

Curso de Pós-Graduação em Ciências da Fundação Antônio Prudente
Área de Oncologia

**LEI DOS 60 DIAS: AÇÕES DE UM CÂNCER CENTER NA
REGULAMENTAÇÃO TEMPORAL PARA DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO ONCOLÓGICO PARA PACIENTES
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

PATRICIA MOLINA MARQUES

Dissertação apresentada à Fundação Antônio Prudente para
obtenção do Título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Oncologia

Orientador: Dr. Thiago Bueno de Oliveira

São Paulo

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Marques, Patricia Molina .

Lei dos 60 dias. ações de um câncer center na regulamentação temporal para diagnóstico e tratamento oncológico para pacientes do sistema único de saúde. / Patricia Molina Marques. São Paulo, 2024.

29f.

Dissertação de Mestrado - Fundação Antônio Prudente. Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Thiago Bueno de Oliveira.

1. Neoplasias/terapia, 2. Sistema Único de Saúde, 3. Terapêutica/métodos

CDU 616

*Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08.

Patricia Molina Marques

Lei dos 60 dias. Ações de um câncer center na regulamentação temporal para diagnóstico e tratamento oncológico para pacientes do sistema único de saúde

Aprovado em: 26/11 /2024

Banca Examinadora

Orientador: Dr. Thiago Bueno de Oliveira

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da banca: Dr. Frederico José Ribeiro Teixeira Júnior

Instituição: Hospital das Clínicas de São Paulo e Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP)

Membro da banca: Dr. Paulo Magno Martins Dourado

Instituição: Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Membro da banca: José Cláudio Casali da Rocha

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da banca (suplente): Helano Carioca Freitas

Instituição: Fundação Antônio Prudente

EPÍGRAFE

O SENHOR é o meu pastor, nada me faltará.

Deitar-me faz em verdes pastos, guia-me mansamente a águas tranquilas.

Refrigera a minha alma; guia-me pelas veredas da justiça, por amor do seu nome.

Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte, não temeria mal algum, porque tu estás comigo; a tua vara e o teu cajado me consolam.

Preparas uma mesa perante mim na presença dos meus inimigos, unges a minha cabeça com óleo, o meu cálice transborda.

Certamente que a bondade e a misericórdia me seguirão todos os dias da minha vida; e habitarei na casa do Senhor por longos dias.

Salmos 23 1:6¹

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente para Deus, à Ele toda a honra e toda a glória para todos sempre!

À minha mãe Elizabeth e meu pai Elwelcio (in memoriam) por todo o esforço em proporcionar o meu estudo e ter a oportunidade de ter uma trajetória na área da saúde.

Ao meu esposo Orlando, pela paciência e por todo seu amor todos os dias, me fazendo forte nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Ao meu irmão Wagner, minha cunhada Mônica, minha sobrinha Pietra e meu sobrinho Alex que sempre me incentivaram a buscar os meus sonhos.

À Teresa Moribe que me ajudou na dura jornada da coleta e segregação dos dados.

À Dra Raquel Bussolotti e Gilmar pelo apoio e incentivo em todos os momentos para a execução desse projeto.

À minha avó Maria Adelaide (in memoriam), que sempre me incentivou e acreditou no meu potencial.

Ao meu orientador Dr. Thiago Bueno de Oliveira pela oportunidade de aprendizado, pelo acolhimento e por me ensinar a trilha da excelência no cuidado.

“Dreams come true”

Walt Disney

RESUMO

Marques PM. **Lei dos 60 dias, ações de um câncer center na regulamentação temporal para diagnóstico e tratamento oncológico para pacientes do sistema único de saúde.**

[Dissertação] São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2024.

O câncer é uma doença caracterizada por um crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se e invadir outras regiões do corpo (também chamado de metástases), recebendo a nomenclatura de neoplasia maligna. A maioria das neoplasias surgem de uma única célula que sofreu alterações em seu mecanismo de regulação da divisão, multiplicação e morte. As células malignas adquirem este fenótipo maligno através de alterações celulares/genéticas que na sua grande maioria são causadas por fatores ambientais (fumo, obesidade, dieta, vírus) e em menor incidência de fatores herdados (genética por herança paterna ou materna) também chamadas de mutações genéticas. Conforme a Organização da Saúde (OMS), de todas as causas de morte mundial, o câncer é classificado com o a segunda causa de morte no mundo e também no Brasil. Os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional do Câncer, estimam aumento no próximo triênio 2023-2025 para 704 mil novos casos de câncer, sendo as regiões brasileira de maior incidência, Sul e Sudeste com cerca de 70% dos casos. Foram estimadas ocorrências tumorais de 21 tipos de tumor mais incidentes. Há perspectivas de que em torno de dois milhões de brasileiros serão diagnosticados com um novo tumor. Os tipos mais comuns serão o câncer de pele (não melanoma), o tumor na próstata, em homens, e mama, em mulheres, neste período analisado. Estudos preliminares referem que o atraso está relacionado ao tempo que a paciente demora a procurar os serviços de saúde e o tempo entre o início dos sintomas e a confirmação histopatológica oncológica. Este estudo retrospectivo tem como objetivo analisar o prazo para início de tratamento oncológico: cirurgia, quimioterapia, quimioterapia + radioterapia e radioterapia dos pacientes da categoria Sistema Único de Saúde de um Câncer Center de 2016 a 2022 em cumprimento a lei 12.732 de 22 de novembro de 2012.

Descritores: Neoplasias/terapia, Sistema Único de Saúde, terapêutica/métodos

ABSTRACT

Marques PM. [60-day law, actions of a cancer center in the temporal regulation for diagnosis and oncological treatment for patients in the single health system]. [Dissertação] São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2024.

Cancer is a disease characterized by a disordered (malignant) growth of cells that invade tissues and organs, which can spread and invade other regions of the body (also called metastases), receiving the name malignant neoplasm. Most neoplasms arise from a single cell that has undergone changes in its mechanism for regulating division, multiplication and death. Malignant cells acquire this malignant phenotype through cellular/genetic changes that are mostly caused by environmental factors (smoking, obesity, diet, viruses) and to a lesser extent by inherited factors (genetics through paternal or maternal inheritance), also called genetic mutations. According to the Health Organization (WHO), of all the causes of death worldwide, cancer is classified as the second cause of death in the world and also in Brazil. Data made available by the National Cancer Institute estimate an increase in the next triennium 2023-2025 to 704 thousand new cases of cancer, with the Brazilian regions with the highest incidence, the South and Southeast, accounting for around 70% of cases. Tumor occurrences of 21 most incident tumor types were estimated. There are prospects that around two million Brazilians will be diagnosed with a new tumor. The most common types will be skin cancer (non-melanoma), prostate tumors, in men, and breast cancers, in women, in this period analyzed. Preliminary studies indicate that the delay is related to the time it takes for the patient to seek health services and the time between the onset of symptoms and histopathological oncological confirmation. This retrospective study aims to analyze the deadline for starting oncological treatment: surgery, chemotherapy, chemotherapy + radiotherapy and radiotherapy of patients in the Unified Health System category of a Cancer Center from 2016 to 2022 in compliance with law 12,732 of November 22, 2012.

Keywords: Neoplasms/therapy. Unified Health System. Therapeutics/methods

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Tempo médio de espera entre o diagnóstico e início do tratamento	3
Figura 2	Volumetria de paciente por CR.....	9
Figura 3	Classificação de acordo com a idade	10
Figura 4	Classificação de acordo com o sexo.....	10
Figura 5	Volumetria total e por CR dos pacientes admitidos de 2016 a 2022 segregados por ano de entrada	11
Figura 6	Volumetria total do tratamento inicial	12
Figura 7	Números de casos benignos e malignos	12
Figura 8	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias.....	13
Figura 9	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Abdômen	14
Figura 10	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Colorretal	14
Figura 11	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Cabeça e Pescoço	15

Figura 12	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Cutânea...	15
Figura 13	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Ginecologia	16
Figura 14	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Mastologia	17
Figura 15	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Neurologia	17
Figura 16	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Oftalmologia.....	18
Figura 17	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Ortopedia	18
Figura 18	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Sarcomas	19
Figura 19	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Pneumologia (Tórax).....	20
Figura 20	Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Urologia ..	20
Figura 21	Dentro da Lei dos 60 dias.....	24
Figura 22	Fora da Lei dos 60 dias	24
Figura 23	Tempo de início do tratamento por CR	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descritivo geral por CR.....	09
Tabela 2	Tempo de início do tratamento por CR	25
Tabela 3	Média de dias por CR	26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO1

2 OBJETIVO5

3 MATERIAL E MÉTODOS.....6

3.1 Métodos..... 6

4 DISCUSSÃO DOS DADOS7

5 CONCLUSÃO31

6 REFERÊNCIAS.....32

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença caracterizada por um crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se e invadir outras regiões do corpo (também chamado de metástases), recebendo a nomenclatura de neoplasia maligna. A maioria das neoplasias surgem de uma única célula que sofreu alterações em seu mecanismo de regulação da divisão, multiplicação e morte.^{2,3,4}

As células malignas adquirem este fenótipo maligno através de alterações celulares/genéticas que na sua grande maioria são causadas por fatores ambientais (fumo, obesidade, dieta, vírus) e em menor incidência de fatores herdados (genética por herança paterna ou materna) também chamadas de mutações genéticas. Conforme a Organização da Saúde (OMS), de todas as causas de morte mundial, o câncer é classificado com o a segunda causa de morte no mundo e também no Brasil.^{5,6} Os dados disponibilizados pelo INCA, estimam aumento no próximo triênio 2023-2025 para 704 mil novos casos de câncer, sendo as regiões brasileira de maior incidência, Sul e Sudeste com cerca de 70% dos casos. Foram estimadas ocorrências tumorais de 21 tipos de tumor mais incidentes. Há perspectivas de que em torno de dois milhões de brasileiros serão diagnosticados com um novo tumor. Os tipos mais comuns serão o câncer de pele (não melanoma), o tumor na próstata, em homens, e mama, em mulheres, neste período analisado.^{7,8,9}

A vigilância de câncer é realizada com base nas informações de morbimortalidade obtidas pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Estas informações fornecem os dados consolidados para que os gestores e órgãos governamentais realizem o monitoramento e desenvolvam ações para o controle de câncer, bem como o direcionamento da linha de pesquisa em câncer. O cálculo global corrigido para o sub-registro, aponta a ocorrência de 685 mil casos novos.^{10,11} Em um estudo, referente ao câncer de mama^{12,13,14}, ressaltou que o atraso no diagnóstico do câncer de mama está, em grande parte, relacionado ao tempo que a paciente demora a procurar os serviços de saúde, a partir da detecção do primeiro sintoma. A partir do primeiro sintoma relatado pelas pacientes, o estudo demonstrou que a mediana de tempo para agendar a primeira consulta foi de 3 (três) meses. Outros estudos^{15,16,17} demonstraram que as menores taxas de sobrevida em populações que possuem piores

condições socioeconômicas devido à vários fatores como à falta de instrução e consequente baixa adoção de comportamento preventivo para a saúde, demoram ou não tem acesso ao cuidado e a realidade do cuidado médico. Ainda há muito tempo entre os primeiros sintomas e o agendamento de exames laboratoriais, métodos de imagem mais sofisticados e anátomo patológico que muitas vezes são insubstituíveis para o diagnóstico e estadiamento do tumor, etapa crucial para definição da estratégia terapêutica a ser adotada, ressalta e estabelece que se o período de tempo entre a consulta inicial e o tratamento é prolongado, os pacientes podem apresentar progressão tumoral e do estadiamento clínico, o que afeta e modifica a programação terapêutica, com possível influência negativa no prognóstico. Em centro de atendimento terciário, ou seja, especializado em oncologia, ressaltou que atraso desde os primeiros sintomas até a primeira consulta com especialista (atendimento de no mínimo 3 (três) médicos) e considerando os resultados de um intervalo de 15,1 meses, ocasiona resultados desfavoráveis em pacientes com diagnóstico da Especialidade de Cabeça e Pescoço, evoluindo com progressão de doença.

O tempo médio para diagnóstico do câncer no Brasil é de aproximadamente 300 dias na rede pública de saúde. Essa demora faz com que cerca de 80% dos pacientes com algum tipo da doença comecem o tratamento em estágios mais avançados – portanto, com menores chances de cura. A conclusão é do Tribunal de Contas da União (TCU), que, em acórdão divulgado na última semana, pediu uma solução do Ministério da Saúde. O TCU destacou que, a cada hora no Brasil, ocorre uma média de 27 pessoas de óbito vitimadas pelo câncer no Brasil, a principal causa de óbito em 516 cidades, praticamente 10% do total.^{18,19} O quadro comparativo (2010) abaixo demonstra o tempo médio de espera entre o diagnóstico de câncer e o início do tratamento (cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia) da Europa, Ásia e América do Norte²⁰.

TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E O INÍCIO DO TRATAMENTO (CIRURGIA, RADIOTERAPIA E/OU QUIMIOTERAPIA) 2010					
PAÍS	Mama	Colo do útero	Colorretal	Pulmão	Todos os tipos
Canadá	30 dias (média)	20 dias (média)	21 dias (média)	29 dias (média)	25 dias (média)
Chipre	17 dias	11 dias	8 dias	10 dias	11 dias
Escócia	24 dias	-	23 dias	25 dias	-
Eslováquia*	7-21 dias	7-21 dias	7-21 dias	7-21 dias	7-21 dias
Eslovênia*	3-6 meses	3-6 meses	2 meses	2 meses	-
França	21 dias	-	-	38 dias	-
Hungria*	7-14 dias	7-14 dias	10-21 dias	7-14 dias	10-17 dias
Islândia*	1-4 dias	1-4 dias	1-4 dias	1-4 dias	1-4 dias
Israel*	Radioterapia: 15-45 dias	Radioterapia: 15-45 dias	Radioterapia: 15-45 dias	Radioterapia: 15-45 dias	Radioterapia: 15-45 dias
Japão*	Imediato ou em semanas	Imediato ou em semanas	Imediato ou em semanas	Imediato ou em semanas	Imediato ou em semanas
Letônia	30 dias (média)	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Luxemburgo*	< 3 dias	< 3 dias	< 3 dias	< 3 dias	< 3 dias
Malta*	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses
Noruega*	2-4 semanas	-	-	-	-
Países Baixos	25 dias	15 dias	10-50 dias	21 dias	Aproximadamente 40 dias
Polônia*	3-12 semanas	3-6 semanas	4-8 semanas	4-6 semanas	4-6 semanas
República Tcheca*	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses
Suécia	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses
Turquia*	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses	Semanas, não meses

Fonte: OECD Health Policy Studies

Figura 1 – Tempo médio de espera entre o diagnóstico e início do tratamento

Em 22 de novembro de 2012, a então presidenta Dilma Rousseff diante desta perspectiva sancionou a lei 12.732 que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, a chamada Lei dos 60 dias. O Art. 2º refere que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.^{21,22,23}

O A.C. Camargo Câncer Center é o único Câncer Center da América Latina e tem firmado com o município de São Paulo, um contrato de prestação de serviços para pacientes do Sistema Único de Saúde com número de vagas e especialidades pré-acordadas com renovação anual²⁴, que consiste em atendimento da jornada oncológica do paciente regulado

através do sistema SIGA (plataforma integrada de apoio à gestão do SUS, que organiza e controla o fluxo de pacientes, regula o acesso aos serviços de saúde, tais como marcação de consultas de especialidades e registra o atendimento em todos os níveis de atenção).^{25,26,27,28,29} A Lei 12.732 destaca que § 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso. Também destaca que § 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos. Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

O trabalho atual tem como objetivo realizar levantamento de informações do intervalo dos intervalos de tempo utilizando as datas do diagnóstico histopatológico e de tratamento das neoplasias malignas realizadas em um Câncer Center, 0 a 30 dias, 30 a 60 dias e mais que 60 dias.

2 OBJETIVO

- Geral: Analisar prazo de início de tratamento oncológico dos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS:
 - 0 a 30 dias;
 - 30 a 60 dias;
 - mais que 60 dias

- Específicos:
 - Identificar os principais motivos de atraso do início do tratamento oncológico dos pacientes SUS.
 - Apresentar os impactos dos principais motivos de atraso do início do tratamento na jornada oncológica dos pacientes SUS.
 - Definir ações e protocolos a fim de identificar, padronizar e monitorar o tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento da jornada oncológica do paciente SUS no cumprimento da Lei 12.732.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo utilizando método de análise quantitativa no qual foram analisados 3.083 pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS, com Cartão Nacional de Saúde - CNS validados no município de São Paulo³⁰, atendidos no A.C. Camargo Câncer Center exclusivamente através do fluxo regulado pela Secretaria Municipal de Saúde^{31,32} - SMS de 2016 a 2022.

- Critério de inclusão: Pacientes SUS agendados pela SMS para atendimento oncológico, com o diagnóstico oncológico
- Coleta de dados: Os dados coletados foram relativos aos intervalos de tempo entre a primeira consulta, a confirmação do diagnóstico (quando não tiver), e início do tratamento.
- Critérios de exclusão: Diagnósticos relacionados aos CRs: Onco-Hematologia, Transplante hepáticos e Pediatria e casos de origem interhospitalar.

3.1 MÉTODOS

Para a análise deste estudo foi escolhido o método de análise quantitativa retrospectiva.

4 DISCUSSÃO DOS DADOS

Em todos os jornais do país, lemos diariamente referente a fila de atendimento do Sistema Único de Saúde, ou seja, grande quantidade de pessoas que aguardam atendimento médico especializado e exames. A fila do SUS é uma situação recorrente no sistema de saúde brasileiro e designa uma questão importante em relação ao baixo investimento no setor, ocasionando uma fila maior do que a capacidade de prover o serviço, ou seja, vagas inferiores ao número de usuários. De maneira geral, podemos afirmar que os recursos disponíveis precisam e já possuem critérios, prioridades e riscos de cada paciente para a correta utilização.

Primeiramente precisamos clarificar que quando alguém precisa de atendimento em especialidade médica, o paciente entra na fila de regulação do SUS.

O problema é que este procedimento pode gerar uma longa espera, onde os pacientes passam a concorrer a uma vaga com outros pacientes que se encontram na mesma situação, podendo ocasionar piora clínica, aumento de comorbidades e óbito. Além disso, o cancelamento em curto prazo (também chamado de no-show) é grave para quem aguarda na fila do SUS, e também consolida como um dos mais recorrentes motivos para a demora no atendimento, a chamada longa espera na fila do SUS. Quando um paciente não comparece ou cancela a consulta em cima da hora, faz com que o horário que poderia ser utilizado em favor de outra pessoa que também está na fila não seja utilizado. Além da falta, também podemos destacar o uso indevido do recurso, como por exemplo casos benignos encaminhados para os centros oncológicos, pois o paciente utiliza um recurso evitável.

Dentre os critérios mais importantes para definir prioridades na fila do SUS estão:

- a gravidade da doença ou comorbidade do usuário;
- a urgência relativa do atendimento (comprovação neoplasia, anatomopatológico).

O Mapa de Acesso de Saúde em São Paulo^{33, 34}, divulgado em maio de 2023 ouviu 2.013 usuários do Sistema Único de Saúde e Saúde suplementar, o principal objetivo do estudo foi entender como pacientes acessam e são atendidos no SUS. Este estudo ressaltou que a pandemia da COVID 19 foi um fator que contribuiu para que 94% dos usuários utilizassem a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência e tivesse conhecimento dos serviços oferecidos e o principal problema relatado foi a espera para realização de exames (fila).

O objeto deste estudo, referente a coleta de dados foi reiniciada e baseada na planilha de controle do Acesso SUS chamada de SIGA de 2016 a 2022 e com o Registro Hospitalar de Controle de 2000 a 2020. Os dados foram segregados por CR (Centro de Referência) como estratégia na análise tendo em vista as diferenças nos diagnósticos oncológicos.

Os Centros de Referência (CR) são unidades de atendimento estruturadas por sítio tumoral, proporcionando uma abordagem especializada e personalizada para cada paciente. Cada um dos 12 CRs possuem infraestrutura e protocolos clínicos especializados e baseados em evidências científicas, para garantir a eficácia dos tratamentos. Com atendimento humanizado, os pacientes recebem um programa individual de navegação oncológica, acompanhados por um profissional de enfermagem. Dessa forma, a transição entre especialidades é facilitada, contribuindo para os cuidados oportunos e integrados dos pacientes. Além das vantagens de integração entre profissionais e pacientes, a organização dos Centros de Referência como unidades de negócio nos permite traçar metas e orçamentos próprios, o que traz mais organização gerencial para as tratativas com as operadoras de saúde e também uma visão particular dos desafios enfrentados por cada unidade. Essa estrutura de negócios torna possível embasar melhores soluções, influenciando desde a precificação de procedimentos até os formatos de comunicação com os públicos externos, com ganhos em eficiência no cuidado com pacientes, na sustentabilidade dos negócios e na assertividade de decisões estratégicas

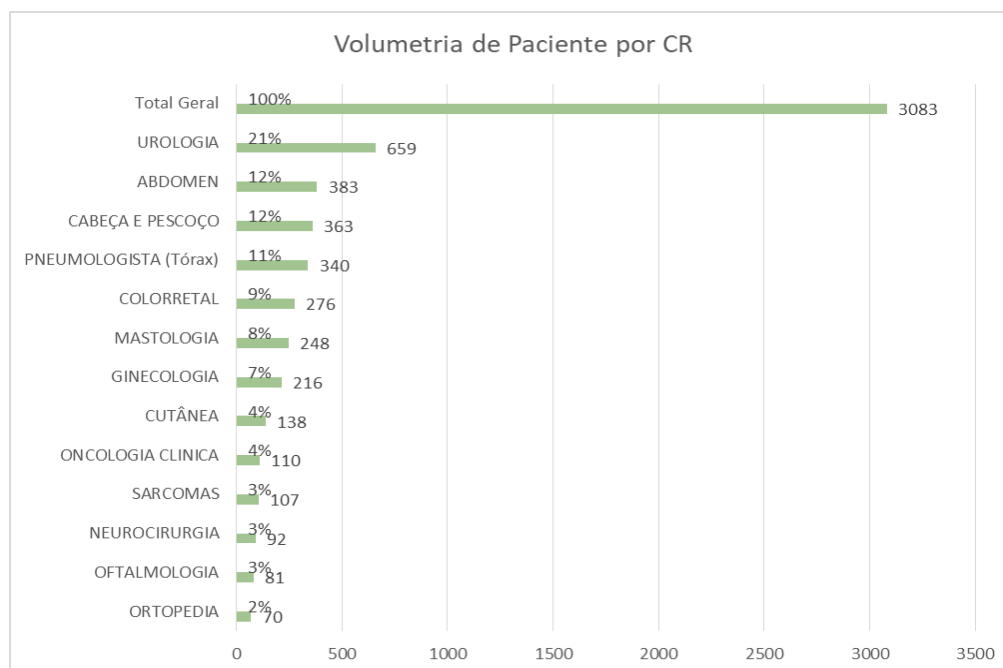
A análise dos dados foi baseada no prontuário médico de todos os pacientes segregados de acordo com os critérios deste estudo e obtivemos a volumetria total de 3083 pacientes/prontuários:

Tabela 1 – Descritivo geral por CR

Centro de Referência	Volumetria	%
UROLOGIA	659	21%
ABDOMEN	383	12%
CABEÇA E PESCOÇO	363	12%
PNEUMOLOGISTA (Tórax)	340	11%
COLORRETAL	276	9%
MASTOLOGIA	248	8%
GINECOLOGIA	216	7%
CUTÂNEA	138	4%
ONCOLOGIA CLÍNICA	110	4%
SARCOMAS	107	3%
NEUROCIRURGIA	92	3%
OFTALMOLOGIA	81	3%
ORTOPEDIA	70	2%

Fonte: autoria própria

O maior volume corresponde ao CR da Urologia 659 pacientes 21%, seguido respectivamente pelo CR Abdome 383 pacientes 12%, CR Cabeça e Pescoço 363 12%, CR Pneumologia (Tórax) 340 pacientes (11%), CR Colorretal: 276 (9%).

**Figura 2 – Volumetria de paciente por CR**

Fonte: autoria própria

Avaliando a faixa etária, o gráfico demonstra que a maior faixa etária se concentra entre 54 a 71 anos 1412 pacientes que corresponde a 46% do volume total dos pacientes avaliados.

Variavel	N	(%)
Idade		
10-19	30	1
20-29	217	7
30-39	330	11
40-49	426	14
50-59	702	23
60-69	807	26
70-79	450	14
80-89	109	3
90-100	12	1

Figura 3 - Classificação de acordo com a idade

Fonte: autoria própria

Referente a classificação dos pacientes por sexo, temos uma discreta predominância do sexo feminino, 51% - 1582 mulheres e 49% - 1501 pacientes masculinos.

Sexo		
Feminino	1582	51
Masculino	1501	49

Figura 4 - Classificação de acordo com o sexo

Fonte: autoria própria

A tabela abaixo demonstra a volumetria de entrada de pacientes por ano, o A.C. Camargo Câncer Center é uma instituição filantrópica sem fins lucrativos que atende pacientes do SUS através de contrato com a Secretaria Municipal de Saúde. O A.C. Camargo nasceu há mais de 70 anos com o apoio da sociedade³⁵, a quem damos retorno inovando no setor de saúde, formando especialistas e provendo cuidado humanizado aos nossos pacientes e seus familiares. Celebramos com orgulho as décadas de atuação e, ao longo desse período, consolidamos como a maior instituição especializada em oncologia do País, aliando o ensino e a pesquisa à formação de nossa equipe e disseminando nosso conhecimento aos profissionais do país e à sociedade. Nessas sete décadas, reafirmamos diariamente o nosso compromisso com a excelência, influenciando positivamente o mercado da saúde e as práticas de cuidados oncológicos.

O contrato tem duração de 5 anos e é re-celebrado anualmente onde são acordados a volumetria dos pacientes e as especialidades dos CRs, sempre priorizando casos de alta complexidade. Na tabela abaixo, segue os dados referente ao volume dos pacientes de acordo com o ano de entrada, sendo o maior volume em 760 pacientes no ano de 2017, seguido por 731 pacientes em 2016 e 667 pacientes em 2018. Podemos observar a entrada de 409 pacientes em 2019, 174 pacientes em 2020, 189 pacientes em 2021, 57 em 2022 e 96 em 2023.

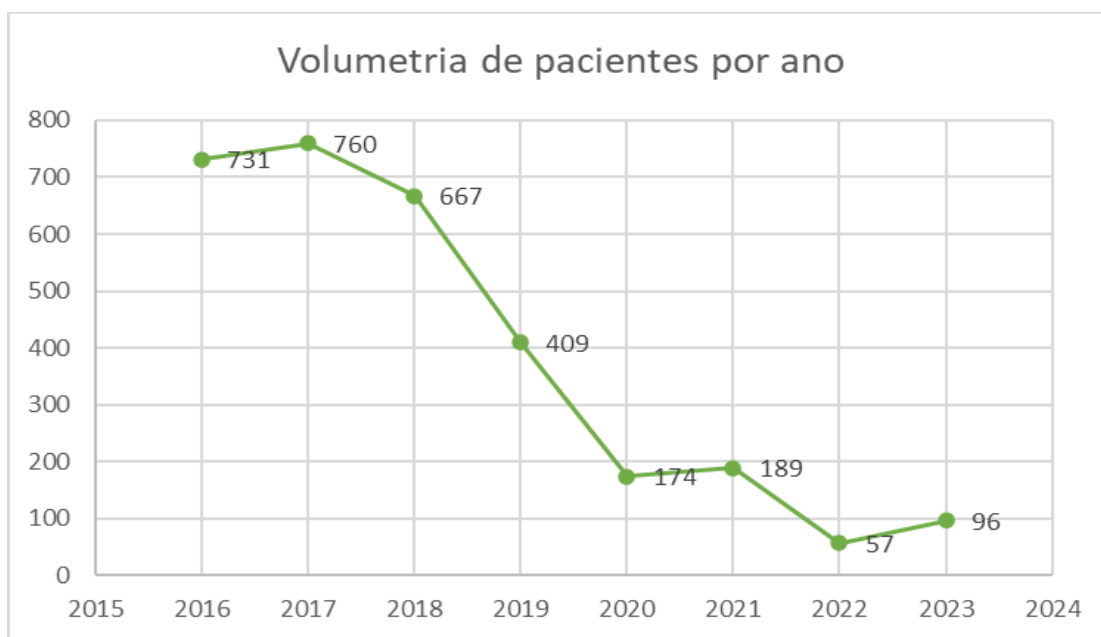


Figura 5 - Volumetria total e por CR dos pacientes admitidos de 2016 a 2022 segregados por ano de entrada.

Fonte: autoria própria

Analisando a classificação de acordo com as informações coletadas em prontuário médico, dos 3082 prontuários analisados, identificamos que cerca de 40 %, 1247 pacientes receberam conduta médica de tratamento cirúrgico, 17 % 516 pacientes tratamento clínico, 14% 422 foi proposto quimioterapia, 12% 383 pacientes já tinham recebido algum tipo de tratamento oncológico e foi proposto continuidade, 3% 96 foi proposto Radioterapia, 3% 88 receberam alta após comprovação de diagnóstico benigno. A classificação clínica corresponde a estabilização da comorbidade e a classificação clínico/monitorar corresponde a observação (Watch Wait).

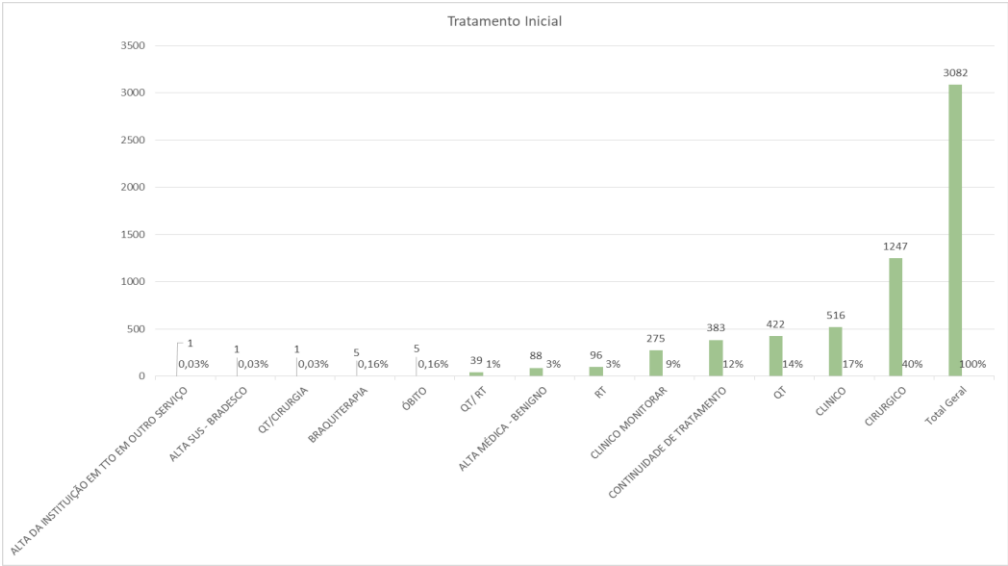


Figura 6 - Volumetria total do tratamento inicial

Fonte: autoria própria

Tumor		
Benigno	536	17
Maligno	2547	83

Figura 7 – Números de casos benignos e malignos

Fonte: autoria própria

Considerando o objetivo principal deste trabalho é analisar quais são os motivos que impactam no atraso do início do tratamento e cumprimento da Lei 12.322, analisando o gráfico 6, podemos evidenciar que 96 (46%) dos três principais motivos corresponde a comorbidades dos pacientes que incluem (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus), seguidos por 28 (13%) discussão em Tumor Board e 12 (6%) disponibilidade da agenda cirúrgica, a seguir evidenciamos 10 pacientes (5%) emergência oncológica e CR concomitante, 8 pacientes (4%) em observação (Watch Wait), 7 pacientes com diagnóstico benigno, 6 pacientes (4%) Revisão de Lâminas e Migração de CR, 5 (2%) pacientes recusa de tratamento, 4 (2%) para os motivos: cirurgia conjunta, não realizaram exames e sem justificativa em prontuário médico, 3 (1%) estavam em screening da Pesquisa Clínica, e 01 (0,5%) para os motivos de óbito em outra instituição por outros motivos, 1 complicações tumorais, 1 implantação de shunt definitivo e 01 ausência da instituição por 1 ano.

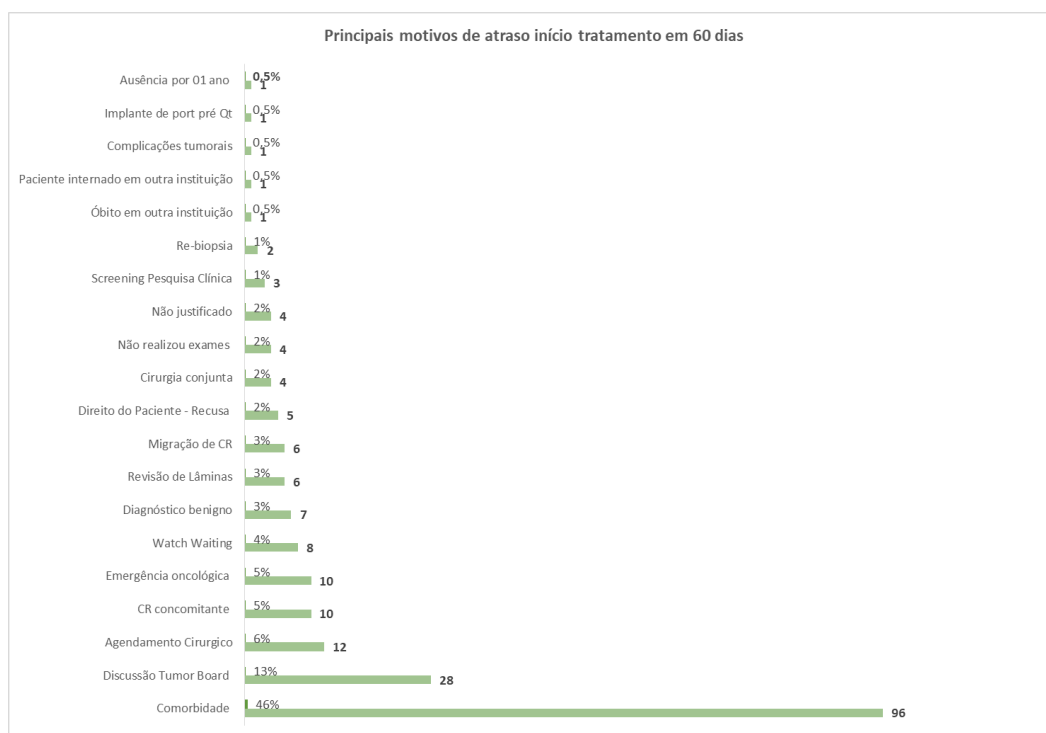


Figura 8 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias

Fonte: autoria própria

Como estratégia para análise dos dados, separamos os motivos por CR para identificar se está relacionado com a especialidade.

Identificamos que no CR do Abdome, o principal motivo além da comorbidade e da discussão em Tumor Board (39%), temos 3 casos (8%) de emergência oncológica, ou seja, casos que o paciente foi encaminhado para o Pronto Atendimento do A.C. Camargo pois estava com Hipótese Diagnóstica de Emergência Oncológica.

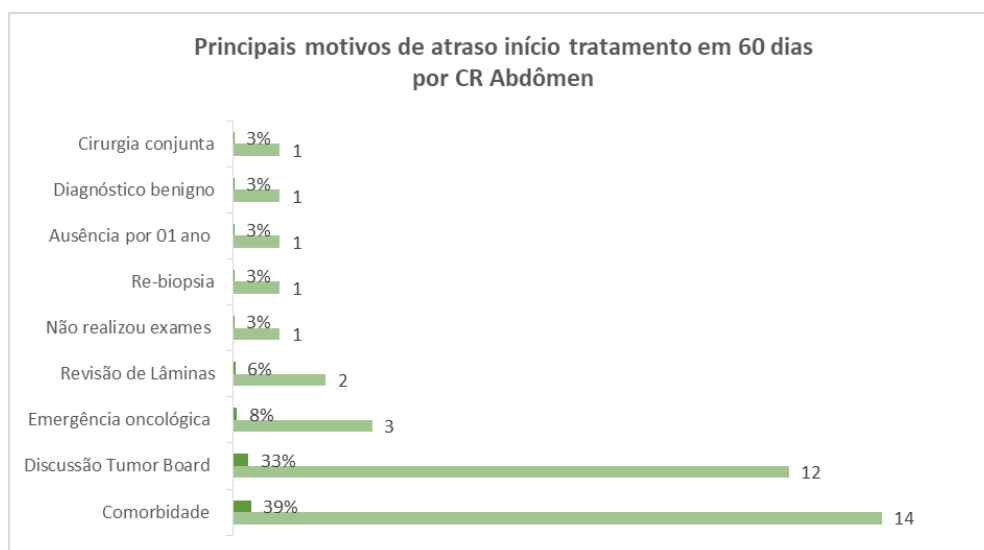


Figura 9 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Abdômen

Fonte: autoria própria

Identificamos que no CR do Colorretal, o principal motivo, 4 pacientes (29%) foi a discussão em Tumor Board, seguido de comorbidades. E podemos verificar que 14% com a informação de diagnóstico benigno, ou seja, necessário exames adicionais, realização de exames de imagem e Anátomo Patológico evidenciaram que a lesão era benigna.

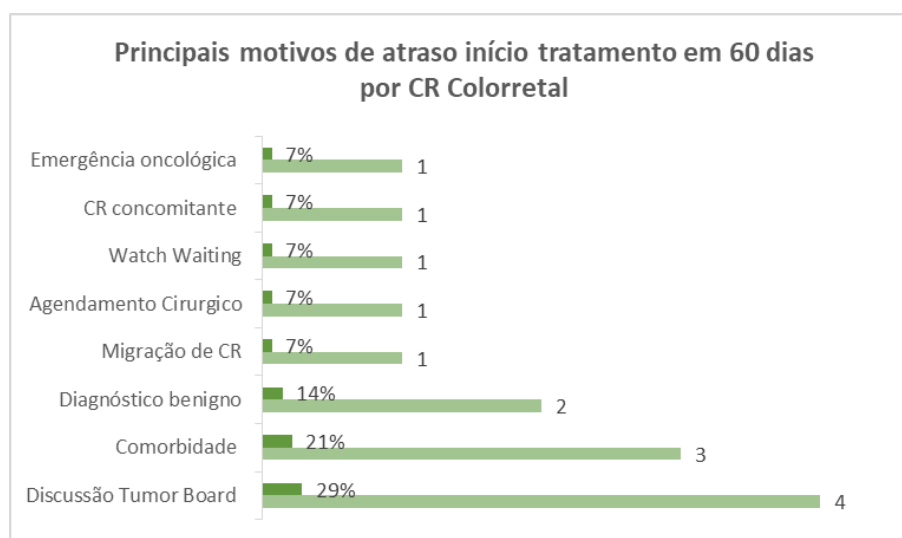


Figura 10 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Colorretal

Fonte: autoria própria

Identificamos que no CR do Cabeça e Pescoço, o principal motivo, 8 pacientes (57%) foi classificado como comorbidades, ou seja, quadros descompensados de Diabetes Mellitus, Alterações Cardiológicas, Hipertensão Arterial ou demais alterações cardiológicas. Seguido de CR concomitante, ou seja, quando é necessário adicional mais uma especialidade para o cuidado do paciente, ou por suspeita de um outro tipo de câncer, ou metástases 2 (14%) e mesma volumetria de Discussão de Tumor Board.

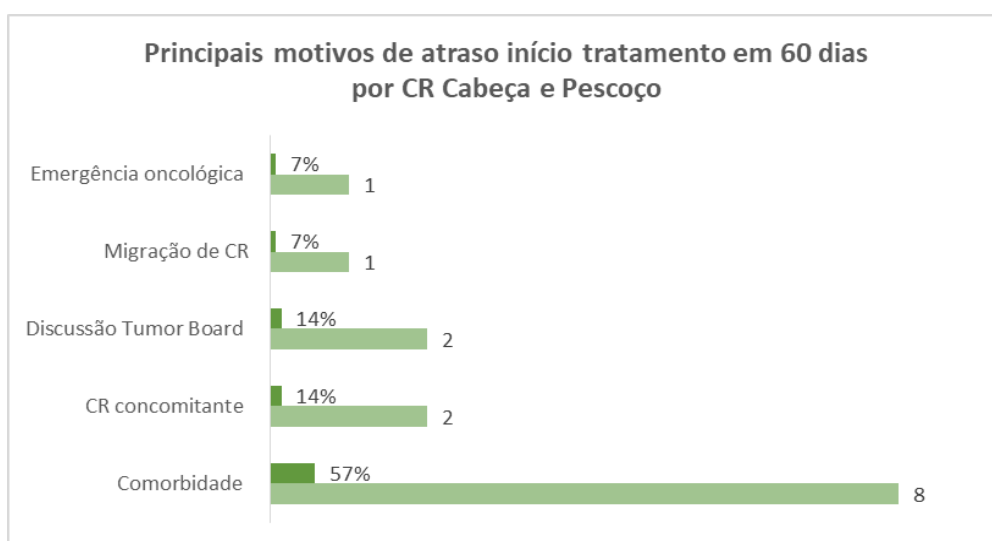


Figura 11 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Cabeça e Pescoço

Fonte: autoria própria

Identificamos que no CR do Cutânea, 1 (25%) paciente para os seguintes motivos: revisão de lâminas, Discussão em Tumor Board, comorbidades e recusa do tratamento.

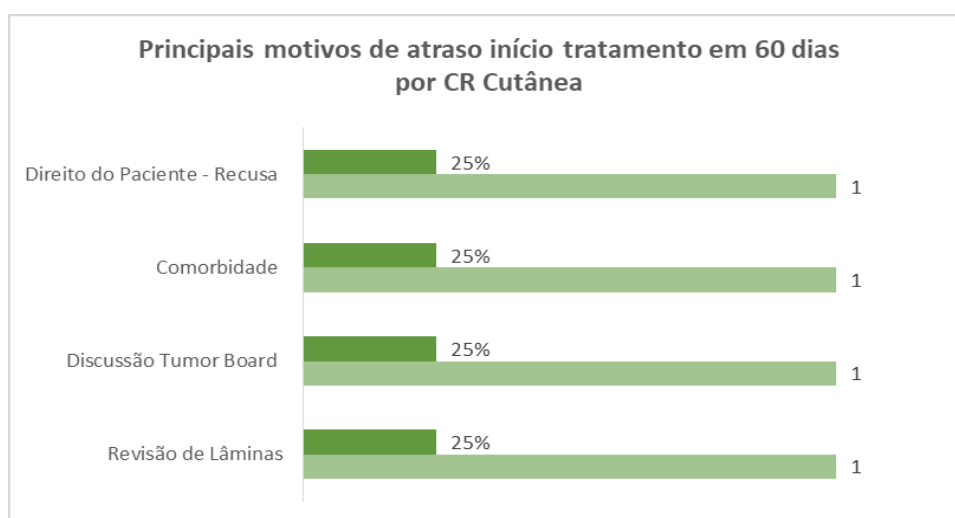


Figura 12 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Cutânea

Fonte: autoria própria

Identificamos que no CR do Ginecologia, o principal motivo, 5 pacientes (45%) foram as comorbidades, 2 pacientes (18%) por motivo de falta de horário disponível no centro cirúrgico, 1 (9%) paciente por motivo de cirurgia conjunta devido ao ajuste de agendas das especialidades, 1 paciente apresentou óbito em outra instituição por motivos não oncológicos

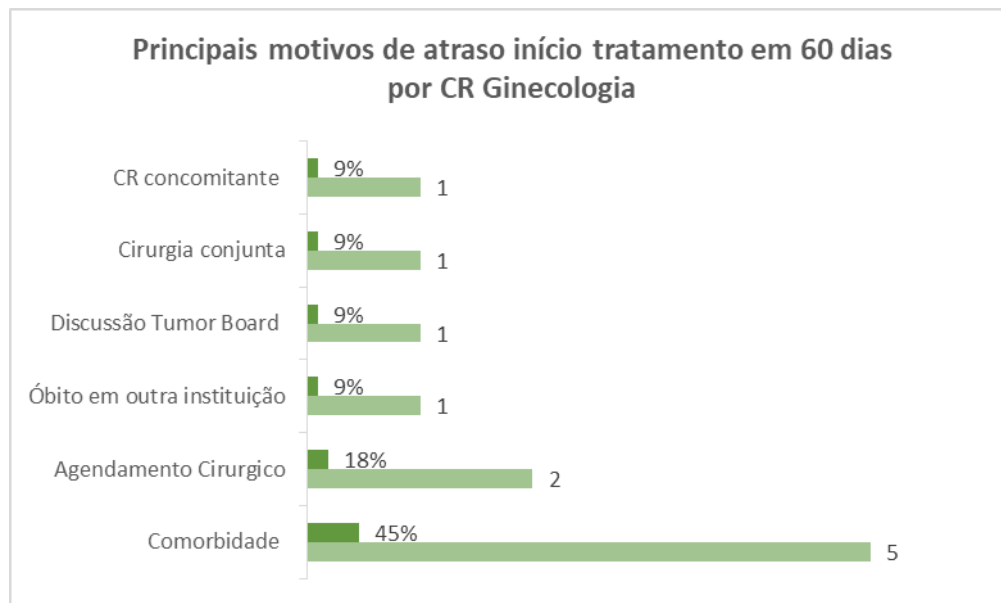


Figura 13 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Ginecologia

Fonte: autoria própria

Identificamos que no CR Mastologia, o principal motivo, 6 pacientes (40%) foram as comorbidades, 2 pacientes (13%) por motivo de falta de horário disponível no centro cirúrgico, 2 revisões de lâminas e 2 CR concomitantes, 1 (7%) diagnóstico benigno, 1 (7%) devido a identificação tardia de necessidade de implante de shunt definitivo (port-a-cath) e 1 (7%) devido a cirurgia em conjunto com outra especialidade.

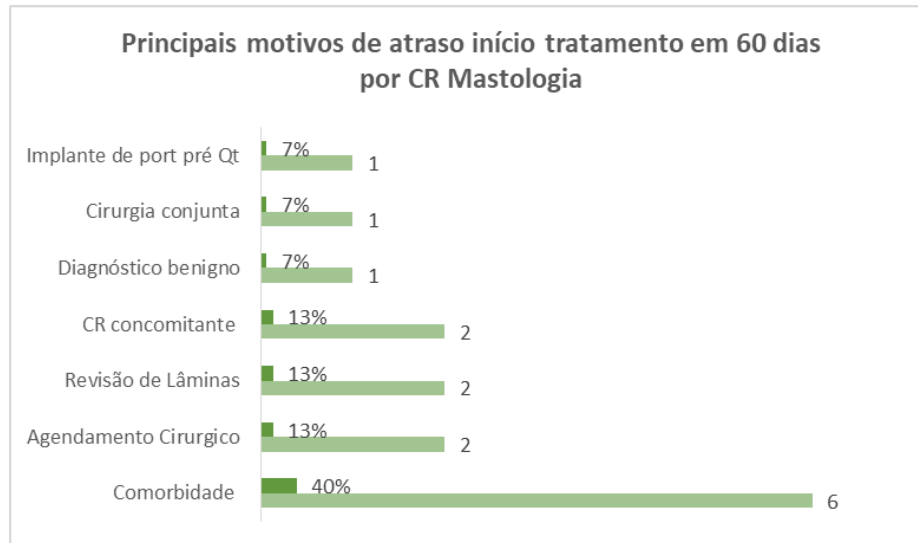


Figura 14 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Mastologia

Fonte: autoria própria

Identificamos que no CR do Neurologia, o principal motivo, 3 pacientes (60%) foram as comorbidades, 1 paciente (20%) por motivo de migração de CR, ou seja, paciente deu entrada em uma especialidade, mas foi detectado que o diagnóstico oncológico pertencia a outro CR, 1 (20%) falta de horário disponível no centro cirúrgico.

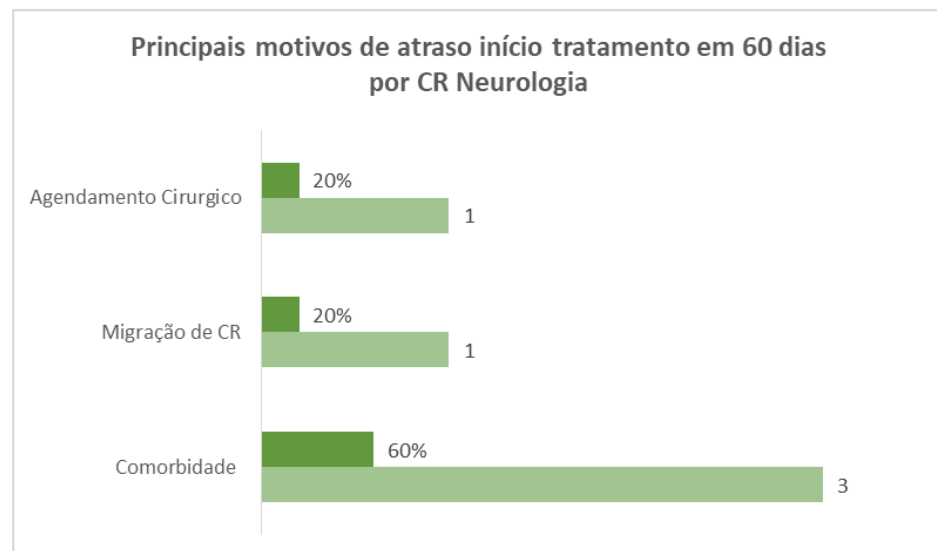


Figura 15 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Neurologia

Fonte: autoria própria

No CR da Oftalmologia, o principal motivo, 4 pacientes (44%) foram as comorbidades, 3 pacientes (33%) por falta de horário disponível no centro cirúrgico, 1 (11%) observação e 1 (11%) se recusou a realizar o tratamento.

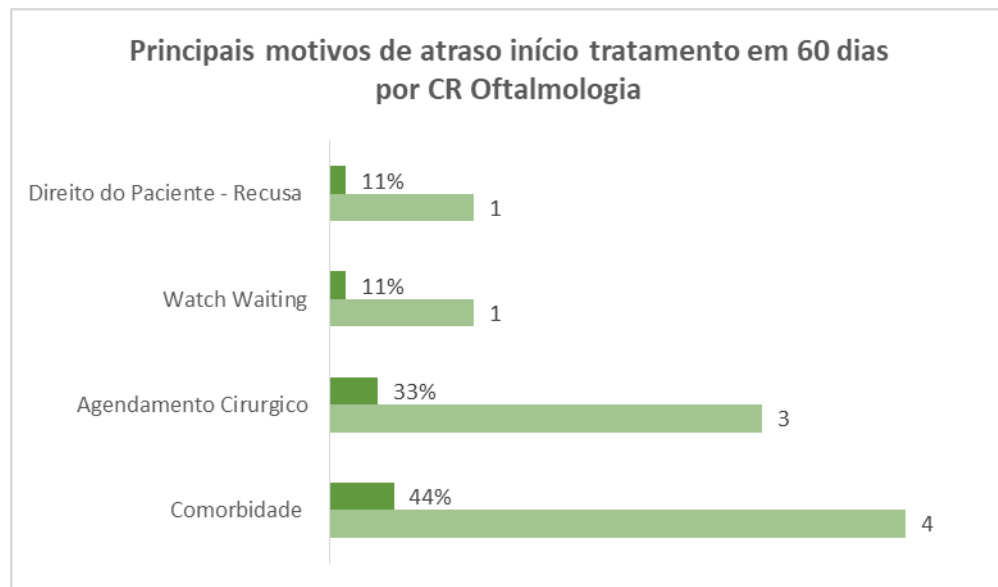


Figura 16 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Oftalmologia

Fonte: autoria própria

No CR do Ortopedia, o principal motivo, 3 pacientes (75%) foram por causa da Discussão em Tumor Board, 1 (25%) não consta nenhuma justificativa do atraso.

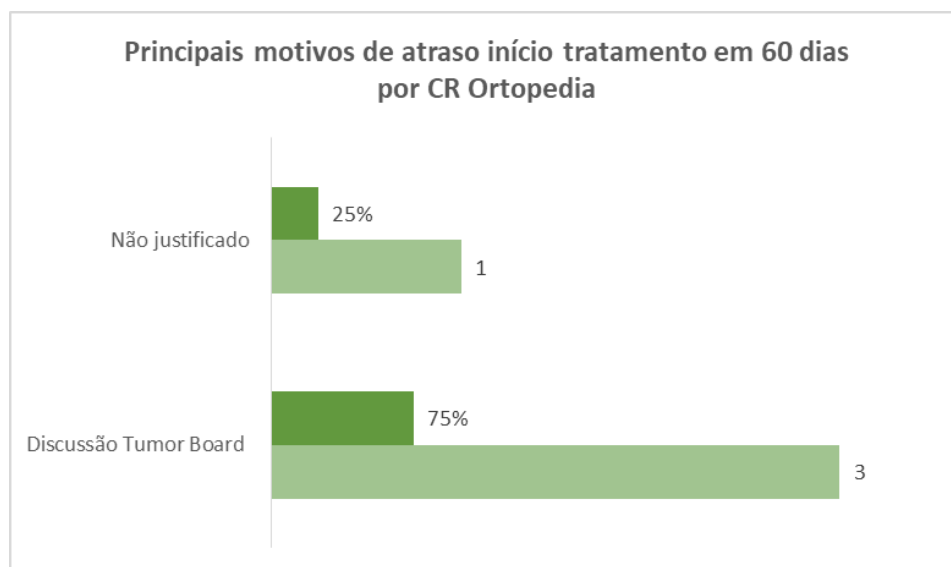


Figura 17 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Ortopedia

Fonte: autoria própria

No CR de Sarcomas, o principal motivo, 2 pacientes (25%) foi a discussão em tumor board, 1 (13%) foram: Emergência oncológica, repetição da biópsia, paciente não realizou exames, diagnóstico benigno, CR concomitante e comorbidades.

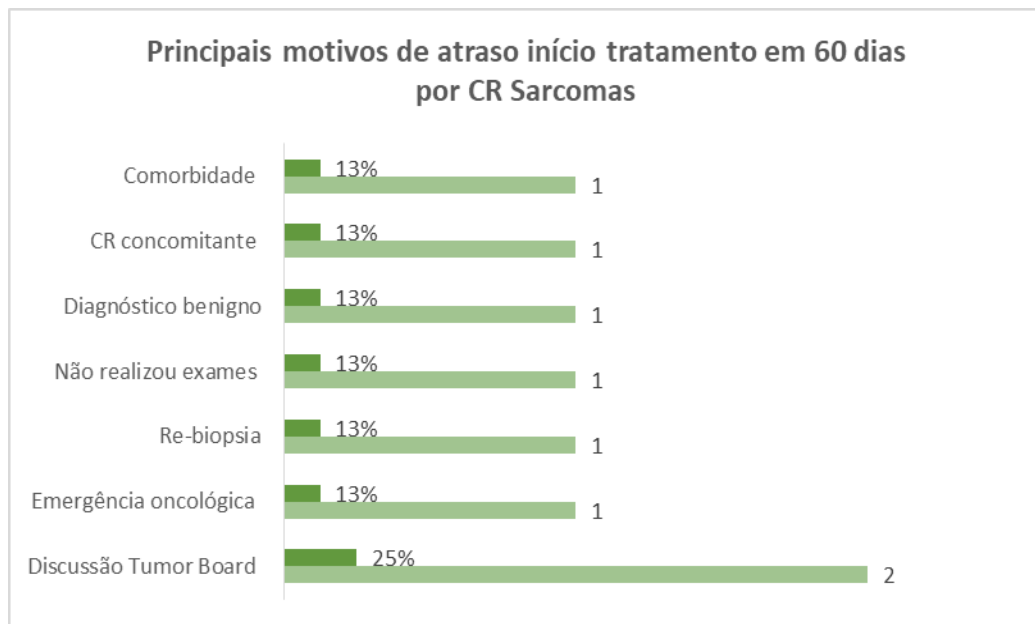


Figura 18 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Sarcomas

Fonte: autoria própria

No CR da Pneumologia/Tórax, o principal motivo, 18 pacientes (55%) foram as comorbidades, 3 pacientes (9%) screening de pesquisa clínica, 2 (6%) pacientes discussão de tumor board, CR concomitante e emergência oncológica, e 1 (3%) revisão de lâminas, cirurgia em conjunto e Watch Wait, não justificado, paciente internado em outra instituição e migração de CR.

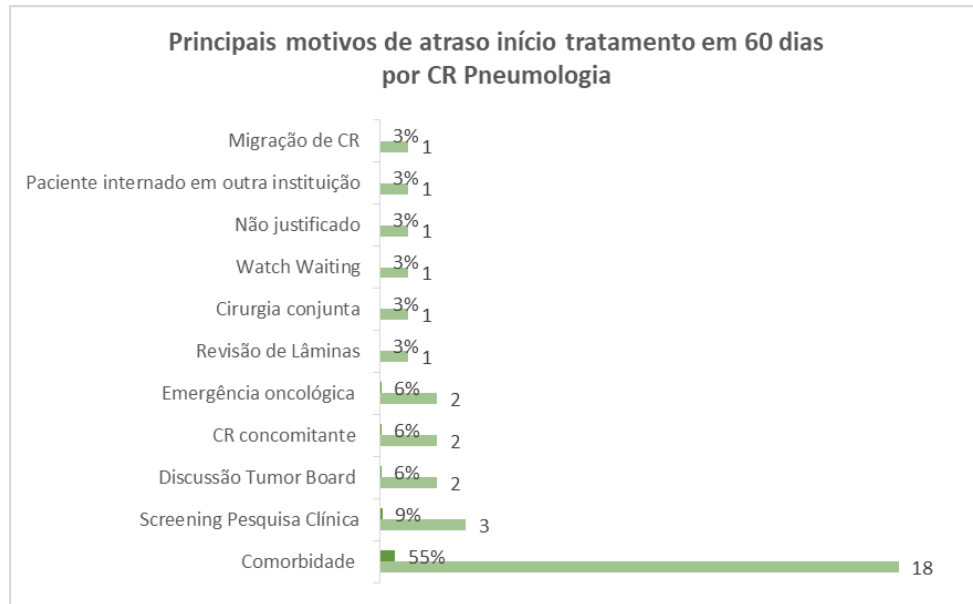


Figura 19 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR-Pneumologia (Tórax)

Fonte: autoria própria

No CR da Urologia, o principal motivo, 33 pacientes (58%) foram as comorbidades, 5 pacientes (9%) por motivo de migração de CR, 3 (5%) agendamento cirúrgico e recusa do paciente em tratar, 2 (4%) sem justificativa, migração de CR, não realizou exames, diagnóstico benigno e emergência oncológica, 1 paciente (2%) correspondem a complicações tumorais, CR concomitante e Discussão em Tumor Board.

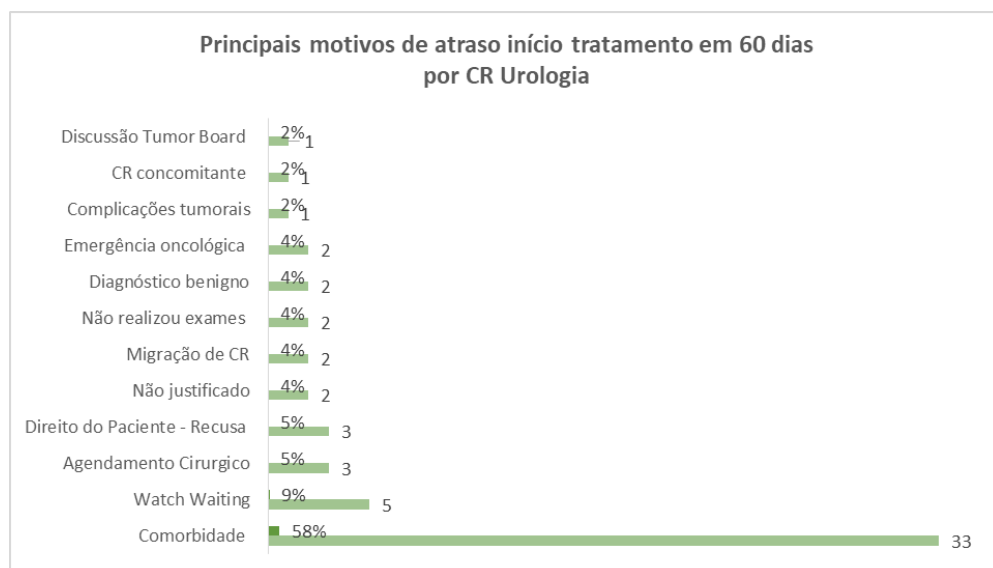


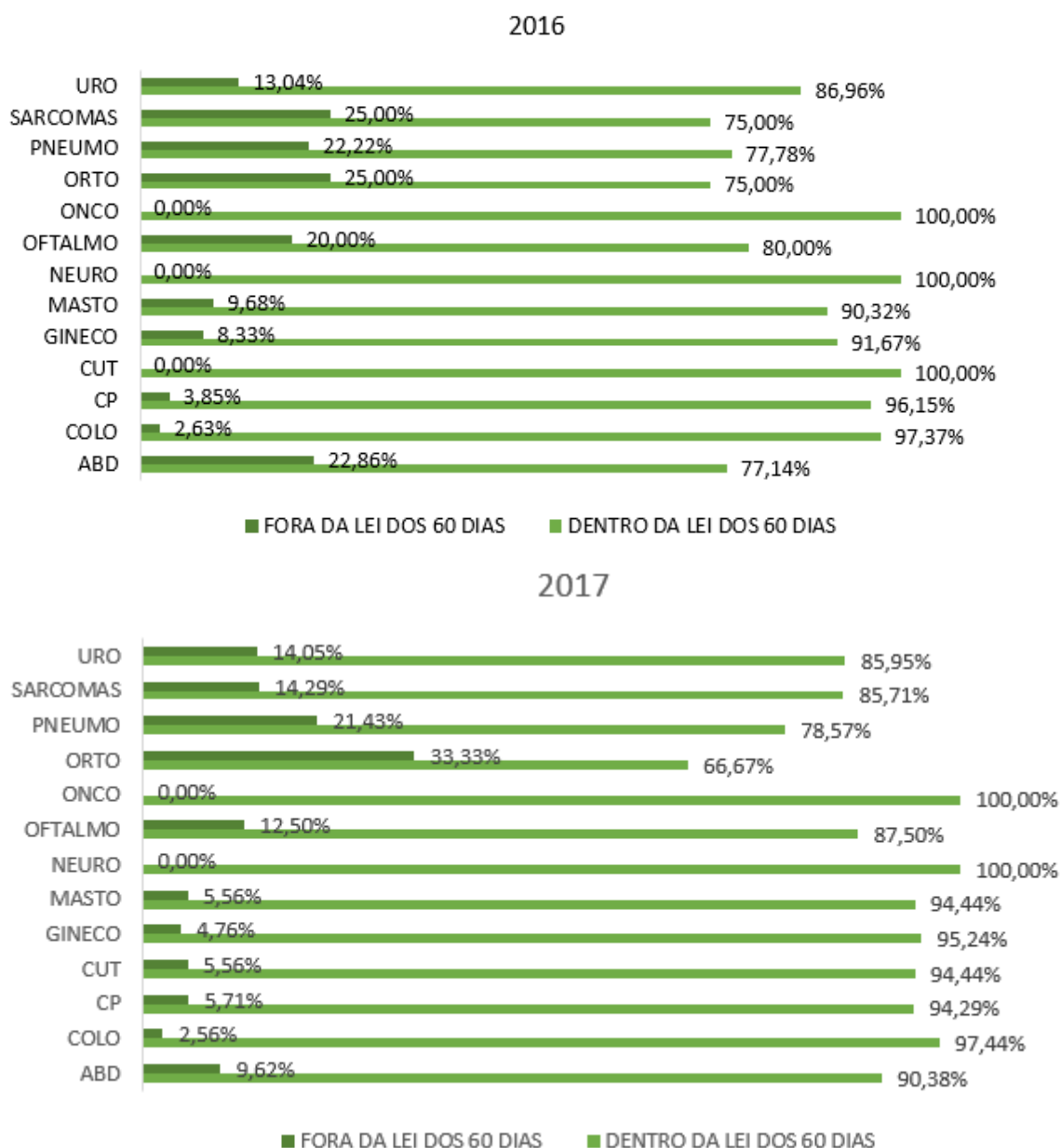
Figura 20 – Motivos de atraso do início do tratamento em 60 dias por CR – Urologia

Fonte: autoria própria

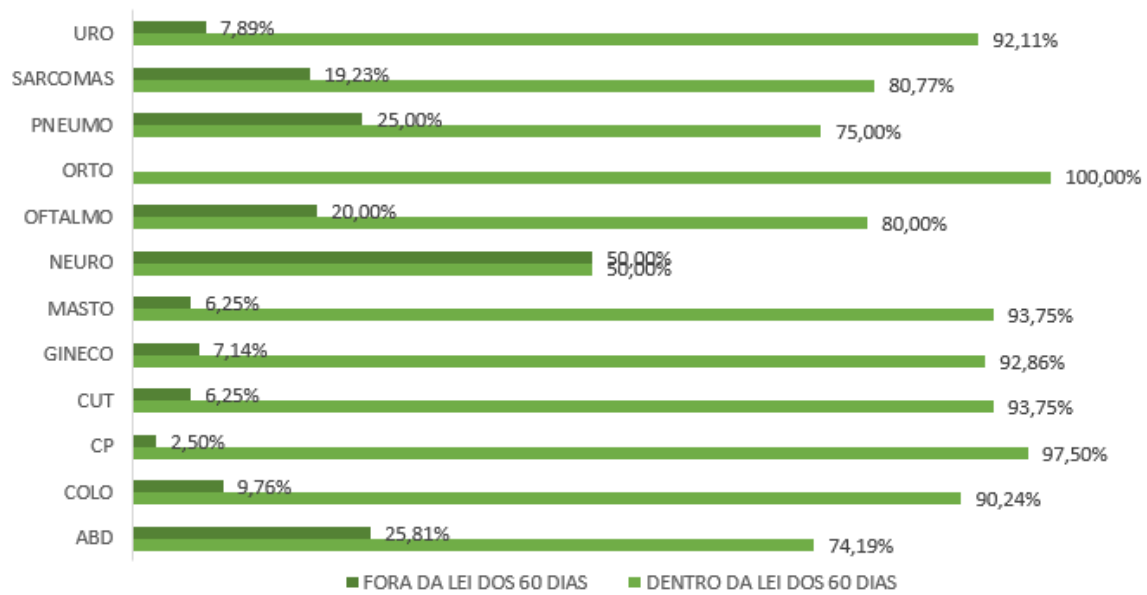
Analisando os prontuários dos pacientes que demoraram mais de 60 dias para iniciar o tratamento evidenciamos que estavam relacionados a:

- Co-morbidades: pacientes que no momento da primeira consulta no A.C. Camargo Câncer Center apresentavam comorbidades descompensadas: cardiológicas (principalmente hipertensão arterial sistêmica), endócrinos (diabetes mellitus) e de sistema nervoso central (risco ou sequelas de AVC) em que houve a necessidade de estabilização do quadro clínico para início do tratamento oncológico)
- Discussão de caso em Tumor Board: Quando o médico responsável pelo atendimento identifica a necessidade de discussão do caso em Tumor Board, ele abre um “template” no sistema de prontuário eletrônico para solicitação de agendamento do caso em Tumor Board. As reuniões são semanais e com número limitado de casos, que podem ocasionar em extensão de dias para início do tratamento. O Tumor Board reúne equipes transdisciplinares visando ao tratamento mais efetivo e ágil para pacientes com câncer de alta complexidade. Com especialistas em cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, anatomia patológica, radiologia, cuidados paliativos, medicina nuclear, pesquisadores e multiprofissionais, são discutidas diferentes abordagens de cuidado, incluindo tratamentos intervenções cirúrgicas e decisões clínicas complexas como, por exemplo, não seguir adiante com tratamentos invasivos. O parecer é sempre embasado em evidências científicas, proporcionando segurança e clareza para os pacientes.
- Emergência Oncológica: pacientes que na primeira consulta apresentavam instabilidade clínica referente à doença oncológica e foram encaminhados imediatamente para o setor de Urgência/Emergência do A.C. Camargo Câncer Center
- Condições clínicas: instabilidades relacionadas ou não à doença oncológica. Neste tópico houve atraso no início do tratamento somente após estabilização e monitorização clínica, pois possível iniciar o tratamento ou não dar continuidade devido à óbito.
- Direito do paciente/Recusa do tratamento proposto: paciente e familiar são esclarecidos referente ao tratamento proposto, porém recusam e optam por seguimento

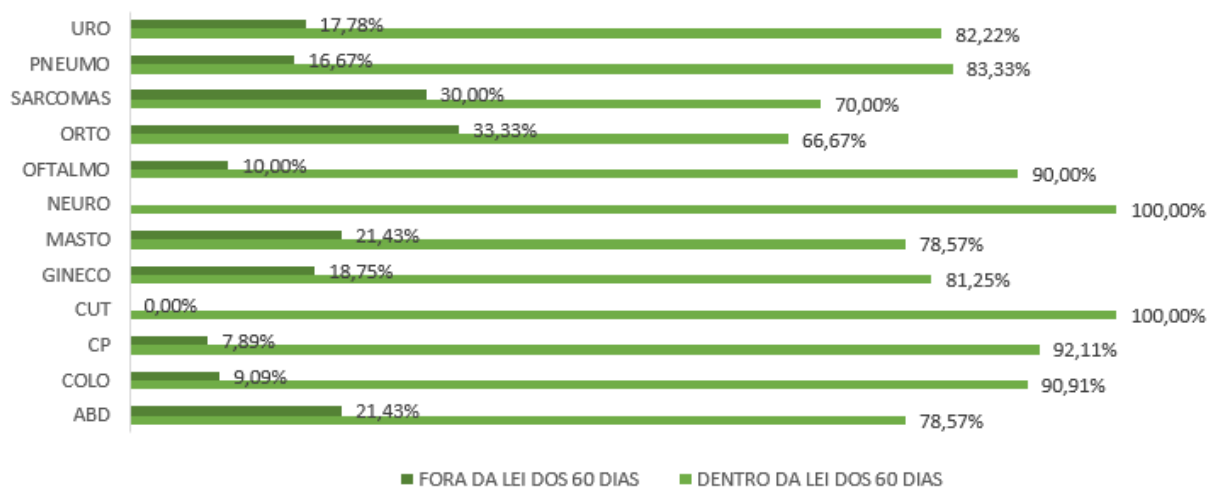
- Migração de CR: Ocorre quando paciente é agendado em uma especialidade, mas o sítio tumoral pertence a outro CR



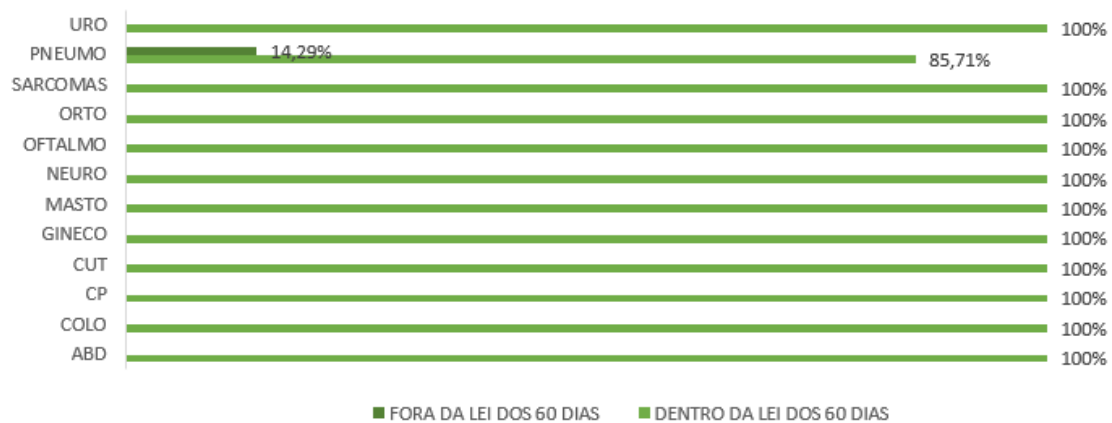
2018



2019



2020



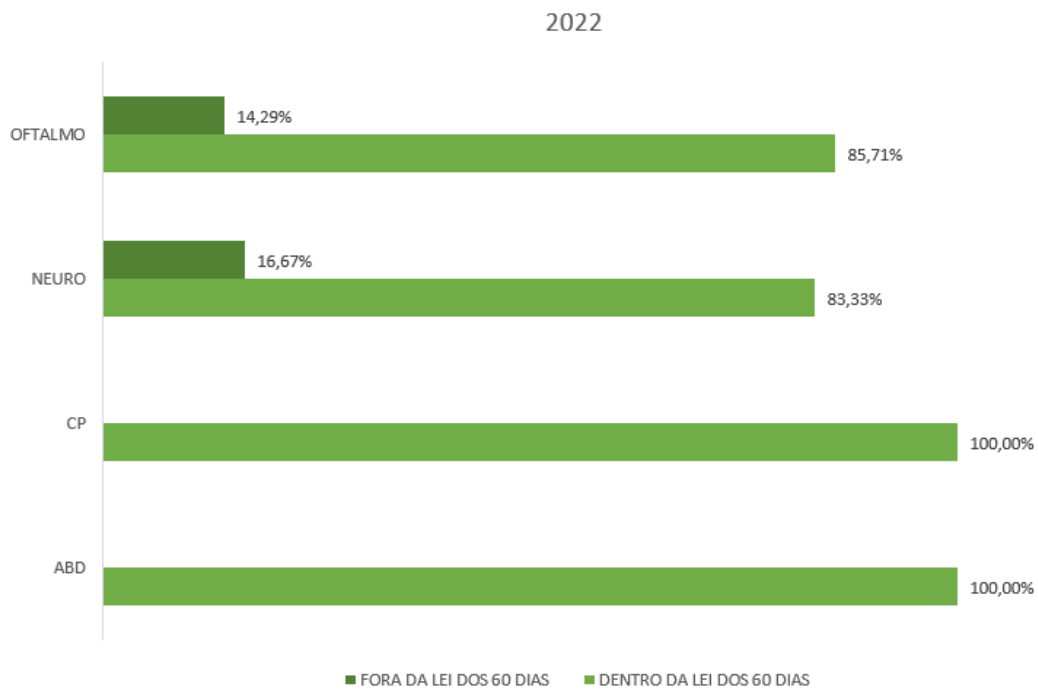
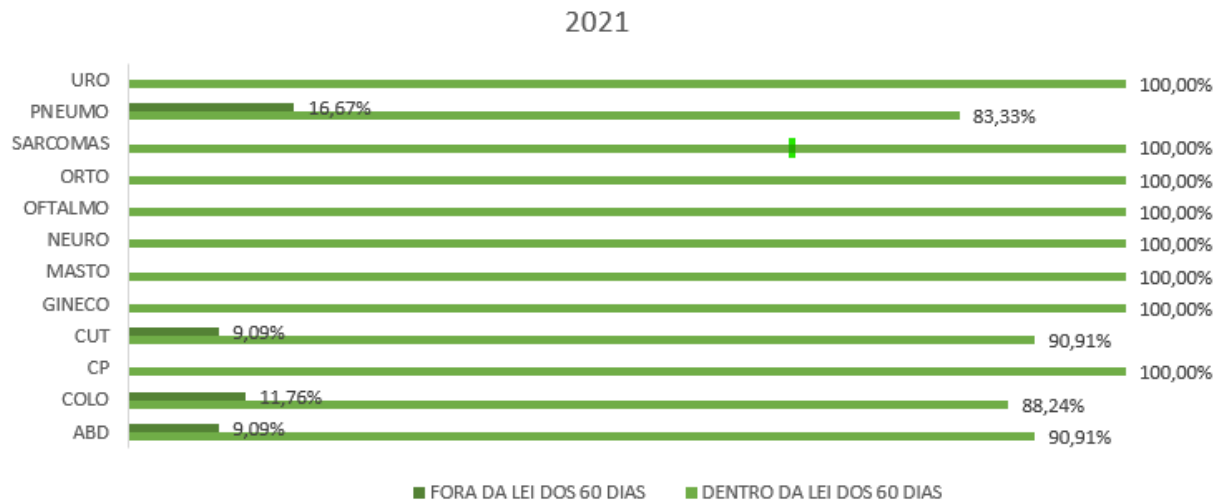


Figura 21 – Fora da Lei dos 60 dias

Figura 22 – Dentro da Lei dos 60 dias

Fonte: autoria própria

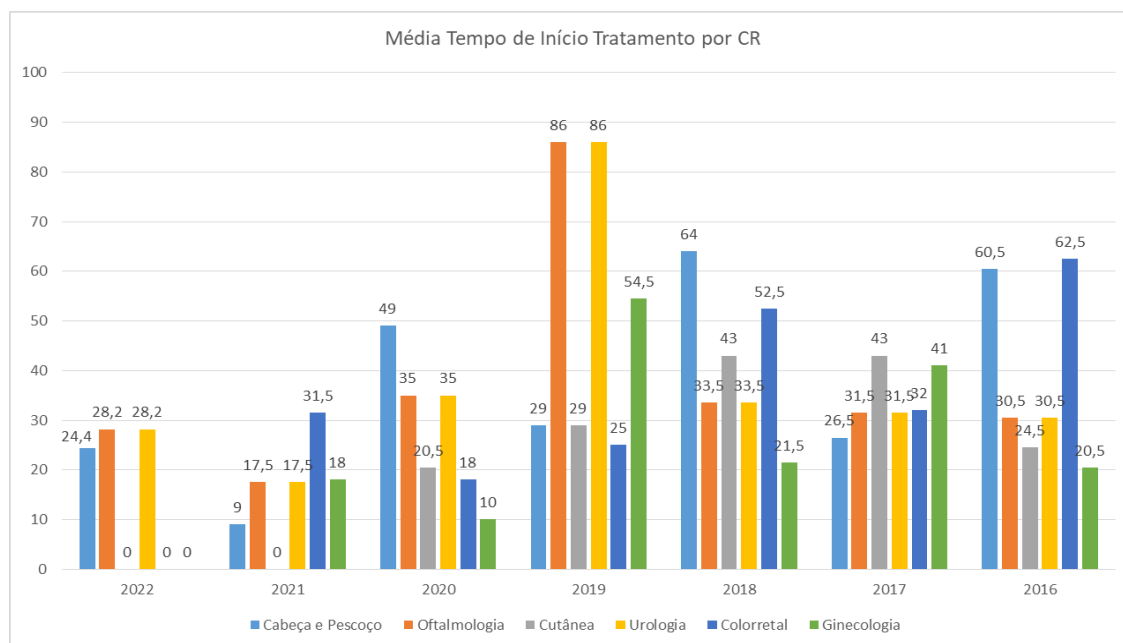


Figura 23 – Tempo de início do tratamento por CR

Fonte: autoria própria

Tabela 2 - Tempo de início do tratamento por CR

Média início tratamento	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016
Cabeça e Pescoço	24,4	9	49	29	64	26,5	60,5
Dentro da Lei	41%	15%	82%	48%	107%	44%	101%
Fora da Lei					x		x
Oftalmologia	28,2	17,5	35	86	33,5	31,5	30,5
Dentro da Lei	47%	29%	58%	143%	56%	53%	51%
Fora da Lei				x			
Cutânea	0	0	20,5	29	43	43	24,5
Dentro da Lei	0%	0%	34%	48%	72%	72%	41%
Fora da Lei							
Urologia	28,2	17,5	35	86	33,5	31,5	30,5
Dentro da Lei	47%	29%	58%	143%	56%	53%	51%
Fora da Lei				x			
Colorretal	0	31,5	18	25	52,5	32	62,5
Dentro da Lei	0%	53%	30%	42%	88%	53%	104%
Fora da Lei							x
Ginecologia	0	18	10	54,5	21,5	41	20,5
Dentro da Lei	0%	30%	17%	91%	36%	68%	34%
Fora da Lei							

Fonte: autoria própria

Ao realizar a análise dos dados identificamos a necessidade de re-coleta, e validação dos prontuários a serem utilizados neste estudo. Realizamos a segmentação exclusiva de pacientes SIGA, ou seja, pacientes outras denominações relacionadas a atendimentos anteriores ou posteriores de operadoras de saúde ou de pesquisa clínica, foram excluídos da base de dados. Portanto, paciente com apelido Reclassificação foram excluídos da base de dados e consequentemente da análise de dados, pois evidenciamos que os mesmos já tinham realizado e/ou iniciado tratamento oncológico através de operadora de saúde, e o objetivo deste trabalho é analisar somente os pacientes da categoria SUS desde o início dos atendimentos no A.C. Camargo Câncer Center.

Na análise dos dados coletados, identificamos que o CR de maior desacordo com a Lei dos 60 dias foi em 2019 no CR da Oftalmologia e o CR da Urologia com 86 dias. Em 2018, o CR da Cabeça e Pescoço, obtivemos 64 dias. Em 2016, o CR da Colorretal apresentou 62,5 dias e o CR de Cabeça e Pescoço 60,5 dias.

Tabela 3 – Média de dias por CR

Anos	Média de dias por Crs						Média dia/ano
2022	24,4	28,2	0	28,2	0	0	13,47
2021	9	17,5	0	17,5	31,5	18	15,58
2020	49	35	20,5	35	18	10	27,92
2019	29	86	29	86	25	54,5	51,58
2018	64	33,5	43	33,5	52,5	21,5	41,33
2017	26,5	31,5	43	31,5	32	41	34,25
2016	60,5	30,5	24,5	30,5	62,5	20,5	38,17
Média Global de 2022 - 2016							31,76

Fonte: autoria própria

A média de dias por ano foi de 38,1 dias em 2016, 34,2 dias em 2017, 41,3 dias em 2018, 27,9 dias em 2019, 27,92 dias em 2020, 15,58 em 2021 e 13,4 dias em 2022, com a média global de 2016 a 2022, foi de: 31,7 dias, evidenciando que as ações do A.C. Camargo Câncer estão sendo efetivas para o início do tratamento oncológico do paciente do Sistema Único de Saúde dentro dos 60 dias preconizados por Lei.

Contratos administrativos são acordos formais que a administração pública estabelece com empresas, indivíduos, entidades sem fins lucrativos ou mesmo outros órgãos públicos

para atingir objetivos de interesse público.

De acordo com a Lei Federal nº 14.133/2021, as compras e contratações de bens, materiais, obras e serviços realizadas pela administração pública devem ser, por via de regra, formalizadas através de contratos que registrem, obrigatoriamente, informações sobre o objeto (bem, material ou serviço); vinculação do contrato e do edital de licitação à proposta do fornecedor vencedor da licitação ou ao documento que tiver autorizado a contratação direta e a respectiva proposta; a legislação aplicável à execução do contrato; o regime (forma) de execução dos serviços ou fornecimento dos bens ou materiais; os prazos de início das etapas de execução, conclusão, entrega e recebimento definitivo do objeto do contrato; o preço e as condições de pagamento; o reajuste ou atualização de preços; os direitos e as responsabilidades das partes contratantes e contratadas; as penalidades cabíveis e os valores das multas em caso de descumprimento de responsabilidades; o crédito orçamentário da despesa, ou seja, de onde virá o recurso ou valor que o órgão utilizará para pagamento ao fornecedor (contratado) naquele contrato, dentre outras informações previstas em legislação.^{36, 37}

O Convênio com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo ocorre desde 2013 com a assinaturas dos seguintes Termos de Convênios:

- Termo de Convênio Nº 042 /SMS. G / 2013
Vigência: 2013 a 2018
- Termo de Convênio Nº 027 /SMS. G / 2018
Vigência: 2018 a 2023
- Termo de Convênio Nº 018 /SMS. G / 2023³⁸
Em vigência.

A Prefeitura do município de São Paulo por meio de sua Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal da Saúde, em 2023 firmou a repactuação anual: especialidades, volumetria de vagas, reajuste dos critérios para agendamento no A.C. Camargo, com tempo de vigência: 5 anos.^{39,40}

Para o Termo de Convênio nº 018/SMS.G/2023, foram estabelecidas ações a serem cumpridos:

- Construção de Protocolos SUS com os CRs
- Protocolos de Qt, Radioterapia e Cirúrgicos e Jornada Oncológica – disponibilizada na intranet
- Autorização SUS – em até 8 dias
- Internação na Unidade Tamandaré

Repasse financeiro baseado no cumprimento de metas, onde a prestação de contas é realizada através de relatório quadrimestral:

- Metas Quantitativas (Volumes): 5 itens – 100 pontos
- Metas Qualitativas (Atenção à saúde, políticas de humanização, assistência de enfermagem, segurança do paciente, gestão hospitalar e ensino e pesquisa): 24 itens – 1.000 pontos
- Total 29 metas – 1.100 pontos
- Acima de 900 pontos – 100% repasse pactuado

Ao analisar todos os dados deste presente estudo, destacando os principais motivos que impedem o cumprimento dos 60 dias para início do tratamento, desenvolvemos ações e protocolos a fim de padronizar, identificar e monitorar o tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento da jornada oncológica do paciente do Sistema Único de Saúde. Segue abaixo as ações implantadas no A. C. Camargo Cancer Center.

- Antes do atendimento: A fim de reduzir o volume de faltas e tornar efetiva a primeira consulta, implantamos a confirmação do primeiro atendimento no A.C.Camargo, sabemos que a responsabilidade da comunicação ao paciente da data e local de atendimento especializado é da Unidade Básica de Saúde, caso não seja possível o contato telefônico, a UBS disponibiliza um agente comunitário para ir pessoalmente na residência do paciente. Porém ao sair do consultório, tinham solicitações de retorno em 1 semana e em reunião com as equipes médicas identificamos que os pacientes não traziam os exames, ou traziam apenas os laudos, desta forma, implantamos o contato telefônico antes do comparecimento da consulta, 24 horas antes, é realizado um contato telefônico com script de atendimento com orientações referente horário

de chegada, comparecimento com documentos pessoais (de acordo com as normativas do A. C. Camargo Cancer Center) e responsável legal, trazer todos os exames (laudo e imagens, laboratoriais).

- Monitoramento da jornada oncológica: Houve a criação de um setor com a responsabilidade de monitoramento da jornada oncológica, Acesso SUS liderado por um enfermeiro e composto por colaboradores da área administrativa. É realizado monitoramento a partir do agendamento do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde (SIGA) e após o primeiro atendimento é realizado acompanhamento semanal das solicitações de exames realizada na primeira consulta SIGA, agendamento e realização do exame na data do agendamento, a disponibilização do laudo no sistema eletrônico de prontuário médico Tasy, agendamento cirúrgico, quimioterapia ou radioterapia. Caso seja identificado risco do não cumprimento do prazo de 60 dias, o Acesso SUS comunica a área responsável para informar o prazo e solicitar reagendamento de data de acordo com a normativa.
- Protocolos SUS por CR: Foram desenvolvidos junto com os as equipes médicas dos CRs, protocolos de tratamento, encaminhamento entre CRs e alta institucional com diretivas institucionais.
- Termo de consentimento: Consiste na assinatura do termo de consentimento do Sistema Único de Saúde pelo paciente e responsável legal, após a leitura do termo de consentimento com as cláusulas, informações e regras do atendimento dos pacientes referente a jornada oncológica do Sistema Único de Saúde no A.C. Camargo Câncer Center, na presença de 2 colaboradores e re-leitura pelo paciente e esclarecimento de dúvidas
- Abertura de atendimento: Após a aplicação do termo de consentimento é realizado a abertura de atendimento e encaminhamento do paciente para o andar de atendimento.
- Encaminhamento de pacientes de Pesquisa Clínica: A enfermeira do Acesso SUS realiza uma busca ativa em todos os pacientes agendados para primeira vez pelo sistema SIGA e caso identifique algum caso de paciente com possíveis critérios de inclusão em protocolos de pesquisa clínica, comunica o médico responsável pelo atendimento do paciente.

- Encaminhamento de pacientes para discussão de Tumor Board: Caso seja identificado a necessidade de discussão do caso em Tumor Board, o médico realiza a abertura de “template” e solicita a inclusão do caso na reunião, o Acesso SUS realiza o monitoramento, se necessário, aciona o responsável pelo Tumor Board para alterar a data do agendamento para não implicar no prazo de 60 dias.
- Solicitação de exames: Após a primeira consulta e solicitação de exames, o paciente é direcionado para a recepção do Ambulatório do SUS para o agendamento dos exames de acordo com o protocolo, para que não ocorram atrasos no agendamento de exames de maior complexidade como biópsias, há um bloqueio de agenda com a discriminação de pacientes SIGA 1ª vez, para que haja priorização na realização dos exames
- Agendamento de consulta 1ª vez: As datas das consultas são autorizadas e reservadas com 90 dias de antecedência com a especialidade de acordo com o contrato com a Secretaria Municipal de Saúde e classificadas como SIGA primeira vez e SIGA retorno.
- Fase final de vida: Para os pacientes que são classificados como fase final de vida, o A. C. Camargo Cancer Center fornece uma carteirinha de excepcionalidade que garante o acesso imediato para o Pronto Atendimento do A. C. Camargo Cancer Center, garantindo dessa forma a continuidade do cuidado até o fim da vida.

5 CONCLUSÃO

Após análise dos dados, concluímos que a instituição tem desempenhado suas atividades em consonância com o preconizado pelos dispositivos legais com cumprimento da Lei dos 60 dias em todos os CRs.



Fonte: autoria própria



Fonte: autoria própria

6 REFERÊNCIAS

1. BÍBLIA. Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo. Testamentos. Provérbios. Trad. de José Simão. São Paulo: Sociedade Bíblica de Aparecida, 2008. p.202-203.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso 2021 ago 20]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394-424.
4. Mathers C, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019 Apr 15;144(8):1941-1953.
5. WHO – World Health Organization.
6. Nota Técnica: painel de monitoramento de tratamento oncológico: PAINEL-Oncologia. Brasília (DF): DATASUS; [2013] [acesso 2021 ago 20]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/painel_onco/doc/painel_oncologia.pdf
7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atlas de Mortalidade por Câncer. INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>. [2021 01 nov].
8. Barros AF, Uemura G, Macedo J. LS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev Bras Ginecol Obstet*. Rio de Janeiro, 2013 out.; 35(10):458-463.
9. Coutinho de Medeiros G, Gomes Chagas Teodózio C, Alves Nogueira Fabro E, Sales de Aguiar S, Henrique Machado Lopes A, Cordeiro de Conte B, et al. Fatores associados ao atraso entre o diagnóstico e o início do tratamento de câncer de mama: um estudo de coorte com 204.130 casos no Brasil. *Rev*
10. Trufelli D.C, Bensi CG, Pane CEV, Ramos E, Otsuka FC, Tannous NG, et al. Onde está o atraso? Avaliação do tempo necessário para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama nos serviços de oncologia da Faculdade de Medicina do ABC. *Rev Bras Mastol*.

2007;17(1):14-8.

11. Lombardo MS, Popim RC. Acesso do paciente à rede oncológica na vigência da “Lei dos Sessenta Dias”: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190406. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0406>
12. Simião LJ. Estudo dos tempos entre o diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma instituição de referência no Espírito Santo [dissertação na Internet]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2016 [acesso 2020 dez 30]. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/10100>
13. Medeiros GC, Teodózio CGC, Fabro EAN, et al. Fatores associados ao atraso entre o diagnóstico e o início do tratamento de câncer de mama: um estudo de coorte com 204.130 casos no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(3):e-09979. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.979>
14. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet.* 1999 Apr 3;353(9159):1119-26.
15. Kowalski L.P, Carvalho AL. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2001 Jan;37(1):94-8.
16. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020 Nov 4;371:m4087.
17. França MASA, Nery NG, Antunes JLF, Freire MCM. Tempo máximo para o início do tratamento do câncer de boca no Brasil após a publicação da legislação de 2012: tendência no período 2013-2019
18. Barbosa, MG. Gerenciamento da fila de espera para cirurgia ginecológica em hospital municipal da Zona Sul de São Paulo: como garantir acesso e otimizar a utilização de recursos. 2018 mai 2014.
19. Sobral GSS. Araujo YB, Kameo SY, Silva GMS, Santos DKCS, Carvalho LMC. Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia. *Revista Brasileira de Cancerologia*
20. OECD Health Policy Studies. Cancer care: assuring quality to improve survival. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/cancer-care_9789264181052-en.html. [2024 15 jan].

21. 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm [2022 10 jan].
22. Presidência da República (BR). Lei nº 13.685, de 25 de junho de 2018. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 jun. 26 [acesso 2021 ago 20]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13685.htm
23. Presidência da República (BR). Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 out 31 [acesso 2021 ago 20]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13896.htm
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 dez 19 [acesso 2021 ago 20]; Seção 1:173. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.399-de-17-de-dezembro-de-2019-234338206>
25. Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde SIGA-Saúde - Manual operacional
26. Gabinete do Secretário. PORTARIA Nº 341/2020-SMS.G Altera a Portaria nº 349, de 17 de março de 2015, que determina a todas as Unidades de Saúde sob Gestão Municipal o uso obrigatório do Sistema SIGA Saúde.
27. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (BR), DECRETO Nº 56.061, DE 02 DE AGOSTO DE 2010. *Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS e dá providências correlatas* [acesso 2023 fev 20]; Disponível em:

<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2010/decreto-56061-02.08.2010.html>

28. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (BR), LEI Nº 16.287, DE 18 DE JULHO DE 2016. *Dispõe sobre o acesso das unidades da rede pública de saúde ao sistema da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - sistema CROSS* [acesso 2023 fev 19]; Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2016/lei-16287>

29. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria 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) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 17 [acesso 2024 ago 20]; Seção 1:129. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

30. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2008 agosto [acesso 2023 ago 20]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

31. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010 dezembro [acesso 2023 ago 20]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt4279_30_12_2010.html

32. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010 dezembro [acesso 2023 ago 20]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_21_09_2017.html

33. Mapa de Acesso a Saúde de São Paulo 2023. São Paulo, SP, [2023]. Disponível em: <https://sindhosp.org.br/sindhosp-lanca-mapa-acesso-saude-sao-paulo/>. [2023 10 ago].

34. Plano Municipal de Saúde de SP 2010 – Programa Oncologia Paulistana
35. Relatório de Sustentabilidade. A.C.Camargo Cancer Center São Paulo, SP, 2023. Disponível em https://www.accamargo.org.br/rai23_accamargo_pt [2024 17 set]
36. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 399, DE 30 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 fevereiro [acesso 2023 set 15]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
37. Ministério da Saúde (BR), LEI FEDERAL Nº 14.133/2021 399, DE 01 DE ABRIL DE 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2021 fevereiro [acesso 2023 jan 20]; Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm
38. Termo de Convenio nº 018/SMS/2023. Disponível em : https://diariooficial.prefeitura.sp.gov.br/md_epubli_visualizar.php?hTg6Vm8SVnYhgol0nf1e9DHtoHqCo-7rYVAXGodBEQ1d2mX4bdP5G4rapKljz
39. Ministério da Saúde (BR), LEI FEDERAL Nº 14.133/2021 399, DE 01 DE ABRIL DE 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2021 fevereiro [acesso 2023 jan 20]; Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm
40. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.571, DE 29 DE JUNHO DE 2007. *Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.* [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2007 junho [acesso 2023 fev 15]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1571_29_06_2007.html