterapia e Oncologia Pediátrica	Hospital São José do Avaí/Conferência São José do Avaí	Unacon
174	RJ	Rio de Janeiro	Serviço isolado de Radioterapia	Clínica de Radioterapia Ingá	Outros Serviços Isolados
175	RJ	Rio de Janeiro	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica	Hospital Municipal Orêncio de Freitas	HGO
176	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital Universitário Antônio Pedro - Huap/UFF	Unacon
177	RJ	Rio de Janeiro	Serviço isolado de Radioterapia	Instituto Oncológico LTDA	Outros Serviços Isolados
178	RJ	Rio de Janeiro	Unacon	Hospital Alcides Carneiro	Unacon
179	RJ	Rio de Janeiro	Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar	Centro de Terapia Oncológica SC LTDA	Outros Serviços Isolados
180	RJ	Rio de Janeiro	Unacon	Hospital Regional Darcy Vargas	Unacon
181	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital dos Servidores do Estado	Unacon
182	RJ	Rio de Janeiro	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Estadual Transplante Câncer e Cirurgia Infantil	Unacon
183	RJ	Rio de Janeiro	Unacon	Hospital Geral do Andaraí	Unacon
184	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital Geral de Bonsucesso	Unacon
185	RJ	Rio de Janeiro	Unacon	Hospital Geral de Jacarepaguá/Hospital Cardoso Fontes	Unacon
186	RJ	Rio de Janeiro	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica	Hospital Geral de Ipanema	HGO
187	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Geral da Lagoa	Unacon
188	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Mário Kroeff	Unacon
189	RJ	Rio de Janeiro	Cacon	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ	Cacon

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

Ci	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação_Consolidada
190	RJ	Rio de Janeiro	Unacon	Hospital Universitário Gaffrée/Unirio	Unacon
191	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Universitário Pedro Ernesto-Hupe/Uerj	Unacon
192	RJ	Rio de Janeiro	Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/UFRJ	Unacon
193	RJ	Rio de Janeiro	Unacon exclusiva de Hematologia	Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti/Hemorio/Fundação Pi	Unacon
194	RJ	Rio de Janeiro	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Instituto Nacional de Câncer/INCA	Cacon
195	RJ	Rio de Janeiro	Unacon	Hospital São José/Associação Congregação de Santa Catarina	Unacon
196	RJ	Rio de Janeiro	Unacon	Hospital Universitário Severino Sombra/Fundação Educacional Severino Sombra	Unacon
197	RJ	Rio de Janeiro	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Jardim Amália Ltda - Hinja	Unacon
198	RN	Rio Grande do N	Unacon	Hospital do Coração de Natal	Unacon
199	RN	Rio Grande do N	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Dr. Luiz Antônio/Liga Norteriograndense Contra o Câncer	Cacon
200	RN	Rio Grande do N	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Infantil Varela Santiago/Instituto de Proteção e Assistência a Infância do R	Unacon
201	RN	Rio Grande do N	Unacon	Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL	Unacon
202	RN	Rio Grande do N	Unacon	Natal Hospital Center S/C Ltda	Unacon
203	RN	Rio Grande do N	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital da LMECC	Unacon
204	RN	Rio Grande do N	Unacon	Hospital Wilson Rosado	Unacon
205	RS	Rio Grande do S	Unacon	Santa Casa de Caridade de Bagé	Unacon
206	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Tacchini/Sociedade Dr. Barholomeu Tacchini	Unacon
207	RS	Rio Grande do S	Unacon	Hospital Caridade Beneficência Cachoeira do Sul	Unacon
208	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital Nossa Senhora das Graças	Unacon
209	RS	Rio Grande do S	Unacon	Hospital de Caridade e Beneficência	Unacon
210	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital Geral/Fundação UCS Hospital Geral de Caxias do Sul	Unacon
211	RS	Rio Grande do S	Unacon	Hospital Pompeia/Pio Sodalício Damas Caridade	Unacon
212	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviço de Hematologia	Hopital São Vicente de Paulo/Associação Damas Caridade	Unacon
213	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim	Unacon
214	RS	Rio Grande do S	Cacon	Hospital da Associação Hospital de Caridade de Ijuí	Cacon
215	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Bruno Born/Sociedade Beneficente de Caridade de Lajeado	Unacon
216	RS	Rio Grande do S	Unacon	Hospital Regina /Associação Congregação Santa Catarina	Unacon

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

Ci	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação_Consolidada
217	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital São Vicente de Paulo/Associação Beneficente São Vicente de Paulo	Unacon
218	RS	Rio Grande do S	Unacon	Hospital da Cidade de Passo Fundo	Unacon
219	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas/Fundação de Apoio Universitári	Unacon
220	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	Unacon
221	RS	Rio Grande do S	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Cacon
222	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital São Lucas da PUCRS/União Brasileira de Educação e Assistência	Unacon
223	RS	Rio Grande do S	Unacon	Hospital Fêmina S/A	Unacon
224	RS	Rio Grande do S	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Cacon
225	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A	Unacon
226	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital da Associação de Caridade Santa Casa de Caridade do Rio Grande	Unacon
227	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Ana Nery	Unacon
228	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Vida Saúde/Associação Hospital Caridade de Santa Rosa	Unacon
229	RS	Rio Grande do S	Unacon	Hospital de Caridade de Santiago	Unacon
230	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital da Fundação Hospital Centenário	Unacon
231	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital Universitário de Santa Maria	Unacon
232	RS	Rio Grande do S	Unacon	Hospital Santo Ângelo	Unacon
233	RS	Rio Grande do S	Unacon	Hospital Bom Jesus	Unacon
234	RS	Rio Grande do S	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital da Santa Casa de Caridade de Uruguaiana	Unacon
235	RO	Rondônia	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Regional de Cacoal HRC	Unacon
236	RO	Rondônia	Cacon	Fundação PIO XII - Unidade Porto Velho	Cacon
237	RO	Rondônia	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro/Hospital de Base Porto Velho	Unacon
238	RO	Rondônia	Unacon com serviço de Radioterapia	Instituto de Oncologia e Radioterapia São Pellegrino	Unacon
239	RR	Roraima	Unacon	Hospital Geral de Roraima/HGR	Unacon
240	SC	Santa Catarina	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Santa Isabel/Sociedade Divina Providência	Unacon
241	SC	Santa Catarina	Unacon	Hospital Santo Antonio/Fundação Hospitalar de Blumenau	Unacon
242	SC	Santa Catarina	Unacon com serviços de Radioterapia e de Hematologia	Hospital Regional do Oeste/Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira	Unacon
243	SC	Santa Catarina	Unacon com serviços de Radioterapia e de Hematologia	Hospital São José/Sociedade Caritativa Santo Agostinho	Unacon

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

Ci	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação Consolidada
244	SC	Santa Catarina	Unacon com serviços de Radioterapia e de Hematologia	Centro de Pesquisas Oncológicas - Cepon	Unacon
245	SC	Santa Catarina	Unacon com serviços de Radioterapia e de Hematologia	Hospital Governador Celso Ramos	Unacon
246	SC	Santa Catarina	Hematologia	Hospital Carmela Dutra	Outros Serviços Isolados
247	SC	Santa Catarina	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Infantil Joana de Gusmão	Unacon
248	SC	Santa Catarina	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital Universitário/Universidade Federal de Santa Catarina	Unacon
249	SC	Santa Catarina	Unacon	Irmadade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade	Unacon
250	SC	Santa Catarina	Unacon	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen/Inst. das Pequenas Missionári	Unacon
251	SC	Santa Catarina	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital São José/ Sociedade Divina Providência	Unacon
252	SC	Santa Catarina	Unacon	Hospital Univesitário Santa Terezinha/Fundação Universidade do Oeste de Santa C:	Unacon
253	SC	Santa Catarina	Cacon	Hospital Municipal São José	Cacon
254	SC	Santa Catarina	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Materno Infantil Dr Jesser Amarante Faria	Unacon
255	SC	Santa Catarina	Unacon	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos	Unacon
256	SC	Santa Catarina	Unacon	Hospital de Caridade São Braz de Porto União	Unacon
257	SC	Santa Catarina	Unacon	Hospital Regional Alto Vale	Unacon
258	SC	Santa Catarina	Unacon	Hospital e Maternidade Sagrada Família	Unacon
259	SC	Santa Catarina	Unacon	Hospital Nossa Senhora da Conceição/Sociedade Divina Providência	Unacon
260	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Radioterapia e de Hematologia	Hospital Sagrado Coração de Jesus/Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba	Unacon
261	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Araraquara	Unacon
262	SP	São Paulo	Unacon	Hospital São Luiz/Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de Araras	Unacon
263	SP	São Paulo	Unacon	Hospital Regional de Assis	Unacon
264	SP	São Paulo	Unacon	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Avaré	Unacon
265	SP	São Paulo	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital São Judas Tadeu/Fundação Pio XII	Cacon
266	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital Estadual de Bauru	Unacon
267	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital das Clínicas UNESP/Universidade Estadual Paulista	Unacon
268	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Universitário São Francisco Bragança Paulista/Casa de Nossa Senhora da Pe	Unacon
269	SP	São Paulo	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica com serviço de Radioterapia	Centro Infantil de Investigação Hematológica Dr. Domingos A. Boldrini	Unacon
270	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital e Maternidade Celso Pierrô/Sociedade Campineira de Educação e Instruçã	Unacon

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

Ci	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação Consolidada
271	SP	São Paulo	Cacon	Hospital das Clínicas da UNICAMP/Universidade Estadual de Campinas	Cacon
272	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Municipal Dr. Mário Gatti	Unacon
273	SP	São Paulo	Unacon	Hospital Padre Albino – Catanduva/Fundação Padre Albino	Unacon
274	SP	São Paulo	Hospital geral com cirurgia Oncológica	Hospital Estadual de Diadema – Hospital Serraria	HGO
275	SP	São Paulo	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Franca/Fundação Civil Casa de Misericórdia	Cacon
276	SP	São Paulo	Unacon	Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá	Unacon
277	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Santo Amaro/ Associação Santamarense de Beneficência do Guarujá	Unacon
278	SP	São Paulo	Unacon	Santa Casa de Misericórdia de Itapeva	Unacon
279	SP	São Paulo	Unacon	Hospital São Francisco de Assis/Associação Casa Fonte da Vida	Unacon
280	SP	São Paulo	Unacon com Serviço de Radioterapia	Fundação PIO XII - Unicade III	Unacon
281	SP	São Paulo	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Amaral Carvalho/Fundação Amaral Carvalho	Cacon
282	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital São Vicente/Hospital de Caridade São Vicente de Paulo	Unacon
283	SP	São Paulo	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital da Criança/Grupo em Defesa da criança com Câncer - Grendacc	Unacon
284	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira	Unacon
285	SP	São Paulo	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital das Clínicas Unidade Clínico Cirúrgico/ Fundação de Apoio à Faculdade de I	Cacon
286	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília	Unacon
287	SP	São Paulo	Unacon com Serviço de Hematologia	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Unacon
288	SP	São Paulo	Unacon	Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos	Unacon
289	SP	São Paulo	UNACON com serviço de Radioterapia	Santa Casa de Ourinhos	Unacon
290	SP	São Paulo	Unacon	Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua/Consórcio de Desenvolvimento Intermu	Unacon
291	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Fornecedores de Cana de Piracicaba Djaldrovi/Associação dos Fornece	Unacon
292	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital da Irmandade da Santa Casa Misericórdia de Piracicaba	Unacon
293	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital Dr. Aristóteles Oliveira Martins/Santa Casa de Misericórdia de Presidente	Unacon
294	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital Regional de Presidente Prudente	Unacon
295	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Instituto de Radioterapia de Presidente Prudente	Unacon
296	SP	São Paulo	Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar	Centro de Tratamento em Radio-Oncologia - CTR	Outros Serviços Isolados
297	SP	São Paulo	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital das Clínicas Faepa/Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência/H	Cacon

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

Ci	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação_Consolidada
298	SP	São Paulo	Cacon	Hospital Imaculada Conceição/Sociedade Portuguesa de Beneficência	Cacon
299	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital da Santa Casa de Ribeirão Preto/Sociedade Beneficência Hospitalar Santa C	Unacon
300	SP	São Paulo	Unacon	Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro	Unacon
301	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Centro Hospitalar do Município de Santo André	Unacon
302	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Estadual Mário Covas de Santo André	Unacon
303	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Instituto de Radioterapia do ABC	Unacon
304	SP	São Paulo	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos	Cacon
305	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Santo Antônio Santos/Sociedade Portuguesa de Beneficência	Unacon
306	SP	São Paulo	Unacon	Hospital Guilherme Álvaro	Unacon
307	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital Anchieta São Bernardo do Campo/Fundação ABC	Unacon
308	SP	São Paulo	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica	Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo	HGO
309	SP	São Paulo	Unacon	Hospital Materno-Infantil Márcia Braidó	Unacon
310	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos	Unacon
311	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital da Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros	Unacon
312	SP	São Paulo	Cacon	Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto	Cacon
313	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital de Base de São José do Rio Preto/Fundação Faculdade Regional de Medici	Unacon
314	SP	São Paulo	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Centro de Tratamento Fabiana Macedo de Moraes	Unacon
315	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital e Maternidade Pio XII/ IPMMI - Obra de Ação Social Pio XII	Unacon
316	SP	São Paulo	Unacon	Hospital Materno Infantil Antoninho da Rocha Marmo/IPMM	Unacon
317	SP	São Paulo	Serviço isolado de Radioterapia	Instituto de Radioterapia Vale do Paraíba/Centro de Oncologia Radioterápica do Va	Outros Serviços Isolados
318	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Hematologia	Santa Casa de Misericórdia	Unacon
319	SP	São Paulo	Unacon	Centro de Referência da Saúde da Mulher	Unacon
320	SP	São Paulo	Hospital geral com cirurgia Oncológica	Conjunto Hospitalar do Mandaqui	HGO
321	SP	São Paulo	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital do Câncer A. C Camargo/Fundação Antônio Prudente	Cacon
322	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Hematologia e de Oncologia Pediátrica	Hospital Central da Santa Casa de São Paulo/Irmandade da Santa Casa de Misericórc	Unacon
323	SP	São Paulo	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP/Fundação Faculdade de Medi	Cacon
324	SP	São Paulo	Hospital geral com cirurgia Oncológica	Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha	HGO

Estabelecimentos de tratamento de câncer - Julho 2019

Ci	UF	Estado	Habilitação	Estabelecimento	Habilitação_Consolidada
325	SP	São Paulo	Unacon	Hospital Heliópolis	Unacon
326	SP	São Paulo	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Infantil Darcy Vargas	Unacon
327	SP	São Paulo	Unacon	Hospital Ipiranga/Unidade de Gestão Assistencial II	Unacon
328	SP	São Paulo	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital São Joaquim Beneficência Portuguesa/Real e Benemerita Associação Portu	Cacon
329	SP	São Paulo	Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica	Hospital Santa Marcelina/Casa de Saúde Santa Marcelina	Cacon
330	SP	São Paulo	Cacon	Hospital São Paulo Unidade I/Escola Paulista de Medicina/Unifesp	Cacon
331	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Hematologia	Hospital de Transplante do Estado de São Paulo Euryclides de Jesus Zerbini/Hospita	Unacon
332	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - IBCC	Unacon
333	SP	São Paulo	Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica com Serviço de Radioterapia	Instituto de Oncologia Pediátrica/Grupo de Apoio ao Adolescente e a Criança com C	Unacon
334	SP	São Paulo	Cacon	Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho	Cacon
335	SP	São Paulo	Cacon	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo/SES	Cacon
336	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Hematologia	Conjunto Hospitalar de Sorocaba	Unacon
337	SP	São Paulo	Unacon com serviço de Radioterapia	Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba	Unacon
338	SP	São Paulo	Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica	Hospital Sara Rolin Caracante	Unacon
339	SP	São Paulo	Hospital geral com Cirurgia Oncológica	Hospital Geral de Pirajussara	HGO
340	SP	São Paulo	Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia	Hospital Regional do Vale do Paraíba/Sociedade Beneficente São Camilo	Unacon
341	SP	São Paulo	Unacon	Hospital São Francisco de Tupã/Sociedade Beneficente São Francisco de Assis de Tu	Unacon
342	SE	Sergipe	Unacon com serviço de radioterapia	Hospital de Cirurgia/Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia	Unacon
343	SE	Sergipe	Unacom com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica	Hospital Governador João Alves Filho	Unacon
344	TO	Tocantins	Unacon com serviço de radioterapia	Hospital de Referência de Araguaína	Unacon
345	TO	Tocantins	Unacon	Hospital Geral de Palmas	Unacon
346	TO	Tocantins	Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar	Clínica Irradiar	Outros Serviços Isolados