

Avaliação da assistência oncológica de alta complexidade em um município de fronteira em Mato Grosso do Sul: uma proposta de cálculo de estimativas de cobertura

Evaluation of highly complex cancer care in a border town in Mato Grosso do Sul: a proposal for calculating estimates of coverage

João Francisco Santos da Silva¹, Inês Echenique Mattos²

Resumo

O objetivo do presente trabalho foi estimar a cobertura de assistência oncológica de alta complexidade dos residentes de Corumbá, com base em parâmetros de necessidade de procedimentos tecnicamente definidos e normatizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e no número esperado de casos novos de câncer. O número de casos novos anuais de câncer esperados para a cidade foi estimado com base nas taxas de incidência do Registro de Câncer de Base Populacional de Cuiabá (MT), aplicadas à distribuição por sexo e faixa etária da população de Corumbá. As informações sobre os procedimentos de alta complexidade em oncologia realizados no SUS pelos residentes da cidade foram obtidas nos Sistemas de Informações Hospitalares e Ambulatorial. O percentual estimado de cobertura de cirurgia variou entre 12,1 e 14,6%, o de radioterapia correspondeu a 24,3% e o de quimioterapia a 39,1%. Com base nos parâmetros utilizados, verificou-se baixa cobertura da assistência de alta complexidade em oncologia à população residente em Corumbá.

Palavras-chave: oncologia; cobertura de serviços de saúde; terapêutica; acesso aos serviços de saúde; áreas de fronteira.

Abstract

This work aimed to estimate high complexity oncologic care for residents of Corumbá, based on the required parameters of care technically defined and regulated by the Unified Health System (SUS) and the expected number of new cancer cases. The annual number of new cases of cancer expected for the city was estimated based on the incidence rates of the Population-Based Cancer Registry of Cuiabá (MT), Brazil, which were applied to the gender and age distribution of the population of Corumbá. Information on the procedures of high complexity in oncology made by SUS in the cities was obtained from the Hospital and Outpatient Information Systems. The estimated percentage of coverage for surgery ranged between 12.1 and 14.6%; for radiotherapy it corresponded to 24.3% and for chemotherapy to 39.1%. According to parameters used, there was low coverage of highly complexity oncologic care for the population of Corumbá.

Keywords: medical oncology; health services coverage; therapeutics; health services accessibility border areas.

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil

¹Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Doutorando do Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil; Auditor de Gestão de Serviços de Saúde da Coordenadoria Estadual de Controle Avaliação e Auditoria, Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul – Campo Grande (MS), Brasil.

²Doutora em Medicina Preventiva, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil; Pesquisadora titular do Departamento de Epidemiologia da ESNP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: João Francisco Santos da Silva – Rua Georges Sleiman Abdalla, 180 – Monte Líbano – CEP: 79004-230 – Campo Grande (MS), Brasil – E-mail: joaofranciscosilva4@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesse: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

O conhecimento sobre o acesso e a utilização dos serviços de atenção oncológica por parte de grupos populacionais específicos pode fornecer subsídios para as diferentes esferas de governo, possibilitando a definição de estratégias conjuntas que favoreçam o diagnóstico e tratamento desse agravo em municípios situados em locais distantes dos centros de referência regionais.

Corumbá se localiza no extremo oeste do país, na fronteira com a Bolívia, possui aproximadamente 100 mil habitantes e é a terceira maior cidade do estado de Mato Grosso do Sul¹. Como outras cidades situadas na zona de fronteira, esse município apresenta características diferenciadas e peculiares que influenciam o estilo de vida, os hábitos e comportamentos de seus habitantes e se refletem nas suas condições de vida e saúde².

Silva e Mattos³, em estudo que analisou o comportamento da mortalidade por câncer em Corumbá, no período 1980–2006, verificaram um padrão epidemiológico diferenciado daquele apresentado pela região Centro-oeste e pelo Brasil como um todo^{4,5}. No período estudado, apesar de ter ocorrido também aumento da mortalidade por neoplasias de cólon e reto, mama e próstata, os tumores de estômago e colo de útero ainda mantiveram taxas de maior magnitude³.

Diferenças no padrão de exposição dessa população a carcinógenos, se refletindo em maior incidência de determinados tumores e, em decorrência, na sua mortalidade, poderiam explicar parcialmente esses achados. Entretanto, outra possível explicação para o padrão observado poderia estar relacionada à dificuldade de acesso da população de Corumbá aos serviços de saúde, acarretando o diagnóstico tardio e a demora no tratamento.

Nessa região da fronteira, uma parcela importante da população reside em área rural, tendo acesso bastante precário à assistência básica de saúde local e à atenção de média e alta complexidade nos polos de referência regionais⁶. Além disso, nos últimos anos, Corumbá vem se destacando por um importante fluxo fronteiriço e tem se constituído em um espaço potencial de busca por serviços de saúde, tanto por brasileiros que residem fora do país como por estrangeiros², o que poderia contribuir para a cobertura deficiente à população local.

Para fins de avaliação da cobertura de assistência oncológica de alta complexidade, seria necessário conhecer a incidência de câncer na população de Corumbá. Entretanto, a cidade não conta com um Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). O RCBP é um sistema constituído com o objetivo de registrar todos os casos novos de câncer que ocorrem na população residente em uma área geográfica delimitada para sua atuação, possibilitando que se conheça o padrão de

incidência dos diferentes tumores no grupo populacional por ele coberto⁷. Por outro lado, as estimativas de casos novos de câncer, divulgadas sistematicamente pelo Instituto Nacional de Câncer, contemplam somente os estados e capitais⁸.

Diante desse contexto, buscou-se estimar a cobertura da assistência oncológica de alta complexidade recebida pela população da cidade, tomando como base parâmetros de necessidade de procedimentos tecnicamente definidos e normatizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

MATERIAL E MÉTODOS

Para avaliar quantitativamente a cobertura da assistência prestada à população de Corumbá no período 2008–2009, com base nos parâmetros de necessidades de procedimentos de alta complexidade em oncologia, normatizados no SUS, foi necessário, inicialmente, buscar uma forma de estimar os casos novos de câncer esperados para esse município.

O primeiro passo foi buscar uma cidade da região Centro-oeste que apresentasse características demográficas e de mortalidade similares às de Corumbá e dispusesse de um RCBP, sendo identificada a cidade de Cuiabá, no Mato Grosso. Decidiu-se, então, utilizar as taxas de incidência de câncer de Cuiabá, referentes ao período mais próximo disponível no seu RCBP (2001–2005) para o cálculo da estimativa de casos novos de câncer esperados para Corumbá. As taxas do RCBP de Cuiabá utilizadas para esse cálculo são aquelas apresentadas com a exclusão dos tumores de pele não melanocíticos, uma vez que esses, na maioria das vezes, requerem somente procedimentos de baixa complexidade⁹.

A população de Corumbá utilizada para o cálculo das estimativas foi referente a 2007, ano em que houve mudança na metodologia empregada para estimativas populacionais em cidades com até 170 mil habitantes, tornando-as mais precisas¹⁰.

Os procedimentos de alta complexidade em oncologia (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) considerados no estudo para o cálculo da cobertura foram os realizados por residentes de Corumbá na rede pública de saúde em Campo Grande¹¹. O município de Campo Grande, até o ano de 2011, era referência para atendimento de alta complexidade em oncologia para a população residente em Corumbá¹². Consideraram-se os procedimentos de radioterapia e quimioterapia pertencentes ao grupo 3 (procedimentos clínicos) e ao subgrupo 4 (tratamento em oncologia) e as cirurgias pertencentes ao grupo 4 (procedimento cirúrgico) e ao subgrupo 16 (cirurgia em oncologia) constantes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais SUS (SIGTAP)¹³.

O número de cirurgias oncológicas realizadas, referente às competências de janeiro de 2008 a dezembro de 2009, foi obtido no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), utilizando o Tabulador de Informações de Saúde para ambiente *Windows* (Tabwin). O número de pessoas tratadas com radioterapia e/ou quimioterapia foi obtido no banco de dados das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) processadas e pagas pelo Sistema Público de Saúde, via Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e incluiu o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009.

As taxas de incidência de câncer por sexo e faixa etária do RCBP de Cuiabá foram multiplicadas pelo número de residentes de Corumbá daquela mesma faixa etária e sexo, para obtenção do número de casos novos estimados. Os resultados que apresentavam decimais foram aproximados para o número inteiro imediatamente acima. O número de casos novos anuais de câncer estimados para Corumbá foi obtido pelo somatório dos casos esperados para cada sexo e faixa etária,

sendo multiplicado por dois, para obtenção da estimativa bianual (Tabela 1). O número necessário de procedimentos oncológicos de alta complexidade foi calculado com base nos parâmetros recomendados na Portaria SAS nº 741 de 2005 (Tabela 2).

O percentual de cobertura foi estimado com base no número de procedimentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia efetivamente realizados por residentes de Corumbá, em relação ao número total de procedimentos que seriam necessários com base na estimativa de casos novos para o biênio 2008-2009 na população da cidade.

Para fins desse cálculo, considerou-se, em relação à cirurgia oncológica, que cada procedimento constante no SIH e pago no período analisado correspondeu a um caso novo de câncer. Quanto à quimioterapia e à radioterapia, foi considerado que cada paciente que realizou pelo menos um desses procedimentos em 2008-2009 era um caso novo de câncer.

Os *software* Excel 2007 e SPSS versão 17.0 foram utilizados para as análises estatísticas.

Tabela 1. População residente em Corumbá por sexo e faixa etária, taxas de incidência de câncer do Registro de Câncer de Base Populacional de Cuiabá por sexo e faixa etária e número de casos novos de câncer esperados em residentes de Corumbá

Faixa etária (anos)	Sexo Masculino			Sexo Feminino			Ambos os sexos
	População de Corumbá	Taxa de incidência de câncer de Cuiabá	Número de casos novos de câncer esperados	População de Corumbá	Taxa de incidência de câncer de Cuiabá	Número de casos novos de câncer esperados	Número de casos novos de câncer esperados
0 a 4	5.586	22,62	1,26	5.308	15,32	0,81	2,08
5 a 9	5.502	11,84	0,65	5.168	14,42	0,75	1,40
10 a 14	5.335	10,98	0,59	4.989	12,22	0,61	1,20
15 a 19	5.095	17,39	0,89	4.805	15,03	0,72	1,61
20 a 24	5.001	14,39	0,72	4.744	22,29	1,06	1,78
25 a 29	4.422	23,18	1,03	4.365	38,4	1,68	2,70
30 a 34	3.675	35,89	1,32	3.724	84,37	3,14	4,46
35 a 39	3.164	54,9	1,74	3.366	132,31	4,45	6,19
40 a 44	3.123	86,66	2,71	3.198	219,58	7,02	9,73
45 a 49	2.649	182,63	4,84	2.760	319,63	8,82	13,66
50 a 54	2.069	322,46	6,67	2.164	463,85	10,04	16,71
55 a 59	1.638	623,58	10,21	1.785	599,42	10,70	20,91
60 a 64	1.236	1.033,68	12,78	1.432	678,04	9,71	22,49
65 a 69	956	1.550,80	14,83	1.062	786,09	8,35	23,17
70 a 74	699	2.179,28	15,23	763	1.122,81	8,57	23,80
75 a 79	451	2.867,72	12,93	528	1.305,44	6,89	19,83
80 ou mais	504	2.817,06	14,20	636	1.982,62	12,61	26,81
Total			103			96	199

Tabela 2. Parâmetros de necessidade para atenção oncológica

Tipo de procedimento	Quantidade anual (para cada 1.000 casos novos de câncer)
Cirurgia oncológica	500 a 600
Quimioterapia	700
Radioterapia	600

Fonte: Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde – Portaria nº 741/2005

Considerações éticas

O presente estudo seguiu as normas dispostas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sendo aprovado sob o nº 168/2009.

RESULTADOS

Tendo como base as taxas de incidência de câncer por faixa etária do RCBP de Cuiabá, estimou-se a ocorrência de 199 casos novos de câncer ao ano em Corumbá. Na Tabela 3 são apresentados a estimativa de casos novos de câncer esperados para Corumbá e os percentuais estimados de cobertura de cirurgia, radioterapia e de quimioterapia, para o biênio 2008–2009, para ambos os sexos.

DISCUSSÃO

A qualidade das informações, a cobertura e a estrutura de análise dos bancos de dados, assim como a características regionais próprias de cada população influenciam nos padrões de incidência de câncer¹⁴. Tais fatores se refletem em uma ampla variação nas estimativas de casos novos anuais de câncer, com base nos dados dos RCBP de um mesmo país ou região geográfica.

Das cidades da região Centro-oeste que possuem RCBP, Campo Grande se situa no mesmo estado e está geograficamente mais próxima de Corumbá. Entretanto, o RCBP de Campo Grande foi estruturado há pouco tempo e possui ainda um número reduzido de fontes notificadoras, com muitos casos notificados somente a partir das declarações de óbitos, o que poderia levar à subestimação das suas taxas de incidência⁷.

Cuiabá dispõe de um RCBP estabelecido há mais tempo e, portanto, de melhor qualidade em comparação com o de Campo Grande. Ainda que não esteja localizada na fronteira, pela sua infraestrutura na área de saúde, essa cidade exerce influência na região setentrional do arco

Tabela 3. Número e tipo de procedimentos oncológicos de alta complexidade realizados, número estimado de procedimentos necessários por tipo e percentual estimado de cobertura para a população de Corumbá, Mato Grosso do Sul, 2008–2009

Tipo de procedimento	Número de procedimentos		% estimado de cobertura
	Realizados	Estimados	
Cirurgia	29	199–239	12,1–14,6
Radioterapia	58	232	24,3
Quimioterapia	109	271	39,1

central, a mesma onde se situa Corumbá, sendo que ambas as cidades atuam como articuladoras dos fluxos trans-fronteiriços⁶. Por outro lado, características demográficas e de mortalidade, de certa forma, aproximam Cuiabá de Corumbá. Por exemplo, analisando a pirâmide etária da população residente nas duas cidades, observa-se similaridade na distribuição percentual de pessoas na faixa etária de 20 a 49 anos¹⁵ e a mortalidade proporcional por neoplasias apresentava, em 2009, percentuais muito próximos, sendo de 15,9% em Cuiabá e de 12,9% em Corumbá¹⁶. Dessa forma, considerou-se que as taxas de incidência de câncer por faixa etária do RCBP de Cuiabá espelhariam de forma mais aproximada a realidade de Corumbá, sendo, portanto, o melhor parâmetro disponível para servir de base à estimativa de casos novos de câncer esperados para esta cidade.

A estimativa dos casos novos anuais de câncer esperados, baseada em dados de incidência de câncer do RCBP de outra cidade da mesma região, é uma estratégia que pode ser empregada em outros municípios brasileiros. O conhecimento da incidência estimada de câncer em cidades de pequeno e médio porte populacional pode ser útil tanto para a avaliação da cobertura da população quanto à atenção oncológica de alta complexidade, como para o planejamento de ações voltadas à atenção oncológica oferecida no próprio município, além de subsidiar o gestor na pactuação de referências intermunicipais, quando necessária.

Fundamentando-se nas estimativas e nos parâmetros de necessidades de atenção avaliados, é possível inferir que a maioria dos indivíduos diagnosticados com câncer em Corumbá que necessitou tratamento oncológico em 2008–2009, não conseguiu realizá-lo na cidade de referência. Tanto o número de procedimentos cirúrgicos, como o de pacientes que efetivamente realizou radioterapia e/ ou quimioterapia foi inferior ao esperado para o período. Ressalta-se que nessa estimativa de cobertura não foram considerados os casos prevalentes de câncer de Corumbá que também poderiam ter realizado esses procedimentos no período analisado.

Neste sentido, ao avaliar a produção de procedimentos oncológicos em 2007, a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS), estimou existir um déficit em torno de 35,0% de procedimentos cirúrgicos em hospitais habilitados e em torno de 40,0% de radioterapia¹⁷. Gadelha¹⁸ também verificou que, em muitos estados brasileiros, a produção de procedimentos de quimioterapia e de radioterapia pagos no SUS, em 2001, era menor do que a necessidade estadual ou regional estimada.

A baixa cobertura de cirurgia oncológica estimada neste estudo, que foi inferior a 15,0%, é um fato preocupante, pois para a maioria dos pacientes com câncer, a terapêutica curativa está fundamentada na ressecção cirúrgica da lesão¹⁹. Sabe-se também que a maior parte dos pacientes requer uma combinação de recursos terapêuticos em oncologia, e não somente do procedimento cirúrgico¹¹.

Entretanto, não se pode descartar a possibilidade de que o número de cirurgias realizadas no período esteja subestimado, pois há hospitais gerais, tanto públicos, quanto privados, não habilitados em oncologia, que realizam tais procedimentos. A realização de cirurgia oncológica em serviços não habilitados pode ocasionar prejuízos à integralidade do tratamento do paciente, entre eles, o atraso ou até mesmo a não realização de radioterapia e/ou quimioterapia sequencial em serviços especializados, contrariando princípios básicos da política nacional de atenção oncológica²⁰.

Entre os possíveis fatores envolvidos na baixa cobertura de procedimentos de radioterapia e quimioterapia encontradas neste estudo, pode haver problemas relacionados à organização local dos serviços e a documentação da produção dos mesmos. Em um estudo que comparou o padrão de registro de dados de produção de quimioterapia e radioterapia dos municípios do Rio de Janeiro e Belo Horizonte no período de 1998 a 2003, foi constatado que uma parcela dos casos tratados no Rio de Janeiro não teria sido registrada no sistema, e que a melhor qualidade do registro das informações em Belo Horizonte estaria associada à existência, prévia ao período estudado, de um sistema de controle e avaliação da produção neste município²¹.

No Brasil, a política de atenção oncológica é desenvolvida em uma rede assistencial com diferentes níveis de complexidade²⁰. Com base na Portaria MS/SAS nº 741/2005 que estabelece parâmetros de necessidade e exigências mínimas necessárias para que as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) integrem a rede, um município ou região só pode ter uma UNACON quando for estimada a ocorrência de pelo menos 1.000

casos novos anuais de câncer (não incluindo os tumores de pele não melanoma) em sua população⁹.

Em virtude destas normas, Corumbá não dispunha de serviço de oncologia habilitado no SUS²² e no período estudado, Campo Grande ainda era a sua referência para assistência de alta complexidade em oncologia¹². Nessa situação, o gestor municipal era responsável por providenciar os meios para o deslocamento ao serviço especializado e por fornecer ajuda de custo para a alimentação do paciente e de seu acompanhante, quando fosse o caso²³.

Campo Grande possui Unidades de Alta Complexidade em Oncologia com capacidade instalada suficiente para atender toda a população a ela referenciada²⁴. Contudo, a disponibilidade de serviços habilitados, ainda que na quantidade recomendada, não é garantia de atendimento à demanda. Em estudo baseado na produção paga no SUS em 2001, por procedimentos de quimioterapia e radioterapia, foi verificado que o percentual de utilização da capacidade instalada na Região Centro-oeste correspondia a 26,6%, sendo que os 25 centros de alta complexidade existentes produziam apenas o equivalente a seis, enquanto a necessidade real fosse de 17 centros¹⁸.

Fatores geográficos e socioeconômicos, inerentes às diversas regiões do país, fazem com que o acesso e o tempo para o diagnóstico e tratamento do câncer apresentem variações regionais, com muitos casos diagnosticados quando não há mais possibilidade de tratamento curativo^{25,26}. Corumbá situa-se no pantanal sul mato-grossense, extensa região alagada sazonalmente, sendo que no período das cheias, muitas vezes, o deslocamento dos residentes em áreas rurais para o núcleo urbano do município só é possível por meio de barco ou avião. Nesse sentido, a falta de acessibilidade de seus residentes à rede assistencial de saúde⁶ seria um fator importante, embora não exclusivo, para explicar a baixa cobertura da assistência de alta complexidade em oncologia àquela população. Esses fatos indicam uma clara dificuldade no cumprimento da política de atenção ao câncer do Ministério da Saúde, que prevê a integralidade da assistência no atendimento ao paciente²¹, assim como das normas de regulação e do Plano Diretor de Regionalização, que estabelecia Campo Grande como referência em alta complexidade em oncologia¹² repercutindo na qualidade do tratamento e na sobrevivência do paciente.

Este estudo apresenta limitações que, em parte, são devidas à utilização de dados provenientes do SIH e SIA-APAC, sistemas de faturamento que contemplam somente procedimentos pagos no âmbito do SUS, não possibilitando a inclusão na análise de pacientes tratados e de procedimentos realizados na rede privada. A ausência de

identificação nominal no Tabwin, não permitiu a exclusão de indivíduos que realizaram mais de um procedimento cirúrgico no período estudado, o que pode ter levado à superestimação do número de pacientes por cirurgias contabilizadas. Contudo, foi possível dimensionar, ainda que de forma aproximada, a demanda e a utilização dos serviços de alta complexidade em oncologia pela população de Corumbá, ficando evidente a baixa cobertura assistencial dos mesmos.

Outros estudos, com diferentes abordagens metodológicas, poderão contribuir para melhor explicar as razões que permeiam as dificuldades de acesso aos serviços especializados em Corumbá, e que constituem apenas um aspecto do problema. A análise do acesso à atenção básica local e a qualidade desta assistência, o funcionamento da regulação assistencial estadual e a qualidade dos serviços de referência de alta complexidade em oncologia devem estar na pauta de futuras investigações realizadas na região.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia [cited 2012 Feb 10]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
2. Giovanella L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damascena GN. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(Suppl 2):S251-66.
3. Silva JFS, Mattos IE. Padrão de distribuição do câncer em cidade da zona de fronteira: tendência da mortalidade por câncer em Corumbá, Mato Grosso do Sul, no período 1980-2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(1):65-74.
4. Fonseca LAM, Eluf-Neto J, Wunsch Filho V. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(3):309-12.
5. Silva GA, Gamarra CJ, Girianelli VR, Valente JG. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1009-18.
6. Peiter PC. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(Suppl 2):S237-50.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2010. (vol. 4) [cited 2012 Jan 19]. Available from: <http://www.inca.gov.br/cancerobrasil/2010/>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2011 [cited 2012 Jan 19]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o credenciamento de centros de alta complexidade em oncologia, unidades hospitalares de radiologia, hematologia e quimioterapia [cited 2012 Aug 15]. *Diário Oficial da União* de 23 de dezembro de 2005. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html
10. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. Contagem da População 2007 [cited 2012 Jan 19]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Bases Técnicas Oncologia, 10 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
12. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 93, de 14 de dezembro de 2009. Aprova as decisões da Comissão Intergestores Bipartite Estadual. *Diário Oficial do Estado* nº 7.069, Campo Grande, 22 de dezembro de 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete nº 2.848, de 6 de novembro de 2007. Aprova a tabela de procedimentos, medicamentos órteses, próteses e materiais especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS [cited 2012 Aug 15]. *Diário Oficial da União* de 7 de novembro de 2007. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html
14. Jemal A, Center MM, De Santis C, Ward EM. Global pattern of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2010;19:1893-907
15. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. [cited 2011 Apr 10]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde: Estatísticas Vitais Mortalidade e Nascidos Vivos [cited 2012 Feb 17]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Indicadores para a Avaliação da Produção de Procedimentos Oncológicos [cited 2009 Apr 30]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_controle_avaliacao_atencao_oncologica_junho.pdf
18. Gadelha MIP. Planejamento da assistência oncológica: um exercício de estimativas. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(4):533-43.
19. Simunovic M, Thériault ME, Paszat L, Coates A, Whealan T, Halowaty E, Levine M. Using administrative databases to measure waiting times for patients undergoing major cancer surgery in Ontario, 1993-2000. *Can J Surg*. 2005;48(2):137-42.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [cited 2012 Aug 15]. *Diário Oficial da União* de 12 de dezembro de 2005. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html
21. Gomes Jr SCS, Almeida RT. Comparação do registro da produção ambulatorial em oncologia no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(1):141-50.
22. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [cited 2010 Apr 29]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br>

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõem sobre a rotina do tratamento fora de domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União de 26 de fevereiro de 1999.
24. Ministério da Saúde. Portaria nº 102, de 3 de fevereiro de 2012. Exclui da Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o código de habilitação 17.05 - Serviço Isolado de Quimioterapia [cited 2012 Aug 15]. Diário Oficial da União de 7 de fevereiro de 2012. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0102_03_02_2012.html
25. Trufelli CD, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, Riechelmann R, Kaliks R, Giglio A. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(1):72-6.
26. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA. Causas do retardo na confirmação de lesões mamárias em mulheres atendidas em centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(2):75-81.

Recebido em: 19/03/2012
Aprovado em: 04/07/2012