



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

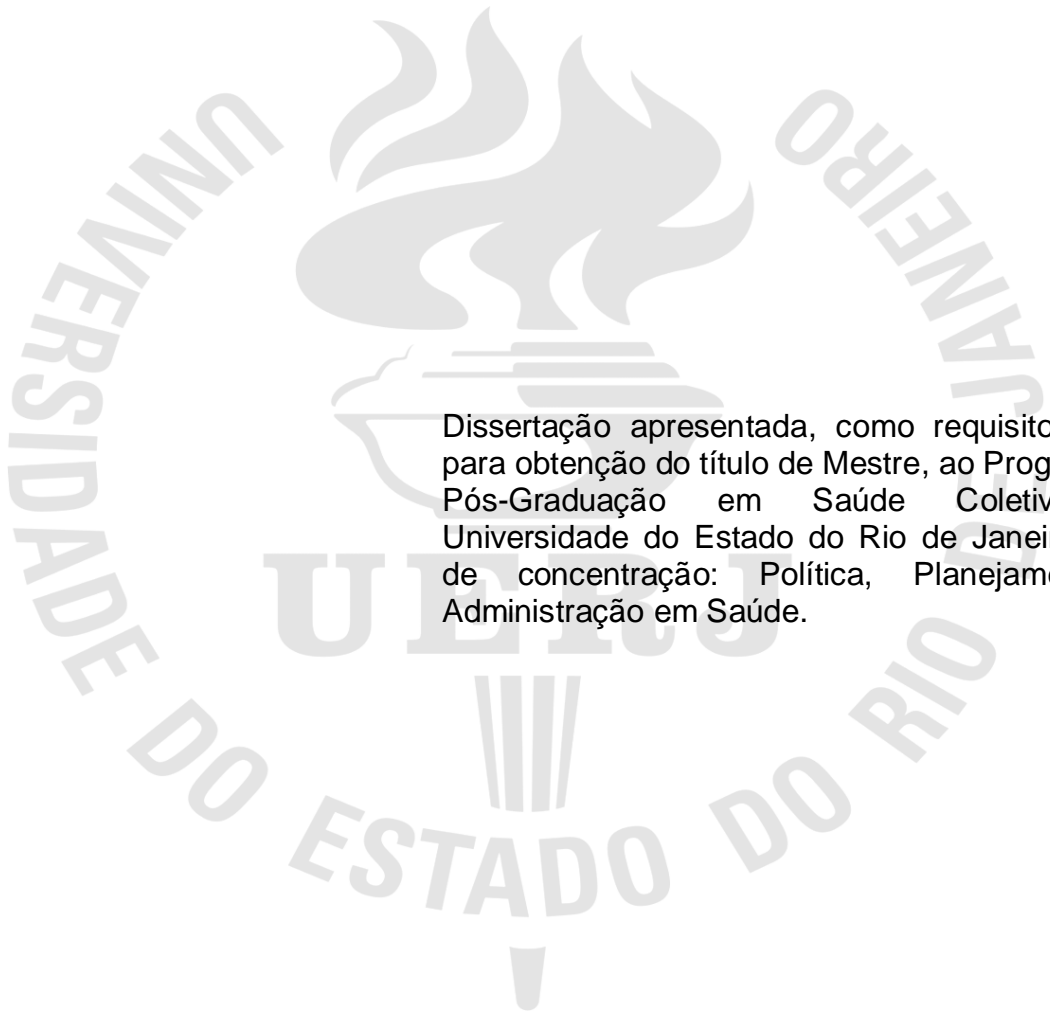
Roberta Anache de Carvalho

**Acesso do idoso ao tratamento oncológico no estado do Rio
de Janeiro – uma discussão a partir dos dados do Registro
Hospitalar de Câncer dos anos 2016 e 2017**

Rio de Janeiro
2022

Roberta Anache de Carvalho

**Acesso do idoso ao tratamento oncológico no estado do Rio de Janeiro
– uma discussão a partir dos dados do Registro Hospitalar de Câncer
dos anos 2016 e 2017**



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

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Rio de Janeiro
2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C331 Carvalho, Roberta Anache de

Acesso do idoso ao tratamento oncológico no estado do Rio de Janeiro – uma discussão a partir dos dados do Registro Hospitalar de Câncer dos anos 2016 e 2017/ Roberta Anache de Carvalho. – 2022.

97 f.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

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

1. Acesso aos serviços de saúde - Rio de Janeiro - Teses. 2. Neoplasias - Terapia - Teses. 3. Idoso – Teses. 4. Sistema Único de Saúde – Teses. 5. Política de saúde – Teses. 6. Assistência integral à saúde – Teses. I. Levcovitz, Eduardo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614.39(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Roberta Anache de Carvalho

**Acesso do idoso ao tratamento oncológico no estado do Rio de Janeiro
– uma discussão a partir dos dados do Registro Hospitalar de Câncer
dos anos 2016 e 2017**

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

Aprovada em 07 de abril de 2022.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rosângela Caetano
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof.^a Dra. Jeane Glauca Tomazelli
Instituto Nacional do Câncer José de Alencar

Prof.^a Dra. Rosana Chigres Kuschnir
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

A Deus e ao Universo, por me permitirem vivenciar todo o aprendizado e as trocas que o mestrado proporcionou à minha vida.

Aos meus pais, Janete Maria Anache de Carvalho e Carlos Fernando de Carvalho, por sempre me incentivarem, sobretudo pelo exemplo, a estudar e a evoluir intelectualmente.

À minha irmã, Bianca Anache de Carvalho, que mesmo morando em outro país, me auxiliou a manusear o Excel e sempre me deu força e apoio durante a pesquisa.

À minha sobrinha, Mariana Carvalho Hunt, fonte inesgotável de inspiração, esperança e fé em um mundo com mais amor, alegria e empatia.

Ao meu orientador, Prof. Eduardo Levcovitz, pela intensa cortesia e leveza, incentivos e apoio durante a pesquisa, sem o qual certamente a trajetória teria sido mais pesada e difícil.

Às professoras Jeanne Tomazelli, Rosana Kuschnir e Rosângela Caetano, pela dedicação e valiosíssimas contribuições.

Aos colegas servidores do INCA, André Luiz Trajano dos Santos, João Ricardo Vicente e Luiz Fernando Rezende de Souza, pelo incentivo e apoio durante todo o processo;

A todos os professores e alunos da turma do Mestrado PPAS 2019, pelas trocas, ensinamentos e entusiasmo na defesa de um sistema de saúde público e universal.

RESUMO

CARVALHO, R.A. *Acesso do idoso ao tratamento oncológico no estado do Rio de Janeiro: uma discussão a partir dos Registros Hospitalares de Câncer dos anos 2016 e 2017*. 2022. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O presente estudo objetivou analisar o acesso do idoso ao tratamento oncológico ofertado pelo SUS no estado do Rio de Janeiro nos anos 2016 e 2017, por meio de uma análise quantitativa e qualitativa de algumas variáveis disponibilizadas no Integrador-RHC. Para a discussão, utilizou-se de consulta bibliográfica sobre os temas acesso em saúde, rede de atenção ao câncer, políticas de atenção ao controle do câncer e políticas de atenção ao idoso no Brasil, bem como foram levantados dados do Plano de Atenção Oncológica do Estado (PAOE) 2017/2021 e Plano Estadual de Saúde (PES) 2020/2023. Como resultados, obteve-se que o acesso aos serviços oncológicos é condição multifatorial, que depende tanto de aspectos sociodemográficos, como de fatores organizacionais dos serviços, sobressaindo as características da oferta e da acessibilidade geográfica como fatores determinantes para o desempenho dos serviços de saúde, capazes de favorecer o acesso dos idosos. Houve indicação de déficit na capacidade hospitalar instalada para tratamento do câncer no estado; evidências de desequilíbrio na produção de procedimentos terapêuticos entre os hospitais habilitados e subnotificação de registros de câncer no sistema do RHC pelas unidades estaduais. É necessária uma revisão do planejamento com intervenção sobre a rede, adequando as referências pactuadas e indicando possíveis regionalizações alternativas, levando em consideração os fluxos residência-local de atendimento, a acessibilidade geográfica, os custos dos deslocamentos e a malha viária existente, no caminho da construção de uma efetiva rede regionalizada de atenção oncológica, garantindo um acesso mais universal, equitativo e integral.

Palavras-chave: Acesso. Idoso. tratamento oncológico. RHC. Estado. Rio de Janeiro.

ABSTRACT

CARVALHO, R.A. *Access of the elderly to cancer treatment in the state of Rio de Janeiro: a discussion from the Hospital Records of Cancer of the years 2016 and 2017*. 2022. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

This study aimed to analyze the access of the elderly to the cancer treatment offered by the SUS in the State of Rio de Janeiro in the years 2016 and 2017, through a quantitative and qualitative analysis of some variables available in the Integrator-RHC. For the discussion, we used a bibliographic consultation on the themes health access, cancer care network, cancer control care policies and policies for the elderly care in Brazil, as well as data from the State Oncological Care Plan (PAOE) 2017/2021 and State Health Plan (PES) 2020/2023. As a result, it was obtained that access to cancer services is a multifactorial condition, which depends both on sociodemographic aspects and organizational factors of the services, including the characteristics of supply and geographic accessibility as determining factors for the performance of health services, capable of favoring the access of the elderly. There is an indication of a deficit in hospital capacity installed for cancer treatment in the state; evidence of imbalance in the production of therapeutic procedures among qualified hospitals and underreporting of cancer records in the RHC system by state units. It is necessary to review and adapt the planning and intervention on the service network of the SUS, reviewing the agreed references and indicating possible alternative regionalization, considering the residence-place flows of care, geographical accessibility, travel costs and the existing road network, on the way to build an effective regionalized network of oncological care, ensuring more universal, equitable and comprehensive access.

Keywords: Access. Elderly. Cancer treatment. RHC. State. Rio de Janeiro.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Projeção da população acima de 60 anos para o Brasil - 2010-2060	12
Figura 2 -	Mapa do estado do Rio de Janeiro com as regiões de saúde.....	41
Figura 3 -	Estrutura etária da população do Brasil e do estado do Rio de Janeiro, 2010 e 2021	42
Figura 4 -	Índice de envelhecimento no Brasil e Rio de Janeiro - 2010-2060	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador-RHC/RJ de acordo com o sexo – 2016-2017	58
Gráfico 2 -	Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador-RHC/RJ de acordo com a cor/raça – 2016-2017	59
Gráfico 3 -	Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador-RHC/RJ de acordo com o grau de instrução – 2016-2017	61
Gráfico 4 -	Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos de acordo com a base mais importante para o diagnóstico – 2016-2017	68
Gráfico 5 -	Casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos de acordo com o primeiro tratamento recebido no hospital registrador – 2016-2017	69
Gráfico 6 -	Casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos de acordo com o estado da doença ao final do primeiro tratamento	72
Gráfico 7 -	Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos de acordo com a principal razão para não realização do tratamento	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estimativa de casos novos de câncer/ano, para as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro	46
Quadro 2 - Significado das variáveis coletadas do Módulo Sis-Integrador RHC	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Óbitos por neoplasias malignas no estado do Rio de Janeiro por ano segundo faixa etária - 2016-2020	44
Tabela 2 - Número de casos analíticos registrados no Integrador RHC/RJ por faixa etária – 2016-2017	57
Tabela 3 - Tipos de câncer mais encontrados dentre os casos analíticos do sexo masculino com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador- RHC/RJ – 2016-2017	62
Tabela 4 - Tipos de câncer mais encontrados dentre os casos analíticos do sexo feminino com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador- RHC/RJ – 2016-2017.....	63
Tabela 5 - Somatório dos casos analíticos registrados em 2016 e 2017 por faixa etária de acordo com o estadiamento clínico (classificação TNM)	66
Tabela 6 - Número de casos analíticos por faixa etária registrados no Sis-Integrador 2016 e 2017 de acordo com o estado da doença ao final do primeiro tratamento	70
Tabela 7 - Número de casos analíticos extraídos do Integrador- RHC/ERJ de acordo com a informação de data de diagnóstico, primeira consulta e início de tratamento – 2016-2017	75
Tabela 8 - Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador-RHC/ERJ de acordo com a identificação e localização do hospital registrador, anos de diagnóstico 2016 e 2017	77

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	11
1	A DIMENSÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	16
1.1	Significados e alcance do conceito de acesso para o direito à saúde.....	16
1.2	Desafios enfrentados pela população idosa no acesso aos serviços públicos de saúde no país.....	18
2	A PROTEÇÃO SOCIAL AO IDOSO.....	21
2.1	Precedentes internacionais.....	21
2.2	Políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil.....	23
3	O CUIDADO ONCOLÓGICO NO BRASIL.....	27
3.1	A diretriz do cuidado em rede.....	27
3.2	Políticas públicas de controle do câncer no Brasil pós-SUS.....	31
3.3	O modelo de assistência oncológica estruturado em níveis de atenção ou complexidade.....	35
3.3.1	<u>Atenção Básica (AB) e o diagnóstico precoce.....</u>	36
3.3.2	<u>Média Complexidade (MC).....</u>	36
3.3.3	<u>Alta Complexidade (AC).....</u>	37
3.3.3.1	Métodos terapêuticos para o tratamento do câncer.....	37
3.3.3.2	Algumas particularidades do tratamento oncológico do idoso.....	38
4	A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ONCOLÓGICOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	41
4.1	Aspectos demográficos e epidemiológicos do câncer no estado do Rio de Janeiro.....	41
4.2	A regulação assistencial e seus desafios.....	45
4.3	Oferta de serviços oncológicos no estado do Rio de Janeiro.....	47
5	JUSTIFICATIVA.....	49
6	OBJETIVOS.....	50
6.1	Objetivo geral.....	50

6.2	Objetivos específicos	50
7	METODOLOGIA	52
7.1	Pesquisa documental e bibliográfica	53
7.2	Registros Hospitalares de Câncer (RHCs)	53
7.2.1	<u>Aspectos explicativos sobre os registros</u>	53
7.2.2	<u>Método de pesquisa</u>	55
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
8.1	Perfil sociodemográfico	57
8.2	Localização do câncer	62
8.3	Assistência oncológica	65
8.3.1	<u>Estadiamento</u>	65
8.3.2	<u>Base do diagnóstico</u>	67
8.3.3	<u>Primeiro tratamento realizado</u>	70
8.3.4	<u>Estado da doença ao final do primeiro tratamento</u>	71
8.3.5	<u>Principal razão para não realização do tratamento</u>	74
8.3.6	<u>Intervalos temporais entre consulta, diagnóstico e início do tratamento</u>	75
8.4	Hospitais registradores	77
8.5	Limitações da pesquisa	85
8.5.1	<u>Fontes de informação em saúde</u>	85
8.5.2	<u>Baixa adesão das unidades habilitadas em oncologia do estado do Rio de Janeiro ao registro no RHC</u>	85
8.5.3	<u>Qualidade das informações do RHC</u>	87
	CONCLUSÕES	88
	REFERÊNCIAS	92

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional pode ser compreendido como o fenômeno resultante do crescimento mais elevado da população idosa em relação à população total, decorrente da redução nas taxas de natalidade e mortalidade na população (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Representa uma das maiores conquistas da humanidade, sendo consequência de uma série de fatores, dos quais podemos destacar: a) controle de muitas doenças infectocontagiosas e potencialmente fatais (sobretudo a partir da descoberta dos antibióticos, dos imunobiológicos e das políticas de vacinação em massa); b) diminuição das taxas de fecundidade; c) queda da mortalidade infantil (com a ampliação de redes de abastecimento de água e esgoto e da cobertura da atenção básica à saúde); d) acelerada urbanização e mudanças nos processos produtivos, de organização do trabalho e da vida (MINAYO, 1997).

Nos países desenvolvidos, o processo de aumento da longevidade transcorreu de forma gradual ao longo de mais de cem anos, tendo se desenvolvido num contexto de progresso socioeconômico, caracterizado por melhoria nas condições de vida da população e pela garantia de um sistema amplo de proteção social. Segundo Lebra (2009), por exemplo, o desenvolvimento social e econômico na América do Norte e Europa Setentrional e Ocidental já estava concretizado quando as demandas do envelhecimento social foram reconhecidas.

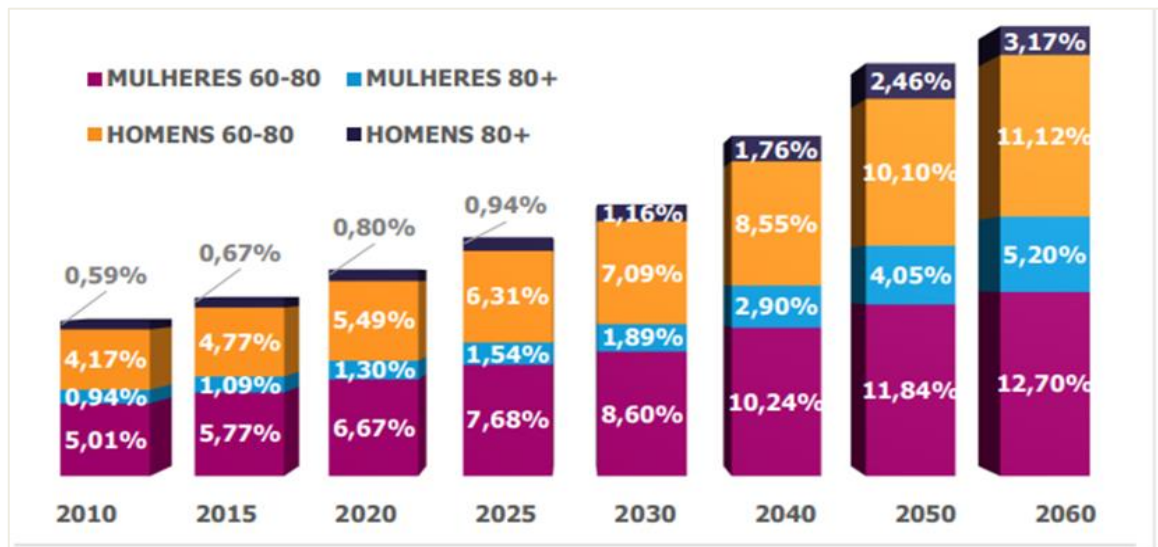
Nos países em desenvolvimento, de forma diferente, o fenômeno vem ocorrendo rapidamente em uma conjuntura político-econômica recessiva que dificulta a expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários, em especial para os idosos (PERCY *et al.*, 2005). No Brasil, o envelhecimento é uma realidade desde a década de 50, decorrente de mudanças na estrutura demográfica do país, com queda acentuada nas taxas de natalidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida (ILC-BRASIL, 2015).

O processo de crescimento da população idosa no Brasil vem ocorrendo de forma bastante acelerada. O número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos), devendo alcançar 32 milhões em 2020 (VERAS, 2018). Estima-se que, em

2040, esse número represente 23,8% da população brasileira e uma proporção de quase 153 idosos para cada 100 jovens (MENDES *et al.*, 2016).

A Figura 1 mostra o crescimento acelerado da população brasileira acima de 60 anos, de ambos os sexos, desde 2010 e a projeção dessa tendência até 2060.

Figura 1 - Projeção da população acima de 60 anos para o Brasil - 2010-2060



Fonte: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2021.

Com o número e a proporção de pessoas idosas aumentando mais rapidamente que qualquer outra faixa etária, e em cada vez mais países, surgem preocupações sobre a capacidade das sociedades de tratar os desafios associados a essa evolução demográfica (UNFPA, 2012). No contexto do envelhecimento populacional, há inúmeros fatores que se inter-relacionam, mas podemos destacar como de maior relevância os desafios ligados à previdência social e à saúde, que constituem desafios não só para o Estado, mas para os setores produtivos e as famílias (MENDES *et al.*, 2016).

Um desafio já identificado por diversos países com a transformação na estrutura demográfica são as mudanças no perfil epidemiológico da população, com predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente as doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares crônicas e diabetes (OMS, 2014). Trata-se do fenômeno denominado de “transição epidemiológica”, que vem ocorrendo nos países desenvolvidos e se caracteriza pela mudança nos padrões de

saúde e doença, decorrentes da diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das enfermidades crônicas não transmissíveis - ECNT (LEBRA, 2009).

No Brasil, no entanto, o aumento da incidência das DCNT é descrito como uma situação de “acumulação epidemiológica” (FRENK *et al.*, 1991) ou de “tripla carga de doenças”, na medida em que a transição epidemiológica não foi finalizada e o quadro de saúde é marcado pela persistência concomitante de doenças infecciosas e carenciais, doenças crônicas, ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas (como a dengue e febre amarela), em consequência da agudização das desigualdades sociais e surgimento de novas doenças ou enfermidades emergentes (OMS, 2003).

O envelhecimento é um dos principais fatores determinantes do desenvolvimento do câncer, decorrente tanto do processo natural de degeneração das células, que se tornam mais vulneráveis ao processo cancerígeno, como ao tempo de exposição aos diferentes fatores de risco para o câncer, como fatores ambientais e hábitos de vida (INCA, 2013). Nesse sentido, dados do Informativo INCA de Vigilância do Câncer - “Panorama da Assistência Oncológica no Brasil entre 2012 e 2016” - apontam que 75,7% dos casos de câncer apresentaram idade acima de 50 anos (INCA, 2019).

O câncer tem sido um desafio de saúde pública universal, tendo alcançado o patamar de segunda principal causa de morte no mundo em 2018 (OPAS/OMS, 2018). No Brasil, a estimativa de incidência do câncer para o triênio 2020-2022 aponta para 625 mil novos casos por ano, sendo o câncer de pele não melanoma o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil) (INCA, 2019).

Existe uma grande variedade na magnitude e nos tipos de câncer prevalentes de acordo com a região geográfica do Brasil. A maior concentração de incidência do câncer ocorre na Região Sudeste (mais de 60%), seguida das regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%). Os tipos de câncer que predominam nas regiões Sul e Sudeste são os cânceres de próstata, pulmão, intestino e mama feminina. De outro lado, a incidência dos cânceres do colo de útero e de estômago tem impacto importante nas regiões Norte e Nordeste, ainda que os cânceres de próstata e mama feminina também sejam os principais nessa população (INCA, 2019).

De acordo com o INCA (2006), houve no Brasil um nítido aumento na prevalência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico (mama,

próstata e cólon e reto). Simultaneamente, no entanto, permanecem altas as taxas de incidência de tumores associados à pobreza (colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral). Tal distribuição irregular é atribuída às desigualdades sociais marcantes entre as regiões do país, que provocam exposição diferenciada a fatores ambientais (agentes químicos, físicos e biológicos típicos da industrialização e urbanização) e a condições de vida diversas, como por exemplo, alimentação inadequada, tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, entre outros.

O envelhecimento acelerado da população brasileira e a alta incidência do câncer na idade avançada emergem como questões de alta relevância e grau de complexidade, exigindo profunda reflexão dos gestores públicos, profissionais da saúde, pesquisadores e sociedade. Para além da sustentabilidade do sistema público de saúde, especialmente considerando o subfinanciamento crônico do setor e o alto custo dos tratamentos oncológicos, trata-se de garantir o efetivo direito à saúde para os idosos, por meio do cuidado integral e atento a suas necessidades específicas, bem como da ampliação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Este estudo buscou identificar e discutir os fatores facilitadores e limitantes para o acesso do idoso ao tratamento oncológico oferecido pelo SUS no estado do Rio de Janeiro nos anos de 2016 e 2017. Para alcançar esse objetivo, foram utilizados dados do Sistema Integrador-RHC, do Plano de Atenção Oncológica do Estado (PEAO) 2017-2021 e Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, bem como consulta bibliográfica e documental sobre os temas acesso em saúde, rede de atenção ao câncer, políticas de controle do câncer e políticas de atenção ao idoso no país.

Esta dissertação está estruturada da seguinte forma: uma Introdução, que apresenta a temática do envelhecimento populacional e seus efeitos sociais no país, com destaque para o aumento da incidência do câncer com o avanço da idade; seguida de oito capítulos e uma conclusão.

No capítulo 1, foram trazidos alguns conceitos de acesso a serviços de saúde, demonstrando a diversidade de enfoques dados ao termo e sua evolução temporal, apresentando, ao final, os referenciais teóricos adotados na pesquisa. O capítulo 2, por sua vez, buscou apresentar um panorama das políticas públicas de atenção ao idoso, desde a sua origem no plano internacional, até o estabelecimento das normativas no país.

No capítulo 3, foram abordadas as políticas públicas previstas no país para o controle do câncer após a instituição do SUS, apresentando alguns conceitos sobre rede e as características gerais do modelo de organização de serviços de saúde baseado em níveis de complexidade. Quanto à atenção em alta complexidade para o câncer, foram trazidas algumas particularidades dos tratamentos oncológicos nos idosos. O capítulo 4, por sua vez, buscou apresentar os aspectos demográficos e epidemiológicos do câncer no estado do Rio de Janeiro; trazer os principais desafios da regulação assistencial no estado e identificar a situação da oferta de serviços oncológicos na rede.

Os capítulos 5, 6 e 7 trataram, respectivamente, de apresentar a justificativa para a escolha do tema de pesquisa; os objetivos do estudo (geral e específicos) e a metodologia utilizada (levantamento e análise de algumas variáveis do Integrador-RHC/ERJ, acompanhado de pesquisa documental e bibliográfica).

O capítulo 8 apresentou os resultados e uma discussão acerca das variáveis coletadas do Integrador-RHC/ERJ e relacionadas no método da pesquisa, visando identificar fatores facilitadores e limitantes do acesso ao tratamento oncológico na população estudada, com o apoio na pesquisa documental e bibliográfica. Nesse capítulo, também são trazidas as limitações da pesquisa. Por fim, fecha-se o estudo com as conclusões, nas quais se buscou apresentar os achados principais da pesquisa, passando pela abordagem de cada uma das variáveis coletadas do Integrador-RHC.

1 A DIMENSÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

1.1 Significados e alcance do conceito de acesso para o direito à saúde

O conceito de acesso à saúde foi se modificando ao longo do tempo. As primeiras análises, realizadas na década de 70, concentravam-se nos aspectos geográfico (disponibilidade) e financeiro (capacidade de pagamento) do acesso. Atualmente, o conceito abarca outros aspectos além desses, como os aspectos cultural, educacional, socioeconômico e de informação em saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O acesso na saúde pode ser definido como a possibilidade de chegada do usuário ao local de atendimento, o qual deverá ser capaz de suprir suas necessidades e garantir seu livre trânsito nos demais níveis de complexidades da atenção (ROESE, 2005 citado por TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Donabedian, em 1973 (citado por TRAVASSOS; MARTINS, 2004), preferiu o termo “acessibilidade” ao invés de acesso, compreendendo-o como “um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população”. Segundo Travassos e Martins (2004), esse sentido vai além da mera disponibilidade de recursos em um dado momento e lugar, incorporando “as características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários”.

Segundo Penchansky e Thomas, em 1981 (citados por TRAVASSOS; MARTINS, 2004), o acesso é composto por várias dimensões: a) disponibilidade de serviços em relação às necessidades; b) acessibilidade, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; c) acolhimento (*accomodation*), que representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização; d) capacidade de compra, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços; e) aceitabilidade, que representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Para Frenk *et al.* (1991), o acesso está relacionado às facilidades e dificuldades em obter tratamento desejado, estando intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos.

De acordo com a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), o acesso compreende a “provisão do cuidado adequado, no momento adequado e no local adequado”. Esse conceito incorpora uma importante subdimensão do acesso – o tempo oportuno (*timeliness*), que se refere ao período em que a prestação do cuidado se mostra mais benéfica e necessária (JCAHO, 1993 citado por TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Destaca-se que a JCAHO compreende o acesso como um uso qualificado, isto é, aquele que ocorre no momento adequado, utilizando-se dos recursos corretos e executado da forma correta. Faz, contudo, uma abordagem de resultado, não considerando fatores do sistema de saúde que explicam as variações nos padrões de uso em diferentes grupos populacionais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Aday e Andersen, em 1994 (citados por TRAVASSOS; MARTINS, 2004), o acesso compreende um dos elementos do sistema de saúde ligado à organização dos serviços, abrangendo a entrada no serviço de saúde e a continuidade do tratamento. Em revisões posteriores, incorporam a utilização dos serviços de saúde no conceito de acesso, que passa a ser multidimensional e composto por dois elementos: o “acesso potencial” e o “acesso realizado”. O acesso potencial é caracterizado pela presença de fatores individuais (que ampliam ou limitam o uso dos serviços), enquanto o acesso realizado incorpora a utilização de fato desses serviços e é analisado considerando fatores predisponentes, fatores contextuais e as necessidades de saúde de uma população.

A partir das obras “*Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States*” (1973) e “*A framework for the study of access to medical care*” (1974) de Andersen, foram cada vez mais sendo utilizados os indicadores de processo e de resultados para avaliar o acesso em saúde (ANDERSEN, 1995). Nesse sentido, a realização de consulta em tempo razoável e o tempo de espera passaram a ser exemplos de indicadores de processo, enquanto os indicadores de resultado tiveram foco na utilização dos serviços e na satisfação do usuário.

No âmbito do Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), coordenado pelo Ministério da Saúde e cuja primeira etapa foi

concluída em 2003, foi considerado que a estrutura do sistema, isto é, o arcabouço político, social e econômico, interfere fortemente no desempenho dos serviços de saúde. Na primeira etapa do projeto, foi elaborada uma matriz, contendo conceitos, dimensões e indicadores para análise de desempenho dos serviços de saúde. Em 2008, em revisão dessa matriz, foi proposto um novo conceito para a subdimensão do acesso: “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessário, no momento certo e no lugar adequado” (LAGUARDIA *et al.*, 2012). Essa abordagem se alinha à utilizada pela JCAHO.

A literatura científica apresenta uma enorme variedade no enfoque dado aos conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde, de modo que há autores centrados nas características dos indivíduos, outros nas características da oferta, alguns em ambos os fatores, e, por último, aqueles que se dedicam a estudar a relação entre os indivíduos e os serviços (demanda/oferta). Também são encontradas discordâncias sobre se a avaliação do acesso deve concentrar-se nos resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No entanto, parece haver uniformidade de entendimento no sentido de que a avaliação do acesso deva ser realizada de acordo com o nível de atenção, tipo de cuidado e de serviço, considerando que as diferenciações caracterizam situações e fatores distintos que influenciam o acesso (PENCHANSKY; THOMAS, 1981 citados por TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para o presente trabalho, utilizaremos o conceito de acesso formulado por Aday e Andersen (1994), que incorpora a utilização dos serviços de saúde e compreende o acesso de forma multidimensional, considerando aspectos sociodemográficos e os relacionados ao sistema de saúde, como a organização dos serviços, distribuição da oferta, acessibilidade e políticas de saúde.

Por fim, vale destacar que a pesquisa considerará a dimensão do acesso referente ao tempo oportuno, preconizada pela JCAHO em 1993, que sinaliza a importância do tempo na prestação do cuidado, de forma que a assistência ocorra no momento mais benéfico e necessário para o usuário.

1.2 Desafios enfrentados pela população idosa no acesso aos serviços públicos de saúde no país

Para a OMS, idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. No mesmo sentido, no Brasil, tanto a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei federal nº 8.842/1994 (BRASIL, 1994), como o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003 (BRASIL, 2003) estabeleceram que pessoa idosa é aquela com idade igual ou maior de 60 anos. Em 2017, foi aprovada a Lei nº 13.466 (BRASIL, 2017), que estabeleceu prioridades especiais para idosos a partir de 80 anos.

Alguns estudos apontam que os idosos apresentam altas taxas de utilização dos serviços de saúde e enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde no país (CRUZ *et al.*, 2020; LOUVISON *et al.*, 2008). Essa maior dificuldade no acesso é apontada como consequência de aspectos físicos inerentes ao próprio envelhecimento (maior dificuldade de mobilidade, visão, audição, existência de comorbidades e fragilidades),¹ bem como oriunda de aspectos econômicos e socioculturais (desvalorização do idoso enquanto pessoa, indiferença, preconceito), que pode ser agravado pela organização dos serviços públicos.

Estudos nacionais observam que o acesso aos serviços públicos de saúde pelos idosos no país é marcado por fortes desigualdades, apresentando como principais barreiras de acesso: a) econômico-sociais (baixa escolaridade e nível de renda); b) clínicas (existência de fragilidades e limitação para atividades da vida diária - AVD); c) geográficas (distância do serviço de saúde, tempo e modo de deslocamento do idoso); d) relativas à oferta (baixa qualidade do serviço prestado e oferta insuficiente de serviço). Constatou-se que os idosos em situação de fragilidade econômica, autopercepção de saúde ruim e portadores de danos crônicos são os que possuem as maiores dificuldades de acesso aos serviços de

¹ A fragilidade é uma síndrome multidimensional, definida pelo declínio de energia e está relacionada com alterações fisiológicas dos sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e imunológico. O fenótipo de fragilidade envolve cinco fatores: perda de peso, fadiga, fraqueza muscular, inatividade física e lentidão da marcha. Classifica-se como idoso frágil aquele que apresenta três ou mais desses componentes; pré-frágil, na presença de um ou dois componentes; e não frágil na ausência de componentes. A avaliação e a classificação dos idosos de acordo com os critérios de fragilidade possibilitam organizar as prioridades de assistência, especialmente na Atenção Primária, com o objetivo de prevenir a fragilidade, manter e restaurar a capacidade funcional e a autonomia (LIBERALESSO *et al.*, 2017).

saúde (LOUVISON *et al.*, 2008; PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011; CRUZ *et al.*, 2020).

Para diminuir essas barreiras e melhorar a atenção prestada à saúde do idoso, alguns estudos preconizam a necessidade de adequação do modelo de atenção voltado ao idoso, com identificação dos idosos frágeis, fortalecimento da atenção primária no cuidado ao idoso, efetiva implementação das redes de atenção e gestão integrada dos cuidados crônicos, e priorização das estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças (LOUVISON *et al.*, 2008; PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

No mesmo sentido, Veras (2018) sustenta que o contexto do idoso no país evidencia a premente necessidade de superação do modelo puramente biomédico e hospitalocêntrico, para dar ênfase às ações de educação na saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado precoce e reabilitação de agravos, esclarecendo que as instâncias pesadas têm obviamente sua importância, mas é necessário fortalecer o cuidado preventivo e a educação em saúde.

Por fim, é preciso ressaltar que a garantia de uma vida saudável na velhice perpassa por políticas públicas de diversas naturezas, como a da educação, do trabalho, da mobilidade e do lazer, de modo que todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e proporcionem melhores condições de vida são importantes nesse processo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

2 A PROTEÇÃO SOCIAL AO IDOSO

2.1 Precedentes internacionais

A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorreu em Viena, em 1982, e é considerada o marco inicial do estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas voltadas à população idosa. Até então, o envelhecimento era tratado de forma marginal pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A Assembleia Mundial de Viena é considerada o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e resultou na aprovação de um Plano Internacional de Ação. Este contém 66 recomendações, abrangendo sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Ao longo da década de 90, a questão do envelhecimento foi ganhando espaço na agenda internacional. Em 1991, a Assembleia Geral da ONU adotou 18 princípios em favor da população idosa, agrupados em cinco grandes temas: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. Em 1992, a mesma assembleia aprovou a “Proclamação sobre o Envelhecimento”, estabelecendo o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos. Em 1995, foi elaborado o Documento nº 50/114 pela ONU, com definição de quatro principais dimensões para a análise de uma “sociedade para todas as idades”: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social. Segundo Camarano e Pasinato (2004) “a visão dos idosos como um subgrupo populacional vulnerável e dependente foi sendo substituída pela de um segmento populacional ativo e atuante” (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento aconteceu em Madri, em 2002, e resultou na aprovação de uma nova declaração política e um novo plano de ação. A declaração política dedicou atenção especial ao processo de

envelhecimento nos países em desenvolvimento. O plano de ação fundamentou-se em três princípios básicos: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O Plano de Madri foi um documento amplo, contendo 35 objetivos e 239 recomendações, que enfatizou a importância da cooperação internacional e de parcerias junto à sociedade civil e ao setor privado, bem como trouxe para o debate a questão de gênero na velhice. Foi considerado um avanço na discussão do envelhecimento populacional, no entanto, tratou o tema de modo muito genérico, desconsiderando as desigualdades regionais (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O reconhecimento da necessidade de criar estratégias para sua implementação nos diversos países, tendo em vista as desigualdades regionais e as diferentes condições socioeconômicas e culturais, fez com que os órgãos regionais vinculados à ONU produzissem documentos específicos para as cinco regiões do mundo. Para a América Latina, por exemplo, a principal preocupação foi com a proteção dos direitos humanos e com a provisão das necessidades básicas da população idosa, como: acesso à renda, cobertura integral dos serviços de saúde, educação e moradia em condições dignas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Importante mencionar ainda que, em contribuição à Assembleia Mundial de Madri, foi produzido em 2002, pela OMS, o documento “*Active Ageing: A Policy Framework*”, traduzido para o português como “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde”, que representou uma mudança significativa na concepção sobre o envelhecimento: afastou-se do olhar focalizado na prevenção de doenças e no cuidado à saúde para a defesa da meta “envelhecimento ativo”, definindo-o como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (ILC-BRASIL, 2015).

2.2 Políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil

O reconhecimento da proteção social ao idoso no Brasil se iniciou com a Constituição Federal de 1988:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

Em 1994, por meio da Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), essa garantia foi estabelecida de forma mais concreta, por meio da enunciação de princípios, diretrizes e ações governamentais em diferentes áreas como saúde, educação, assistência social, trabalho, previdência social, habitação, urbanismo e justiça. Na área de saúde, destaca-se a previsão das seguintes diretrizes e ações: a) a prioridade no atendimento em órgãos públicos e privados, quando desabrigados e sem família (artigo 4, VII) ; b) a prioridade no cuidado prestado pelas famílias, em detrimento dos asilos (artigo 4, III); c) a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos (artigo 10, II, f); d) o reconhecimento da necessidade de capacitação dos recursos humanos em geriatria e gerontologia (artigo 10, III, c); e e) a previsão de criação de serviços alternativos de saúde para idosos) artigo 10, II, h) (BRASIL, 1994).

Motivado pela “necessidade do setor saúde dispor de uma política expressa relacionada à saúde do idoso” (BRASIL, 1999), o Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria nº 1395/1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Essa política contextualizou a saúde do idoso considerando o envelhecimento crescente da população brasileira, o fenômeno da transição epidemiológica e a alta utilização dos serviços de saúde pelo idoso. Por meio dela, foi previsto em lei o conceito de “capacidade funcional do idoso” (capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma) e a diretriz do “envelhecimento saudável”.² Essa política determinou que os órgãos e entidades do

² O cumprimento dessa diretriz compreende o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde (BRASIL, 1999, p. 6).

MS promovessem a elaboração ou readequação de suas ações, em conformidade com as novas diretrizes estabelecidas (BRASIL, 1999).

Em convergência com as orientações do “Plano Internacional para o Envelhecimento de Madri” de 2002 (TORRES *et al.*, 2020) e com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos, foi publicada a Lei Federal nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, denominado de Estatuto do Idoso (EI). Esse documento estabeleceu de forma organizada algumas prioridades ao idoso, que até então não tinham sido previstas, como: a) a prioridade no atendimento em órgãos públicos e privados prestadores de serviços (artigo 3, §1, I); b) a preferência na formulação e na execução de políticas sociais (artigo 3, §1, II); e c) a destinação privilegiada de recursos públicos ao setor (BRASIL, 2003). O EI estabeleceu também outras inovações como medidas específicas de proteção, normas direcionadas às entidades de atendimento ao idoso, previsão de infrações administrativas, proteção judicial de seus interesses e crimes específicos em relação ao idoso (BRASIL, 2003).

Na área da saúde, o EI estabeleceu que a prevenção e manutenção da saúde do idoso deverá ser efetivada por meio das seguintes ações: a) cadastramento da população idosa em base territorial; b) atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; c) unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado em geriatria e gerontologia social; d) atendimento domiciliar, incluindo internação, para a população impossibilitada de se locomover; e) reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia (BRASIL, 2003). O EI amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz meios para financiar tais ações (BRASIL, 2006).

Motivado pela “necessidade do setor saúde dispor de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso”, pela “conclusão do processo de revisão e atualização da Portaria nº 1395/1999” e pelo Pacto pela Saúde-2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). O documento reconhece a prática insatisfatória da política do segmento e elenca alguns desafios a serem enfrentados: a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS; b) a escassez de equipes multiprofissionais com conhecimento em saúde da pessoa idosa; c) o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil; e d) a implementação insuficiente de redes de assistência à saúde do idoso (BRASIL,

2006).

No âmbito das diretrizes, observa-se que a PNSPI introduz os conceitos de “atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa”, promove o “estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção” e preconiza a “promoção da cooperação nacional e internacional na atenção à saúde do idoso” (BRASIL, 2006). A diretriz da “atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa”, já prevista no EI mas não na PNSI, ganhou maiores contornos nessa nova política. Por meio dela, ficou estabelecido que “a atenção integral e integrada à saúde do idoso deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidado, com foco no usuário, baseado nos direitos, necessidades, preferências e habilidades” (BRASIL, 2006). Foi definido que instrumentos gerenciais, como inventários sobre a capacidade funcional dos idosos, devem ser implementados na Atenção Básica e Especializada. Também foi preconizada a utilização da abordagem multiprofissional e multidimensional do idoso nos serviços de saúde. Por fim, merece destaque o objetivo de enfrentamento das fragilidades em pessoas idosas, promovendo-se sua identificação e atenção específica, para que sejam tomadas ações direcionadas e aptas a melhorar sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

A abordagem multidimensional da saúde do idoso é preconizada pela OMS e se caracteriza pelo acompanhamento dos determinantes de saúde ao longo da vida do idoso (aspectos sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com particular ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais (VERAS, 2018).

Ainda em 2006, o “Pacto pela Vida” instituiu a atenção à saúde do idoso como um dos objetivos prioritários e como meta a implantação da PNSPI. Para tanto, o Pacto definiu sete estratégias: a) a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa; b) a divulgação do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa; c) a implantação do Programa de Educação Permanente à Distância na área do envelhecimento e da saúde do idoso; d) a reorganização do processo de acolhimento na rede pública; e) a assistência farmacêutica dirigida ao público idoso; f) a atenção diferenciada na internação hospitalar, com avaliação geriátrica global do idoso internado em hospital vinculado ao Programa de Atenção Domiciliar; e g) a instituição de modalidade específica para a pessoa idosa no Programa de Atenção Domiciliar. No entanto, não foram definidas metas concretas para o cuidado à saúde

da população idosa, nem quaisquer tipos de incentivos ou sanções para o gestor (GIACOMIN; MAIO, 2016).

Merece destaque ainda a Lei nº 1. 3.466/2017 que, alterando o EI, estabeleceu a prioridade especial para maiores de 80 anos em todo atendimento de saúde, exceto no caso de emergência.

É inegável que as alterações produzidas nas políticas de atenção ao idoso ao longo do tempo foram proporcionando maior aporte de direitos a essa população. No entanto, percebemos que sua implementação é lenta e gradativa (TORRES *et al.*, 2020). Segundo Veras (2009), ainda há muitos desafios para sua efetividade no campo da saúde, dentre os quais a precariedade de investimentos públicos, a desarticulação dos serviços, a deficiência de recursos humanos qualificados, o preconceito e a desinformação.

O sistema de saúde deve oferecer atenção integral em saúde para os idosos, tendo como princípios norteadores a universalidade, a equidade e a integralidade na assistência. Nesse caminho, as particularidades dos idosos precisam ser identificadas e cuidadas. Por exemplo, é necessário a identificação dos idosos frágeis e daqueles que apresentam doenças crônicas, para que possa ser ofertado um atendimento especializado e multidisciplinar, capaz de gerar melhor qualidade de vida.

A temática do idoso carece de maior atenção pelos diferentes atores: profissionais da saúde, gestores públicos, pesquisadores, famílias e sociedade. Nesse sentido, é fundamental que sejam revistos os instrumentos de planejamento e gestão das políticas do setor, com a ampliação das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, no caminho da concretização das políticas públicas já estabelecidas (VERAS, 2009).

3 O CUIDADO ONCOLÓGICO NO BRASIL

3.1 A diretriz do cuidado em rede

O modelo de organização dos serviços de saúde em redes foi descrito pela primeira vez no Reino Unido, por meio do Relatório Dawson, publicado em 1920, como uma resposta à necessidade de garantir acesso universal com equidade a toda população. O modelo propunha um novo padrão de administração dos serviços de saúde, através de uma “única autoridade em saúde” e da “unificação de todos os serviços preventivos e curativos, com ênfase na prevenção” (OMS, 1964).

Esse relatório introduziu diversos conceitos que até hoje são utilizados pelos sistemas de saúde universais ao redor do mundo, como por exemplo, os conceitos de territorialização, níveis de atenção, cobertura, porta de entrada, vínculo, referência, coordenação do processo de cuidado pela atenção primária, além da previsão de mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Os atributos principais das Redes de Saúde previstas no Relatório Dawson são descritos por Kuschnir e Chorny (2010, p. 2.309):

Do ponto de vista da gestão do sistema, todos os serviços – tanto curativos como preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. É indispensável a unidade de ideias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade. O primeiro nível de atenção e a assistência hospitalar eram compreendidos como elementos indissociáveis da mesma rede, atendendo aos mesmos usuários, de acordo com a necessidade. O primeiro nível seria – como efetivamente é, até hoje – responsável pelo acesso de toda a população aos meios diagnósticos e aos serviços especializados/hospitalares.

O modelo de organização em redes foi adotado pelos países que construíram sistemas nacionais de saúde, a exemplo de países da Europa Ocidental, como Reino Unido, Espanha e Itália, e na América do Norte, como o Canadá, com adaptações às suas especificidades. A partir de meados da década de 80, a organização em redes constituiu uma estratégia preconizada pela OMS e pela

OPAS, especialmente para os países que estavam em processos de universalização dos seus sistemas de saúde (OMS, 1990).

A definição mais utilizada para as denominadas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) corresponde à desenvolvida por Shortell, professor da Universidade Northwestern, EUA (OMS, 2008):

Uma rede de organizações que fornece, ou organiza para fornecer, um contínuo coordenado de serviços de saúde para uma população definida, e que estão dispostos a ser responsabilizados por seus resultados clínicos e econômicos e pela saúde da população que atende" (SHORTELL *et al.*, 1993 citado por OMS, 2008, p. 25, tradução nossa).

Existem vários modelos organizacionais para as RISS, no entanto, a literatura preconiza a existência de alguns atributos essenciais para seu funcionamento:

Lista de atributos essenciais do RISS

1. População/território responsável definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em determinar o fornecimento de serviços do sistema;
2. Uma ampla gama de unidades e serviços de saúde, incluindo serviços de saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento oportunos, reabilitação e cuidados paliativos, tudo sob um único guarda-chuva organizacional;
3. Um 1º nível de cuidado que age de fato como porta de entrada para o sistema, que integra e coordena cuidados de saúde, e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população;
4. Entrega de serviços especializados no local mais adequado, que são preferencialmente dados em ambientes extra-hospitalares;
5. A existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do continuum dos serviços;
6. Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade/território;
7. Um sistema de governança participativo único para todo o RISS;
8. Gestão integrada de sistemas de suporte administrativo e clínico;
9. Recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos pelo sistema;
10. Sistema integrado de informações que vincula todos os membros do RISS;
11. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema;
12. Ação intersetorial extensiva.³

Uma ampla gama de estudos sugere que a organização dos serviços de saúde em redes traz benefícios para os sistemas, como: a) aumento da acessibilidade; b) redução no tempo de internação hospitalar e do uso excessivo de serviços e exames diagnósticos; c) redução da fragmentação dos cuidados de

³ Atributos extraídos de extensa revisão da literatura, de discussões do grupo de trabalho na RISS e de consulta especializada da OPAS/OMS em Santiago do Chile, em outubro de 2007 (OMS, 2008, p. 29, tradução nossa).

saúde; d) redução de custos de produção, com aumento da produtividade; e e) melhoria na resposta às necessidades de saúde da comunidade (OMS, 2008).

O Brasil incorporou esse modelo com a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que definiu o conceito de rede e estabeleceu as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Segundo essa normativa, a RAS é definida como:

arranjos organizativos, de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014, p. 4).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2014).

Também foi definido o âmbito de abrangência de uma RAS, que poderia ser formado por uma ou mais regiões de saúde, de acordo com as diretrizes pactuadas pelas Comissões Intergestores (BRASIL, 2014).

Desde a instituição do SUS, a estratégia privilegiada para a implantação da rede foi a descentralização, com a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. Posteriormente, ganhou destaque a estratégia da regionalização, impulsionada por instrumentos como a criação de regiões de saúde e a formação de pactos intergovernamentais, visando ao estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias entre os entes da federação para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade (ALBUQUERQUE; IOZZI, 2008).

Vale destacar que o documento “Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS”, publicado em 2014 pelo Ministério da Saúde do Brasil, já previa uma série de desafios para a efetiva implementação da RAS, a saber:

- criação de cultura e de práticas de trabalho em rede.
- Utilização do planejamento territorial para a construção das RAS (demora na elaboração dos planos de ação regionais).

- Financiamento ainda insuficiente para a dimensão das necessidades do sistema e inadequado (pagamento por tabela e procedimentos)
- Capacidade gestora ainda insuficiente para o monitoramento de todos os processos.
- Pactos regionais que visam muito mais a captação do recurso e pouca intervenção das práticas assistenciais.
- Pactuação competitiva, pouco solidária e com descumprimento do acordado (falta de repasse dos fundos municipais e estaduais para os prestadores de serviço).
- Implantação de regulação efetiva – processo ainda frágil e burocrático, com pouca decisão gestora de exercê-la
- Contratualização formal em pequeno número dos estabelecimentos das redes e ausência como regra de metas de qualidade e segurança do paciente.
- Formação, capacitação, qualificação e educação permanente dos trabalhadores.
- Qualificação do cuidado em todos os níveis sem efetivos planos de intervenção, como nos moldes do exercido nos hospitais do S.O.S. Emergências.
- Monitoramento e avaliação dos resultados – aprimoramento dos sistemas de informação.
- Grupos condutores das redes que não exercem papel de articulador, interlocutor, negociador, avaliador e responsável pela tomada de decisão (BRASIL, 2014, p. 99).

Segundo Kuschnir e Chorny (2010), um dos grandes desafios dos sistemas de saúde latino-americanos é a denominada “fragmentação”, que gera dificuldades em diferentes níveis do sistema, com destaque para: a) a falta de acesso aos serviços (evidenciada pela demanda reprimida e por atrasos na prestação do cuidado); b) falta de cuidados oportunos (evidenciada por meio de longas filas de espera, referências tardias ou cuidados prestados com enfoque reduzido); c) a falta de qualidade técnica na provisão do cuidado; d) falta de continuidade assistencial; e) capacidade instalada ociosa ao lado de sobrecarga de outros serviços; f) cuidado prestado no lugar menos adequado, especialmente no hospital; g) distribuição não equitativa de serviços, que não considera a forma pela qual a população ocupa o território, com marcadas diferenças entre áreas urbanas/rurais; centro/periferia urbana e áreas ricas/pobres; h) uso irracional e ineficiente dos recursos existentes; e i) o descompasso entre a oferta e as necessidades e expectativas da população (OMS, 2008).

3.2 Políticas públicas de controle do câncer no Brasil pós-SUS

Até a primeira década de implantação do SUS, as normativas existentes sobre o controle do câncer estavam fragmentadas em diferentes programas nacionais de prevenção e detecção precoce do câncer, assim como o acesso ao tratamento oncológico concentrava-se em hospitais especializados (KLIGERMAN, 2000).

De acordo com Lima *et al.* (2017), é possível compreender a evolução da Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a constituição do SUS por meio de fases históricas, a saber: fase de definição (de 1990 até a publicação da Portaria GM/MS nº 3.535 de 1998); fase de organização (da publicação da Portaria GM/MS nº 3.535/1998 até a Portaria GM/MS nº 2.439/2005); fase de expansão (da publicação da Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005 até a Portaria GM/MS nº 874/2013); e fase de integração (a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 874/2013). Os marcos temporais dessa abordagem são justificados pela significativa mudança que promoveram na compreensão e organização da atenção oncológica (LIMA *et al.*, 2017).

Na denominada “fase de definição”, destaca-se a Portaria nº 170/93, que trata da organização dos serviços e classifica as unidades de tratamento oncológico em Centro de Referência I (CR I), aptos para atendimento a pacientes com qualquer tipo de neoplasia e CR II, aptos ao tratamento dos principais tipos de neoplasias. Essa portaria também normatiza os Centros de Radioterapia e Quimioterapia isolados, que deveriam estar vinculados a um CR. Segundo Viana e Machado (2009), esse período é marcado pela baixa produção normativa relacionada à atenção oncológica, o que poderia estar ligado à agenda governamental dedicada à descentralização da saúde (LIMA *et al.*, 2017).

A “fase de organização” tem como marco legal a publicação da Portaria nº 3.535/98, que estabeleceu novos critérios para cadastramento dos Centros de atendimento de Alta Complexidade em Oncologia. Essa norma contribuiu para a estruturação do acesso ao tratamento oncológico de forma integral, com estabelecimento de uma rede hierarquizada e definição de fluxos e referências (ATTY *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2017). Esse documento representou um avanço na área do planejamento em saúde, na medida em que a estimativa da necessidade

assistencial passou a ter como parâmetro a base populacional (um CACON para 550 mil habitantes), e não mais a oferta espontânea dos prestadores (HABIB *et al.*, 2012).

A nova normativa substituiu os CRs pelos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e incluiu seus ambulatorios no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Os CACON foram tipificados em: CACON I (hospital geral que realiza diagnóstico e tratamento dos tumores mais frequentes); CACON II (Instituições dedicadas prioritariamente ao controle dos tumores mais frequentes) e CACON III (Instituições dedicadas exclusivamente ao controle de qualquer tipo de câncer) (LIMA *et al.*, 2017).

Em dezembro de 2005, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.439, que inovou na abordagem do câncer como um problema de saúde pública e instituiu as bases para uma ampla Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), inaugurando a “fase de expansão” (HABIB, 2012). A nova política contemplou a importância da garantia de uma linha de cuidado que abarcasse todos os níveis de atenção (atenção básica, atenção especializada de média e alta complexidade) e da constituição das Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica (RAO), que seriam formalizadas pelos Planos Estaduais de Saúde, de forma a garantir o acesso e atendimento integrais (BRASIL, 2005).

Essa portaria reconheceu as ações de promoção à saúde e prevenção do câncer e preconizou a organização do sistema em rede para promover um itinerário terapêutico adequado ao paciente, representando um marco legal da “fase de expansão”, principalmente por estruturar a linha de cuidado do câncer (LIMA *et al.*, 2017).

Importante destacar que a PNAO definiu os componentes fundamentais da Rede de Atenção Oncológica:

- a) a promoção e a vigilância em saúde, que devem proporcionar a redução de fatores de risco para as neoplasias;
- b) a atenção básica, com previsão de ações voltadas para a promoção da saúde, a prevenção do câncer, o diagnóstico precoce, o apoio à terapêutica, aos cuidados paliativos e ao seguimento dos doentes;
- c) a Média complexidade, assistência que deve ser garantida por meio do processo de referência e contrarreferência dos pacientes;
- d) Alta complexidade, organizada de forma a assegurar o acesso dos doentes com diagnóstico definitivo, deverá determinar o estadiamento da doença, tratar os pacientes com qualidade e de acordo com as condutas estabelecidas em Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia;
- e) Sistema de informação, que deve possibilitar aos gestores subsídios para a tomada de decisões e promover a disseminação de informações;

- f) Diretrizes nacionais para a atenção oncológica, envolvendo todos os níveis de atenção, que possibilitem o aprimoramento da atenção, da regulação, da avaliação e dos controles;
- g) Avaliação tecnológica, que deve oferecer subsídios para a tomada de decisões no processo de incorporação de novas tecnologias;
- h) A educação permanente e capacitação das equipes em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2005).

No mesmo ano, foi publicada também a Portaria SAS/MS 741, de 19/12/2005, que promoveu uma reconfiguração dos critérios para habilitação de Unidades em Alta Complexidade em Oncologia, passando a adotar as seguintes categorias: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CRACON) (BRASIL, 2005).

Importante mudança estabelecida com a Portaria SAS/MS 741, de 19 de dezembro de 2005, foi a suspensão da habilitação de novos serviços isolados de quimioterapia e radioterapia, avançando no sentido da integralidade da assistência oncológica e estabelecendo que os já existentes deveriam se adequar às novas exigências em prazo determinado (ATTY *et al.*, 2018). Outro aspecto a ser ressaltado é o estabelecimento da demanda pela implantação dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) como instrumento necessário para realizar as ações de vigilância em saúde (LIMA *et al.*, 2017).

Com a edição da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (que estabeleceu as diretrizes para organização das RAS no SUS), do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (que dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa na saúde) e o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011 (que dispôs sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias no SUS), fez-se necessária a atualização da PNAO, cuja revisão adotou a perspectiva de controle do câncer, ao invés de atenção oncológica, alinhando-se à concepção da OMS (ATTY *et al.*, 2018).

Em novembro de 2012, foi publicada a Lei Federal nº 12.732 (que entrou em vigor em 23/5/2013), estabelecendo que o início do tratamento do câncer no país deve ocorrer em no máximo 60 dias do registro do diagnóstico, constituindo importante instrumento de regulação da assistência oncológica. Essa medida teve sua regulamentação detalhada pela Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013. (BRASIL, 2014).

Em 2013, por meio da Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013, foi instituída a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNPCC), que substituiu a PNAO e pode ser considerada a principal norma da “fase de integração” da Política de Controle do Câncer no Brasil (LIMA *et al.*, 2017). A PNPCC conceitua o câncer como uma “doença crônica prevenível”, destaca as diretrizes de promoção, prevenção, cuidado integral, vigilância, educação, comunicação e incorporação tecnológica (ATTY *et al.*, 2018) e prioriza o modelo de organização em rede, de modo que é possível observar uma ampliação das atribuições dos demais níveis de atenção da rede, bem como uma maior ênfase à integralidade do cuidado e à informação em saúde (LIMA *et al.*, 2017).

Em relação à expansão da radioterapia no país, destacam-se o Projeto Expande, coordenado pelo INCA e iniciado no ano 2000, e o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (Per-SUS), publicado por meio da Portaria nº 931/2012. O Projeto Expande permitiu a criação de 24 Unidades ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia com Serviço de Radioterapia no país, bem como a ampliação da capacidade instalada em hospitais já habilitados no SUS em 11 estados do país, enquanto o Per-SUS previu a implantação de 80 soluções de radioterapia no país (ATTY *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2017).

Em 2014, a Portaria SAS/MS nº 140, de 27 de fevereiro, redefiniu os critérios e parâmetros para a habilitação dos estabelecimentos em oncologia, revogando a Portaria nº 741/SAS/MS/2005. A nova normativa estabeleceu como parâmetro de habilitação o número de 500 mil habitantes. De forma excepcional, permitiu para os estados das regiões Sul e Sudeste habilitações para áreas com população inferior, desde que a estimativa anual de câncer dessa população fosse igual ou maior que 900 casos novos, excetuando-se o câncer de pele não melanoma (SES-RJ, 2017).

Em 2019, a Portaria SAS/MS nº 1.399, de 17 de dezembro, atualizou os critérios e parâmetros para a habilitação dos estabelecimentos de alta complexidade em oncologia, realizando adequações na antiga Portaria SAS/MS nº 140/2014. A nova normativa estabelecia que os parâmetros são referenciais, devendo ser considerado o planejamento regional de cada Estado, no sentido do fortalecimento da organização da rede de atenção (CONASEMS, 2020).

Vale ressaltar que o conjunto de normas que compõe a Política de Controle do Câncer no Brasil após o início da implantação do SUS é muito mais extenso do

que o apresentado neste trabalho, que procurou se concentrar naquelas consideradas mais significativas e propulsoras de mudanças, segundo a literatura. A sucessão de normativas indica um lugar de destaque na agenda política, compatível com a importância epidemiológica do câncer, porém o acúmulo de normas dificulta o conhecimento dos gestores e profissionais da saúde, ainda que atuantes na área (LIMA *et al.*, 2017).

3.3 O modelo de assistência oncológica estruturado em níveis de atenção ou complexidade

Desde a Lei nº 8.080/90, foi introduzida no SUS a sistemática de hierarquização dos serviços de saúde em três níveis de atenção: Atenção Básica (AB), Média Complexidade (MC) e Alta Complexidade (AC) (PINTO *et al.*, 2012). Essa classificação, apesar de alvo de algumas críticas, como pelo CONASS (2007), que a considera fragmentária e centrada em procedimentos, continuou e continua sendo utilizada oficialmente na elaboração das diversas políticas públicas de saúde no Brasil.

A Portaria nº 874/2013, que instituiu a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) no país, tem como diretriz a criação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) na assistência oncológica, orientada para o cuidado integral e baseada na vinculação entre os diversos segmentos implicados no cuidado do câncer (prevenção, promoção da saúde, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos), em consonância com a Portaria nº 4279/2010, que instituiu as diretrizes para a organização das redes no SUS.

O modelo de organização do sistema de saúde brasileiro no sentido da conformação de uma rede tem na AB seu pilar de sustentação. A AB, como primeiro nível de atenção, deve ser capaz de realizar os cuidados primários e resolver os problemas mais comuns de saúde da população, funcionando como primeiro vínculo com o usuário, instância resolutiva e ao mesmo tempo coordenadora de todo o cuidado.

3.3.1 Atenção Básica (AB) e o diagnóstico precoce

A Atenção Básica (AB) é o local privilegiado para as ações de detecção precoce do câncer, que podem resultar na cura ou sobrevivência do paciente em muitos tipos de câncer (INCA, 2011).

No mesmo sentido, a PNPCC orienta que a AB deve ser capaz de promover ações de prevenção, promoção e educação em saúde; realizar rastreamento; identificar sinais e sintomas suspeitos de câncer (diagnóstico precoce) e organizar o encaminhamento para os serviços especializados, para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2013).

A detecção precoce é considerada uma forma de prevenção secundária, que visa identificar o câncer em estágios iniciais, para que haja melhor prognóstico e redução da mortalidade pela doença (INCA, 2011).

A estratégia de detecção precoce compreende as seguintes ações: diagnóstico precoce (por meio do exame clínico de sintomas ou alterações suspeitas e rastreamento (indicado para alguns tipos de câncer, como o de mama, colo de útero, cólon e reto e estômago). Para a execução dessas ações, são de fundamental importância a atuação do profissional de saúde e a disseminação de programas educativos sobre o câncer (INCA, 2011).

3.3.2 Média Complexidade (MC)

A média complexidade relacionada ao cuidado oncológico compreende o acesso às consultas especializadas e aos métodos diagnósticos, como exames de análises clínicas, biópsias, endoscopia, colonoscopia, broncoscopia, mamografia digital, raios-x, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, cintilografia, densitometria, radiologia intervencionista e medicina nuclear.

A maioria dos procedimentos de MC subsidia o diagnóstico de câncer, que é etapa fundamental e estratégica para a escolha da abordagem terapêutica e o início dos protocolos clínicos de tratamento (INCA, 2011).

Para o diagnóstico oncológico, são utilizados diversos parâmetros, sendo os mais comuns a avaliação clínica (que inclui anamnese, exame físico, exames de imagem, endoscopia, dosagem sorológica de marcadores tumorais) e o exame histopatológico,⁴ que é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico confirmatório de tumor maligno, assim como parâmetro para avaliação do prognóstico e indicação terapêutica (INCA, 2019).

Existem diversos estudos indicando a associação entre atraso no diagnóstico e tratamento com pior sobrevida livre da doença, ocorrência de metástase linfonodal, tamanho do tumor e estadiamento tardio (TRUFELLI *et al.*, 2008; ALBRECHT, 2011; SOUZA *et al.*, 2015). De modo inverso, o diagnóstico e o tratamento precoces do câncer têm sido apontados como fatores de redução da mortalidade e do aumento das chances de cura (SOUZA *et al.*, 2015).

O diagnóstico tardio revela dificuldades no acesso aos serviços e programas de saúde, sendo resultado da baixa capacidade do sistema de saúde em absorver a demanda e da dificuldade dos gestores na definição e organização das referências mais adequadas à assistência (TRUFELLI *et al.*, 2008).

Segundo o Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro-PES (2020/2023), o diagnóstico precoce e a demora no acesso ao tratamento ainda são os maiores desafios da assistência oncológica no Brasil e no Estado. É nesse sentido, inclusive, que foi estabelecida a Lei federal nº 12.732, de novembro de 2012, estabelecendo o direito do paciente oncológico ao início do tratamento em no máximo 60 dias após confirmação do diagnóstico.

3.3.3 Alta Complexidade (AC)

3.3.3.1 Métodos terapêuticos para o tratamento do câncer

⁴ O exame histopatológico compreende uma avaliação macro e microscópica de material de biópsia ou peça cirúrgica. Na análise macroscópica, são avaliadas características como cor, tamanho e aparência da lesão, enquanto na análise microscópica, são utilizados escores já estabelecidos para averiguar aspectos histopatológicos anormais e avaliar a origem histológica do tumor, bem como avaliação de expressão de proteínas teciduais por meio de exame imuno-histoquímico (INCA, 2019).

As modalidades terapêuticas mais empregadas para o tratamento do câncer são: a) o tratamento cirúrgico, com a remoção do tumor ou tecido afetado por meio da cirurgia; b) a quimioterapia, onde são utilizadas medicações administradas regularmente ou de uso contínuo e de acordo com os esquemas terapêuticos; e c) a radioterapia, método que atinge diretamente o local ou região do câncer e utiliza equipamentos e técnicas para fazer a irradiação da área afetada.

Os pacientes podem ser submetidos a um único tipo de tratamento ou em associações: a escolha dependerá do quadro clínico do paciente e do estadiamento da doença. A eficácia da terapêutica utilizada depende do diagnóstico precoce e, conseqüentemente, que o início do tratamento aconteça o mais breve possível (RIBEIRO *et al.*, 2015).

3.3.3.2 Algumas particularidades do tratamento oncológico no idoso

A associação dos princípios da geriatria e oncologia, que deu origem à subespecialidade da oncogeriatria, é considerada essencial para fornecer uma assistência de qualidade ao idoso acometido de câncer.

A Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica (SIOG), assim como diversos estudos científicos, recomenda fortemente a avaliação geriátrica multidimensional (AGM) como parte fundamental da abordagem terapêutica do paciente oncológico idoso (FAGUNDES; FERRIGNO, 2012).

A AGM consiste na identificação do estado geral de saúde do idoso, por meio da utilização de parâmetros funcionais, cognitivos, sociais, nutricionais e psíquicos, e da verificação do grau de autonomia, existência de fragilidade e/ou vulnerabilidade. Essa avaliação permite que sejam realizadas intervenções geriátricas direcionadas, que podem melhorar a qualidade de vida do paciente, além de favorecer a tolerância à terapêutica do câncer e a adesão ao tratamento (MOLINA-GARRIDO; GUILLÉN-PONCE, 2011).

Há uma grande diversidade na condição de saúde na população idosa: há idosos perfeitamente saudáveis e há idosos com múltiplas doenças concomitantes que determinam maior fragilidade. Por isso, são tão relevantes os instrumentos de

avaliação da condição de saúde nessa população, de forma individualizada, para que possam ser tomadas as melhores decisões terapêuticas.

O questionário de Qualidade de Vida relacionada à Saúde (QVRS) também é um instrumento de avaliação em saúde preconizado no tratamento do câncer em idoso. Consiste na avaliação da QV em situações de doença ou tratamento, através da autopercepção do indivíduo sobre a sua condição de saúde. Por meio dele, é possível avaliar a indicação e resposta aos protocolos de tratamento, servindo também como marcador prognóstico e importante referência nas tomadas de decisões (BRAGA *et al.*, 2019).

As três principais modalidades de tratamento oncológico são cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A indicação cirúrgica para o paciente idoso costuma ocorrer nos casos de emergência, urgência ou eletivo (nesse último caso, preconiza-se a realização da escala de risco cirúrgico da Sociedade Americana de Anestesia (SITTA; LEPPER, 2012).

A quimioterapia consiste em um tratamento usualmente agressivo para o corpo, com elevado potencial de toxicidade ao organismo e de causar complicações secundárias, como anemia, fadiga, tromboembolismo, náusea, edema, entre outros. Nos idosos, a indicação dessa terapêutica exige um estudo criterioso de custo-benefício, pois pode resultar em uma diminuição global de sua qualidade de vida, e em alguns casos, desencadear toxicidade no organismo, podendo inclusive levar ao óbito (FERREIRA *et al.*, 2015). Nesse sentido, ressalta-se recente publicação do *Informe SUS-ONCO* (INCA, 2021), que traz alguns critérios para avaliação da capacidade funcional do paciente para a indicação terapêutica adequada.

O tratamento radioterápico – um dos mais indicados aos idosos com câncer – resulta em uma redução no nível do desempenho funcional e aumento de depressão, o que altera a QV dos pacientes e, conseqüentemente, sua percepção em relação ao seu estado geral de saúde (MOSHER *et al.*, 2010).

Os idosos apresentam alta prevalência de comorbidades, que podem ser anteriores ao câncer, surgir como consequência da repercussão do câncer no organismo e ainda, como efeito adverso do tratamento e à condição de vulnerabilidade do paciente. Essas comorbidades podem influenciar no prognóstico do câncer e na tolerância ao tratamento oncológico (MOHILE *et al.*, 2011).

É importante destacar os riscos da denominada “polifarmácia” ou “polimedicação”,⁵ especialmente quando se trata de idosos. A polifarmácia pode provocar interações medicamentosas, com risco à saúde do paciente, sendo frequentemente associada a não adesão ao tratamento (ALVES *et al.*, 2019).

A polifarmácia somente é indicada no tratamento do idoso, quando seus benefícios superam os riscos e a farmacoterapia prescrita tem como base a melhor evidência científica disponível. Os medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para idosos são aqueles associados ao risco de causar efeitos colaterais superiores aos benefícios, que não são custo-efetivos e possuem escolhas disponíveis para substituí-los. A par disso, mesmo com essas evidências, há relatos de que muitos MPI ainda são prescritos e escolhidos como tratamento de primeira linha em idosos (ALVES *et al.*, 2019).

Um último ponto que merece destaque quando se analisa o tratamento oncológico no idoso é a importância da equipe multiprofissional de saúde. São inúmeros estudos apontando que a contribuição de diferentes profissionais de saúde melhora consideravelmente o cuidado prestado ao idoso.

Alguns trabalhos também ressaltam os efeitos clínicos positivos e na QV quando os pacientes se sentem amparados e esclarecidos quanto ao desenvolvimento do tratamento, com destaque para a intervenção do profissional farmacêutico, quando este presta um aconselhamento ao paciente sobre sua terapia, possíveis efeitos adversos e como lidar com eles (BRAGA *et al.*, 2019).

Por fim, vale dizer que alguns estudos apontam a escassez de pesquisas clínicas incluindo idosos com câncer, o que gera poucos dados publicados sobre a tolerância desses pacientes a muitos tratamentos que são utilizados em pacientes mais jovens (ANTUNES *et al.*, 2011).

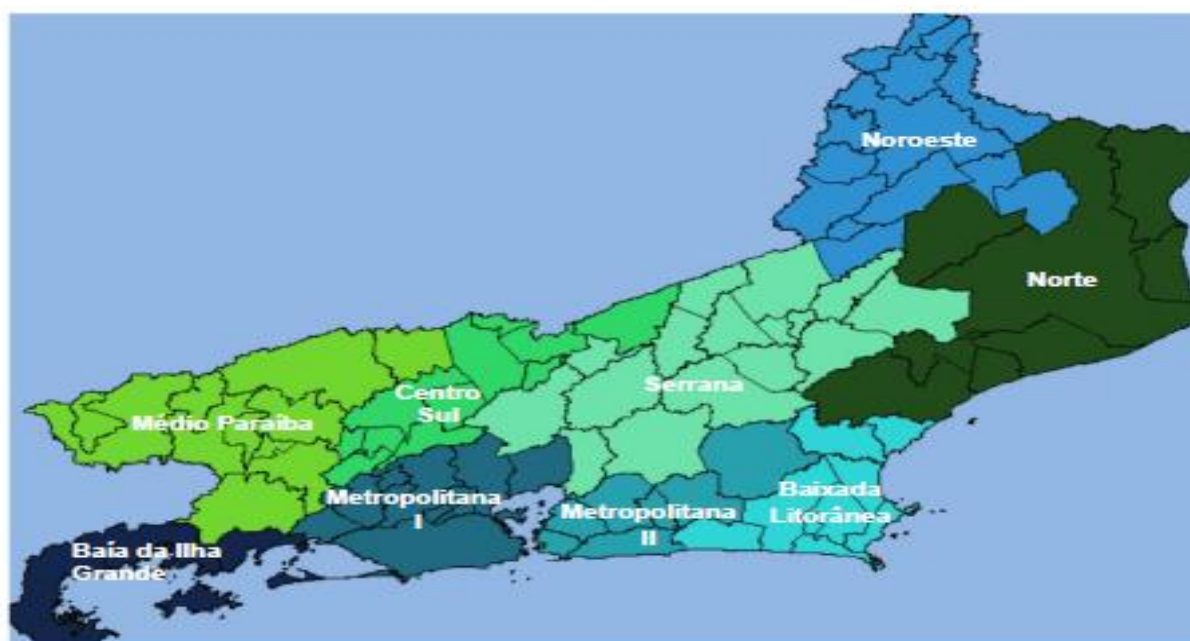
⁵ É a prescrição, administração ou uso de mais medicamentos do que está clinicamente indicado ao paciente (ALVES *et al.*, 2019).

4 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ONCOLÓGICOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

4.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos do câncer no estado do Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro é o terceiro estado mais populoso do Brasil, contando com uma população estimada de 17.463.389 (IBGE, 2021). É formado por 92 municípios, oito regiões administrativas e nove regiões de saúde, sendo elas: Metropolitana I, Metropolitana II, Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba, Centro-Sul, Serrana, Baixada Litorânea, Norte, Noroeste (SES-RJ, 2020).

Figura 2 - Mapa do estado do Rio de Janeiro com as regiões de saúde

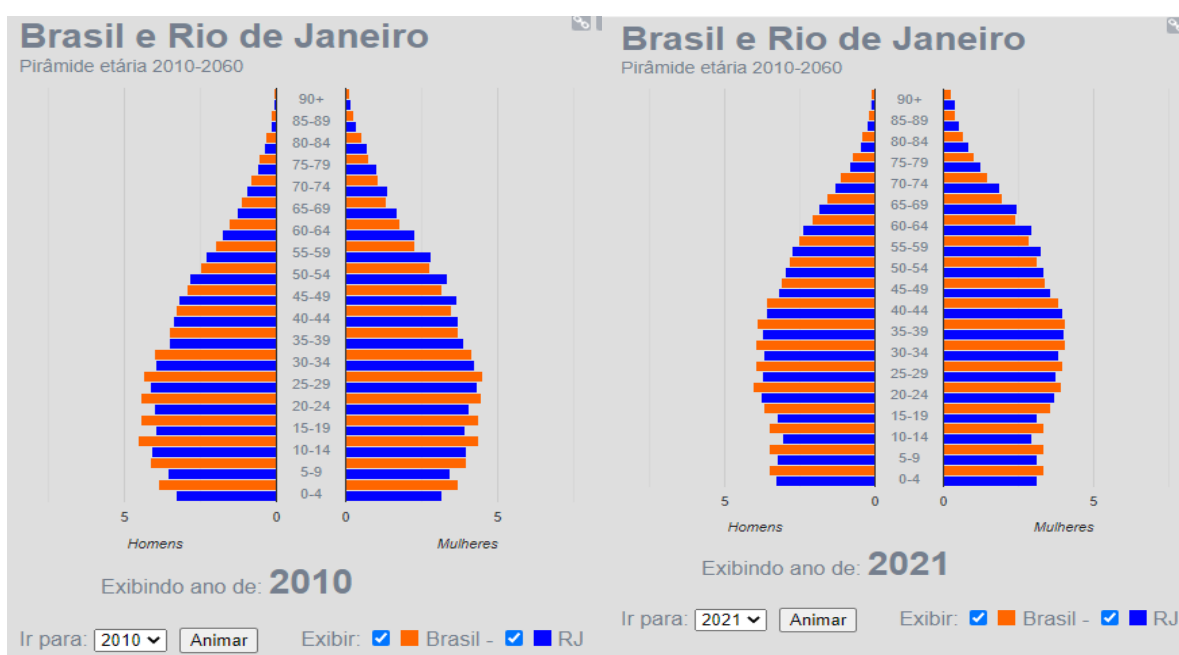


Fonte: SES-RJ, 2020.

Há uma ocupação desigual no estado do Rio de Janeiro, com excessiva concentração populacional nas regiões Metropolitana I e II, enquanto as regiões Noroeste, Norte e Baía da Ilha Grande são as menos ocupadas, com povoações isoladas e pouco articuladas entre si, o que gera reflexos nos perfis demográficos e de morbimortalidade, bem como na atenção à saúde (SES-RJ, 2020).

A estrutura etária do estado do Rio de Janeiro vem apresentando há algumas décadas os efeitos da queda da fecundidade, do aumento da expectativa de vida (especialmente feminina) e da “inércia demográfica”.⁶ A base da pirâmide já se encontra bastante estreita, com alargamento do topo, característica de populações já muito amadurecidas, como se observa na figura abaixo (SES-RJ, 2017).

Figura 3 - Estrutura etária da população do Brasil e do estado do Rio de Janeiro, 2010 e 2021

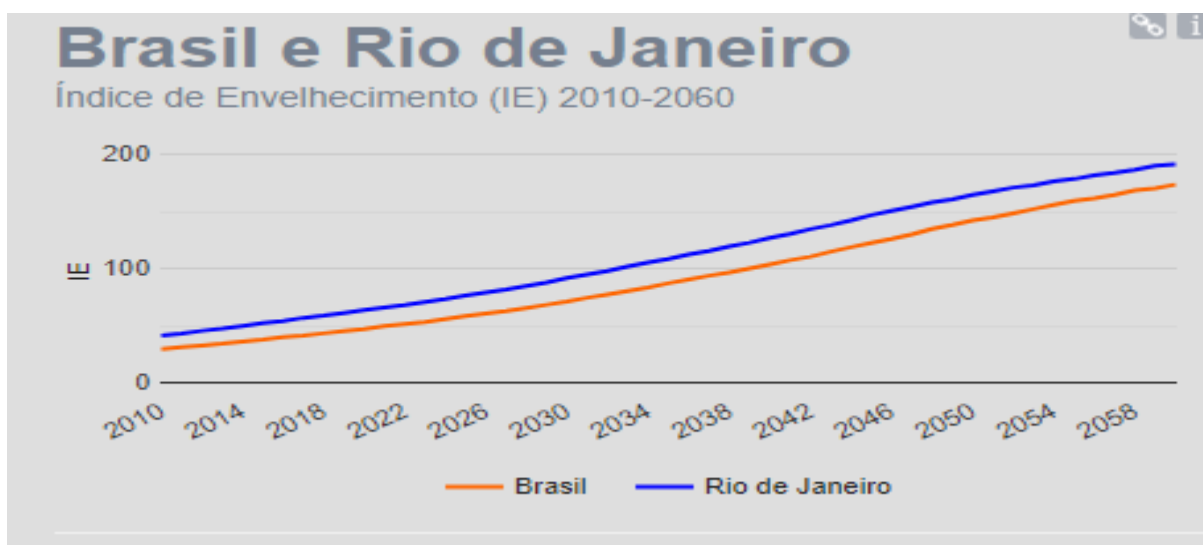


Fonte: IBGE, Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, Estado do Rio de Janeiro. Consulta em 10 nov. 2021.

Segundo o IBGE (2021), o índice de envelhecimento no estado do Rio de Janeiro vem aumentando consideravelmente, seguindo a tendência de maior crescimento da população idosa em relação à população jovem em todo o país, conforme figura a seguir.

⁶ Conceito utilizado pela demografia para explicar o motivo da população continuar crescendo apesar da taxa de fecundidade reduzida: a população cresce porque tem muitas pessoas em idade reprodutiva e não porque têm muitos filhos (ALVES, 2010).

Figura 4 - Índice de envelhecimento no Brasil e Rio de Janeiro - 2010-2060



Fonte: IBGE, Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2021, consulta em 10 nov. 2021.

Em relação ao perfil epidemiológico do estado, a situação de saúde é marcada pela coexistência de tripla carga de doenças, com a permanência de doenças infecciosas e desnutrição, o aumento da incidência de doenças crônicas (como o câncer), e os agravos relacionados a acidentes e violência (SES-RJ, 2020).

A morbidade pelas neoplasias no estado foi estimada por meio da incidência de casos novos por ano segundo região de saúde, conforme levantamento feito pela Secretaria de Estado de Saúde-RJ com base na estimativa 2014/2015 do INCA, conforme apresentado abaixo.

Quadro 1 - Estimativa de casos novos de câncer/ano, para as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde	População 2015		Incidência do câncer		Total
	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina	
Baía da Ilha Grande	135.897	133.635	371	365	736
Baixada Litorânea	382.299	386.653	976	1.055	2.031
Centro Sul	161.558	166.218	412	454	866
Médio Paraíba	429.351	449.836	1.096	1.228	2.323
Metropolitana I	4.861.840	5.256.152	12.406	14.345	26.752
Metropolitana II	974.444	1.047.230	2.487	2.858	5.345
Noroeste	167.617	168.950	428	461	889
Norte	443.160	448.885	1.131	1.225	2.356
Serrana	458.103	478.181	1.169	1.305	2.474
Estado do Rio de Janeiro	8.014.269	8.535.740	20.475	23.296	43.771

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação/SES-RJ, 2020, p. 103.

Os casos novos devem ser agregados aos anteriormente diagnosticados, que não foram considerados nos cálculos acima e continuam demandando procedimentos. Além disso, uma relação média de um óbito para cada três casos novos é esperada para todos os tumores no período de um ano, assim como uma sobrevida relativa de aproximadamente 50% em cinco anos, de acordo com a literatura existente (SES-RJ, 2020).

No tocante à mortalidade por neoplasias, a taxa proporcional atingiu 16,25% do total de óbitos no estado para o período de 2016 a 2020, mantendo-se como segunda causa de óbitos, atrás somente das mortes causadas por doenças transmissíveis (SES-RJ, 2021).

Analisando o número de óbitos por neoplasias no período 2016-2020 segundo a faixa etária, observamos alguns momentos bastante significativos de crescimento no número de mortes: a faixa dos 40-49 anos, 50-59 anos e a faixa dos 60-69 anos, a partir da qual os números se mantêm bastante elevados, conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 1 - Óbitos por neoplasias malignas no estado do Rio de Janeiro por ano segundo faixa etária - 2016-2020

Faixa etária	2016	2017	2018	2019	2020	Total
0 a 4 anos	50	56	44	39	47	236
5 a 9 anos	41	33	33	38	25	170
10 a 14 anos	47	44	39	34	48	212
15 a 19 anos	72	56	45	65	62	300
20 a 29 anos	204	221	202	213	201	1.041
30 a 39 anos	573	594	674	572	625	3.038
40 a 49 anos	1.470	1.445	1.466	1.460	1.475	7.316
50 a 59 anos	3.827	3.740	3.761	3.576	3.440	18.344
60 a 69 anos	5.650	5.769	6.010	6.105	5.852	29.386
70 a 79 anos	5.117	5.293	5.293	5.421	5.381	26.505
80 anos e mais	4.611	4.456	4.911	4.793	4.647	23.418
-Idade ignorada	11	11	11	7	8	48

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade do SUS(SIM), abril de 2021.

4.2 A regulação assistencial e seus desafios

A regulação em saúde foi introduzida no SUS como política pública, por meio da Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação e prevê sua organização em três dimensões: regulação do sistema de saúde, da atenção à saúde e do acesso à assistência (BRASIL, 2008).

A regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial tem como competência garantir o acesso aos serviços de saúde, por meio de um conjunto de ações ordenadas em fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos e consultas e exames articulados entre si, que se propõem a realizar o elo entre as demandas dos usuários e os serviços de saúde (SES-RJ, 2020).

Nos termos da política estabelecida, a regulação assistencial compreende a função de organização do acesso, segundo algumas diretrizes: a disponibilidade de vaga, o local de atendimento mais próximo possível da residência do paciente, a prioridade de acordo com a complexidade do caso. A conformação também objetiva diminuir o tempo de espera para o tratamento e evitar grandes deslocamentos para acesso ao cuidado (BRASIL, 2008)

No estado do Rio de Janeiro, o Complexo Regulador Estadual foi estabelecido por meio da Resolução SES-RJ nº 20.102, de 14 de julho de 2003, que constituiu a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CER-RJ) e oito Centrais Regionais de Regulação (CREG). O Complexo Regulador Estadual é responsável pela otimização dos serviços de saúde, utilizando-se de critérios técnicos, elaboração e aplicação de protocolos assistenciais e de regulação, otimização de leitos hospitalares, organização de filas de espera, identificação de pontos de desajustes sistemáticos entre a pactuação e a demanda dos usuários (SES-RJ, 2020).

As CREGs devem regular a oferta de serviços em âmbito regional. Uma parte de sua atuação foi descrita no PES 2020/2023: “quando não existe oferta na especialidade necessária, ou quando a demanda extrapola a oferta existente, as CREGs transferem as solicitações para outra regional ou para a estadual [...]” Nesse aspecto, o PES 2020/2023 aponta a evidente deficiência quantitativa de serviços em especialidades estratégicas, como a oncologia e investigação diagnóstica, bem como a inexistência de autonomia de procedimentos de uma região em relação à

outra e sinaliza para a necessidade de políticas para minimizar essas iniquidades (SES, 2020, p. 139).

Em 2015, por meio da Deliberação CIB nº 3.470, de 20 de julho, foi reestruturado o Complexo Regulador Estadual para constituir a Central Unificada de Regulação (REUNI-RJ), unificando sob a gestão estadual a oferta dos hospitais e institutos federais com os institutos e ambulatorios estaduais (SES-RJ, 2020). O REUNI-RJ objetivou permitir o acesso de todos os municípios do estado aos serviços especializados e estratégicos da capital, por meio de uma fila única, em que são priorizados os casos graves. A partir de sua implantação, a regulação dos procedimentos estratégicos passou a ser realizada exclusivamente por meio do REUNI-RJ. Através do sistema, são avaliadas e agendadas as consultas de primeira vez em várias especialidades médicas, como a oncologia cirúrgica e a braquiterapia (SES-RJ, 2020, p. 140).

Nesse contexto, os principais desafios identificados no âmbito da regulação estadual do Rio de Janeiro foram: a) as regiões dependem da oferta de serviços especializados existentes na capital, com destaque para a dependência dos municípios da Baixada Fluminense e da Região Metropolitana II em relação à capacidade instalada da capital; b) inadequação entre demanda e oferta de serviços, o que prejudica a função da regulação; c) a grande distância geográfica percorrida pelos usuários para concretizar os atendimentos (SES-RJ, 2020 p. 138ss.).

Dessa forma, parece iminente e necessária a organização em rede no estado, para diminuir essa dependência dos serviços especializados ofertados na capital. Nesse sentido, como afirma Kuschnir (2015):

os mecanismos de regulação são um instrumento fundamental para operacionalizar os fluxos numa rede já constituída e com papéis e perfis definidos, pactuados e assumidos, mas não são capazes de instituir a rede onde ela não existe. (KUSCHNIR, 2015, p. 154).

Por fim, o processo de regulação pode e deve ser utilizado como um poderoso instrumento de planejamento e intervenção na realidade sanitária, pois tem potencial para sinalizar os pontos de estrangulamento no acesso aos serviços de saúde.

4.3 Oferta de serviços oncológicos no estado do Rio de Janeiro

A Política Nacional de Controle do Câncer em vigor, instituída pela Portaria nº 874/2013, estabelece a construção de redes estaduais ou regionais de atenção oncológica, que devem ser formalizadas pelos Planos Estaduais de Saúde. Essa organização em rede deve estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência, garantindo acesso e atendimento integral à população.

O estado do Rio de Janeiro apresentou sua primeira versão do Plano Estadual de Controle, Prevenção e Atenção ao Câncer no ano de 2013, com vigência por cinco anos. Em 2017, foi pactuado o novo Plano Estadual de Atenção Oncológica (PEAO) com vigência de 2017 a 2021.

O PEAO 2017/2021, com base em consulta ao CNES em agosto de 2016, apontou a existência de 25 UNACON/CACON habilitados, três serviços de radioterapia isolados e dois hospitais gerais com cirurgia oncológica no estado. O PEAO 2017/2021 realizou um levantamento da oferta de serviços oncológicos para a população SUS-dependente do estado (80%), considerando como parâmetros a população estimada e a estimativa de casos novos do INCA em 2016 (excetuando o câncer de pele não melanoma), tendo concluído por um déficit de 14 unidades no estado (11 unidades para a Região Metropolitana I, 2 unidades para a Região Metropolitana II e 1 unidade para a Baixada Litorânea) (SES-RJ, 2017, p. 76-77).

O PEAO 2017/2021 também realizou um levantamento da capacidade diagnóstica de neoplasias no estado no ano de 2016, utilizando os relatórios de produção do SIA-SUS dos cânceres mais incidentes na população (mama, colo de útero, intestino, próstata, cabeça e pescoço, estômago e pulmão) e observou uma baixa cobertura de exames de diagnóstico, bem como uma distribuição ineficiente desses serviços entre as regiões de saúde, refletindo em atraso no início do tratamento (SES-RJ 2017, p. 46-58).

Em 2020, foi publicado o Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro- PES, com vigência de 2020-2023. Esse plano informa a existência de 28 UNACON/CACON, dois serviços de radioterapia isolados e cinco hospitais gerais com cirurgia oncológica no estado, e indica que estão em avaliação três possíveis novas habilitações de serviços oncológicos para os próximos anos: um UNACON no município do Rio de Janeiro (Fundação do Câncer); um UNACON no município de

Duque de Caxias (Complexo Hospital Moacir do Carmo + HINJA Caxias); e um UNACON no município de Angra dos Reis (Hospital de Japuíba) (SES-RJ, 2020).

Com base na população estimada de 2018 para o estado, o PES 2020 apontou um déficit de 11 serviços oncológicos na rede estadual, sendo oito para a Região Metropolitana I, para a Região Metropolitana II e uma para Região Norte (SES-RJ, 2020, p. 108).

Nota-se que o planejamento da oferta regional de serviços oncológicos no estado vem sendo realizado com base unicamente na cobertura populacional e na estimativa de casos novos de câncer, sem avaliar outros aspectos organizacionais de suma importância como: os fluxos entre residência e local do serviço, as distâncias percorridas pela população para o atendimento, a malha viária existente, o custo estimado destes deslocamentos e a necessidade de interiorização dos serviços, no sentido de promover uma assistência oncológica efetiva à população (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A distribuição das referências dos municípios para cada tipo de tratamento oncológico na rede estadual foi pactuada nos termos da CIB-RJ nº 2.883, de 12/05/2014, atualizada posteriormente pela nº 5.892, de 19/07/2019. A identificação dessas referências em cada região de saúde, por tipo de tratamento, será realizada no tópico “Acessibilidade”, quando da discussão dos dados coletados junto ao Integrador RHC para os anos 2016 e 2017 no estado.

5 JUSTIFICATIVA

O fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil e suas repercussões políticas, sociais, econômicas e sanitárias, acompanhado da alta incidência e morbimortalidade pelo câncer na população idosa brasileira, despertaram interesse de pesquisa no sentido de identificar de que forma as necessidades de saúde da população idosa com câncer vêm sendo recepcionadas pelo sistema público de saúde brasileiro.

Apesar de todo o avanço no tratamento do câncer, milhares de pacientes idosos ainda morrem com a doença, muitas vezes por diagnóstico tardio e/ou falta de acesso e informação, fazendo com que o câncer seja a segunda principal causa de morte no Brasil, atrás somente das doenças cardiovasculares.

A Lei federal nº 12.732, publicada em 2012, assegurou aos pacientes com câncer o direito ao início do tratamento pelo SUS em no máximo 60 dias do diagnóstico no prontuário (Portaria nº 876, de 16/05/2013). No entanto, o incremento do diagnóstico precoce e a rapidez no acesso ao tratamento ainda são grandes desafios a serem enfrentados no Brasil e no estado do Rio de Janeiro.

A dimensão do acesso aos serviços de saúde constitui um elemento fundamental para o desempenho dos sistemas de saúde e para a concretização do direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988. A análise do acesso permite um diagnóstico da situação de saúde de uma população, incluindo características sociodemográficas e clínicas, como também aspectos relacionados a organização dos serviços, sua oferta e acessibilidade, sendo possível identificar, por vezes, barreiras e dificuldades no sistema e propor intervenções.

Um estudo do acesso em nível nacional abarcaria as diferentes regiões do país, suas nuances culturais e desigualdades regionais, o que seria muito oportuno para um estudo acadêmico. No entanto, isso exigiria uma extensa análise de dados que o exíguo tempo de uma pesquisa de mestrado não permite. Por isso, optamos por realizar uma análise do acesso do idoso ao tratamento oncológico do SUS no estado do Rio de Janeiro.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

- Identificar e discutir fatores facilitadores e limitantes para o acesso do idoso ao tratamento oncológico do SUS no estado do Rio de Janeiro

6.2 Objetivos específicos

- Analisar a qualidade de algumas variáveis do Registro Hospitalar de Câncer (Integrador-RHC) e seu potencial como fonte de informação para análise do acesso ao tratamento oncológico no estado do Rio de Janeiro.
- Identificar e discutir possíveis entraves na organização dos serviços oncológicos no estado do Rio de Janeiro, apontando elementos capazes de aprimorar o desempenho da rede.

7 METODOLOGIA

O presente estudo corresponde a uma pesquisa do tipo exploratória e com abordagem quantitativa-qualitativa, que pretendeu conhecer a temática de forma mais aprofundada, utilizando dados quantitativos secundários e, ao mesmo tempo, buscou compreender os diversos fatores que interferem na realidade, por meio de consulta bibliográfica, documental e possíveis associações de variáveis encontradas.

Os procedimentos metodológicos utilizados foram o levantamento e análise de dados secundários do Módulo Integrador do RHC (Sis-integrador), juntamente com consulta bibliográfica e documental sobre os temas acesso a serviços de saúde, políticas públicas de atenção ao idoso e de controle do câncer no país, rede de atenção ao câncer e organização dos serviços oncológicos no estado do Rio de Janeiro. A pesquisa documental foi realizada essencialmente junto à legislação específica e ao Plano Estadual de Oncologia 2017/2021 e Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

Os dados extraídos do Integrador-RHC corresponderam aos casos analíticos de pacientes idosos diagnosticados com câncer em 2016 e 2017, considerando idoso toda pessoa com idade igual ou acima de 60 anos, registrados no RHC pelas unidades habilitadas em oncologia do estado do Rio de Janeiro. A escolha do período temporal ocorreu em virtude de ter sido observado, no início da coleta dos dados, que o INCA ainda estava recebendo dados referentes a 2019 e que o envio dos registros pelas unidades hospitalares deve ocorrer até setembro do ano seguinte ao ano base da coleta, podendo esse processo sofrer atrasos. Com o intuito de obter um banco de dados o mais atualizado possível e que abrangesse a totalidade dos casos registrados no RHC, optou-se pela coleta e análise dos anos anteriores – 2016 e 2017.

Esta pesquisa pretendeu responder às seguintes perguntas: (a) qual o perfil sociodemográfico da população idosa que obteve atendimento nos hospitais registradores? (b) Quais os principais tipos de câncer que acometeram essa população? (c) O paciente chegou no hospital registrador com diagnóstico de câncer? (d) Qual foi a principal base para o diagnóstico do câncer? (e) Qual grau de estadiamento clínico na população estudada? (f) O hospital registrador se encontra próximo da residência do paciente? (município, região de saúde e estado); (g) Qual

o intervalo de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico? (h) Qual o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento? (i) Quais os tratamentos oncológicos recebidos no hospital? (j) Qual o estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital? (k) Qual a proporção de óbitos após o primeiro tratamento? (l) Qual a relação entre o estadiamento clínico e o número de óbitos?

Os dados secundários oriundos do Integrador RHC também foram analisados segundo sua completude e consistência. A completude tem relação com a proporção de casos com preenchimento ignorado e sem informação; já a consistência refere-se à proporção de casos preenchidos com códigos inexistentes, em formatos incorretos ou que apresentem incoerência com outras variáveis (PINTO *et al.*, 2012).

Como critério de avaliação de completude e consistência dos dados do RHC, foi utilizado o proposto por Romero e Cunha (2006): excelente (abaixo de 5%); bom (5 a 10%); regular (10 a 20%); ruim (20 a 50%) e muito ruim (50% ou mais) (ROMERO; CUNHA, 2006 apud PINTO *et al.*, 2012).

7.1 Pesquisa documental e bibliográfica

Foram realizadas consultas à legislação e às bases de dados LILACS, SciELO e Google Acadêmico, com os descritores “política nacional do idoso”, “política” e “idoso”, “política” e “câncer”, “política” e “controle do câncer”, “câncer” e “idoso”, com o objetivo de identificar as políticas públicas estabelecidas no país para a atenção ao idoso e para o controle do câncer. A partir disso, o foco residiu na identificação dos princípios, diretrizes e ações governamentais preconizados por essas políticas, buscando observar pontos de harmonia e possíveis incongruências existentes entre elas.

Foram também consultados documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde, INCA, IBGE, IPEA e Secretaria de Estado do Rio de Janeiro, que contém dados, informações e conceitos relevantes para a análise dessas políticas, como por exemplo: índices de envelhecimento no país e no estado do Rio de Janeiro; estimativa do câncer no país e no estado do Rio de Janeiro; taxa de mortalidade proporcional pelo câncer no estado e análises sobre a oferta de serviços oncológicos no estado do Rio de Janeiro.

Para o estudo do acesso do idoso ao tratamento oncológico no estado do Rio de Janeiro, é fundamental compreender o conceito de acesso e para isso foi realizada consulta bibliográfica às bases de dados LILACS, SciELO e Google Acadêmico, com os descritores “acesso” e “conceitos de acesso”, além da definição posterior dos referenciais teóricos a serem utilizados na pesquisa.

7.2 Registros Hospitalares de Câncer (RHCs)

7.2.1 Aspectos explicativos sobre os registros

Os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) constituem um sistema integrado de informações sobre câncer no Brasil, coordenado pelo INCA e com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que serve como instrumento de apoio à Política Nacional de Controle do Câncer, à avaliação da qualidade da assistência, ao planejamento em saúde, bem como subsídio para o desenvolvimento de pesquisas clínicas e trabalhos científicos (INCA, 2010).

O primeiro RHC foi implantado no INCA no ano de 1983, com base nas orientações e padronizações da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) e do Programa de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais (SEER) do Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América. Desde então, mantém sua atividade ininterrupta e conta com o trabalho conjunto do INCA e das SES para promover as revisões e adequações necessárias à sua evolução (INCA, 2010).

O funcionamento dos RHCs foi inicialmente regulamentado pela Portaria MS nº 171/1993, que tornou obrigatória a existência do registro nos hospitais de atendimento oncológico do SUS, com o objetivo de melhorar a qualidade da informação hospitalar sobre controle do câncer no Brasil (INCA, 2010). Posteriormente, a Portaria MS nº 3.535/1998 reforçou a importância dos RHCs nessas instituições. A Portaria MS nº 741/2005, que redefiniu os UNACON, CACON e CRACON, determinou que essas unidades de saúde devem dispor e manter em funcionamento o RHC informatizado, estabelecendo um prazo de 12 meses para sua implantação. Essa portaria também definiu o fluxo das informações oriundas dos

RHCs, estabelecendo que os dados devem ser encaminhados anualmente ao INCA, para organização, divulgação e publicação.

Os RHC se expandiram rapidamente no país, de modo que atualmente é grande o número de Unidades da Rede de Alta complexidade em Oncologia do SUS que faz os registros. Para sua operacionalização, o INCA desenvolveu dois aplicativos: a) o SisRHC, distribuído gratuitamente para as SES, que o disponibilizam para os hospitais, possibilitando a padronização e o processamento dos dados de acordo com as normas técnico-operacionais vigentes; e b) o Integrador RHC - Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer, que serve para o envio, a consolidação, o acompanhamento e a análise dos dados nacionais dos RHCs brasileiros. O complexo formado pelo Módulo integrador e o SisRHC compõe o RHC Brasil (INCA, 2010).

Os RHC coletam dados de casos analíticos e não analíticos. Os casos analíticos referem-se a: a) pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento específico para câncer e que são tratados no hospital; b) aqueles que chegam com diagnóstico, porém sem terem dado início ao tratamento antineoplásico específico; c) os pacientes que chegam com diagnóstico e estão no curso do primeiro esquema terapêutico de tratamento; d) quando há diagnóstico no momento da necropsia (INCA, 2010, p. 329).

Os casos não analíticos são: a) aqueles que chegam ao hospital com doença em estágio terminal (FPT); b) aqueles que já chegam com o primeiro tratamento realizado, apenas para receberem uma modalidade terapêutica não disponível no hospital de origem; c) os que, por algum motivo, não chegam a realizar o primeiro tratamento preconizado; d) os que chegam para tratar recidivas tumorais ou para ouvir parecer sobre seu caso, retornando ao hospital de origem. Esses casos não são considerados de interesse prioritário da instituição para efeitos de registro e acompanhamento temporal (INCA, 2010, p. 329).

Os dados constantes dos RHC são coletados a partir de duas fichas: a ficha de registro de tumor e a ficha de seguimento, que contém itens de preenchimento obrigatório e facultativo. As informações dessas fichas derivam da análise dos prontuários médicos pelos registradores, profissionais capacitados e treinados para tanto.

7.2.2 Método de pesquisa

A partir do Módulo Integrador do RHC, de acesso público no sítio eletrônico <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>, foi realizado, em 21 de julho de 2021, o *download* das planilhas consolidadas dos anos de 2016 e 2017 do RHC do Estado do Rio de Janeiro. Os dados foram armazenados e analisados por meio do *software* Microsoft Excel®, versão 2010.

O caminho de análise dos dados para os anos pesquisados foi: 1) seleção dos casos analíticos (variável TPcaso); 2) seleção dos pacientes com idade igual ou acima de 60 anos (variável idade); 3) seleção dos casos analíticos com diagnóstico confirmado de câncer em 2016 e 2017; 4) verificação da distribuição por sexo (variável sexo) ; 5) distribuição por raça/cor (variável raça); 6) verificação por grau de instrução (variável Instrução); 7) estado e município de procedência do paciente (colunas L e M); 8) verificação do CNES e localização do município do hospital de tratamento (variáveis CNES e MUUH); 9) distribuição dos tipos de câncer (variável LOCTUDET); 10) verificação da base mais importante para o diagnóstico (variável BASMAIMP); 11) análise da existência de diagnóstico ou tratamento anteriores à entrada no hospital do RHC (variável DTAGANT); 12) verificação do grau de estadiamento no diagnóstico (variável ESTADIAG); 13) primeiro tratamento realizado (variável PRITRATH); 14) principal razão para não realização do tratamento no hospital (AE); 15) estado da doença ao final do primeiro tratamento (AH); 16) data do diagnóstico (coluna AM); 17) data da 1 consulta (coluna AO); 18) data do início do primeiro tratamento (AP).

No quadro abaixo, estão relacionados os itens obrigatórios da ficha de registro de tumor que foram coletados do Módulo Sis-Integrador RHC para esta pesquisa.

Quadro 2 - Significado das variáveis coletadas do Módulo Sis-Integrador RHC

Variável/ Descrição	Domínio
TP CASO = tipo de caso	1.Sim (analítico); 2. Não (Não analítico)
ANOPRIDI	Ano do diagnóstico
SEXO	1. Masculino; 2. Feminino)
IDADE = idade na primeira consulta (calculada pela diferença entre a data da primeira consulta e a data do nascimento)	Idade, em anos
RAÇA/COR	1. Branca; 2. Preta; 3. Amarela; 4. Parda; 5. Indígena; 6.Sem informação
INSTRUC = escolaridade	1. Nenhuma; 2. Fundamental incompleto; 3. Fundamental completo; 4. Nível Médio; 5. Nível superior incompleto; 6. Nível superior completo; 9. Sem informação
ESTADRES = UF de residência	Sigla da UF de residência
PROCEDEN = Código do Município de residência	Tabela de Municípios do IBGE
CNES = Número do CNES do Hospital	Codificação segundo tabela do Cadastro Nacional de Estab. De Saúde
LOCTUDET =Localização primária do tumor (categoria 3d)	Código da CID-O, 3 dígitos
BASMAIMP = Base mais importante para o diagnóstico do tumor	1. Clínica; 2. Pesquisa Clínica; 3. Exame por imagem; 4. Marcadores tumorais; 5. Citologia; 6. Histologia da metástase; 7. Histologia do tumor primário; 9. Sem informação
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
ESTADIAG =Estadiamento clínico do tumor (TNM)- Grupo	Codificação do grupamento do estágio clínico segundo classificação TNM
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
RZNTNR = 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
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
DATAPRICON = Data da primeira consulta	dd/mm/aaaa
DTDIAGNO =Data do primeiro diagnóstico	dd/mm/aaaa
DATAINITRT = Data do início do primeiro tratamento específico para o tumor no hospital	dd/mm/aaaa
MUUH =Município da unidade hospitalar	Tabela de Municípios do IBGE

Fonte: Integrador-RHC, 2020, última atualização em 30 mar. 2020.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 Perfil sociodemográfico

Neste tópico, foram analisadas as variáveis idade, sexo, raça, grau de instrução e local de residência dos casos analíticos registrados no Sis-Integrador/RJ da população com idade igual ou maior de 60 anos.

A planilhas extraídas do Sis-Integrador RHC para o Estado do Rio de Janeiro apresentaram 14.776 linhas em 2016 e 17.418 linhas em 2017, representando para cada ano a soma dos casos analíticos e não analíticos registrados de câncer sem qualquer filtro. Com a seleção dos casos analíticos, obteve-se um total de 10.423 casos analíticos em 2016 e 12.903 casos analíticos em 2017, sem qualquer filtro de idade.

Para cada ano, foram calculados os casos analíticos de acordo com as seguintes faixas etárias: menor de 60 anos, de 60 a 79 anos e igual ou maior de 80 anos, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Número de casos analíticos registrados no Integrador RHC/RJ por faixa etária – 2016-2017

	Menor de 60		60-79 anos		80 ou mais		Total
	n	%	n	%	n	%	n
2016	4.465	42,8%	4.945	47,4%	1.013	9,7%	10.423
2017	5.256	40,7%	6.381	49,4%	1.266	9,8%	12.903

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador-RHC/RJ, anos 2016 e 2017.

Inicialmente, destaca-se um aumento no número absoluto de casos analíticos gerais registrados de 2016 para 2017, porém proporcionalmente não houve aumento de frequência em todas as faixas etárias: na população menor de 60 anos, a proporção de casos registrados em 2016 foi maior que em 2017; e na população com idade igual ou maior de 80 anos, a diferença foi de 0,1% de casos a mais em 2017.

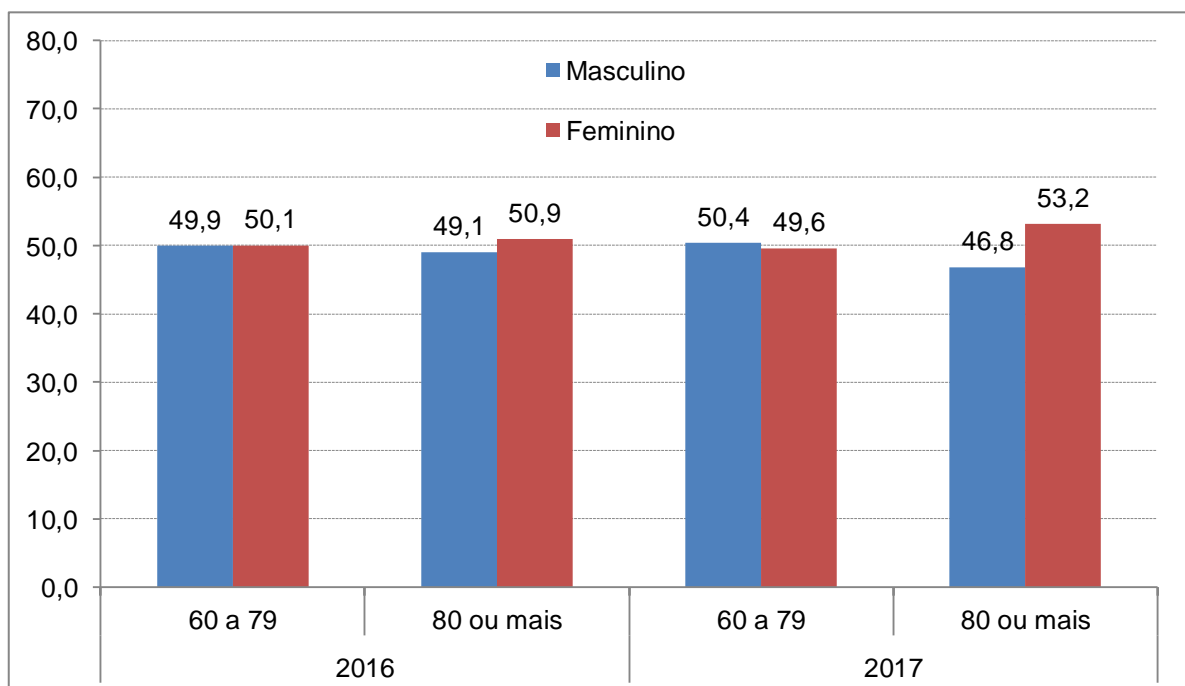
Em 2016, foram 5.958 casos analíticos registrados em idosos (60 anos ou mais) e 4.465 casos registrados em população abaixo dessa idade, de modo que a proporção de casos registrados em idosos foi de 57,2%. Em 2017, foram 7.647 casos analíticos registrados em idosos e 5.256 casos em população abaixo de 60 anos, sendo a proporção de casos analíticos em idosos de 59,3%.

Dentre os idosos, população com 60 anos ou mais, a maior quantidade de casos registrados se concentrou na faixa etária entre 60 e 79 anos: 83% em 2016; 83,4% em 2017.

O maior número de registros de casos analíticos em idosos nos anos do estudo parece refletir a epidemiologia do câncer na população do estado do Rio de Janeiro, uma vez que diversos estudos já sinalizaram para uma associação direta entre o envelhecimento e a incidência do câncer.

No Gráfico 1, foi apresentada a distribuição dos casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador RHC para o Estado do Rio de Janeiro conforme o sexo.

Gráfico 1 - Distribuição dos casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador-RHC/RJ de acordo com o sexo – 2016-2017



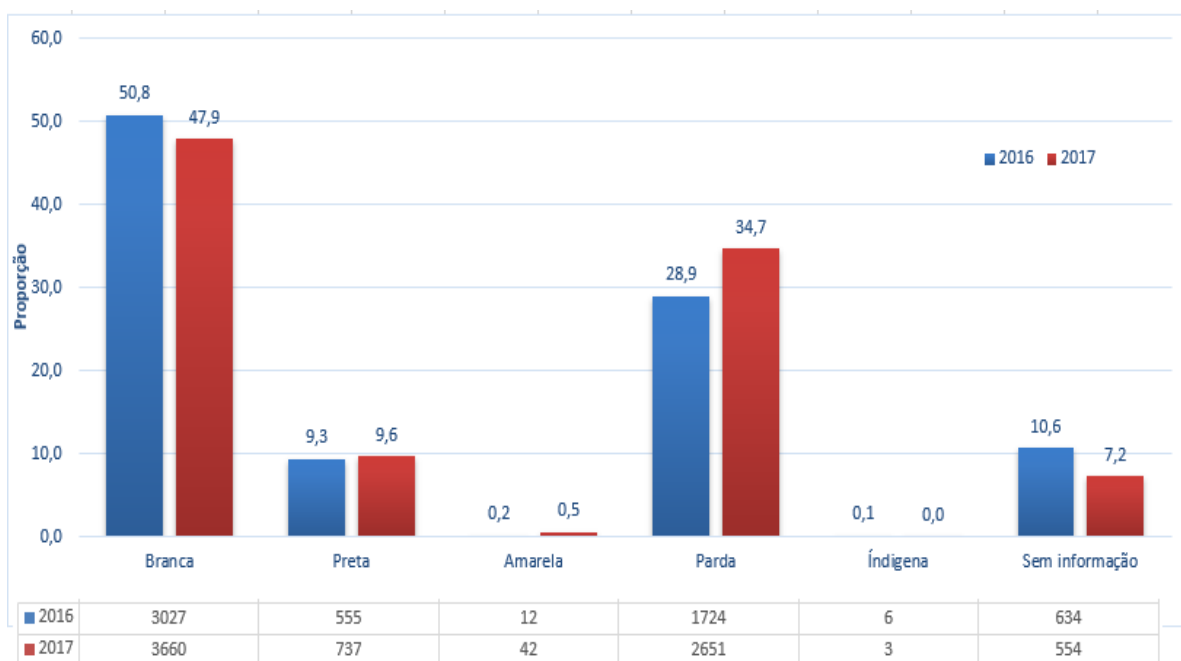
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador-RHC, estado do Rio de Janeiro, anos 2016 e 2017.

Da análise do Gráfico 1, observa-se que não houve diferença expressiva na quantidade de casos analíticos registrados na população idosa em relação ao sexo nos em 2016, tendo havido uma distribuição homogênea dos casos de câncer entre os sexos masculino e feminino. Em 2017, para o sexo feminino com idade de 80 anos ou mais, observa-se proporção de casos superior ao sexo masculino.

Muitos estudos apontam para desigualdades de gênero no acesso aos serviços de saúde em geral, com o predomínio do sexo feminino na busca e atendimento em saúde, inclusive na população em idade avançada. No entanto, o estudo com os registros de câncer na população idosa do estado do Rio de Janeiro não apresentou diferença expressiva de gênero no ano 2016 e.

No Gráfico 2, foi apresentada a distribuição dos casos analíticos com idade igual ou acima de 60 anos registrados no Integrador RHC para o Estado do Rio de Janeiro, de acordo com a variável cor/raça.

Gráfico 2 - Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador-RHC/RJ de acordo com a variável cor/raça – 2016-2017



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador RHC, estado do Rio de Janeiro, anos 2016 e 2017.

Observa-se que, nos dois anos de estudo, houve predominância das cores branca e parda dentre os casos analíticos registrados na população idosa. Em termos proporcionais, em 2016, a cor branca representou 50,8% dos casos

analíticos registrados para o ano; a parda 28,9% e a negra, 9,3%. Em 2017, a cor branca alcançou 48% dos casos; a parda 35% e a negra, 9,6%. De um ano para outro, podemos destacar o aumento no número absoluto de casos analíticos registrados de idosos das cores branca, parda, amarela e preta, destacando-se o aumento percentual de casos analíticos registrados com a cor parda (de 28,9% para 35%), o que significou um acréscimo de 926 casos em 2017.

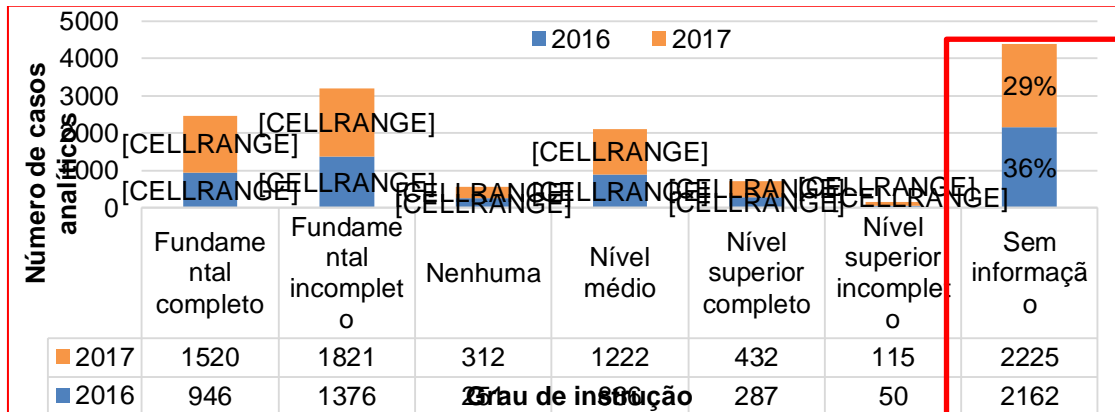
Em relação à completude da variável, temos que o número de casos registrados sem a informação referente à cor/raça foi de 634 casos em 2016 (10,6%) e 554 casos em 2017 (7,2%). Utilizando-se do critério de classificação de Romero e Cunha (2006), houve completude regular da variável nos dois anos estudados. Alguns estudos sinalizam a existência de desigualdades de acesso aos serviços de saúde no que se refere a cor/raça dos usuários, com necessidade de ampliação do acesso da população negra aos serviços de saúde (PAULISTA *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNSIPN), instituída em 2006 no Brasil, reconheceu o racismo e as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais da saúde, estabelecendo como um de seus objetivos a ampliação do acesso da população negra aos serviços de saúde (PAULISTA *et al.*, 2020; WERNECK, 2016).

A despeito da política estabelecida, a mortalidade pelas neoplasias na população negra ainda é pouco estudada, assim como as diferenças de acesso aos serviços de saúde na população branca e negra (WERNECK, 2016). Os dados indicam baixa representação de casos com cor/raça negra informados no RHC.

A seguir, no Gráfico 3, apresenta-se o número de casos analíticos registrados no Integrador RHC para o Estado do Rio de Janeiro nos 2016 e 2017, de acordo com o grau de instrução.

Gráfico 3 - Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador-RHC/RJ de acordo com o grau de instrução – 2016-2017



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador-RHC do estado do Rio de Janeiro, anos 2016 e 2017.

Quanto ao grau de instrução, inicialmente destaca-se a quantidade de casos sem informação para esta variável nos dois anos estudados: em 2016, foram 2.162 casos sem informação (36%) e em 2017 foram 2.225 (29%), percentagens que indicam completude ruim, segundo Romero e Cunha (2006).

Conforme apontado em diversas pesquisas na área de Saúde Coletiva, a escolaridade funciona como um avaliador indireto da situação socioeconômica do paciente, que costuma estar intimamente relacionada ao adoecimento e a outros fatores (INCA, 2012). Os resultados deste estudo apontaram que os níveis de escolaridade predominantes dentre os casos analíticos registrados de idosos foram o fundamental incompleto, fundamental completo e nível médio. Em 2016, foram 1.376 casos com fundamental incompleto (23%); 946 casos com fundamental completo (15,9%); 886 casos com nível médio (14,9%); e somente 162 casos com nível superior completo (4,8%). Em 2017, foram 1.821 casos com fundamental incompleto (23,8%); 1.520 casos com fundamental completo (19,9%); 1.222 casos com nível médio (16%); e somente 432 casos com nível superior completo (5,6%).

Alguns estudos apontam associação significativa entre menor escolaridade e pior estado de saúde do idoso, decorrentes de menor nível de informação, piores hábitos de saúde e maiores dificuldade de reconhecer uma necessidade de saúde e buscar atendimento. A utilização dos serviços de saúde, no entanto, mostra-se maior em quem apresenta pior estado de saúde (LOUVISON *et al.*, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2017; TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

No acesso ao tratamento oncológico, o menor grau de instrução aumenta a probabilidade de acesso tardio ao tratamento oncológico. Isso foi observado em estudo de âmbito nacional com 137.593 mulheres diagnosticadas com câncer em 239 unidades hospitalares do Brasil entre 2000 e 2011, que concluiu que as mulheres mais suscetíveis ao atraso no início do tratamento oncológico tinham menos de oito anos de estudo, com doença em estadiamento inicial e eram provenientes do sistema público de saúde (MEDEIROS *et al.*, 2015).

8.2 Localização do câncer

De acordo com os resultados coletados do Integrador-RHC/RJ, consolidados nas Tabelas 3 e 4, seguem as dez principais localizações de câncer, por sexo, encontradas dentre os casos analíticos registrados em idosos nos anos 2016 e 2017.

Tabela 3- Tipos de câncer mais encontrados dentre os casos analíticos do sexo masculino com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador-RHC/RJ – 2016-2017

CID-O3	Localização primária	2016				2017			
		60-79 anos	80 ou mais	Total >=60		60-79 anos	80 ou mais	Total >=60	
				n	%			n	%
C61	Próstata	832	128	960	32,4	1037	162	1199	31,5
C 44	Pele	449	177	626	21,1	622	231	853	22,4
C 34	Pulmão	141	23	164	5,5	208	22	230	6,0
C18	Cólon	138	22	160	5,4	139	17	156	4,1
C16	Estômago	117	22	139	4,7	120	20	140	3,7
C67	Bexiga	87	27	114	3,8	141	32	173	4,5
C15	Esôfago	83	9	92	3,1	81	9	90	2,4
C42	Sistema Hematopoiético e Reticulo endotelial	71	15	86	2,9	92	16	108	2,8
C20	Reto	69	11	80	2,7	101	14	115	3,0
C32	Laringe	48	11	59	2,0	110	12	122	3,2

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador RHC, ERJ, 2016 e 2017 e segundo a Classificação Internacional de Doenças- CID-O, 3 ed, 2005.

Tabela 4 - Tipos de câncer mais encontrados dentre os casos analíticos do sexo feminino com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador-RHC/RJ – 2016-2017

CID-O3	Localização primária	2016				2017			
		60-79 anos	80 ou mais	Total >=60		60-79 anos	80 ou mais	Total >=60	
				n	%			n	%
C50	Mama	904	135	1039	34,74	1235,0	194	1.429	37,22
C44	Pele	321	165	486	16,25	350,0	227	577	15,03
C54	Corpo do útero	208	29	237	7,92	249,0	25	274	7,14
C18	Cólon	156	28	184	6,15	198,0	28	226	5,89
C53	Cólo do útero	136	24	160	5,35	143,0	32	175	4,56
C34	Pulmão	98	10	108	3,61	148,0	13	161	4,19
C16	Estômago	71	14	85	2,84	78,0	9	87	2,27
C20	Reto	60	8	68	2,27	86,0	7	93	2,42
C56	Ovário	58	7	65	2,17	66,0	8	74	1,93
C42	Sistema Hematopoiético e Reticuloendotelial	53	8	61	2,04	103	15	118	3,1

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador RHC, ERJ, 2016 e 2017 segundo a Classificação Internacional de Doenças- CID-O, 3 ed, 2005.

Analisando a Tabela 3, observa-se que as neoplasias predominantes no sexo masculino, nos dois anos do estudo, foram o câncer de próstata e o de pele não melanoma. Em 2017, destaca-se o aumento no número absoluto de registros de câncer para todas as topografias indicadas na Tabela 3, exceto para o câncer de cólon e de esôfago. Em termos proporcionais, no entanto, considerando que o número de registros de câncer na população idosa foi maior em 2017, houve aumento na frequência de casos para os cânceres de pele, pulmão, bexiga, reto e laringe.

Para o sexo feminino, em ambos os anos, a localização do câncer que predominou foi o câncer de mama, seguido do câncer de pele não melanoma. Em 2017, destaca-se o aumento no número absoluto dos casos registrados para todas as topografias apresentadas na Tabela 4, sendo que o aumento da frequência dos cânceres ocorreu para os cânceres de mama, pulmão, reto e do sistema hematopoiético e reticulo endotelial.

Das Tabelas 3 e 4, também pode se observar que os registros de câncer em todas as topografias indicadas, para ambos os sexos, o idoso na faixa etária entre 60 e 79 anos.

Não foram encontradas incompletude ou inconsistência de informações para essa variável.

8.3 Assistência oncológica

8.3.1 Estadiamento

O estadiamento do câncer significa avaliar o grau de disseminação da doença, indicando sua taxa de crescimento, a extensão da doença, o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro. Tem função de extrema importância no tratamento e indicação do prognóstico do câncer; auxilia o médico no planejamento e avaliação dos resultados dos tratamentos; facilita a troca de informações entre os centros de tratamento e contribui para a pesquisa contínua sobre o câncer humano (INCA, 2004; 2021).

O estadiamento pode ser clínico (quando estabelecido a partir do exame físico e dos exames complementares pertinentes ao caso) ou patológico (quando estabelecido após tratamento cirúrgico, com base nos achados cirúrgicos e no exame anatomopatológico da peça operatória), que permite maior precisão da extensão da doença. O estadiamento patológico pode ou não coincidir com o estadiamento clínico e não é aplicável a todos os tumores (INCA, 2021).

O conhecimento do diagnóstico histopatológico do tumor não é pré-requisito para o estadiamento. O médico especialista em oncologia, em primeira consulta, deve ser capaz de conhecer a história natural do tumor, identificar queixas e buscar sinais da neoplasia, procurando assim avaliar a extensão da doença. No entanto, há casos em que o estadiamento só pode ser estabelecido após procedimentos cirúrgico-terapêuticos (INCA, 2021).

Existem várias classificações que podem ser utilizadas para o estadiamento do câncer, mas, nas últimas décadas, tem havido o esforço em compatibilizar o maior número possível delas com a Classificação de Tumores Malignos (TNM) da União Internacional Contra o Câncer (UICC), que está na sua sexta edição. O sistema do RHC utiliza essa classificação da UICC, que é compatível com a CID-O/3 da OMS (INCA, 2010, p. 202).

Para a indicação do estadiamento, alguns critérios devem ser observados: a) a topografia e extensão do tumor primário; b) o comprometimento de nódulos linfáticos; c) a ocorrência de metástase; d) a diferenciação celular; e) o resultado da avaliação de marcadores. O estadiamento clínico representa a expressão da extensão do tumor no momento da avaliação (INCA, 2010, p. 91).

As regras gerais do sistema TNM aplicáveis a todas as localizações anatômicas do tumor primário são descritas pelo Manual do RHC:

- a) Todos os casos devem ser confirmados microscopicamente. Aqueles que não tiverem confirmação devem ser relatados separadamente.
- b) Utilizam-se duas classificações para cada localização anatômica: a) a classificação clínica designada como TNM ou cTNM, que tem por base as evidências obtidas antes do tratamento; e b) a classificação patológica designada como p-TNM, que tem por base as evidências conseguidas antes do tratamento, complementada ou modificada pela evidência adicional conseguida por meio da cirurgia e do exame histopatológico.
- c) Para a avaliação histopatológica do tumor primário (pT) é obrigatório que tenha sido realizada a ressecção do tumor primário ou a realização de biópsia que permita avaliar todas as possibilidades da categoria pT. A avaliação histopatológica dos linfonodos regionais (pN) exige a remoção representativa de nódulos para comprovar a ausência de metástase em linfonodos regionais (pN0) e que também seja suficiente para avaliar a maior categoria pN. A investigação histopatológica de metástase a distância (pM) também exige o exame microscópico (INCA, 2010, p. 204).

Vale ressaltar que o conhecimento sobre o estágio clínico do tumor é fundamental para a indicação e avaliação do tratamento, enquanto o estágio histopatológico (ou patológico) fornece dados mais precisos para que se possa avaliar o prognóstico da doença e calcular o seu desfecho (INCA, 2010).

Por meio da pesquisa junto ao Integrador-RHC, verificou-se que o sistema do RHC somente coleta e consolida a informação referente ao estadiamento clínico (e não o patológico), o que é realizado através das variáveis ESTADIAG e ESTADIAM. Para o presente estudo, optou-se por utilizar a variável ESTADIAG, que informa o grupo TNM relacionado ao tumor.

Importante esclarecer que os resultados da variável ESTADIAG correspondentes aos valores 88, 99 e 0 significam respectivamente: 88 - não há

TNM para a localização do tumor primário (ou não estadiável); 99 ou 9 - sem informação; e 0 - sem evidência de tumor primário (ou tumor in situ) (INCA, 2010, p. 86-92).

Os resultados para o estadiamento clínico nos anos em estudo foram consolidados na Tabela 5.

Tabela 5 - Somatório dos casos analíticos registrados em 2016 e 2017 por faixa etária de acordo com o estadiamento clínico (classificação TNM)

Estadiamento	< 60 anos		60 a 79 anos		>80 anos		≥60 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	243	2,50	172	1,5	28	1,2	200	1,47
1	661	6,80	713	6,3	85	3,7	798	5,87
2	1318	13,55	1099	9,7	172	7,5	1271	9,34
3	1341	13,79	1254	11,1	197	8,6	1451	10,67
4	1060	10,90	1230	10,9	186	8,2	1416	10,41
Não estadiável	1657	17,04	1407	12,4	361	15,8	1768	13,00
Sem informação	3440	35,37	5450	48,1	1250	54,8	6700	49,25
Total	9720		11326		2279		13605	

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador- RHC/RJ, 2016 e 2017.

Nota: excluído um caso com informação de estadiamento inconsistente na faixa etária 60 a 79 anos

Esses achados evidenciam a enorme quantidade de casos analíticos registrados sem informação para o estadiamento clínico independentemente da faixa etária, porém sendo maior nas faixas etárias mais velhas (menor de 60 anos – 35,37%; entre 60 e 79 anos – 48,1%; e maior de 80 anos – 54,8%). Observa-se que dentre os idosos, pessoas com 60 anos ou mais, 49,25% não tinham estadiamento informado, proporção bem superior ao grupo com menos de 60 anos (35,37%).

Segundo a classificação de Romero e Cunha (2006), a incompletude da variável estadiamento clínico para os idosos foi ruim.

8.3.2 Base do diagnóstico

Para o diagnóstico oncológico, são utilizados diversos parâmetros, dentre os quais as avaliações clínica e a histopatológica. Essas avaliações incluem anamnese, exame físico, exames de imagem, endoscopia, dosagem sorológica de marcadores tumorais e outros exames relevantes e primordiais, como o histopatológico, também conhecido como anatomopatológico (INCA, 2019).

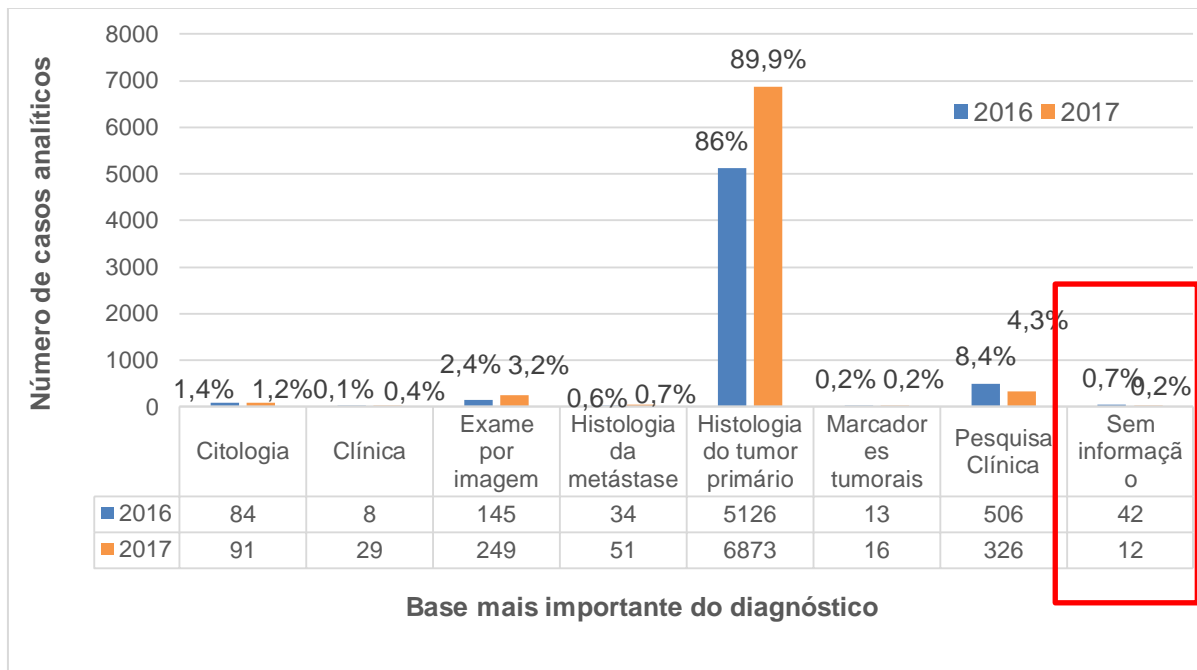
O exame histopatológico é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico confirmatório de tumor maligno, sendo fundamental para o prognóstico e a indicação terapêutica. Esse diagnóstico consiste em uma avaliação macro e microscópica do material de biópsia ou da peça cirúrgica.

A análise macroscópica é a avaliação da peça anatômica, conforme cor, tamanho e aparência da lesão, enquanto a microscópica utiliza escores estabelecidos para averiguar os diversos aspectos histopatológicos anormais, avaliar a origem histológica do tumor, além de possibilitar a realização da avaliação de expressão de proteínas teciduais por meio de exame imuno-histoquímico (INCA, 2019).

Diante da presença do tumor maligno, será estabelecido o estadiamento patológico, comumente com base na classificação TNM da UICC. No exame histológico, também se costuma avaliar o grau de diferenciação tumoral (diferenciação do tumor em relação ao tecido de origem). Nesse sentido, os graus histológicos são classificados em I (bem diferenciado), II (moderadamente diferenciado), III (pouco ou mal diferenciado) e IV (indiferenciado ou anaplásico) (INCA, 2019).

No Gráfico 4, foram apresentados a distribuição dos casos analíticos na amostra de acordo com a base mais importante para o diagnóstico nos anos 2016 e 2017.

Gráfico 4 - Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos de acordo com a base mais importante para o diagnóstico – 2016-2017



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador –RHC/RJ, 2016 e 2017.

A análise do gráfico acima demonstra que o exame histológico foi o mais utilizado na grande maioria dos casos nos dois anos pesquisados. Em 2016, foram registrados 5.126 exames histológicos, de um total de 5.958 casos analíticos (86%); em 2017, foram 6.873 exames num universo de 7.647 casos (89,9%).

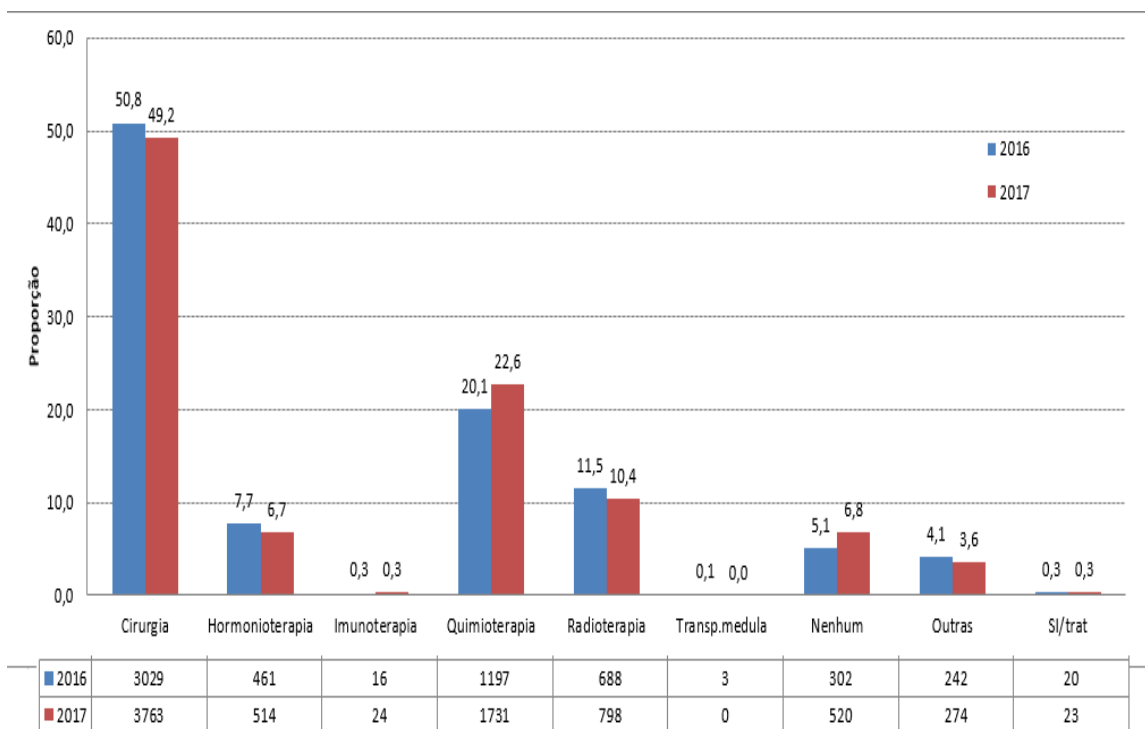
O Manual do RHC recomenda como um dos indicadores de qualidade da assistência oncológica a confirmação diagnóstica por meio do exame histopatológico igual ou maior que 95% em uma população (INCA, 2010, p. 403-406). Tomando como referência esse indicador, os resultados dos registros de 2016 e 2017 ficaram abaixo do preconizado pelo INCA, ainda que os números encontrados não sejam ruins.

A incompletude da variável foi muito boa para ambos os anos do estudo, tendo ficado abaixo de 1% (2016- 0,7% e 2017- 0,16%).

8.3.3 Primeiro tratamento realizado

A seguir, no Gráfico 5, foram apresentados os resultados para o primeiro tratamento recebido no hospital registrador nos anos do estudo.

Gráfico 5 - Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos de acordo com o primeiro tratamento recebido no hospital registrador – 2016-2017



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador – RHC/RJ, 2016 e 2017.

Observa-se que a cirurgia foi a abordagem terapêutica mais utilizada no primeiro tratamento nos anos estudados dentre os casos analíticos registrados para a população com idade de 60 anos ou mais, em comparação às outras terapêuticas. Em 2016, a cirurgia foi realizada em 51% dos casos analíticos registrados na população idosa; a quimioterapia, em 20%; e a radioterapia em 12% dos casos. Em 2017, houve um aumento em números absolutos de registro nesses três tipos de procedimentos, mas em termos percentuais, isso variou de acordo com o procedimento: a cirurgia ocorreu em 49,2%; a quimioterapia em 22,6% e a radioterapia em 10,4% dos casos analíticos registrados para o ano na população idosa.

Foi informada a ausência de tratamento para 302 casos em 2016 (5%) e 520 casos em 2017 (6,8%).

A completude para a variável nos dois anos pesquisados foi excelente, segundo classificação de Romero e Cunha (2006), com 0,3% de ausência de informação em cada ano.

8.3.4 Estado da doença ao final do primeiro tratamento

A Tabela 6 refere-se aos resultados obtidos para o estado da doença ao final do primeiro tratamento para os anos 2016 e 2017, de acordo com a faixa etária.

Tabela 6 - Número de casos analíticos por faixa etária registrados no Sis-Integrador 2016 e 2017 de acordo com o estado da doença ao final do primeiro tratamento

Estado da doença ao final do primeiro tratamento	2016				2017			
	Menor de 60 anos		60 anos ou mais		Menor de 60 anos		60 anos ou mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Remissão completa	1473	33,0	1940	32,6	1693	32,2	2355	30,8
Remissão parcial	83	1,9	92	1,5	108	2,1	155	2,0
Doença estável	1148	25,7	1618	27,2	1168	22,2	1837	24,0
Doença em progressão	317	7,1	305	5,1	354	6,7	416	5,4
Suporte terapêutico	210	4,7	249	4,2	326	6,2	405	5,3
Óbito	444	9,9	707	11,9	539	10,3	770	10,1
Não se aplica	196	4,4	329	5,5	287	5,5	573	7,5
Sem informação	594	13,3	718	12,1	781	14,9	1136	14,9
Total	4465	100,0	5958	100,0	5256	100,0	7647	100,0

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador –RHC/RJ, 2016 e 2017

A remissão completa é registrada quando o paciente, ao final do primeiro tratamento, não apresenta mais sinais da doença. A remissão parcial deve ser informada quando houve resposta ao tratamento, porém ainda existem evidências da presença do tumor. A doença estável deve ser indicada quando não houve progressão nem regressão da doença, que permanece no mesmo estado anterior ao início do tratamento (INCA, 2010).

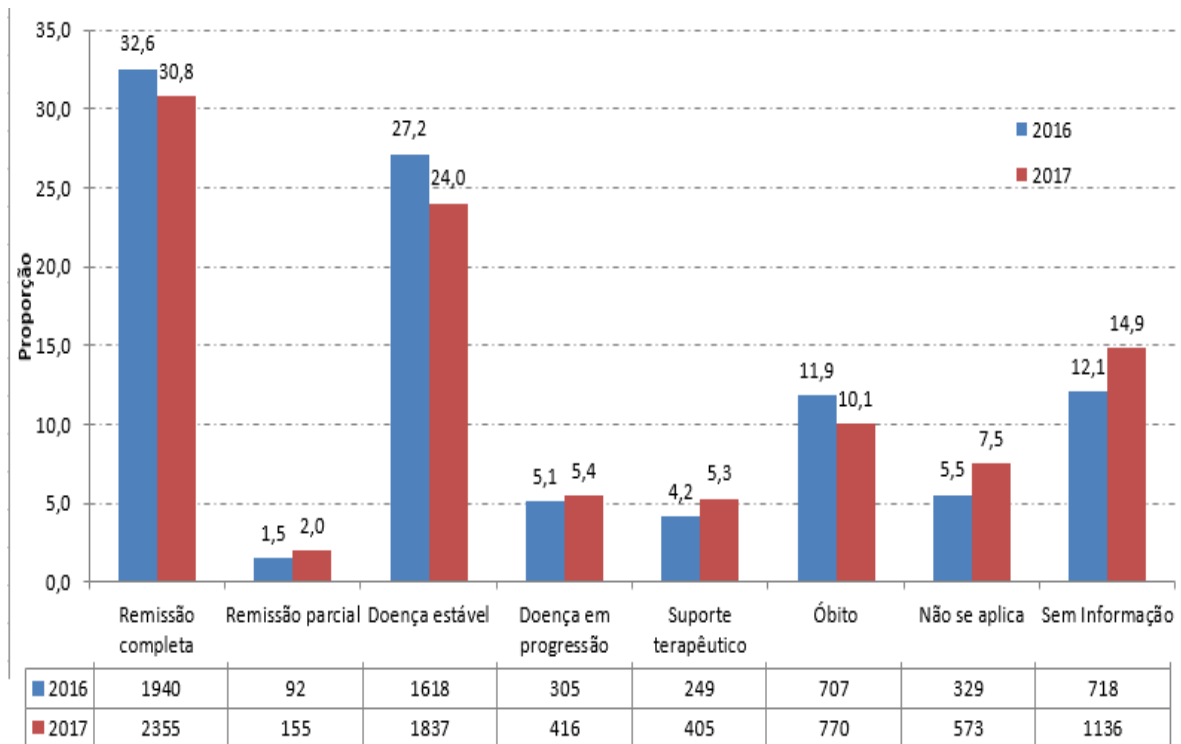
A doença em progressão é indicada nos casos em que, apesar do tratamento realizado, o tumor continua em atividade, não tendo respondido satisfatoriamente ao tratamento. A opção “não se aplica” é registrada para os seguintes casos: pacientes que não receberam o tratamento no hospital registrador ou quando o óbito ocorreu antes do início do tratamento proposto (INCA, 2010).

Da análise da Tabela 6, verifica-se que houve maior número de casos registrados que não receberam tratamento (“não se aplica”) na faixa etária dos idosos do que na faixa etária menor de 60 anos para ambos os anos. Também se destaca que os casos de remissão completa (sem evidência da doença) ocorreram com maior frequência em menores de 60 anos, enquanto os casos de doença estável foram maiores na população com 60 anos ou mais.

O resultado óbito é registrado nas situações em que o paciente falece antes do final do primeiro tratamento, no curso do tratamento ou nos quatro meses seguintes ao término do primeiro tratamento. A causa da morte pode ter relação ou não com o tratamento ministrado (INCA, 2010). Os resultados dos registros estudados apontaram que em 2016 houve mais óbitos na faixa etária dos idosos do que na faixa etária abaixo dessa idade.

A seguir, foram selecionados os casos analíticos registrados com idade igual ou maior de 60 anos e o estado da doença ao final do primeiro tratamento para os dois anos do estudo.

Gráfico 6 - Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos de acordo com o estado da doença ao final do primeiro tratamento – 2016-2017



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador- RHC, ERJ, 2016 e 2017.

Inicialmente, é importante destacar que o registro da variável “estado da doença ao final do primeiro tratamento” oferece subsídios para o conhecimento da resposta ao tratamento iniciado e para avaliar a necessidade de repetir ou alterar o esquema terapêutico (PAIVA *et al.*, 2020). Na análise dos anos estudados, podemos verificar que a maior parte dos casos analíticos registrados para os idosos obteve os desfechos “remissão completa” e “doença estável” após o primeiro tratamento recebido.

Considerando os casos analíticos em ambos os anos, chegou-se a um percentual de 31,6% de casos com remissão completa, que corresponderam às seguintes topografias de câncer mais prevalentes: 2.008 casos de câncer de pele não melanoma); 909 casos de câncer de mama; 255 casos de câncer de corpo do útero; 195 casos de câncer de próstata); 123 casos de câncer de colo do útero e 111 casos de câncer de cólon.

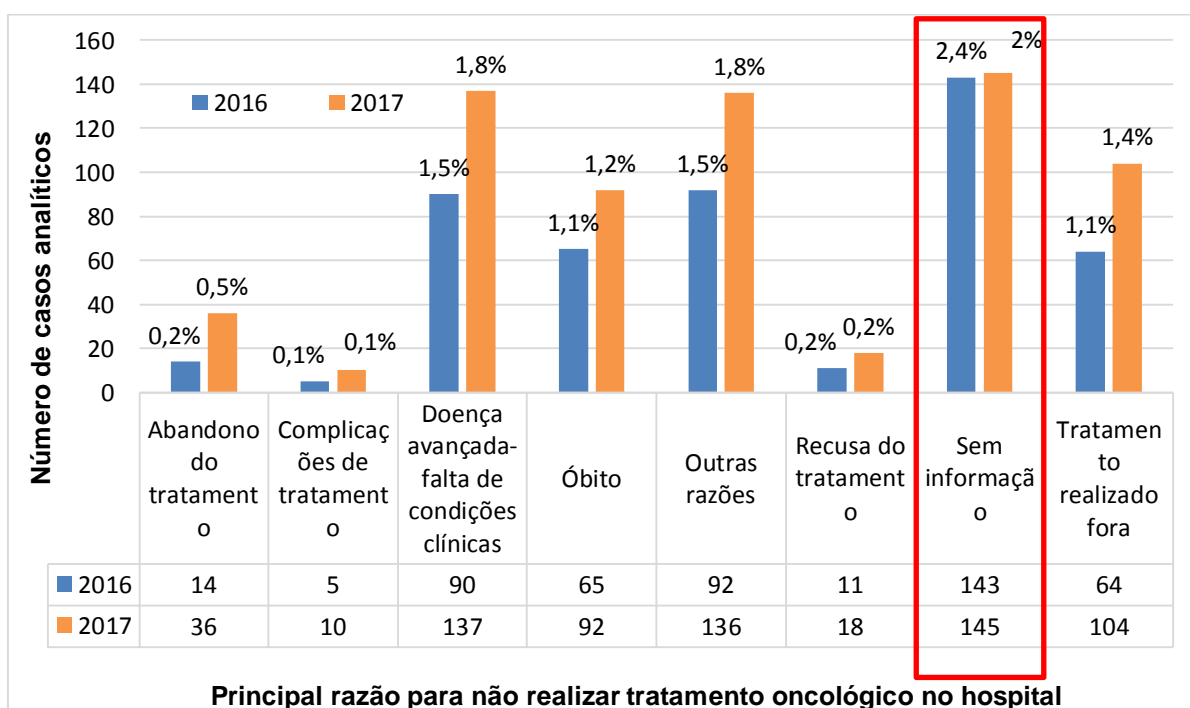
Em relação ao resultado “doença estável”, foram 1.618 casos analíticos registrados em idosos em 2016 (27,1%) e 1.837 casos (24%) em 2017. O resultado “óbito” alcançou 707 casos em 2016 (12 %) e 770 casos em 2017 (10%).

A incompletude dessa variável para ambos os anos do estudo foi regular, segundo classificação de Romero e Cunha (2006), pois atingiu 718 casos em 2016 (12%) e 1.136 casos em 2017 (14,8%).

8.3.5 Principal razão para não realização do tratamento

O Gráfico 7 consolida os resultados da pesquisa de casos analíticos registrados de câncer em idosos no estado do Rio de Janeiro no Sis-Integrador, de acordo com a principal razão para a não realização do tratamento no hospital nos anos 2016 e 2017.

Gráfico 7 - Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos de acordo com a principal razão para não realização do tratamento no hospital – 2016-2017



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador-RHC, ERJ, 2016 e 2017.

Inicialmente, cabe esclarecer que o resultado “não se aplica” para a variável “principal razão para não realização do tratamento no hospital” refere-se aos casos registrados em que o paciente idoso realizou o tratamento antineoplásico

integralmente no hospital registrador (INCA, 2010), estando assim ausente do gráfico acima.

Analisando os resultados obtidos para a variável nos dois anos estudados, ressalta-se que a grande maioria dos casos analíticos registrados foi de pacientes que realizaram todo o tratamento oncológico no hospital registrador: em 2016, foram 5.474 casos de um total de 5.958 (91,9%); em 2017, foram 6.969 casos de um total de 7.647 casos (91,1%).

Não obstante, as principais razões informadas para a não realização do tratamento nos anos 2016 e 2017 foram: a) a condição de doença avançada- falta de condições clínicas para o tratamento (2016 – 1,5%; 2017 – 1,8%); b) outras razões (2016- 1,5%; 2017- 1,8%); c) o tratamento realizado fora (2016 -1,1%; 2017 – 1,4%); e d) o óbito (2016 – 1,1%; 2017 – 1,2%).

O resultado “outras razões” diz respeito a situações em que o tratamento foi interrompido por outros motivos, como: mudança de residência para outra cidade; realização do tratamento em outra unidade hospitalar ou não realização em virtude da idade avançada do paciente (INCA, 2010).

O resultado “tratamento realizado fora” refere-se aos casos que iniciaram tratamento em outro hospital, porém foram submetidos à complementação do tratamento no hospital registrador (INCA, 2010).

O resultado “óbito” desta variável refere-se a duas situações: aos pacientes que faleceram antes ou durante o curso do primeiro tratamento antineoplásico. O óbito aqui identificado pode ser decorrente diretamente do câncer ou de alguma outra causa (INCA, 2010).

A incompletude desta variável foi muito boa em ambos os anos estudados, abaixo de 5%, segundo critério de Romero e Cunha (2006): 2016 – 2,4%; 2017 – 2%.

8.3.6 Intervalos temporais entre primeira consulta, diagnóstico e início do tratamento

O tempo é um fator de extrema relevância quando se trata de analisar o acesso ao tratamento oncológico. Diversos estudos científicos evidenciam que a demora no início do tratamento pode prejudicar o prognóstico da doença, pelo

crescimento e evolução do tumor, reduzindo as chances de cura (SOUZA *et al.*, 2015; TRUFELLI *et al.*, 2008).

Dessa forma, existe uma associação entre atraso no diagnóstico e tratamento com pior sobrevida livre da doença, enquanto a detecção precoce se relaciona com maiores taxas de cura. É nesse sentido que as análises de acesso ao tratamento oncológico comumente se utilizam da avaliação dos intervalos temporais entre diagnóstico, primeira consulta e início do tratamento, com maior ênfase ao período entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Os dados do Sis-Integrador RHC referentes à primeira consulta correspondem à data em que o paciente foi atendido pelo serviço responsável por seu diagnóstico ou tratamento. Não se trata de consulta de triagem, de orientação ou de entrevistas sociais (INCA, 2010).

Na Tabela 7, são apresentados os resultados extraídos do Sis-Integrador/ERJ para os intervalos temporais entre a primeira consulta e o diagnóstico e entre o diagnóstico e o início do tratamento, tendo sido calculados o mínimo, o máximo, a mediana e a média dos dias para os períodos.

Tabela 7 - Número de casos analíticos extraídos do Integrador- RHC/ERJ de acordo com a informação de data de diagnóstico, primeira consulta e início de tratamento – 2016-2017

2016				
Intervalos temporais entre data do diagnóstico e início do tratamento				
Mínimo	Máximo	Média	Mediana	n. casos sem informação
-2.487	1.550	112.5	84	343
Intervalos temporais entre primeira consulta e data do diagnóstico				
Mínimo	Máximo	Média	Mediana	n. casos sem informação
-348	1.498	41,66	22	0
2017				
Intervalos temporais entre data do diagnóstico e início do tratamento				
Mínimo	Máximo	Média	Mediana	n. casos sem informação
-378	1.191	106.5	82	567
Intervalos temporais entre primeira consulta e data do diagnóstico				
Mínimo	Máximo	Média	Mediana	n. casos sem informação
-510	959	22,57	18	0

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Integrador-RHC/ERJ, anos 2016 e 2017

Os resultados encontrados para ambos os anos indicaram uma **média** temporal em torno de **110 dias** e uma **mediana** de aproximadamente **80 dias** entre

a **data do diagnóstico e o início do tratamento**, intervalo maior que o preconizado pela Lei nº 12.732/2012.

Destacam-se as disparidades entre o número mínimo e máximo de dias para esse intervalo encontrados nos registros, revelando marcantes diferenças na assistência prestada aos pacientes. Ressalta-se também o aumento no número de casos absolutos sem informação para o início do tratamento em 2017.

Estudo recente realizado no Brasil com 204.130 casos analíticos extraídos do Sis-RHC, de pacientes com câncer de mama diagnosticados e tratados no período de 2000 a 2017, revelou idade média de 55,8 anos e 55,1% de pacientes oriundos da Região Sudeste. A mediana do intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento oncológico foi de 63 dias. Na maioria dos casos, houve atraso maior do que 60 dias (52,8%) (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Embora alguns estudos apontem que o maior desafio temporal na assistência oncológica esteja concentrado no período entre a primeira consulta e o diagnóstico, isso não se revelou verdadeiro na presente pesquisa (TRUFELLI *et al.*, 2008; REZENDE *et al.*, 2009). A mediana entre o diagnóstico e a primeira consulta foi de aproximadamente 20 dias nos anos estudados, enquanto a média foi de 42 dias em 2016 e 23 dias em 2017.

Os resultados dos intervalos temporais de acesso ao diagnóstico, primeira consulta e início do tratamento evidenciam atraso na prestação da assistência oncológica, sendo mais longo o período entre o diagnóstico e início do tratamento. Intervenções no planejamento e organização dos serviços são necessárias para aumentar a eficiência e melhorar o desempenho da rede estadual de assistência oncológica.

8.4 Hospitais registradores

Neste tópico, foram analisadas as seguintes variáveis coletadas do Integrador-RHC/ERJ: a identificação e localização do hospital registrador (município e região de saúde), à luz das referências pactuadas para a rede de assistência oncológica do estado do Rio de Janeiro, por meio da Deliberação CIB-RJ nº 2.883,

de 12 de maio de 2014, posteriormente alterada pela CIB-RJ 5892/2019 (SES-RJ, 2014; 2019).

A Tabela 8 apresenta o número de casos analíticos registrados nos anos do estudo, de acordo com a identificação e localização do hospital registrador.

Tabela 8 - Número de casos analíticos com idade igual ou maior de 60 anos registrados no Integrador-RHC/ERJ de acordo com a identificação e localização do hospital registrador, anos de diagnóstico 2016 e 2017

Estabelecimento Hospitalar	N. de casos 2016	N. de casos 2017	Total
Cabo Frio			
Hospital Santa Izabel	334	213	547
Campos dos Goytacazes			
Hospital Escola Alvaro Alvim	82	129	211
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	92	85	177
Itaperuna			
Hospital São José do Avaí	251	229	480
Petrópolis			
Hospital Alcides Carneiro	195	200	395
Hospital Dr. Beda	310	284	594
Rio de Janeiro			
Hospital Federal do Andaraí	48	77	125
Hospital Federal da Lagoa	2	73	75
Hospital Federal de Ipanema	4	173	177
Hospital Mario Kroeff	798	1.154	1.952
MS Hospital Federal Cardoso Fontes	326	234	560
MS HSE Hospital dos Servidores do Estado	673	726	1.399
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	225	253	478
MS INCA Hospital do Câncer I	1.353	1.909	3.262
MS INCA Hospital do Câncer II	549	582	1.131
MS INCA Hospital do Câncer III	440	568	1.008
Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti	58	95	153
Hospital Fundação do Câncer	4	36	40
Teresópolis			
Hospital São José	208	231	439

Total	5.958	7.647	13.605
--------------	--------------	--------------	---------------

A **região da Baixada Litorânea** é formada pelos municípios de Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema.

De acordo com a Deliberação CIB-RJ nº 2.883/2014, Cabo Frio é a referência na região para os procedimentos de cirurgia oncológica (exceto cirurgia de cabeça e pescoço, em que a referência é o município do Rio de Janeiro) e quimioterapia. Para os procedimentos de radioterapia, a referência é o município de Campos dos Goytacazes, enquanto para os serviços de hematologia oncológica, a referência é Niterói. A consulta ao CNES em agosto de 2016 indicou o Hospital Santa Izabel (Cabo Frio) como único prestador habilitado em oncologia da região.

A **região Noroeste** do estado do Rio de Janeiro é formada pelos seguintes municípios: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema), Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai.

A consulta ao CNES em agosto de 2016 indicou o Hospital São José do Avaí, no município de Itaperuna, como único estabelecimento habilitado em oncologia na região. De acordo com a Deliberação CIB-RJ nº 2.883/2014, o município de Itaperuna era a referência da região para os procedimentos de cirurgia oncológica, oncologia clínica, oncologia pediátrica e radioterapia. Os serviços de cirurgia de cabeça e pescoço e hematologia oncológica eram referenciados para o município do Rio de Janeiro (SES-RJ, 2017).

A **região Norte** do estado do Rio de Janeiro é formada pelos seguintes municípios: Campos dos Goytacazes, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra.

A consulta ao CNES em agosto de 2016 indicou que a região possuía três estabelecimentos habilitados em oncologia para atender aos usuários do SUS: o Hospital Escola Álvaro Alvim; a Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos e o Hospital Dr. Beda (SES-RJ, 2017, p. 74-75).

De acordo com a Deliberação CIB-RJ nº 2.883/2014, o município de Campos dos Goytacazes é a referência para toda região Norte (exceto para o município de São Fidélis) nos procedimentos de cirurgia oncológica (exceto cabeça e pescoço, que era referenciado para o município do Rio de Janeiro), oncologia clínica, hematologia oncológica e radioterapia. Também é referência para outros municípios nas seguintes terapêuticas: em radioterapia - para Rio Bonito (região da Ilha

Grande), Maricá (região Metropolitana II) e Casimiro de Abreu (região da Baixada Litorânea); e em hematologia oncológica - para toda região Noroeste.

A **região Serrana** é formada pelos seguintes municípios: Bom Jardim, Cachoeira de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes.

A consulta ao CNES em agosto de 2016 apontou que a região possuía três unidades habilitadas para tratamento oncológico: dois UNACON (o Hospital São José em Teresópolis e o Hospital Alcides Carneiro, em Petrópolis) e o Centro de Terapia Oncológica em Petrópolis, habilitado como serviço de radioterapia de Complexo Hospitalar (SES-RJ, 2017).

De acordo com a Deliberação CIB-RJ nº 2.883/2014, o município de Teresópolis era a referência de toda região (exceto Petrópolis) para cirurgia oncológica. Em oncologia clínica, Teresópolis servia de referência para os municípios de Nova Friburgo, Santa Maria Madalena, São José Vale Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Trajano de Moraes e Teresópolis. Já Petrópolis era a referência para seus próprios municípios e para os de Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco e parte das referências de Areal e Três Rios (estes dois últimos, municípios da Região Centro-Sul).

Para os procedimentos de radioterapia, todos os municípios da região tinham como referência Petrópolis, que ainda servia de referência para alguns municípios da região Centro Sul (Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios). Quanto aos serviços de cirurgia de cabeça e pescoço, oncologia pediátrica e hematologia oncológica, toda região era referenciada para o município do Rio de Janeiro.

A **região do Médio Paraíba** é formada pelos municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

A consulta ao CNES em agosto de 2016 apontou que a região possuía três unidades habilitadas em oncologia: dois UNACON - HINJA, (Volta Redonda) e a Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa (Barra Mansa); e RADICLIN (Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar atrelado ao HINJA), em Volta Redonda (SES-RJ, 2017).

De acordo com a Deliberação CIB-RJ nº 2.883/2014, o município de Volta Redonda era a referência para todos os municípios da região e para a da Baía da Ilha Grande para os serviços de oncologia clínica, cirurgia oncológica e radioterapia. Para os serviços de cirurgia de cabeça e pescoço, oncologia pediátrica e hematologia oncológica, a referência era o Rio de Janeiro.

Para os dois anos da pesquisa, conforme consolidado na Tabela 8, não houve registros no RHC de nenhum hospital habilitado da região do Médio Paraíba.

A **região da Baía da Ilha Grande** é formada pelos municípios de Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty. Nos anos do estudo, a região não possuía nenhum estabelecimento de saúde habilitado como UNACON ou CACON, de modo que foi pactuado como referência para toda região os serviços habilitados da região do Médio Paraíba (SES-RJ, 2020, p. 104/105).

De acordo com a Tabela 8, observa-se que não houve registros no RHC pela rede hospitalar da região do Médio Paraíba.

A **região Centro Sul** é formada pelos Municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras.

A consulta ao CNES em 2016 apontou o UNACON Hospital Universitário Sul Fluminense (Vassouras) como única unidade hospitalar habilitada em oncologia da região. O hospital é referência em cirurgia oncológica para toda a região e, em oncologia clínica, para 60% da população de Areal, 70% da população de Três Rios e 100% do restante dos municípios da região (SES-RJ, 2017, p. 66).

Para os serviços de radioterapia, os municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios têm como referência o município de Petrópolis, na região Serrana. Os municípios de Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paty do Alferes, e Vassouras são referenciados para o município de Volta Redonda, na região do Médio Paraíba. Para as especialidades de cirurgia de cabeça e pescoço, oncologia pediátrica e hematologia, a referência de toda a região é o município do Rio de Janeiro.

Para os anos estudados, conforme consolidado na Tabela 8, não houve registros pela unidade hospitalar habilitada da região.

A **região Metropolitana I** é formada pelos municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica. De acordo com consulta ao CNES em

agosto de 2016, a região possuía 17 unidades habilitadas em oncologia: dois CACON (INCA-Hospital do Câncer I e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ); quatro UNACON com serviço de radioterapia (Hospital Mario Kroeff, Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, INCA/Hospital do Câncer III, Hospital Federal dos Servidores do Estado); quatro UNACON sem serviço de radioterapia (Hospital Universitário Gaffré e Guinle, INCA/Hospital do Câncer II, Hospital Federal Cardoso Fontes e Hospital Federal do Andaraí); quatro UNACON com hematologia (Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Federal dos Servidores do Estado, Hospital Universitário Pedro Ernesto e Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti - HEMORIO); um UNACON com oncopediatria (Hospital Federal da Lagoa); e três serviços isolados de radioterapia. Todos esses estabelecimentos têm sede no município do Rio de Janeiro, exceto um dos serviços isolados de radioterapia, que se localiza no município de Nova Iguaçu (SES-RJ, 2017, p. 67).

Conforme consolidado na Tabela 8, houve registros no RHC pela maioria das unidades hospitalares habilitadas da região em ambos os anos do estudo, no entanto algumas delas não apresentaram qualquer registro em idosos: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, Hospital Universitário Gaffré e Guinle e o Hospital Geral de Bonsucesso.

Observa-se também que algumas unidades hospitalares apresentaram um número expressivamente maior de registros de casos em idosos, assim como aumento de registros em 2017, como o Hospital Mario Kroeff, INCA I, INCA II, INCA III e Hospital Federal dos Servidores. Isso sinaliza uma possível subnotificação dos registros no estado e sugere a necessidade de sensibilização dos gestores e planejamento em direção a melhorias nos registros.

A **região Metropolitana II** é formada pelos municípios de Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. A consulta ao CNES em agosto de 2016 apontou que a região possuía dois UNACON (um em Rio Bonito e outro em Niterói); um Hospital Geral com Cirurgia Oncológica (Niterói) e dois serviços isolados de Radioterapia (Niterói) habilitados, porém somente estavam em funcionamento os dois UNACON e um Serviço Isolado de Radioterapia (SES-RJ, 2017).

De acordo com a Deliberação CIB-RJ nº 2.883/2014, para oncologia clínica e cirurgia oncológica, os municípios de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá têm como referência o município de Rio Bonito. O município de Niterói

pactuou que atenderia sua própria população nessas especialidades, enquanto o município de São Gonçalo tem sua demanda de oncologia clínica e cirurgia oncológica referenciada para Rio Bonito e Niterói. Para os serviços de radioterapia, as referências da região são Campos dos Goytacazes e Niterói. Para cirurgia de cabeça e pescoço, toda a região é referenciada para Macaé.

Para os anos do estudo, conforme consolidado na Tabela 8, não houve nenhum registro no RHC pelos estabelecimentos habilitados em oncologia da região.

O PEAO 2017/2021 apresentou informações importantes sobre o fluxo migratório da região Metropolitana II para os municípios do Rio de Janeiro e Niterói, fora dos referenciais pactuados. Foi sinalizada a produção de 65% de cirurgia oncológica e 43% de hematologia oncológica da região Metropolitana II sendo realizadas no município do Rio de Janeiro em 2017. Para os residentes de Niterói, foi apontado que 56% dos procedimentos de cirurgia oncológica e 27% de oncologia clínica foram realizados no município do Rio de Janeiro em 2017 (SES-RJ, 2017, p.68/70).

Corroborando o que foi trazido pelo PEAO 2017/2021 quanto aos fluxos migratórios para o município do Rio de Janeiro, observou-se que o PES 2020/2023 fez um levantamento dos procedimentos terapêuticos por prestador e por região de saúde no estado, a partir dos dados do SIA-SUS 2017, e constatou significativas desigualdades na prestação dos serviços oncológicos dentro da rede: alguns prestadores atuando bem acima dos parâmetros mínimos estabelecidos na Portaria nº 174/2014 para produção por terapêutica (na produção em radioterapia, por exemplo, somente o INCA I e o Hospital Mario Kroeff superaram a produção mínima de um total de 12 prestadores habilitados na região Metropolitana I), enquanto outros ficaram bem abaixo da produção mínima preconizada (por exemplo, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho para a produção cirúrgica e radioterapia) (SES-RJ, 2020, p.105/107).

A partir dos dados do SIA-SUS 2017 levantados pelo PES 2020/2023, também foi sinalizada a baixa produção em cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia de alguns prestadores da região Metropolitana I no ano de 2017: a) Hospital Federal de Ipanema (sem produção nas três terapêuticas); b) Hospital Federal dos Servidores do Estado (baixa produção em cirurgia e quimioterapia e sem produção em radioterapia); c) Hospital Federal Cardoso Fontes (baixa produção em cirurgia); d) Hospital da UFRJ (com baixa produção em radioterapia e cirurgia) e)

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (baixa produção em quimioterapia e cirurgia) (SES-RJ, 2020, p. 106).

8.5 Limitações da pesquisa

8.5.1 Fontes de informação em saúde

O sistema do RHC é uma fonte secundária de informação em saúde, que registra e disponibiliza uma enorme quantidade de informações sobre a assistência oncológica. O sistema do RHC permite conhecer o perfil socioeconômico do paciente, seus hábitos de vida, o perfil clínico da doença, bem como dados relevantes sobre o diagnóstico, tratamento e sua evolução.

No entanto, assim como qualquer outra fonte de informação em saúde, o RHC tem suas limitações, seja pela incompletude e inconsistência de algumas variáveis, seja pelo fato de o registro não ser amplamente realizado pelas unidades hospitalares habilitadas para o tratamento do câncer ou, ainda, pela demora na divulgação dos registros pelos hospitais ao órgão coordenador – INCA – para consolidação dos dados.

Nesse sentido, cabe destacar que esta pesquisa tomou como base o conteúdo dos dados registrados pelos hospitais registradores do estado do Rio de Janeiro no Integrador-RHC, sabendo-se que não abrange todos os casos diagnosticados de câncer na população idosa do estado no período, mas serve como instrumento de estudo e análise.

8.5.2 Baixa adesão das unidades habilitadas em oncologia do estado do Rio de Janeiro ao registro no Sistema RHC

A consulta ao CNES em agosto de 2016 indicou o total de 34 estabelecimentos habilitados em oncologia no estado do Rio de Janeiro: 16 no

município do Rio de Janeiro; 4 em Niterói; 3 em Campos dos Goytacazes; 2 em Petrópolis; 2 em Volta Redonda; 1 em Teresópolis; 1 em Itaperuna; 1 em Nova Iguaçu; 1 em Cabo Frio; 1 em Rio Bonito; 1 em Vassouras e 1 em Barra Mansa (SES-RJ, 2017, p. 66).

A Tabela 8 indica os estabelecimentos oncológicos por região de saúde que registraram casos analíticos em idosos no RHC em 2016 e 2017: Hospital Santa Izabel (Cabo Frio), Hospital Escola Álvaro Alvim e Sociedade Portuguesa de Campos (em Campos dos Goytacazes) São José do Avaí (Itaperuna), Hospital Alcides Carneiro (Petrópolis), CACON Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ), Hospital Federal do Andaraí, Hospital Mario Kroeff, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital dos Servidores do Estado, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal de Ipanema, INCA -Hospital do Câncer I, INCA-Hospital do Câncer II, INCA-Hospital do Câncer III, HEMORIO (Rio de Janeiro), Hospital Fundação do Câncer e Hospital São José (Teresópolis).

Comparando a rede habilitada para o tratamento oncológico (CNES) com os registros coletados do Integrador-RHC/RJ em 2016 e 2017, observa-se que importantes centros de tratamento oncológico da rede não registraram casos analíticos para a população em estudo: a) no município do Rio de Janeiro: os UNACON Hospital Gaffrée e Guinle, Hospital Geral de Bonsucesso e o Hospital Pedro Ernesto (UERJ); as unidades da Clínica de Radioterapia Osolando J. Machado; b) em Campos dos Goytacazes, o Hospital Dr. Beda; e c) em Petrópolis, o Centro de Terapia Oncológica SC Ltda.

A ausência de registros no RHC de algumas unidades habilitadas em oncologia do estado do Rio de Janeiro, bem como o baixo número de registros de algumas unidades vai ao encontro de alguns trabalhos que apontaram para a existência de subnotificação de registros de câncer no RHC no país (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Outra limitação se refere à carência de estudos sobre a situação dos bancos de dados dos RHCs do estado do Rio de Janeiro, que impossibilita identificar a evolução nos registros, estabelecer um panorama do RHC do estado e realizar comparações entre os anos.

8.5.3 Qualidade das informações do RHC

A qualidade dos dados do Sistema RHC é assegurada por meio de um conjunto de procedimentos executados nas diferentes etapas do processo de coleta, tabulação, análise e divulgação dos dados. Essas medidas têm o objetivo principal de permitir a validação interna e externa dos dados do RHC, de forma a garantir que esses dados reproduzam a realidade dos pacientes diagnosticados com câncer atendidos no hospital (INCA, 2010).

Alguns estudos no país apontam para a baixa completude de algumas variáveis contidas no RHC, especialmente referentes ao estadiamento clínico, TNM, estado da doença ao final do primeiro tratamento e grau de instrução (PINTO *et al.*, 2012; LUZ *et al.*, 2017).

Os resultados desta pesquisa em idosos também identificaram baixa completude para as variáveis estadiamento clínico e grau de instrução. Utilizando o critério de avaliação de completude para os dados do RHC, proposto por Romero e Cunha (2006), foram obtidos para a variável do estadiamento clínico a classificação de completude ruim para ambos os anos (49,25%). Para a variável grau de instrução, a incompletude foi ruim nos dois anos de estudo: 2016 (36%) e 2017 (29%).

Como sinalizam alguns autores, esses achados possivelmente refletem a falta dessas informações nos prontuários médicos e/ou falha na coleta e registro pelos médicos e outros profissionais da saúde (PINTO *et al.*, 2012).

Por fim, é necessário ressaltar a relevância da qualidade e confiabilidade das informações disponibilizadas no sistema do RHC, tendo em vista sua importância no monitoramento da assistência oncológica e da efetividade dos tratamentos realizados. As informações constantes dos RHCs permitem às unidades hospitalares oncológicas acompanhar a efetividade do tratamento empregado, os índices de sobrevida e fatores prognósticos da doença (PINTO *et al.*, 2012). Nesse caminho, é premente uma sensibilização dos gestores e dos diversos profissionais da saúde para a importância dos registros de câncer, seu engajamento e participação, bem como ações de capacitação dos registradores de câncer.

CONCLUSÕES

O presente estudo pretendeu analisar o acesso da população idosa do estado do Rio de Janeiro ao tratamento oncológico ofertado pela rede pública do estado. Para isso, resgataram-se as diferentes abordagens do conceito de acesso ao longo do tempo, para então compreendê-lo como um conceito multifatorial, que abarca diferentes dimensões (econômica, política, técnica e simbólica), e destacar sua importância no contexto do planejamento e administração em saúde.

O conceito de acesso utilizado na pesquisa foi o desenvolvido por Aday e Andersen, que apresentam uma abordagem multidimensional para o termo e distinguem o “acesso potencial” (em que predominam a avaliação de condições sociodemográficas) do “acesso realizado” (em que são analisados fatores sociodemográficos e organizacionais do sistema, tendo como base a utilização de fato dos serviços por uma população). Associaram-se a esse conceito as contribuições trazidas pela JCAHO (1993), que enfatiza o fator do tempo oportuno como importante indicador de processo nas análises de acesso.

A metodologia utilizada para a análise do acesso ao tratamento oncológico na população escolhida foi a consulta à base de dados do Integrador-RHC/RJ dos anos 2016 e 2017. A utilização desse sistema em pesquisas envolvendo o câncer se mostra bastante pertinente, uma vez que ele reúne uma ampla gama de informações relevantes para a assistência oncológica, como por exemplo: perfil socioeconômico do paciente (idade, sexo, cor, residência, grau de instrução), condições clínicas da doença (estadiamento clínico, base do diagnóstico, primeiro tratamento, estado da doença ao final do primeiro tratamento, motivo principal para não realização do tratamento) e intervalos temporais entre consulta, diagnóstico e início do tratamento, possibilitando uma análise da eficiência e da efetividade da assistência prestada. Dessa forma, o sistema do RHC permite realizar uma análise multivariada de diferentes aspectos, fornecendo importantes subsídios para o planejamento e gestão hospitalar e sistêmica, para as pesquisas clínico-epidemiológicas e as políticas públicas de controle do câncer no país.

Os dados disponíveis no Integrador-RHC/RJ para os anos 2016 e 2017 indicaram que mais da metade dos casos analíticos registrados no estado era de pessoas com idade igual ou acima de 60 anos (Tabela 2). Essa população idosa

caracterizou-se como majoritariamente de cor branca, do sexo feminino e grau de instrução fundamental incompleto (Gráficos 1, 2 e 3).

Os resultados obtidos para o estadiamento clínico em idosos demonstraram maior quantidade de casos em estágio 3 e 4 ou casos não estadiáveis. Houve significativa incompletude de informação para a variável grau de instrução, que superou o percentual de 25% nos dois anos pesquisados (Gráfico 3) e para a variável estadiamento clínico, que chegou a 49,25% dos casos registrados nos dois anos do estudo (Tabela 5).

O Manual do RHC recomenda como um dos indicadores de qualidade da assistência oncológica a confirmação diagnóstica por meio do exame histopatológico igual ou maior que 95% na amostra (INCA, 2010, p. 403/406). Tomando como referência esse indicador, os resultados desta pesquisa ficaram abaixo do preconizado, pois foram obtidos 86% de casos com diagnóstico por exame histopatológico em 2016 e 89,9% em 2017, abaixo do parâmetro proposto pelo INCA, ainda que os resultados não sejam ruins.

A pesquisa identificou a cirurgia como a modalidade terapêutica mais empregada em ambos os anos. O número de casos analíticos de pacientes que abandonaram ou tiveram complicações que impediram o tratamento proposto foi significativamente baixo em ambos os anos, o que se mostrou positivo, tendo em vista que o avançar da idade ou complicações por outras doenças poderiam provocar essa evasão dos usuários.

A avaliação dos intervalos temporais entre primeira consulta, diagnóstico e início do tratamento entre os idosos revelou dificuldades no acesso à assistência oncológica. Na análise temporal entre o diagnóstico e o início do tratamento, os resultados dos dois anos apresentaram enorme variação entre os prazos e uma mediana de aproximadamente 80 dias, demonstrando que o prazo de 60 dias preconizado pela lei ainda é um desafio a ser alcançado. Mostram-se necessárias intervenções no planejamento e organização dos serviços para reduzir esse tempo e melhorar o acesso dos pacientes ao tratamento oncológico.

No que se refere à organização dos serviços na rede estadual, destaca-se o levantamento feito pelo PEAO 2017/2021, com base nos parâmetros de cobertura populacional e estimativa de casos novos (estabelecidos pela Portaria nº 174/2014), que identificou déficit de 14 unidades na rede (11 unidades para a Região Metropolitana I, 2 unidades para a Região Metropolitana II e 1 unidade para a

Baixada Litorânea) (SES-RJ, 2017). Posteriormente, o PES 2020/2023 sinalizou um déficit de 11 estabelecimentos oncológicos, sendo 8 na Região Metropolitana I, 2 na Região Metropolitana II e 1 na Região Norte (SES-RJ, 2020, p. 109).

O PEAO 2017/2021 também enfatizou a interdependência entre as regiões do estado na oferta dos serviços oncológicos, ressaltando que “esse formato de organização em rede é consequência de um planejamento com base em oportunidades de oferta de serviço” (SES-RJ, 2017, p. 63). Porém, é necessário alertar que o planejamento regional em saúde não deve ser realizado com base na oferta de serviços; é fundamental considerar as necessidades da população, sua distribuição no território, assim como outros aspectos organizacionais relevantes, como: os fluxos entre residência e local do serviço, as distâncias percorridas pela população na busca pela assistência, os custos desses deslocamentos e a existência de malha viária suficiente para atender à demanda dos usuários (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O planejamento da oferta dos serviços oncológicos da forma como vem sendo feito parece estar contribuindo para a sobrecarga de alguns municípios e hospitais do estado e o esvaziamento de outros. O município do Rio de Janeiro, por exemplo, segundo esta pesquisa, concentrou a grande maioria dos procedimentos oncológicos, recebendo importante fluxo migratório de pacientes de outras regiões, mesmo que essas regiões tenham um complexo hospitalar habilitado em oncologia.

Por todo o exposto, podemos concluir que, além dos fatores sociodemográficos, comumente indicados nas pesquisas como fatores que influenciam e dificultam o acesso aos serviços de saúde (como a condição social menos favorecida, o baixo grau de instrução, a cor, a existência de fragilidade em idosos e a existência de comorbidades), as características da oferta adequada de serviços, sobretudo no tratamento do câncer, constituem fatores determinantes para o bom desempenho da rede de assistência oncológica, sendo capazes de alavancar o acesso ao sistema.

Nesse sentido, destaca-se como fundamental um adequado planejamento e intervenção sobre a rede de assistência oncológica do estado do Rio de Janeiro, através do mapeamento e revisão dos fluxos entre local de residência e local de atendimento oncológico pelos municípios de cada região de saúde, levando em consideração os seguintes aspectos: a) o acesso geográfico é de extrema relevância para o desfecho do tratamento oncológico; b) a configuração da rede de atenção

deve traduzir diversas possibilidades de conexão entre a população e o serviço, o que repercutirá em maior acesso; c) é necessário considerar as distâncias percorridas e o tempo de deslocamento da população na busca pela assistência; d) é necessário considerar e reestruturar a malha viária existente para esses deslocamentos.

As políticas de saúde devem ser capazes de eliminar o desequilíbrio entre oferta e demanda de serviços oncológicos e construir efetivamente uma rede regionalizada, garantindo um acesso universal, equitativo e integral à população.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, C. A. M *Análise de sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, na cidade de Vitória, Espírito Santo*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. Novos Rumos da Regionalização da Saúde: o complexo regional da saúde no estado de São Paulo/Brasil. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008. Disponível em: <<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx> > Acesso em: jan. 2022.

ALVES, B. L. P.; SILVA, V. G. N.; CAETANO, I. B. M. O. S.; LIVINALI, A.; CRUZ, M. L. Polimedicação em idosos submetidos a tratamento oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 65, n. 4, p. e-09379, 2019.

ALVES, J. E. D. *A redução da população*. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. 2010. Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: <<https://www.ufjf.br/ladem/>> Acesso em: 28 fev. 2021.

ANTUNES, Y. P. P. V; BUGANO, D. D. G.; DEL GIGLIO, A.; KALIKS, R. A., KARNAKIS, T.; PONTES, L. de B. Características clínicas e de sobrevida global em pacientes oncológicos idosos num centro oncológico terciário. *Einstein (São Paulo)*. 2011. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3067> > Acesso em: 09 mar. 2022. **AS DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO BRASIL E UNI**

ATTY, A. T. de M.; MIGOWSKI, A.; TOMAZELLI, J. G.; DIAS, M. B. K.; JARDIM, B. C. A atenção oncológica e os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 64, n. 2, p. 247-25, 2018.

BRAGA, D. A. de O.; VASCONCELOS, L. L.; PAIVA, C. E. Q.; PRADO, R. M. da S.; TORRES, K. B. N. Qualidade de vida do idoso em tratamento oncológico. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. Salvador, v. 18, n. 2, p. 249-253, maio/ago. 2019.

BRASIL. Endocrinologia e nefrologia / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada*; v. 1, Brasília, 2015. 20p.

BRASIL. *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, 2012. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 28 fev. 2021.

BRASIL. *Lei nº 10.741*, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < www.planalto.gov.br > Acesso em: 06 mar. 2021.

BRASIL. *Lei nº 8.842*, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < www.planalto.gov.br > Acesso em: 06 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM 1.395*, de 10 de dezembro de 1999. Política de Saúde do Idoso. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 2.439*, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, 2005. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 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), 2013. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 28 fev.2021.

BRASIL. *Portaria nº 1.559*, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, 2008. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 28 fev.2021.

BRASIL. *Portaria nº 140/SAS-MS*, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine critérios e parâmetros para a organização, planejamento, monitoramento, controle, avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia, 2014. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 2.528*, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/> > . Acesso em: 06 de março 2021.

BRASIL. *Portaria nº 741*, de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, os Centros de assistência de alta complexidade em oncologia (Cacon) e os Centros de referência de alta complexidade em oncologia e suas aptidões e qualidades, 2005. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 fev.2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Abril 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>> Acesso em: mar 2022.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *In*: CAMARANO, A. A. (Org). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 253-292.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 122-135, 2002.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL (ILC-Brasil). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Tradução: Natalia Tadde. Rio de Janeiro, jul. 2015.

CONASEMS. *Novos critérios e parâmetros para a habilitação de estabelecimentos de saúde*. Nota. 10 jan. 2020. Disponível em: <[www.conasems.org.br oncologia](http://www.conasems.org.br/oncologia) -

novos critérios e parâmetros para a habilitação de estabelecimentos de saúde > Acesso em: 01 mar. 2021.

COSTA, L. M. da. *Hospital Federal de Bonsucesso: ações estratégicas de gestão da informação para o registro de câncer*. Instituto de Ciências Humanas, UFF, Volta Redonda, 2016, 19 p. Relatório Técnico.

CRUZ, P. K. R.; VIEIRA, M. A.; CARNEIRO, J. A.; COSTA, F. M.; CALDEIRA, A. P. Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 190113, 2020.

FAGUNDES, L. A.; FERRIGNO, R. Peculiaridades da radioterapia no idoso. In: GIGLIO, A.; KARNAKIS, T. *Oncogeriatrics: uma abordagem multidisciplinar*. Barueri, SP. Manole, 2012.

FERREIRA, M. L. L.; SOUZA, A. I. de; FERREIRA, L. O. C.; MOURA, J. F. do P.; COSTA JUNIOR, J. I. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2015.

FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991. Disponível em: < <http://iris.paho.org>>. Acesso em: maio 2021

GIACOMIN, K. C.; MAIO, I. G. A PNI na área da saúde. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Cap. 4.

GUTIERREZ, M. M. U.; SHIMIZU, H. E.; VILARINS, G. C. M. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.640-647, 2012;

HABIB, P. A. B. B.; PORTO, M.; TEIXEIRA, L. A. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-80 37, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra*, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < www.ibge.gov.br > Acesso em: 01 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Microdados da Amostra do Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: < www.ibge.gov.br >. Acesso em: 01 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da população das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2030*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < www.ibge.gov.br > Acesso em: 01 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: < www.ibge.gov.br > Acesso em: 01 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Tabela de estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiras em 01 jul. 2020*. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: < www.ibge.gov.br > Acesso em: 01 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: < www.inca.gov.br > Acesso em: 15 jan. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Dicionário das variáveis da base de dados do SisRHC (atualizado 30/03/2020)*. Disponível em: [Dicionario_bases_de_dados_download_IRHC%20\(4\).pdf](#). Acesso em: 20 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Estadiamento*. Significado e tipos de estadiamento. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/estadiamento>>. Acesso em: nov. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: > www.inca.gov.br. Acesso em: 28 de jan. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Informativo de Vigilância do Câncer n. 1. Panorama da assistência oncológica no Sistema Único de Saúde a partir das informações do integrador RHC 2000 a 2006*. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: < www.inca.gov.br > Acesso em: 27 jan. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Informativo de Vigilância do Câncer n.7 – Perfil da Assistência Oncológica no Brasil entre 2012 e 2016*. Rio de Janeiro, jan-jul. 2020. Disponível em: < www.inca.gov.br > Acesso em: 27 jan. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Informe SUS-ONCO*. Rio de Janeiro, ano III, n. 31, out. 2019. Disponível em: < www.inca.gov.br > Acesso em: 20 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Informe SUS-ONCO*. Rio de Janeiro, ano V, n. 52, set. 2021. Disponível em: < www.inca.gov.br>. Acesso em: 09 mar. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *O câncer e seus fatores de risco: o que a educação pode evitar?* Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: < www.inca.gov.br > Acesso em: 25 jan. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Registros Hospitalares de câncer: planejamento e gestão*. 2 ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: < www.inca.gov.br > Acesso em: 25 jan. 2021.

KLIGERMAN, J. Ampliação da assistência oncológica no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2000.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

KUSHNIR, R. Módulo 5 - Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado. in: KUSCHNIR, R. (Org.). *Gestão de Redes de Atenção à Saúde: II - Redes de Atenção à Saúde: Histórico e Conceitos Fundamentais*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015. p.129-168.

LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R. da S.; PORTO, S.; VIACAVA, F.; UGÁ, M. A. D. 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.

LEBRA, M. L. Epidemiologia do envelhecimento. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. São Paulo, n. 47, p. 23-26, 2009.

LIBERALESSO, T. E. M.; DALLAZEN, F.; BANDEIRA, V. A. C.; BERLEZI, E. M. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na Região Sul do Brasil. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 553-562, 2017.

LIMA, F. L. T. de; O'DWYER, G.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; SILVA, M. J. S. da. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 63, n. 3, p. 177-187, 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. P. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-1, 2003.

LOUVISON, M. C. P.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L. F.; MALIK, A. M.; ALMEIDA, E. S. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 733-40, 2008. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349102008000400021&lng=en>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LUZ, C. M. da ; DEITOS, J.; SIQUEIRA, T. C.; CARAMBA, A. P. F. Completude das informações do registro hospitalar de câncer em um hospital de Florianópolis. *ABCS saúde sci.*, v. 42, n. 2, p. 73-79, 2017.

MEDEIROS, G. C. M.; BERGMANN, A.; AGUIAR, S. S.; THULER, L. C. S. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, jun. 2015.

MENDES, A. D. G.; MIRANDA, G. M. D.; DASILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, maio-jun. 2016.

MINAYO, M. C. de S. A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós-industrial. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, v. 4, n. 2, p. 169-181, 1997.

MOHILE, S. G.; FAN, L.; REEVE, E.; JEAN-PIERRE, P.; MUSTIAN, K.; PEPPONE, L.; JANELSINS, M.; MORROW, G.; HALL, W.; DALE, W. Association of cancer with geriatric syndromes in older medicare beneficiaries. *Journal of Clinical Oncology*, v. 29, n.11, p. 1458-64, 2011. Disponível em:< DOI: 10.1200/JCO.2010.31.6695>. Acesso em: mar. 2022.

MOLINA-GARRIDO, M. J.; GUILLEN-PONCE, C. Overvaluation of the vulnerable elders survey-13 as a screening tool for vulnerability. *Journal of Clinical Oncology*, v. 29, n. 23, p. 3201–3202, 2011. Disponível em: < <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2011.36.3911>>. Acesso em: mar. 2022.

MOSHER, C. E. et al. Self-efficacy for coping with cancer in a multiethnic sample of breast cancer patients: associations with barriers to pain management and distress. *Clin. J. Pain*, Philadelphia, v. 26, n. 3, p. 227-234, 2010. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827812/pdf/nihms153690.pdf/?tool=EBI>> Acesso em: mar 2022

OLIVEIRA, A. S.; DE VASCONELOS, M. M. N.; ABATH, M. de B.; PAES, I. M. B. da S.; DE LEMOS, E. C. Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: da Gestão ao Registro. *Rev. Bras. Cancerol.*, v. 63, n. 1, p. 21-8, 2019. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/152>>. Acesso em: fev. 2022.

OLIVEIRA, E. X. G. de; MELO, E. C. P.; PINHEIRO, R. S.; NORONHA, C. P.; CARVALHO, M. S. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-326, fev. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. tradução Suzana Gontijo. Brasília: OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014*. Geneva: World Health Organization, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920* -Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Washington, D.C, EUA, 1964.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias*. Washington, D.C., EUA, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Redes Integradas de Servicios de Salud - Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. OMS, 2008.

PAIVA, E.; MORAES, C.; BRITO, T.; LIMA, D.; FAVA, S.; NASCIMENTO, M. Perfil dos atendimentos oncológicos de uma macrorregião de saúde brasileira. *Av Enferm.*,

v. 38, n. 2, p. 149-158, 2020. Disponível em: <
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.83297>>. Acesso em: mar 2022.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n. 6, p. 2935-2944, 2011.

PAULISTA, J. S.; ASSUNÇÃO, P. G.; LIMA, F. L. T. Acessibilidade da população negra ao cuidado oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 27 jan. 2020 Disponível em: <
<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/453>>

PERCY, C.; VAN HOLTEN, V.; MUNIR, C. (Eds.). *CID-0 – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2005.

PINTO, I. V.; RAMOS, D. N.; COSTA, M. do C. E. da; FERREIRA, C. B. T.; REBELO, M. S. Completude e consistência dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 113-20 1, 2012.

REZENDE, M. C. R.; KOCH, H. A.; FIGUEIREDE, J. A.; THULER, L. C. S. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 31, n. 2, p. 75-78, 2009.

RIBEIRO, SL; SCHWARTZ E; FEIJÓ AM; SANTOS, PB; GARCIA, RP; LISE, F. Incidentes críticos experienciados no tratamento da doença oncológica. *Rev de Enferm*, 5(3): 9805-19, 2015. Disponível em:<
http://d*/x.doi.org/10.19175/recom.v5i3.898 > Acesso em: jan. 2022.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde. *Deliberação CIB-RJ n° 2.883*, de 12 de maio de 2014. Pactua as referências da rede de alta complexidade oncológica, no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Disponível em:
<www.cib.rj.gov.br<http://bvsms.saude.gov.br/> >. Acesso em: 02 mar. 2021.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde. *Deliberação CIB-RJ n. 3470*, de 20 de julho de 2015. Institui a Central Unificada de Regulação-RJ, a ser denominada de REUNI-RJ. Disponível em: <
www.cib.rj.gov.br<http://bvsms.saude.gov.br/> >. Acesso em: 02 de mar. 2021.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde. *Deliberação CIB-RJ n. 5892*, de 19 de julho de 2019. Pactua as referências da rede de alta complexidade oncológica, no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <
www.cib.rj.gov.br<http://bvsms.saude.gov.br/> >. Acesso em: 02 de mar. 2021

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Atenção Oncológica*, Rio de Janeiro, maio 2017.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2020-2023*, Rio de Janeiro, fev. 2020.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panam Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SITTA, M. C.; LEPPER, R. V. B. Avaliação perioperatória. In: GIGLIO, A. D.; KARNAKIS, T. (Eds.). *Oncogeriatrics: uma abordagem multidisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2012.

SOUZA, C. B.; FUSTINONI, S. M.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E.; MATOS, J. C.; SCHIRMER, J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, v. 20, n. 12, dez. 2015.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

TORRES, K. R. B. de O.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. e300113, 2020.

TRAVASSOS, C. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215-46.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p. S190-S198, 2004.

TRUFELLI, D. C.; MIRANDA, V. C.; SANTOS, M. B. B.; FRAILE, N. M. P.; PECORONI, P. G.; GONZAGA, S. F. R.; 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.*, v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas e HelpAge International, *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*, 2012. Disponível em: <https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf> Acesso em: 20 jan. 2021.

VERAS, R. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 1929-1936, 2018

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 43, n. 3, maio-jun. 2009.

VIANA, A.L.D; MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Jun 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300016>> Acesso em: fev 2022

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* V. 25, n. 3, p. 535-49, 2016. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>. Acesso em: 06 jun. 2022.