

POLÍTICAS OFICIAIS DE CONTROLE DE CÂNCER NO BRASIL

Official politics to control cancer in Brazil

LUIZ CARLOS ZEFERINO*

O objetivo deste artigo foi comentar os fatos mais relevantes relacionados às políticas oficiais de controle do câncer no Brasil, desde a criação do Centro de Cancerologia que deu origem ao atual Instituto Nacional de Câncer (INCA). Descreveu a trajetória do Ministério da Saúde em relação à Cancerologia, com a criação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, constituição da Divisão Nacional de Câncer e a implementação do Programa Nacional de Combate ao Câncer. Destacou a existência de dois ministérios atuando na área da Saúde durante duas décadas e as iniciativas de integração e cooperação entre eles, como a constituição do Sistema Integrado do Controle de Câncer e do Pro-Onco. Procurou-se correlacionar a evolução dos fatos com os determinantes políticos e a política de saúde de cada período. Do momento mais atual destacou a criação do Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade em Câncer. Por fim, citou o trabalho desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na organização de uma rede de hospitais terciários em Oncologia. Concluiu que as políticas oficiais têm seguido uma trajetória tortuosa, caracterizada por descontinuidade de ações, reprises de iniciativas e alternâncias de prioridades, o que tem prolongado excessivamente o processo de organização dos serviços de saúde destinados à assistência de pacientes com câncer.

Unitermos: Câncer; Políticas de Saúde; Organização de Serviços; Hospitais; Sistema de Saúde.

Keywords: Cancer; Politics of Health; Organization of Services; Hospitals; System of Health.

Introdução

Uma pesquisa realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, voltada para a análise histórica das políticas de saúde no Brasil - que deu ênfase para o câncer - é uma valiosa memória sobre a evolução e organização dos serviços de saúde, a partir das diferentes conjunturas políticas, econômicas e sociais. Com base neste material, alguns aspectos ocorridos desde o início do século até a década de 70 merecem ser destacados pela sua relevância na história da Cancerologia do Brasil (1).

Nas primeiras décadas do século 20, muitas doenças epidêmicas estiveram presentes no Brasil, como febre amarela, varíola e peste. A tuberculose, malária e lepra eram doenças consideradas endêmicas. Neste cenário epidemiológico já havia profissionais preocupados com o controle das neoplasias malignas e os debates acadêmicos sobre câncer enfatizavam a necessidade de se implementar uma ação conjunta, envolvendo governo e entidades privadas. É interes-

* Professor-Doutor do Depto de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Diretor-Executivo do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM/Unicamp. Ex-Coordenador do Programa de Oncologia da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (1987-91; 1994).

Endereço para correspondência: Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Unicamp - Rua Alexander Flemming, 101 - Cidade Universitária Zeferino Vaz - CEP 13083-970 - Campinas - SP - E-mail: Zeferino@turing.unicamp.br - Telefax: (019) 239-5935.

sante ressaltar que o câncer era considerado uma doença contagiosa e as ações de saúde eram no sentido de reduzir a sua transmissibilidade.

Em 1929 ocorreram dois eventos importantes relacionados com o início da Cancerologia no Brasil. O primeiro foi a organização da Liga Brasileira Contra o Câncer, por Ugo Piniheiro Guimarães e o segundo foi a inauguração, em São Paulo, do Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, primeira instituição dedicada ao combate ao câncer.

Em 13 de janeiro de 1937, com os esforços de Mário Kroeff, o então presidente da República, Getúlio Vargas, assinou um decreto-lei criando o Centro de Cancerologia, no Rio de Janeiro, embrião do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que funcionou em um prédio anexo do então Hospital Estácio de Sá. Em 1941 foi criado, no âmbito do então Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Nacional de Câncer, com poderes normativos e com competência para organizar, orientar e controlar, em todo o país, o combate ao câncer. Mario Kroeff foi nomeado seu primeiro diretor. Este serviço foi transferido, em 1946, para um imóvel da União em construção, localizado na Praça Cruz Vermelha, que depois deu origem ao prédio do INCA, inaugurado em 23 de agosto de 1957, pelo então presidente Juscelino Kubitschek.

Na década de 40 a Associação Paulista de Combate ao Câncer, cuja figura máxima era Antonio Prudente, realizou intenso trabalho para angariar fundos e construir o Hospital Antonio Cândido de Camargo, inaugurado em 23 de abril de 1953.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, por desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde, sem alterar a estrutura dedicada à saúde. A prioridade política vigente era no sentido de intensificar o combate às doenças infecto-contagiosas rurais, como malária, febre amarela e peste.

Seguiu-se um período desenvolvimentista, cujo argumento era que combatendo a pobreza e a miséria estar-se-ia melhorando as condições de saúde. Houve grande entrada de capital estrangeiro no Brasil, com ampla penetração da indústria multinacional, incluindo a farmacêutica, que desencadeou uma ação voltada para a maior eficácia dos atos curativos, a custos, obviamente, maiores. Iniciou-se um processo de fragmentação da prática médica em diversas especialidades e de sofisticação dos instrumentos diagnósticos e terapêuticos, tornando os estabelecimentos hospitalares prioritários como tática de consolidação de uma política de saúde, o que teve reflexos sobre o câncer.

Na década de 60, principalmente no pós-64, o Estado começou a enfrentar o encarecimento dos atos médicos e a pressão crescente dos consumidores no sentido de ampliar e melhorar os serviços de saúde. Com o objetivo de dinamizar as

atividades relacionadas ao câncer, em 1967 o Ministério da Saúde instituiu a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, instalada no ano seguinte, mas que logo no primeiro ano sofreu importantes restrições financeiras, pois naquele momento o Ministério da Saúde perdeu espaço político-financeiro. Em 1969 surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no âmbito do Ministério do Trabalho, e houve aumento da participação estatal como comprador de serviços de saúde de prestadores privados. Portanto, instalou-se institucionalmente a dicotomia entre a Saúde Pública e a assistência médico-curativa, com incremento da prática médico-hospitalar.

Em 1970, o Ministério da Saúde transformou o Serviço Nacional de Câncer em Divisão Nacional de Câncer (DNC), que elaborou o Programa Nacional de Combate ao Câncer. De 1972 a 1975 foi diretor da DNC João Sampaio Goes, que promoveu ações que visavam o controle do câncer do colo uterino e adquiriu equipamentos de radioterapia, cedidos em comodato a hospitais de todo o Brasil. O INCA recebeu poucos recursos neste período. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Em 1975, Humberto Torloni assumiu a DNC e foi assinado um convênio entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, visando integrar ações e definir obrigações na área de câncer. Houve redirecionamento no Programa Nacional de Combate do Câncer do Ministério da Saúde e também instalou-se o Programa de Controle do Câncer, no âmbito do INPS, que tentou articular os diversos níveis de serviços daquele Instituto, através de criação das Comissões Central, Regionais, Ambulatoriais e Hospitalares de Oncologia. Em 1978 surgiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), por desmembramento do INPS, para cuidar especificamente da assistência médica, mantendo o vínculo com o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Na década de 80, no plano geral, agravava-se a situação econômica do Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde direcionou-se no sentido de expandir e valorizar a rede básica de serviços de saúde. Ambos os ministérios se juntaram para recuperar o INCA e transformá-lo num centro nacional de referência em câncer.

O maior destaque foi a Resolução Ciplan nº 13, de 1982, editada em conjunto com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, que constituiu o Sistema Integrado do Controle de Câncer - SICC. De acordo com o próprio texto desta Resolução, o SICC era "destinado a coordenar o desenvolvimento das atividades de controle do câncer no país, racionalizando o desempenho das instituições, assegurando um padrão assistencial abrangente, uniforme e adequado ao nível dos recursos disponíveis" (2). De imediato, 18 hospi-

tais especializados em Oncologia foram incorporados ao SICC e autorizados a aplicar os seguintes percentuais de valorização dos procedimentos realizados: 100% sobre os valores dos procedimentos específicos de Oncologia; de 0% a 20% de índice de valorização hospitalar mais 30% de nível de excelência sobre o valor total das contas dos hospitais. Enfim, estabeleceu-se pagamento diferenciado para estes hospitais.

Em janeiro de 1985, uma Resolução do Inamps orientou que os pacientes portadores de câncer fossem encaminhados prioritariamente aos hospitais que integravam o SICC. Desejava-se que não houvesse restrição ao acesso e tentou-se estabelecer mecanismos de referência e contra-referência com outras unidades de saúde, principalmente a rede básica. Esta Resolução criou o índice SICC, que passou a ser aplicado em função da qualificação do hospital, acrescendo de 50% a 130% sobre o valor das contas médicas, e suspendeu a aplicação dos percentuais de valorização criados pela Resolução de 1982 (3).

Em 1985, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica questionou a não incorporação de hospitais que não atuavam exclusivamente em Oncologia e a falta de maiores esclarecimentos sobre o processo de inclusão de novas instituições. Esta Sociedade tentou articular um movimento para estender estes benefícios a outros hospitais. Naquele momento, apenas 23 hospitais de vários Estados integravam o SICC (12).

A rigor, o principal objetivo do SICC não era oferecer e garantir assistência oncológica a toda população necessitada, mas sim socorrer os hospitais de câncer, que estavam empobrecidos devido ao baixo valor pago pelos procedimentos e ao alto custo do tratamento. Havia hospitais que passaram a não atender exclusivamente câncer, voltando-se para o atendimento geral, numa tentativa de recuperar a capacidade financeira (8). Na verdade, havia um abismo entre a capacidade global de atendimento deste conjunto de hospitais e a demanda de pacientes com câncer, mesmo porque naquele momento a cobertura assistencial do Inamps havia se estendido também aos trabalhadores da zona rural.

A crise do sistema previdenciário se agravava e o Inamps, enquanto órgão que concentrava a grande parcela de recursos públicos para saúde, não tinha projeto alternativo. Predominavam ações e interesses corporativos e uma série de denúncias de irregularidades. A pluralidade institucional instalada na área da saúde desembarcou num processo assistemático, senão anárquico, do processo de assistência à saúde do Brasil.

O Ministério da Saúde, ainda que ocupasse uma escala muito menor nas atividades assistenciais, era o órgão que vinha exercitando algumas saídas para a crise, que passava pela implementação de um Sistema Nacional de Saúde, hierarquizado e regionalizado, sendo os municípios e os Estados instâncias gestoras. Falava-se da transferência do Inamps do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Minis-

tério da Saúde. Na sequência e neste cenário institucional, em 1987, surgiu o convênio SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde.

Ainda em 1987 foi estabelecido um protocolo de cooperação técnica e de mútua colaboração entre o Inamps e a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, denominado "Programa de Oncologia - Pro-Onco" (4). Este protocolo era composto pelos seguintes Subprogramas:

- **Informações em Câncer** - que visava implementar os Registros de Base Populacional, Registros Hospitalares e o Registro Nacional de Patologia Tumoral;

- **Proteção e Promoção da Saúde** - que visava atuar nos fatores ambientais nocivos à saúde, a partir do qual surgiu o Programa de Controle do Tabagismo;

- **Expansão da Prevenção e Controle do Câncer** - que se propunha atuar com o câncer do colo uterino, da mama e da boca, e no atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas;

- **Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer** - que visava adequar as propostas de prevenção e controle do câncer às diversas regiões do país;

- **Educação em Cancerologia** - que visava coordenar e realizar ações educativas nos níveis comunitário e profissional.

Em resumo, em três momentos o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social assinaram acordos específicos na área de Oncologia, na tentativa de amenizar os efeitos desta dicotomia na área da Saúde. Em 1975, quando resultou na implantação de um programa de controle do câncer em cada um dos ministérios; em 1982, através da Resolução Ciplan que constituiu o SICC; em 1987, quando foi constituído o Programa de Oncologia-Pro-Onco.

Em 1988, a nova Constituição Federal criou o Sistema Único da Saúde - SUS e, em 1990, foi elaborada a Lei Orgânica da Saúde, que determinou como sendo da competência da direção nacional a definição e coordenação de redes integradas de assistência de alta complexidade. O Ministério da Saúde assumiu o comando de todas as ações em saúde, na esfera federal, e criou os Sistemas de Procedimentos de Alta Complexidade - Sipac, dentre os quais um para câncer, cuja secretaria executiva foi instalada junto ao INCA.

Assim, a partir de 1990 o INCA assumiu a condução da política nacional de controle do câncer, pois incorporou o Pro-Onco e suas atividades, além de sua atuação no Sipac-Câncer. A Campanha Nacional de Combate ao Câncer foi extinta e, em 1991, foi instituída a Fundação Ary Frauzino para a Pesquisa e Controle do Câncer, com o objetivo de viabilizar recursos humanos e tecnológicos para o desenvolvimento das atividades do INCA. Esta Fundação surgiu no momento em que o INCA vivia um grande impasse, pressionado pela impossibilidade de reposição de pessoal, o que ameaçava a ma-

nutrição dos serviços prestados. Além das atividades assistenciais, o INCA tem atuado incrementando registros de câncer, promovendo ensino da Cancerologia nos cursos de Medicina e de Enfermagem, realizando ações em educação comunitária e formação profissional e implementando campanhas de combate ao câncer e ao tabagismo (7).

Desde então, de muito significativo, foi a edição da Portaria nº 170/93, de 17 de dezembro de 1993, que estabelecia normas para o credenciamento de hospitais realizarem procedimentos de alta complexidade em câncer, no âmbito do SUS. Foram definidos dois níveis de Centros de Referência para hospitais, com base na qualificação de seus serviços, e os Centros de Radioterapia e de Quimioterapia (5). De significativo, foi a edição, no mesmo momento, da Portaria nº 171/93 que reclassificou e aumentou os valores pagos pelos procedimentos clínicos e cirúrgicos em Oncologia, aplicável somente aos hospitais que fossem credenciados pelo Sipac-Câncer (6).

Estas Portarias foram importantes como instrumentos que permitiriam ampliar a rede de hospitais de referência em Oncologia, incluindo hospitais gerais, de forma mais facilitada devido ao pagamento diferenciado pelos procedimentos realizados. Todavia, esta ampliação da rede de hospitais somente ocorreria de forma mais organizada se seguisse algum plano com bases estratégicas. Os credenciamentos destes hospitais ocorreram a partir de 1994, que de início credenciou os hospitais que já integravam o Sipac-Câncer.

A Onco-Rede no Estado de São Paulo

Conforme já foi mencionado, em 1987 surgiu o SUDS. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo lançou-se no desenvolvimento e implementação de uma política no sentido de constituir um sistema de saúde que valorizava e ampliava a atuação da rede básica e avançava na hierarquização dos serviços. Deixou-se de executar somente programas verticais para o controle de doenças específicas ou dirigidos a grupos populacionais restritos, para desenvolver e conduzir uma política de saúde abrangente que incluiu no seu bojo a assistência médica ambulatorial e hospitalar. Paralelamente ao processo de municipalização dos serviços de saúde, que foi o componente claramente predominante, elaborou-se uma proposta de organização de serviços terciários em Oncologia, avalizada por uma comissão de especialistas, que visava garantir atendimento adequado ao universo da população dependente dos serviços de saúde financiados pelo setor público.

Naquele momento os principais diagnósticos sobre a situação da assistência oncológica no Estado de São Paulo foram: predominância de casos avançados; grandes deslocamentos de pacientes para diagnóstico e tratamento; fragmentação assistencial, por falta de serviços adequadamente constituí-

dos; profissionais tecnicamente não habilitados assistindo pacientes com câncer; a quase inexistência de ações para detecção do câncer (9).

Esta proposta explicitava que a assistência oncológica adequada era dependente de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado. Foram definidos níveis de complexidades crescentes - primário, secundário e terciário - absolutamente interdependentes, no sentido de que a qualidade da assistência somente se elevará se o conjunto dos serviços de saúde se organizar, incluindo, de forma imprescindível, aqueles de menor complexidade, onde se suspeita ou se diagnostica uma neoplasia maligna para, então, encaminhar os pacientes a um serviço especializado em câncer.

O entendimento era de que o diagnóstico mais precoce ou menos tardio do câncer dependia muito mais da eficiência dos serviços de menor complexidade, ou seja, os serviços especializados somente atenderiam casos avançados, mesmo dispondo de toda a excelência possível, se estivessem cercados por serviços de menor complexidade ineficientes.

Nos anos que se seguiram procurou-se desconcentrar a assistência oncológica terciária dos grandes centros, investindo principalmente em regiões mais desprovidas de recursos, como ocorreu, por exemplo, no município de Marília. Profissionais especializados e tecnicamente bem treinados foram captados por estes centros emergentes ou em expansão.

Em 23 de janeiro de 1991, através do Decreto nº 32.848, o governo estadual criou a Onco-Rede - Rede Estadual de Assistência Oncológica Terciária, que identificou os hospitais de referência como Cekan - Centros de Câncer (10). Na sequência, através de deliberações da Comissão Interinstitucional da Saúde de São Paulo (CIS-SP), foram editadas as regulamentações complementares para implementação da Onco-Rede. Em 1991, 44 hospitais foram oficialmente identificados como de referência terciária em Oncologia, sendo 14 da região metropolitana de São Paulo e 30 do interior (11).

Este trabalho foi praticamente descontinuado no período de 1991 a 1993 e a organização da Onco-Rede até retrocedeu, pois a Secretaria de Estado da Saúde rompeu com o projeto vigente e não conseguiu introduzir um novo projeto convincente e operativo. Em 1994 o projeto anterior foi retomado, agora um pouco mais facilitado com as edições, pelo Ministério da Saúde, das já mencionadas Portarias 170/93 e 171/93. Foram credenciados ou credenciados 43 hospitais, seguindo a lógica adotada no período de 1987-1991 (13).

Comentários gerais

Historicamente, as políticas oficiais de saúde têm seguido uma trajetória tortuosa, caracterizada por descontinuidade de ações, reprises de iniciativas e alternância de prioridades, o

que tem prolongado excessivamente o processo de organização dos serviços de saúde. Nesta trajetória de eventos ilógicos destacou-se o fato de ter havido dois ministérios atuando na área da Saúde durante duas décadas.

No momento atual, o SUS é mais real no plano legal do que no institucional ou operacional, o que significa que as leis, normas e portarias vigentes estão, na melhor das hipóteses, parcialmente implantadas. A contínua crise no financiamento da Saúde e os atrasos na implantação de modelos de gestão técnico-financeira mais compatíveis com a estrutura e diretrizes do SUS, têm sido o grande obstáculo para a consolidação de uma política de saúde competente. No âmbito da assistência oncológica terciária, praticamente nada que merecesse maior destaque ocorreu após 1994, mesmo porque o Ministério da Saúde tem se ocupado, prioritariamente, com a implementação do SUS e com o seu financiamento.

Todavia, esta situação de quase permanente crise não é justificativa para a não existência de um projeto abrangente de organização de serviços em Oncologia compatível com as realidades regionais, tendo como parâmetro aspectos epidemiológicos, estratégicos e sociais. Poderia ser elaborado um projeto sob um conjunto de normas que serviriam de referenciais para acompanhar a qualificação dos serviços e não como instrumentos que inviabilizam a assistência oncológica em regiões de recursos escassos. Não há como impedir que o câncer apareça em populações residentes em regiões de difícil acesso aos hospitais credenciados, mesmo porque a assistência oncológica, principalmente na forma sofisticada como tem sido proposta, demanda inúmeros procedimentos. Uma consequência óbvia é que abre-se um espaço para atuação de profissionais tecnicamente não preparados e desarticulados dos centros mais especializados, o que a princípio desejar-se-ia evitar, além de que é mais um fator que retarda o diagnóstico, aumentando, assim, a concentração de casos avançados.

Com relação às propostas de inserção do ensino da Oncologia na graduação de médicos e enfermeiros, entendo que seria necessário avaliar o impacto real destas ações, pois pode

ser que os resultados não sejam os desejados. Admite-se esta possibilidade devido haver uma evidente dissociação da formação profissional do curso de graduação com o mercado de trabalho. Para os médicos tornou-se quase que obrigatória a realização de Residência Médica ou de estágios de especialização, pois o curso de graduação não finaliza a preparação de um profissional para o mercado de trabalho, qualquer que seja a atividade que venha a executar. Em última instância, são os estágios e cursos realizados após o término da graduação que determinarão o modo de atuação e a inserção destes profissionais nos serviços de saúde públicos e privados. Assim, seria interessante avaliar a possibilidade de também introduzir o ensino da Oncologia para aqueles profissionais, cuja atuação e inserção nos serviços de saúde têm importância no diagnóstico mais precoce ou menos tardio das neoplasias malignas, mesmo porque este direcionamento poderia estar associado a um processo de adequação de recursos diagnósticos, o que poderia melhorar os resultados.

É necessário considerar que os governos são os agentes de mudanças, pois são os formuladores das políticas de saúde. Para que o processo de mudança avance, consolide-se e cause impacto positivo é necessário que seja assimilado e incorporado de forma ampla e descentralizada pelos serviços de saúde. Programas centralizados podem surgir como projeto piloto, porém a sua viabilização dependerá da compatibilização das ações a serem implementadas com as realidades dos serviços de saúde e de seus usuários, que no Brasil correspondem a um cenário extremamente heterogêneo. Também, a centralização de decisões, ainda que necessária algumas vezes, gera uma demanda reprimida de soluções e, conseqüentemente, tem sido motivo freqüente de insucessos de gerentes bem-intencionados.

Por fim, a assistência adequada ao paciente portador de neoplasia maligna depende de recursos que vão muito além dos serviços especializados em Oncologia. Assim, considero utópico e romântico imaginar que os casos avançados de câncer diminuirão sem que haja um aprimoramento progressivo dos serviços de saúde em geral, que inclua facilitação do acesso da população, agilidade operacional e maior resolutividade.

Summary

The objective of this study was to comment about the most important facts related to the official politics to control cancer in Brazil, since the creation of the Center of Cancerology, which originated the current National Institute of Cancer (INCA). It described the trajectory of the Ministry of the Health in relation to the Cancerology, with the creation of the National Campaign of Combat to Cancer, constitution of the National Division of Cancer, and the implementation of the National Program of Combat to Cancer. It highlighted the existence of two Ministries acting in the area of the Health during two decades and the integration initiatives and cooperation among them, as the constitution of the Integrated System of the Control of Cancer and of the Pro-Onco. It tried to correlate the evolution of the facts with the political determinants and the politics of health of each period. Most currently, it highlighted the creation of the System of Procedures of High Complexity in

Cancer. Finally, it mentioned the work developed by the Health's State Clerkship of São Paulo in the organization of a tertiary hospitals net in Oncology. It concluded that the official politics have been following a tortuous trajectory, characterized by a non-continuity of actions, repeated performances of initiatives, and change of priorities, what has been excessively prolonging the process of organization of the health services destined for the patients' attendance with cancer.

Referências bibliográficas

- 1 - BODSTEIN, R. C. A. et al. - *História e saúde pública: A política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 1987. 211p. (Coleção Memória da Saúde Pública; v.2).
- 2 - BRASIL - *Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan)*. Resolução Ciplan nº 13, de 31 de agosto de 1982.
- 3 - BRASIL - *Ministério da Previdência e Assistência Social*. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Resolução Inamps nº 72, de 9 de janeiro de 1985.
- 4 - BRASIL - *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social*. Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Protocolo de Cooperação Técnica e Mútua Colaboração mediante "Programa de Oncologia-Pro-Onco", que entre si fazem o Inamps e a CNCC. Rio de Janeiro, 19 de julho de 1987.
- 5 - BRASIL - *Ministério da Saúde*. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 170, de 17 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União, 19753-6, 1993.
- 6 - BRASIL - *Ministério da Saúde*. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 171, de 17 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União de 20/12/93, 19756-7, 1993.
- 7 - Fundação Ary Frauzino Para Pesquisa e Controle do Câncer (FAF) - *Relatório de atividades de 1996*. Rio de Janeiro, FAF, 32p, 1997.
- 8 - LIMA, L. F. M. - *Sistema Integrado de Controle do Câncer: Perspectiva de organização da assistência hospitalar em câncer*. Rev Bras Cancerol., 31:223-4, 1985.
- 9 - SÃO PAULO - *Secretaria de Estado da Saúde*. Programa de Oncologia. São Paulo, 1987.
- 10 - SÃO PAULO - Decreto nº 32.848, de 23 de janeiro de 1991. Cria, no âmbito da Saúde, a ONCO-REDE - Rede Estadual de Assistência Ocológica Terciária e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de 24/01/91, pag 1.
- 11 - SÃO PAULO - *Secretaria de Estado da Saúde*. Deliberação CIS/SP nº 8, de 28 de janeiro de 1991.
- 12 - Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - Carta enviada a associados, datada de 27 de maio de 1985, assinada pelo então presidente, Dr. Sebastião Cabral Filho.
- 13 - ZEFERINO, L. C., et al. - *Organização da assistência oncológica terciária no Estado de São Paulo: Onco-Rede*. Rev Bras Cancerol., 40:219-21, 1994.