ARTIGO ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

A estruturação do Sistema Único de Saúde e a assistência oncológica: como entender a tabela de procedimentos

The structuring of Brazilian Public Health System (SUS) and oncology care: how to understand the procedure table

Maíra Batista Botelho[1], Maria Inez Pordeus Gadelha[1]

DOI: 10.21115/JBES.v18.p25-34

Palavras-chave:
Sistema Único de Saúde, Tabela de Procedimentos, assistência oncológica, procedimentos oncológicos

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado em níveis de atenção: primário, secundário e terciário. À medida que se avança nesses níveis, menos pessoas precisam ser assistidas e mais serviços especializados são necessários. No nível primário, estrutura-se a promoção da saúde, a prevenção de doenças e os cuidados básicos (como consultas de rotina, vacinação, pré-natal e acompanhamento de doentes crônicos). Nos níveis secundário e terciário, organiza-se a Atenção Especializada, que se utiliza de procedimentos de média ou de alta complexidade. Esses procedimentos são um meio de registro nos sistemas de informação; servem para faturamento, monitoramento, avaliação e auditorias; e se inserem na forma de estruturação e funcionamento do SUS. A assistência especializada se dá pela compra de serviços, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde. A chamada assistência especializada de alta complexidade refere-se a diversas especialidades e exige a respectiva autorização de estabelecimentos de saúde específicos. No SUS, a estruturação da assistência oncológica iniciou-se em 1993, após extensa e ampla discussão sobre os procedimentos de alta complexidade do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e se baseou na integração de serviços especializados para o alcance da integralidade assistencial, em termos cirúrgicos (diversas especialidades), radioterápicos, quimioterápicos e de suporte terapêutico oncológico. Este artigo discorre sobre a organização da assistência oncológica no SUS e seus procedimentos tabelados, considerando que compreendê-la ajuda a levantar, avaliar e medir melhor os custos e o impacto dessa assistência no acesso e nas condições de saúde da população brasileira.

Keywords:
Brazilian Public Health System, Table of procedures, oncology care, oncological procedures

ABSTRACT

The Brazilian Public Health System (SUS) is structured in levels of care: primary, secondary, and tertiary. As care complexity increases at these levels, fewer people require assistance, while more complex specialized services are needed. At the primary level, health promotion, disease prevention, and basic care (such as routine check-ups, vaccinations, prenatal care, and chronic disease management) are structured. Specialized care is given at the secondary and tertiary levels. Tabulated procedures are an operational means of registration in the SUS information systems, have several attributes that insert them in the way of structuring and functioning of the SUS, and serve for billing, monitoring, evaluation, and audits. Specialized assistance is provided through service purchases by the SUS, regardless of the legal nature of the health facilities where it occurs. So-called high complexity assistance refers to various specialties, and requires specific authorization from designated health establishments. In the SUS, the structuring of cancer care began in 1993, after extensive and broad discussion on the procedures of the extinct National Institute of Medical Assistance of Social Security (Inamps), and was based on specialized services integration to achieve comprehensive care (surgical specialties, radiotherapy, chemotherapy, and oncological therapeutic support). This article discusses the organization of cancer care in the SUS and its standardized procedures, aiming to better understand and evaluate the costs and impact of this care on access to and the health conditions of the Brazilian population.

Recebido em: 05/03/2025. **Aprovado para publicação em:** 07/05/2026.
1. Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.
Financiamento: Este estudo não recebeu financiamento público, privado ou institucional.
Apresentação em congressos: O presente trabalho não foi previamente apresentado em eventos científicos.
Autor correspondente: Maíra Batista Botelho. Rua 30 Norte, lote 4, bloco C, ap. 811, Águas Claras. CEP: 71.918-180. Brasília, DF, Brasil. Telefone: +55 (38) 99927-7555. E-mail: mbbot2007@gmail.com

Introdução

No Brasil, em 5 de outubro de 1988, foi promulgada a vigente Constituição Federal (CF/88). Em seu artigo 6º, foi incluída a saúde como um dos direitos sociais e, nos artigos 196 ao 200, foram estabelecidos os nortes para a constituição de um sistema único de saúde (Brasil, 1988).

Vê-se que, na interpretação da máxima constitucional "direito do cidadão e dever do Estado", a Universalidade corresponde ao "direito do cidadão" a ações e serviços de saúde integrados e que a Integralidade corresponde ao "dever do Estado" de oferecer ações e serviços de saúde estruturados e integrados.

No artigo 198, encontram-se claras as diretrizes constitucionais para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS): "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade" (Brasil, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990) estabelece, em seu artigo 7º, que "as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal", obedecendo ainda aos seguintes princípios, entre outros: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e terapêuticos (curativos e paliativos), individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população (Brasil, 1990).

Um Sistema de Saúde, inclusive o SUS, estrutura-se em três níveis de atenção (Brasil, 2016): o Primário (outrora, no Brasil, também chamado de Básico), que abarca toda a população (no Brasil, atualmente, mais de 213 milhões de habitantes[1]), para a promoção da saúde, da prevenção de doenças e dos cuidados crônicos em unidades básicas de saúde; o Secundário, que contempla grande parte da população (no Brasil, dezenas ou mesmo centenas de milhões de pessoas), para a atenção especializada em ambulatórios, clínicas, policlínicas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, maternidades, pronto-socorros e diversos hospitais; e o Terciário, que contempla expressiva parte da população (no Brasil, dezenas ou mesmo centenas de milhares de pessoas), para a atenção especializada em hospitais complexos de grande porte e alta tecnologia. Ou seja, à medida que se avança nos níveis do Sistema, menos pessoas precisam ser assistidas e mais serviços especializados complexos se fazem necessários (Gadelha, 2002; Gadelha, 2012; Kuschnir, 2014, p. 131–2).

A prevenção e o controle do câncer demonstram bem a importância dessa estruturação e dessa funcionalidade para a Atenção à Saúde (que exige a integração dos níveis de um sistema de saúde) (Kuschnir, 2014), inclusive para a Assistência à Saúde (que necessita da integração de serviços diagnósticos, terapêuticos, de reabilitação e de cuidados paliativos) e para a Assistência Oncológica (que necessita da integração de serviços terapêuticos especializados para o alcance da integralidade assistencial, em termos das diversas especialidades cirúrgicas, da radioterapia, da quimioterapia e do suporte terapêutico oncológico) (Gadelha, 2012; Gadelha, 2018a). Por isso, deve-se atentar para o fato de que a oncologia integra a assistência terapêutica especializada e é uma parte do controle do câncer (Gadelha, 2012).

No SUS, a estruturação da assistência oncológica iniciou-se em 1993, após extensa e ampla discussão sobre os procedimentos de alta complexidade do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (Gadelha, 2018a). Em termos de procedimentos, a complexidade (Atenção Básica [AB] ou, para a Atenção Especializada [MAC], média e alta complexidade) é um atributo dos procedimentos, não um fator de classificação de serviços ou de níveis de atenção, sendo a habilitação um atributo de todo procedimento de alta complexidade (SIGTAP, 2024a).

Erroneamente, no Brasil, criou-se a ideia de que o nível secundário é de média complexidade e o terciário, de alta. Isso porque, de modo utilitarista, passou-se a enxergar o Sistema a partir de procedimentos tabelados. A Atenção Especializada dá-se nesses dois níveis, em que se podem utilizar procedimentos atribuídos como de média ou de alta complexidade. Por exemplo, procedimentos neurocirúrgicos e ortopédicos de alta complexidade necessários para atendimentos emergenciais ou de urgência no nível secundário; e, no nível terciário, embora este concentre a maior parte dos procedimentos de alta complexidade, utilizam-se todos os procedimentos de média complexidade, sejam ambulatoriais ou hospitalares, sejam diagnósticos ou terapêuticos curativos ou paliativos. Assim, há de se entender que os procedimentos são um meio operacional de registro nos sistemas de informação do SUS e, se bem notado, possuem diversos atributos que, praticamente, os inserem na forma de estruturação e funcionamento desse Sistema e servem para registro, faturamento, monitoramento, avaliação e auditorias. Conhecer como eles se dispõem na Tabela de

[1] População estimada passa de 213 milhões. Ver em: https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/23077-populacao-estimada-passa-213-milhoes.html. Acesso em: 22 mar. 2026.

Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais-OPM do SUS (Tabela Unificada), os seus atributos e regras (SIGTAP, 2025) é indispensável para entender como deles se utilizar para adequadamente levantar dados, estimar a necessidade de serviços e recursos e planejar a assistência.

Na Atenção Especializada, são dois os sistemas de informações utilizados, que são também instrumentos gerenciais: 1) O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1981 para substituir, em 1982, o sistema GIH (Guia de Internação Hospitalar) e absorvido e melhorado no SUS, com sua Autorização de Internação Hospitalar (AIH); e 2) o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), criado em 1992 e implantado a partir de julho de 1995 (Gadelha, 2018a).

Embora em evolução para outros sistemas de informação, como a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) (Datasus, 2024), o modelo desse planejamento tem sido utilizado, com melhorias, para também se proceder ao monitoramento e à avaliação da produção específica dos serviços de saúde.

As constantes demandas que levavam à evolução estrutural, administrativa e assistencial do SUS fizeram com que ocorresse a unificação dos procedimentos das tabelas do SIA e do SIH (Brasil, 2007), sistemas esses que permanecem como base dos registros e do faturamento de procedimentos no SUS, o que muito contribuiu para essa melhoria.

Este texto discorre sobre a estruturação da assistência oncológica no SUS, buscando incluí-la no contexto sistêmico da integralidade assistencial, por meio integração de serviços especializados, para além de valores de procedimentos isolados.

Com ele, busca-se contribuir para a avaliação, comparação e concepção de cenários econômicos que possam subsidiar tomadas de decisão no âmbito da gestão do SUS, bem como para o desenvolvimento de um novo modelo de financiamento que integre as diversas origens e rubricas orçamentárias que vêm se somando há décadas e que traga integralidade e transparência aos gastos públicos com ações e serviços de saúde, sem anular o acervo de bilhões de dados que anualmente se registram nos diversos sistemas de informação vigentes.

Estruturação e financiamento do SUS

Como o SUS é um sistema hierarquizado e de gestão descentralizada, as competências variam com os níveis de atenção à saúde e as pactuações tripartites (entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde [Conass] e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [Conasems]), inclusive quanto às suas respectivas responsabilidades, todas definidas nos instrumentos legais do SUS (Brasil, 1988; Brasil, 1990). No geral, e não importando a natureza jurídica dos prestadores de serviços, a gestão da atenção básica (nível primário) é da competência de todos os municípios. Já a gestão da atenção especializada de média complexidade exclusiva (nível secundário) é da competência de municípios de maior porte e a de média e alta complexidade (nível terciário) é da competência de grandes municípios e dos estados e Distrito Federal.

A assistência especializada se dá pela compra de serviços, pelo SUS, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde em que ela acontece. Dessa forma, os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS contratam os serviços (ambulatoriais e hospitalares, diagnósticos e terapêuticos, clínicos e cirúrgicos) de estabelecimentos de saúde públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, cabendo aos contratados a estruturação, a manutenção e a disponibilização dos serviços, inclusive a aquisição, o armazenamento e o fornecimento dos produtos e insumos necessários ao atendimento dos indivíduos (Brasil, 1996).

O pagamento pelos serviços prestados, mesmo envolvendo recursos financeiros dos outros entes federativos, é sempre feito pelo respectivo gestor do SUS contratante.

Especificamente quanto ao financiamento do SUS, as responsabilidades são definidas pela CF/88, incluindo as alterações trazidas pelas emendas constitucionais (EC) nº 29/2000, nº 86/2015 e nº 95/2016, pela Lei nº 4.320/1964, pela Lei nº 8.142/1990, pela Lei Complementar (LC) nº 101/2000, pela LC nº 131/2009 e pela LC nº 141/2012.

Embora seja de financiamento público — municipal, estadual/distrital e federal —, o que mais aparece para a população em geral, operadores do Direito e da Saúde, prestadores de serviços e parlamentares é o seu financiamento federal. A chamada "tabela do SUS" (atualizada e publicada mensalmente no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM [SIGTAP], disponível em http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp), que integra esse financiamento federal, costuma ser resumida à única fonte de recursos financeiros para a prestação de serviços no SUS, emulando-se o modelo da Saúde Suplementar. Ressalta-se que o financiamento do SUS vai muito além do pagamento federal por produção de procedimentos tabelados e também se dá por muitos outros meios, como incentivos, incrementos, orçamentos públicos (inclusive para custeio e investimento em unidades próprias — municipais, estaduais/distritais e federais), emendas parlamentares, investimentos (tais como aqueles propiciados via convênio), isenção fiscal (beneficência — inclusive pelo Programa para o Desenvolvimento Institucional do SUS [Proadi-SUS] — e captação social — inclusive pelo Programa de Oncologia [Pronon]), trabalho voluntário e atendimento em dupla porta (SUS e não SUS, situação comum em hospitais privados sem fins lucrativos) (Gadelha, 2012; Gadelha, 2018b).

Além do mais, o financiamento de um estabelecimento de saúde deve ser tomado globalmente, e não exclusivamente como *fee for service*, ou seja, por item, como se dá na

Saúde Suplementar, que adota a conta itemizada e, como única forma de financiamento, o pagamento especificado por cada item utilizado nos procedimentos contratados.

Tabela de procedimentos do SUS

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais-OPM do SUS (Tabela Unificada) foi instituída pela Portaria nº 321/Gab.MS, de 8 de fevereiro de 2007. Desde então, vem sendo submetida a atualizações, para incorporação de novos itens, exclusões e adequações de procedimentos, inclusive para reajustes de valores, ressaltando-se, mais uma vez, que os valores tabelados correspondem exclusivamente aos federais, não se registrando no SIH-SUS e no SIA-SUS os correspondentes estaduais/distrital e municipais.

Esses valores federais estão vinculados a parâmetros de custos hospitalares e a variações de custo-efetividade e custo-utilidade dos procedimentos. Por isso, em sua função institucional, o Ministério da Saúde procede a adequações de acordo com prioridades estabelecidas com base em estudos técnicos, que avaliam o impacto das ações e serviços de saúde sistemicamente, no SUS, e também na sua disponibilidade orçamentária e financeira (SIGTAP, 2024a).

Pode-se ver que os procedimentos são classificados em Grupos, quais sejam (SIGTAP 2024b; SIGTAP, 2025):

01	Ações de promoção e prevenção em saúde
02	Procedimentos com finalidade diagnóstica
03	Procedimentos clínicos
04	Procedimentos cirúrgicos
05	Transplantes de órgãos, tecidos e células
06	Medicamentos
07	Órteses, próteses e materiais especiais
08	Ações complementares da atenção à saúde
09	Procedimentos para oferta de cuidados integrados

Em cada Grupo, os procedimentos são organizados por Subgrupo e Forma de Organização, para cada qual contam com dois dígitos (assim, em um total de 6), completando-se com três dígitos em ordem numérica para o procedimento *per se* e um dígito final, dito verificador, completando-se, assim, um código numérico de dez dígitos.

O Grupo 09, de mais recente criação, abarca procedimentos de avaliação de risco e diagnóstica em cinco áreas especializadas, alocadas nos seguintes Subgrupos: 01 – OIC-Oncologia; 02 – OCI-Cardiologia; 03 – OCI-Ortopedia; 04 – OCI-Otorrinolaringologia; e 05 – OCI-Oftalmologia.

Todos os procedimentos contêm atributos, muitos dos quais especificados em todos eles e outros que variam conforme o seu Grupo, Subgrupo, Forma de Organização, modalidade assistencial, sistema de registro (SIA-SUS ou SIH-SUS) e financiamento, entre outros atributos (SIGTAP, 2024a; SIGTAP, 2024b; SIGTAP, 2025):

- Código e Nome
- Descrição
- Competência (mês e ano — histórico de alterações)
- Origem (se procedimento existente antes de 2007)
- Complexidade (atenção básica [AB], média complexidade [MC], alta complexidade [AC] ou não se aplica [NA])
- Modalidade (ambulatorial, hospitalar, hospital-dia ou internação domiciliar)
- Instrumento de Registro (no SIA-SUS, APAC[2] — procedimento principal ou secundário, BPA-C[3], BPA-I[4] e RASS[5]; no SIH, AIH — procedimento principal, especial, secundário ou sequencial)
- Tipo de Financiamento (AB, MAC)
- Subtipo de Financiamento (FAEC[6])
- Valor Ambulatorial SA (serviço ambulatorial)
- Valor Ambulatorial Total (o mesmo valor ambulatorial)
- Valor Hospitalar SP (serviços profissionais)
- Valor Hospitalar SH (serviços hospitalares)
- Valor Hospitalar Total (soma dos valores dos serviços profissionais e hospitalares)
- Atributo Complementar (p. ex.: inclui valor da anestesia, admite permanência a maior, permite informação de equipe cirúrgica, Programa Nacional de Redução das Filas de Procedimentos Eletivos; permite procedimentos sequenciais, etc.)
- Sexo
- Idade Mínima (a partir de 0 ano)
- Idade Máxima (130 anos)
- Quantidade Máxima (por processamento mensal)
- Média de Permanência (tempo médio de permanência na competência mensal)
- Tempo de Permanência (máximo de dias autorizados para um procedimento específico)
- Pontos (subsidia o cálculo do valor a ser rateado entre a equipe médica/cirurgião-dentista envolvidos na realização do respectivo procedimento)
- Portaria
- Tipo de Documento
- Número do Documento
- Data do Documento
- Tipo de Órgão de Origem
- Data de Início da Vigência
- Data de Término da Vigência

[2] Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (até 2014, Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade).
[3] Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado.
[4] Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado.
[5] Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde.
[6] Fundo de Ações Estratégicas e Compensação.

- Especialidade do Leito (clínico, pediátrico, cirúrgico, cirúrgico/hospital-dia)
- CBO (Código Brasileiro de Ocupações — podem ser vários)
- Categoria CBO (podem ser várias)
- CID (Código da Classificação Internacional de Doenças — podem ser vários)
- Habilitação (no caso de procedimento de alta complexidade)
- Serviço/Classificação (se houver exigência específica ou habilitação na alta complexidade)
- Renases (código na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde)

Anote-se que, dos nove Grupos, o 04 é o dos procedimentos cirúrgicos, que tem 18 Subgrupos organizados em áreas e especialidades cirúrgicas: 01 – Pele, tecido subcutâneo e partes moles; 02 – Cirurgia de glândulas endócrinas; 03 – Neurocirurgia; 04 – Vias aéreas superiores, face e cabeça e pescoço; 05 – Oftalmologia; 06 – Cardiovascular; 07 – Aparelho digestivo, órgãos anexos e cirurgia abdominal; 08 – Osteomuscular; 09 – Geniturinário; 10 – Mama; 11 – Obstetrícia; 12 – Tórax; 13 – Reparadora; 14 – Bucomaxilofacial; 15 – Outras cirurgias; 16 – Cirurgia em oncologia; 17 – Anestesiologia; e 18 – Cirurgia em nefrologia.

Cada Subgrupo tem suas respectivas Formas de Organização, sendo as de Cirurgia em Oncologia: 01 – Urologia; 02 – Sistema linfático; 03 – Cabeça e pescoço; 04 – Esôfago-gastro-duodenal, vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais; 05 – Colo-proctologia; 06 – Ginecologia; 07 – Oftalmologia; 08 – Pele e cirurgia plástica; 09 – Ossos e partes moles; 10 – Neurocirurgia; 11 – Cirurgia torácica; 12 – Mastologia; e 13 – Otorrinolaringologia.

Nas Formas de Organização 07 e 10 não se encontram procedimentos, pois, dada a peculiaridade de alta *expertise*, altíssima complexidade e exigência de elevado porte tecnológico dessas especialidades e seus especialistas (oftalmologistas e neurocirurgiões), evita-se a duplicidade de procedimentos de alta complexidade e a exigência desses predicados para a habilitação na alta complexidade em oncologia, ficando as habilitações em oncologia também atribuídas nos próprios procedimentos do G04 SG 03 – neurocirurgia e G04 SG 05 – oftalmologia. Além disso, há alguns procedimentos cirúrgicos comuns com o subgrupo da Ortopedia (04.08).

A Cirurgia em Oncologia corresponde à Cirurgia Oncológica (CFM, 2024), constituindo no SIGTAP um subgrupo específico do grupo de procedimentos cirúrgicos (SIGTAP, 2024a; SIGTAP, 2024b; SIGTAP, 2025).

Veja-se o exemplo de colectomia total:

04.07.02.007-1 – COLECTOMIA TOTAL
04 – Grupo: Procedimentos Cirúrgicos
07 – Subgrupo: Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e cirurgia abdominal
02 – Forma de Organização: Intestinos, reto e ânus
007 – Procedimento
1 – Dígito verificador
04.16.05.003-4 – COLECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
04 – Grupo: Procedimentos Cirúrgicos
16 – Subgrupo: Cirurgia em Oncologia
05 – Forma de Organização: Colo-proctologia
003 – Procedimento
4 – Dígito verificador

Anote-se que o valor do *tratamento cirúrgico* não se resume ao valor do *procedimento principal* (no exemplo, a colectomia total e a colectomia total em oncologia), pois procedimentos adicionais podem se fazer necessários, somando-se todos ao *valor da AIH* (Brasil, 2012a). Há de se lembrar que o Sistema de Saúde deve contemplar a população e os pacientes e que os procedimentos são meios de registro e não resumem nem o funcionamento nem o financiamento do SUS.

Por isso, há procedimentos específicos, não valorados, que intitulam as AIH de *tratamento cirúrgico* e albergam todos aqueles utilizados em um mesmo ato operatório: 04.15.01.001-2 – Tratamento com cirurgias múltiplas; 04.15.02.001-8 – Procedimentos sequenciais de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica; 04.15.02.003-4 – Outros procedimentos com cirurgias sequenciais; 04.15.02.004-2 – Procedimentos sequenciais em anomalia crânio e bucomaxilofacial; 04.15.02.005-0 – Procedimentos sequenciais em oncologia; 04.15.02.006-9 – Procedimentos sequenciais em ortopedia; 04.15.02.007-7 – Procedimentos sequenciais em neurocirurgia; 04.15.02.008-5 – Procedimentos sequenciais em redesignação sexual e 04.15.03.001-3 – Tratamento cirúrgico em politraumatizado.

Os procedimentos de Tratamento com Cirurgias Múltiplas, Politraumatizados e Sequenciais, que têm valores zerados no SIGTAP, são pagos conforme as regras específicas que estão descritas. Os procedimentos realizados sempre receberão integralmente o respectivo valor integral da fração SP (serviços profissionais) e serão remunerados na fração SH (serviços hospitalares) em percentual decrescente de valores, na ordem em que forem lançados, conforme a respectiva especificação.

Assim, no caso de Cirurgias Múltiplas, todos os procedimentos, no máximo de cinco por AIH, têm a mesma remuneração de 100% para os SP, mas diferentes percentuais de remuneração para os SH, em ordem decrescente, do primeiro ao quinto: 100%, 75%, 75%, 60% e 50% (Brasil, 2012a).

No caso de Cirurgia Oncológica, o percentual de remuneração é também de 100% para os cinco procedimentos, mas os percentuais dos SH, também em ordem decrescente, respectivamente do primeiro ao quinto, são de 100%, 75%, 50%, 50% e 50% (Brasil, 2012b).

Logo, há de se atentar para o fato de que procedimentos cirúrgicos de média ou de alta complexidade (como seus

respectivos valores) são registrados em AIH (com procedimentos cirúrgicos secundários, especiais — órteses, próteses e materiais especiais (OPME) — e com seus respectivos valores), que também pode incluir os valores de outros procedimentos, como: 03.06.02.006-8 – Transfusão de concentrado de hemácias e 03.06.02.007-6 – Transfusão de concentrado de plaquetas (Brasil, 2012a).

Segundo dados do SIH-SUS fornecidos pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (Datasus) e tabulados pela Coordenação-Geral de Sistemas de Informação em Saúde (CGSI) do Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC) da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS), em dezembro de 2025, constavam do SIGTAP 4.957 procedimentos, dos quais 1.696 eram cirúrgicos (ou seja, do Grupo 04) e, desses, 943 atribuídos como de média complexidade (SIGTAP, 2025).

Os demais 3.261 procedimentos são também atribuídos com os respectivos graus de complexidade (média, alta ou não se aplica) e encontram-se distribuídos no SIH-SUS e no SIA-SUS, conforme os respectivos grupos: 01 – Ações de promoção e prevenção em saúde (135 procedimentos); 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica (1.103 procedimentos); 03 – Procedimentos clínicos (847 procedimentos); 05 – Transplantes de órgãos, tecidos e células (150 procedimentos); 06 – Medicamentos (396 procedimentos); 07 – Órteses próteses e materiais especiais (532 procedimentos); 08 – Ações complementares da atenção à saúde (64 procedimentos); e 09 – Oferta de cuidados integrados (34 procedimentos), estes últimos atribuídos exclusivamente como de média complexidade (SIGTAP, 2025).

Os procedimentos clínicos (Grupo 03) classificam-se em onze Subgrupos: 01 – Consultas/atendimentos/acompanhamentos; 02 – Fisioterapia; 03 – Tratamentos clínicos (outras especialidades); 04 – Tratamento em oncologia; 05 – Tratamento em nefrologia; 06 – Hemoterapia; 07 – Tratamentos odontológicos; 08 – Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas; 09 – Terapias especializadas; 10 – Parto e nascimentos; e 11 – Cuidados paliativos (SIGTAP, 2025).

Cada Subgrupo tem suas respectivas Formas de Organização, sendo as de Tratamento em Oncologia: 01 – Radioterapia; 02 – Quimioterapia paliativa — adulto; 03 – Quimioterapia para controle temporário de doença — adulto; 04 – Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora) — adulto; 05 – Quimioterapia adjuvante (profilática) — adulto; 06 – Quimioterapia curativa — adulto; 07 – Quimioterapia de tumor de criança e adolescente; 08 – Quimioterapia — procedimentos especiais; 09 – Medicina nuclear terapêutica oncológica; e 10 – Gerais em oncologia (SIGTAP, 2025).

Os procedimentos registrados no SIA-SUS têm um valor único e, como já visto, os instrumentos de registro podem ser múltiplos (BPA-C, BPA-I, APAC e RAAS). Se o registro se dá em APAC, pode haver procedimento(s) secundário(s) ao procedimento principal, devendo-se, nesse caso, somar os respectivos valores tabelados para obter o valor total da APAC. Do mesmo modo, obtém-se o valor total de uma AIH: ao valor do procedimento principal, somam-se os respectivos valores do(s) procedimento(s) secundário(s), especial(ais) ou sequencial(ais), estes últimos com os percentuais dos respectivos valores especificados, conforme informado acima (SIGTAP, 2024a).

Em resumo, não se deve contar procedimentos como atendimentos nem casos, pois um atendimento pode incluir mais de um procedimento e um caso, diversos atendimentos com vários procedimentos. E os respectivos registros dos atendimentos refletem não somente o procedimento principal neles registrado. Porém, mesmo que o número de procedimentos principais não corresponda ao número de casos dentro de um período de tempo considerado, estimativamente esses números podem ser correlacionados conforme o tempo, o número máximo de procedimentos registráveis nesse tempo e o número de vezes que um mesmo procedimento é utilizado em um mesmo caso no tempo considerado.

Ou seja, os procedimentos tabelados integram os processos da gestão operacional do SUS, que tem ampla e complexa estruturação, funcionamento e financiamento.

A Atenção Especializada e a assistência de alta complexidade no SUS

Como já mencionado, a Atenção Especializada aplica-se nos níveis secundário e terciário do SUS, e seus procedimentos, sejam ambulatoriais ou hospitalares, sejam diagnósticos ou terapêuticos, encontram-se atribuídos no SIGTAP como de média complexidade ou de alta complexidade. Porém, os estabelecimentos de saúde precisam ser especificamente habilitados para que registrem no SIH-SUS e no SIA-SUS procedimentos especificados como de alta complexidade, sendo a Habilitação e o Serviço/Classificação atributos obrigatórios desses procedimentos. Como em todo sistema de saúde, os procedimentos tabelados são mais uma fonte de informação e um meio para a gestão do SUS, e não um fim em si.

A Atenção Especializada é regida pelas respectivas portarias regulamentadoras das suas Políticas, e os parâmetros exigidos nessas normativas são os mínimos necessários para garantir que seja prestada uma assistência necessária, integrada e de qualidade. São áreas de atuação da Atenção Especializada, entre outras: Atenção Hospitalar; Segurança do Paciente; Atenção às Urgências; Atenção Domiciliar; Sistema Nacional de Sangue e Derivados; Prevenção e Controle do Câncer; Atenção — Doença Neurológica; Atenção — Doença Renal; Atenção em Oftalmologia; Sistema Nacional de Transplantes; Atenção — Saúde da Pessoa com Deficiência; Atenção Integral às Pessoas com doenças raras; Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade; e Atenção de

Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia. As respectivas portarias estão consolidadas na Portaria de Consolidação nº 1/SAES/MS, de 22/02/2022 (alterada pelas portarias SAES/MS nº 516 [Cardiologia/Cirurgia Cardíaca, Neurologia/Neurocirurgia e Ortopedia], de 21/06/2023, e SAES/MS nº 688, de 28/08/2023 [Oncologia]), e na Portaria GM/MS nº 1.604, de 18/10/2023, que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do SUS, especificando, entre outros, a "rede hospitalar" e a "a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos".

Essas normas passam por atualização contínua. Por exemplo, para a atenção de alta complexidade em Oncologia no âmbito do SUS, atos mais recentes como a Portaria GM/MS nº 6.590, de 03/02/2025, a Portaria GM/MS nº 8.477, de 20/10/2025, e a Portaria GM/MS nº 8.516, de 23/10/2025, versam, respectivamente, sobre a atualização da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (BVS, 2025a), sobre o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-ONCO) (BVS, 2025b) e sobre o modelo de financiamento e regras para os serviços de radioterapia e para adesão ao Componente Acesso à Radioterapia do Programa Agora Tem Especialistas (BVS SES-SP, 2025).

A assistência oncológica no SUS

No SUS, a estruturação da assistência oncológica iniciou-se em 1993, quando o Ministério da Saúde, após extensa e ampla discussão técnica sobre os sistemas de procedimentos de alta complexidade do extinto Inamps, publicou as Portarias SAS/MS nº 170 (SIPAC-Câncer)[7] e nº 171, esta última criando os procedimentos específicos de Cirurgia Oncológica, com valores acima daqueles dos procedimentos correspondentes atribuídos como de média complexidade, mas sem compatibilidades com outros procedimentos para registro (no arquivo SP do SIH-SUS) em AIH de Cirurgias Múltiplas e inclusão de OPME (Brasil, 2022).

Ou seja, os hospitais habilitados no SIPAC-Câncer faturavam apenas os procedimentos cirúrgicos principais, que nominam as AIH (arquivo RD), cujo valor, embora unitariamente maior dos procedimentos de Cirurgia Oncológica do que os correspondentes atribuídos como de média complexidade, era o mesmo e único do procedimento principal[8].

Em 1998, a Portaria GM/MS nº 3.535 estabeleceu os critérios e parâmetros para a integração dos serviços oncológicos — cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos — e para a estimativa da necessidade de hospitais habilitados em oncologia com base no número anual de casos de câncer esperados, por estado, no Brasil. Todos os serviços existentes, hospitalares e ambulatoriais, tiveram de se adequar e se habilitar sob os novos critérios, sendo os hospitais classificados conforme o seu porte tecnológico, como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, nas categorias CACON I, II ou III. Paralelamente, a Portaria GM/MS nº 3.536, daquele mesmo ano, unificou e ampliou os procedimentos de radioterapia e de quimioterapia — duplicados nas tabelas do SIH-SUS e do SIA-SUS — e criou as bases para o subsistema APAC-SIA-SUS, como instrumento de registro de procedimentos de alta complexidade (Gadelha, 2018a; Brasil, 2022).

As constantes demandas que levavam à evolução estrutural, administrativa e assistencial do SUS fizeram com que, em 2005, se desse a atualização das Portarias GM/MS nº 3.535 e nº 3.536, resultando na formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.439/2005 (revogada pela Portaria GM/MS nº 874/2013), e na reformulação, pela Portaria SAS/MS nº 741/2005, dos critérios e parâmetros para a habilitação na alta complexidade em oncologia (Gadelha, 2018a; Brasil, 2022).

Como em todas as áreas de alta complexidade, os hospitais passaram a ser habilitados como Centro de Assistência de Alta Complexidade (no caso da oncologia, CACON) e Unidade de Assistência de Alta Complexidade (no caso da oncologia, UNACON) (Gadelha, 2002; Gadelha, 2012).

O processo de melhoria e atualização continuou e, em dezembro de 2019, foi publicada a Portaria SAES/MS nº 1.399, que redefiniu os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS e aperfeiçoou os parâmetros para habilitação e monitoramento dos serviços de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia, viabilizando o conhecimento dos custos das redes oncológicas segundo as regiões de saúde (Brasil, 2022). [A Portaria SAES/MS nº 1.399 encontra-se consolidada na Portaria de Consolidação nº 1/SAES/MS, de 22/02/2022, e foi alterada, em alguns pontos, pela Portaria SAES/MS nº 688, de 28/08/2023.]

Nesse processo, a oncologia contou ainda com avanços estruturais e conceituais, entre os quais a atualização global dos procedimentos de cirurgia oncológica, inclusive com a criação de "procedimentos sequenciais em oncologia" e com a inclusão das compatibilidades entre procedimentos sequenciais e entre procedimentos e órteses, próteses e materiais especiais, conforme a Portaria nº 2.947/GM/MS, de 21/12/2012 (Brasil, 2012b), revisada em 2013 e retificada algumas vezes.

O que exige e justifica esse processo contínuo, além da mudança do perfil epidemiológico do Brasil das doenças crônicas, notadamente do câncer, com aumento crescente dos números de casos e de óbitos, é a necessidade de o SUS

[7] Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade na Área do Câncer.
[8] No SIH-SUS, o levantamento dos registros de procedimentos pode ser feito em arquivos reduzidos (RD) ou com dados detalhados da AIH (arquivo SP). O arquivo SP inclui, além do procedimento principal, os demais procedimentos — secundários, especiais ou sequenciais — registrados na mesma AIH. Ressalta-se que os números de AIH e os seus respectivos valores totais são os mesmos nos dois arquivos. Ver em https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/.

ser estruturado e funcionante para atender de forma integral e integrada os pacientes que necessitam de tratamento de neoplasia maligna. Essa integralidade assistencial só se alcança com a integração das ações dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção e modalidades assistenciais — atenção primária e atenção especializada de média e alta complexidade — no Sistema de Saúde, para a prevenção e o controle do câncer (Figuras 1 e 2).

Por sua vez, caracteristicamente, a assistência oncológica de alta complexidade também exige integração de múltiplos serviços especializados — ambulatoriais e hospitalares, diagnósticos e terapêuticos, clínicos e cirúrgicos, curativos e paliativos — o mais possivelmente alocados em uma estrutura de alto porte tecnológico, única e com protocolos estabelecidos, para oferecer agilidade e qualidade assistenciais,

Quadro 1. A oncologia no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP)

Grupo	Nome
01	Ações de promoção e prevenção em saúde
02	Procedimentos com finalidade diagnóstica
03	Procedimentos clínicos
04	Procedimentos cirúrgicos
05	Transplantes de órgãos, tecidos e células
06	Medicamentos
07	Órteses, próteses e materiais especiais
08	Ações complementares da atenção à saúde
09	Oferta de cuidados integrados

Fonte: SIGTAP, 2025.
Todos os grupos relacionam-se ao controle do câncer.
Os procedimentos oncológicos se enquadram nos grupos 03 e 04.

Fonte: Elaboração própria.

Figura 1. Interação entre os níveis de atenção em um sistema de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Figura 2. Ações e suas finalidades para a prevenção e o controle do câncer.

providas por equipes multidisciplinares e multiprofissionais (Quadro 1).

Especificamente para a assistência oncológica, os seus procedimentos especializados de alta complexidade encontram-se dispostos nos Grupos 03 e 04 do SIGTAP (Quadro 1) e se configuram como especialidades e modalidades específicas (Figura 3) que envolvem procedimentos atribuídos como de média ou de alta complexidade.

Isso porque as modalidades terapêuticas do câncer variam conforme o estágio em que se encontra: se localizado e restrito ao órgão de origem — estágio I ou estágio II sem invasão linfática; se já extensivo à primeira cadeia de drenagem linfática — estágio II com invasão linfática ou estágio III; ou se disseminado (estágio IV, metastático) ou recidivado localmente, regionalmente ou com metástase (isto é, a distância). Dependendo do tipo histopatológico e do estágio tumoral, estabelecem-se o objetivo e os meios terapêuticos (cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico) e as suas finalidades (curativa ou paliativa), inclusive os de suporte e cuidados paliativos (Brasil, 2022). Ou seja, para o tratamento do câncer, é necessária a "assistência oncológica", seja com procedimentos de média ou de alta complexidade.

É essa oferta necessária de serviços, tecnologia e recursos humanos que se exige dos hospitais para a habilitação em oncologia, que só se encontra naqueles de maior porte tecnológico e com maior variedade de serviços e de recursos humanos especializados, dos quais também se exigem atividades de ensino e pesquisa. E essa oferta se destina à assistência de centenas de milhares de indivíduos, e não de dezenas ou centenas de milhões, devendo, portanto, ser regulada, de modo a se garantir a *expertise*, a qualidade e a sustentabilidade dos hospitais assim habilitados (BVS, 2022).

CDT: carcinoma diferenciado da tireoide.
Fonte: Elaboração própria.

Figura 3. A alta complexidade em oncologia.

Todos os aspectos apontados até aqui são públicos e encontram-se inteiramente regulamentados, inclusive pela Lei nº 14.758, de 19/12/2023, sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS (Brasil, 2023).

Em abril de 2025, o Brasil contava com 325 hospitais habilitados em oncologia no SUS (Ministério da Saúde, 2025), e 483 mil casos novos de câncer não melanótico de pele são estimados para ocorrer anualmente, de 2023 a 2025 (Inca, 2022). A quase totalidade do câncer melanótico de pele (220 mil casos novos anuais) é tratada ambulatorialmente e utiliza procedimentos atribuídos como de média complexidade.

Conclusão

A assistência oncológica é um processo amplo e complexo. No SUS, a sua estruturação iniciou-se em 1993, quando o Ministério da Saúde, após extensa e ampla discussão técnica sobre os sistemas de procedimentos de alta complexidade do extinto Inamps, publicou as Portarias SAS/MS nº 170 (SIPAC-Câncer) e nº 171 (esta, criando os procedimentos específicos de Cirurgia Oncológica). Os valores desses procedimentos eram maiores que os dos procedimentos correspondentes atribuídos como de média complexidade, mas sem compatibilidades com outros procedimentos para registro (no arquivo SP do SIH-SUS) em AIH de Cirurgias Múltiplas e inclusão de OPME, situações que, sabidamente, aumentam o valor final da AIH.

Somente em 1998, atualizaram-se as normas específicas para a quimioterapia, a radioterapia e o suporte terapêutico oncológico, remodelando-se o modelo e o instrumento de registro (de BPA-C para APAC), com a inclusão de procedimentos de Medicina Nuclear — terapêutica oncológica em 2008. Em 2012, a Portaria GM/MS nº 2.947 atualizou a Tabela de Procedimentos do SUS com inclusões e alterações em cirurgias oncológicas, sendo um marco para a habilitação e o custeio de serviços de alta complexidade em oncologia.

A criação e as alterações dos procedimentos tabelados são encontradas no Histórico de Alterações que acompanha o atributo Competência, em cada procedimento (SIGTAP, 2025). Porém, os procedimentos tabelados são mais uma fonte de informação e um meio para a gestão do SUS, e não um fim em si. Eles integram os processos da gestão operacional do SUS, que tem ampla e complexa estruturação, funcionamento e financiamento, o qual não se restringe ao pagamento da produção de procedimentos.

Em termos práticos, esse modelo em muito dificulta o levantamento de custos sistêmicos e de casos individuais e agrupados, por se constituir em um dos componentes do financiamento do SUS e porque muitos procedimentos não

são individualizáveis, como aqueles registrados em BPA-C ou, em um mesmo caso, e os procedimentos registrados se encontram em diferentes grupos tabelados ou são produzidos em diferentes estabelecimentos de saúde e mesmo em diferentes níveis do sistema.

Conhecer esse processo, esse histórico e essa estruturação tornam-se, assim, essencial para avaliar, comparar e traçar cenários econômicos que possam subsidiar tomadas de decisão no âmbito da gestão do SUS. Quiçá, propor um novo modelo de financiamento que integre as diversas origens e rubricas orçamentárias que se vêm somando ao longo de décadas e que traga integralidade e transparência aos gastos públicos com ações e serviços de saúde, sem anular o acervo de bilhões de dados que anualmente se registram nos diversos sistemas de informação vigentes.

Referências

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 dez. 2024.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 7 dez. 2024.

Brasil. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm. Acesso em: 14 dez. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203/GM/MS, de 05/11/1996. Aprova, nos termos do texto anexo, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 14 dez. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.848/GM/MS, de 06/11/2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União nº 213, de 6/11/2007, seção I, p. 54-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.947/GM/MS, de 21/12/2012. Atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos cirúrgicos oncológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Diário Oficial da União nº 247, de 24 de dezembro de 2012b, na seção 1, p. 49.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação – 2010. Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar – Orientações Técnicas. Versão 01.2012. 119 p. 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 227 p. : il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Gestão dos Sistemas de Informações em Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. 30ª ed. Agosto de 2022. 203 p.

BVS – Biblioteca Virtual da Saúde. Portaria de consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html. Acesso em: 17 dez, 2025.

BVS – Biblioteca Virtual da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.590, de 3 de fevereiro de 2025a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6590_06_02_2025.html. Acesso em: 17 dez. 2025.

BVS – Biblioteca Virtual da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.477, de 20 de outubro de 2025b. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt8477_22_10_2025.html. Acesso em: 17 dez. 2025.

BVS SES-SP – Biblioteca Virtual da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.516, de 23 de outubro de 2025. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2025/10/U_PT-MS-GM-8516_231025.pdf. Acesso em: 17 dez. 2025.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.380/2024. Homologa a Portaria CME nº 1/2024, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2024/2380_2024.pdf. Acesso em: 6 dez. 2024.

Datasus. SUS Digital. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/. Acesso em: 6 dez. 2024.

Gadelha MI. Planejamento da assistência oncológica: um exercício de estimativas. Rev Bras Cancerol. 2002;48(4):533-43.

Gadelha MI. A Assistência Oncológica no SUS. Revista de Doutrina da 4ª Região, Escola da Magistratura do TRF da 4ª Região – EMAGIS, Porto Alegre, n. 47, maio de 2012.

Gadelha MI. Assistência Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Cancerol. 2018ª;64(2):237-45.

Gadelha MI. A Questão Judiciária no SUS. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Dilemas do Fenômeno da Judicialização. Coletânea Direito à Saúde. Brasília: Conass, 2018b. 319 p. il. p. 296-307.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Inca; 2022. 160 p. : il. color.

Kuschnir R. Organizando Redes de Atenção à Saúde. In: Kuschnir R, Fausto MC (Org.). Gestão de redes de atenção à Saúde – 1. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. 280 p.: il.; tab.; mapas. Ministério da Saúde. Serviços e Informações do Brasil. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cgcan/hospitais-habilitados. Acesso em: 14 dez. 2025.

SIGTAP. 2024a. Wiki. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/sigtap/index.php/P%C3%A1gina_principal. Acesso em: 5 dez. 2024.

SIGTAP. 2024b. Tabela Unificada. Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp. Acesso em: 5 dez. 2024.

SIGTAP. 2025. Tabela Unificada. Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp. Acesso em: 15 dez. 2025.