

# Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no Estado de São Paulo - Brasil \*

An estimate of the cost of treating non-melanoma skin cancer in the state of São Paulo, Brazil

Reynaldo José Sant'Anna Pereira de Souza<sup>1</sup>

Adriana P. Mattedi<sup>2</sup>

Marcelo P. Corrêa<sup>3</sup>

Marcelo L. Rezende<sup>4</sup>

Ana Cláudia Andrade Ferreira<sup>5</sup>

**Resumo:** FUNDAMENTOS: O câncer de maior incidência no Brasil é o de pele não-melanoma, que afeta aproximadamente 0,06% da população. Não existem políticas públicas para sua prevenção e o impacto econômico do seu diagnóstico não tem sido avaliado.

OBJETIVOS: Estimar os custos do diagnóstico e tratamento do câncer de pele não-melanoma no Estado de São Paulo entre 2000 a 2007 e compará-los com os do melanoma cutâneo no mesmo período.

MÉTODOS: Foi utilizado como modelo de procedimento o projeto diretriz *Clinical Practice Guidelines in Oncology*, (*National Comprehensive Cancer Network*), adequado aos procedimentos da Fundação SOBECCan - Hospital do Câncer de Ribeirão Preto - SP. Os custos estimados baseiam-se nos valores do tratamento médico pagos pelos setores público e privado em 2007.

RESULTADOS: Os valores médios de custo individual do tratamento anual do câncer de pele não-melanoma são muito mais baixos do que os estimados para o tratamento do melanoma cutâneo. Entretanto, observados os gastos totais no tratamento do câncer de pele não-melanoma, percebe-se que os 42.184 casos deste câncer em São Paulo, no período estudado, fazem com que o custo total do seu tratamento seja 14% superior ao dos 2.740 casos de melanoma cutâneo registrados no mesmo período para o SUS. Porém, para o sistema privado, o gasto total é, aproximadamente, 34% menor para o tratamento do câncer de pele não-melanoma.

CONCLUSÃO: O elevado número de casos de câncer de pele não-melanoma no Brasil - com 114 mil novos casos previstos para 2010, sendo 95% diagnosticados em estágios precoces - representa um impacto financeiro ao sistema público e aos sistemas privados de saúde de cerca de R\$ 37 milhões e R\$ 26 milhões ao ano, respectivamente.

Palavras-chave: Avaliação de custo-efetividade; Carcinoma basocelular; Carcinoma de células escamosas; Custos de cuidados de saúde; Neoplasia de células basais; Neoplasias cutâneas; Neoplasias de células escamosas; Raios ultravioleta

**Abstract:** BACKGROUND: The most common form of cancer in Brazil is non-melanoma skin cancer, which affects approximately 0.06% of the population. There are no public policies for its prevention and the economic impact of its diagnosis has yet to be established. Objectives: To estimate the costs of the diagnosis and treatment of non-melanoma skin cancer in the state of São Paulo between 2000 and 2007 and to compare them with the costs associated with skin melanoma in the same period. Methods: The Clinical Practice Guidelines in Oncology (National Comprehensive Cancer Network) was used as a procedure model, adapted to the procedures at the SOBECCan Foundation at the Ribeirão Preto Cancer Hospital in São Paulo. The estimated costs were based on the costs of medical treatment in the public and private sectors in 2007. Results: The mean annual costs of each individual treatment of non-melanoma skin cancer were much lower than those estimated for the treatment of skin melanoma. Nevertheless, when the total costs of the treatment of non-melanoma skin cancer were taken into consideration, it was found that the total cost of the 42,184 cases of this type of cancer in São Paulo within the study period was 14% higher than the costs of the 2,740 cases of skin melanoma registered in the same period within the Brazilian National Health Service (SUS). However, in the private sector, the total cost was approximately 34% less for the treatment of non-melanoma skin cancer compared to melanoma. Conclusion: The high number of cases of non-melanoma skin cancer in Brazil, with 114,000 new cases predicted for 2010, 95% of which are diagnosed at early stages, represents a financial burden to the public and private healthcare systems of around R\$37 million and R\$26 million annually, respectively.

Keywords: Carcinoma, basal cell; Carcinoma, squamous cell; Cost-effectiveness evaluation; Health care costs; Neoplasms, basal cell; Neoplasms, squamous cell; Skin neoplasms; Ultraviolet rays

Recebido em 01.04.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 26.09.2010.

\* Trabalho realizado no Hospital do Câncer de Ribeirão Preto - Fundação SOBECCan - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

<sup>1</sup> Mestrado - Coordenador do Hospital do Câncer de Franca - Franca (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Doutorado - Docente do Departamento de Matemática e Ciências da Computação do Instituto de Ciências Exatas - Universidade Federal de Itajubá (DMCICE - UNIFEI) - Itajubá (MG), Brasil.

<sup>3</sup> Pós-doutorado - Docente do Instituto de Recursos Naturais - Universidade Federal de Itajubá (IRN - UNIFEI) - Itajubá (MG), Brasil.

<sup>4</sup> Doutorado - Docente do Departamento de Ciências Exatas - Universidade Federal de Alfenas (DCE - UNIFAL) - Alfenas (MG), Brasil.

<sup>5</sup> Graduanda em Administração de Empresas - Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) - Itajubá (MG), Brasil.

## INTRODUÇÃO

O câncer de pele ocorre quando células da pele dividem-se de forma descontrolada. De acordo com Dergham et al (2004), estas células dispõem-se formando camadas e, dependendo da camada afetada, têm-se os diferentes tipos de câncer.<sup>1</sup> Estes dividem-se, basicamente, em câncer de pele do tipo não-melanoma (CPNM) e o do tipo melanoma cutâneo (MC).

Os tipos mais frequentes de CPNM são o carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), esses cânceres ocorrem com frequências respectivas de 70% e 25% no Brasil.<sup>2</sup> Ambos possuem um bom prognóstico, especialmente se detectados nos estágios iniciais. Rocha et al (2002) afirmam que a pele, por ser um “órgão de fácil acesso ao autoexame e à inspeção médica, serve como modelo ideal para implementação de mecanismos que permitam o diagnóstico de neoplasias nas fases iniciais”.<sup>3</sup>

As opções de tratamento para o CPNM incluem tanto procedimentos cirúrgicos quanto não cirúrgicos. Independentemente da abordagem utilizada, os objetivos são: a ressecção completa do tumor, a preservação da maior quantidade possível de tecido normal em volta da lesão, o mínimo dano cosmético e, conseqüentemente, uma alta taxa de cura. A escolha do tratamento depende da localização do câncer, idade, *status* de saúde do paciente e fatores de risco de recorrência da doença.<sup>4</sup>

Dos dois tipos de CPNM citados, o CBC é o menos agressivo. Embora este tumor raramente evolua com metástase, ele é localmente invasivo e pode causar uma destruição importante dos tecidos à sua volta, inclusive cartilagem e osso.<sup>5,6,7</sup> Caracteristicamente, o CBC desenvolve-se em uma área exposta ao sol, com 30% das lesões ocorrendo no nariz. Entretanto, ele pode ocorrer em qualquer local do corpo, mesmo naqueles não expostos ao sol.<sup>7</sup> A progressão do CBC é lenta e seu diagnóstico é feito, mais comumente, pela presença de uma lesão inicialmente em forma de pápula que evolui para nódulo e, posteriormente, desenvolve uma ulceração central.<sup>6</sup>

O CEC, diferentemente do CBC, apresenta um crescimento rápido, maior invasão local e potencial para dar metástases.<sup>2,6</sup> Seu diagnóstico é feito, principalmente, pela identificação de uma mancha avermelhada, ligeiramente elevada, ou uma pápula nas áreas de exposição ao sol, mas também pode surgir em qualquer local do corpo.

Segundo Berwick et al (1996), um estudo de caso-controle mostrou que o autoexame da pele pode reduzir as mortes por câncer de pele quando a doença é identificada mais cedo.<sup>8</sup> Vale destacar ainda que, embora as taxas de mortalidade por CBC e CEC sejam baixas, estes tipos de câncer podem causar

deformidades físicas consideráveis se não forem tratados precocemente. Além disso, um estudo recente mostrou que pessoas com histórico de CPNM podem ter um risco maior de desenvolver outros tipos de câncer posteriormente.<sup>9</sup>

A principal causa dos cânceres de pele é a exposição excessiva à radiação ultravioleta (R-UV), sendo o sol a sua principal fonte. Outros fatores de risco, que parecem estar envolvidos com o desenvolvimento do CPNM, incluem mutações em genes regulatórios, exposição à radiação ionizante, arsênico, hidrocarbonetos poliaromáticos e alterações do sistema imunológico, entre outros.<sup>4,6,10</sup>

Entre 2001 e 2006, o CPNM apresentou uma evolução de 114%, com crescimento relativo entre o público feminino de 135% e entre o masculino de 96%. Ressalta-se que os dados de 2004 não estiveram disponíveis para este levantamento e, desta forma, estão fora desta análise. Avalia-se que, em 2020, o número de novos casos de câncer de pele será da ordem de 15 milhões em todo o mundo. Além disso, o INCA estima que o CPNM continue sendo o tipo de câncer mais incidente, em ambos os sexos, no Brasil, e que, em 2010, ocorram 113.850 novos casos.<sup>11</sup>

O presente trabalho faz parte de um amplo estudo destinado ao levantamento do impacto dos custos do diagnóstico e do tratamento dos cânceres de pele. A primeira parte destinou-se à avaliação do MC no Estado de São Paulo, enquanto o presente trabalho tem como objetivo o levantamento e a análise dos custos diretos relacionados ao tratamento do CPNM por paciente.<sup>5</sup>

## MATERIAL E MÉTODOS

Para tornar possível a comparação entre os estudos, a mesma metodologia empregada no trabalho precedente foi adotada.<sup>5</sup> Neste sentido, manteve-se a ótica de dois pagadores: o público, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), e o privado, por meio de convênios/seguradoras de saúde. Para tal análise, foram utilizados dados referentes ao Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2007.

Neste estudo, as informações financeiras para o sistema público foram obtidas do SIA/SUS e SIH/SUS (ambulatorial e hospitalar, respectivamente).<sup>12,13</sup> Para o sistema privado, foram utilizadas as tabelas de procedimentos publicadas pela Associação Médica Brasileira de 1992 (AMB 92), que utiliza o CH (Coeficiente de Honorários Médicos) como referência para o cálculo do custo de cada procedimento médico para efeito de remuneração.<sup>14</sup> Em uma etapa preliminar, os custos referentes a cada estágio foram calculados por meio do produto do custo unitário pela quantidade de cada item utilizado no tratamento.

Em seguida, os valores totais por estágio foram calculados considerando o número de casos classificados nos diferentes grupos. Os dados são expressos em reais (R\$), valores de 2007, tanto para o pagamento pelo SUS quanto para convênios. Neste estudo, o valor do CH é de R\$ 0,28. Este valor corresponde à média dos valores pagos pelos convênios aos procedimentos médicos realizados na Fundação SOBECCan - Hospital do Câncer de Ribeirão Preto - SP e também foi utilizado como referência no estudo do MC.

Como no estudo sobre o MC, a análise dos tratamentos foi padronizada assumindo-se que todos os novos pacientes com suspeita de câncer de pele submeteram-se a uma fase de diagnóstico que incorre em custos com: a) consulta ao médico clínico; b) procedimento de biópsia excisional; e c) relatório de patologia. A partir deste procedimento, os casos são classificados por estágio 0, I, II, III e IV de acordo com o critério da *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*.<sup>15</sup>

Para determinar a sequência de tratamento para cada tipo de estadiamento, utilizou-se o banco de dados da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP). Este banco de dados mostra o tratamento realizado para cada caso, conjugado com os procedimentos realizados pela Fundação SOBECCan. Segundo os dados da FOSP, o tratamento cirúrgico é o mais indicado para ambos os casos, CBC e CEC. Todavia, dependendo da extensão da lesão, podem ser tratados por medicamentos de uso tópico ou radioterapia e, em alguns casos, por cirurgia e radioterapia. A tabela 1 mostra o número de casos em cada estágio por tipo de tratamento. Não foram inclusos, no cálculo do custo, os casos cujos tipos de tratamento indicavam “Nenhum tratamento” (2.444 casos), “Outras combinações de tratamento” (1.324 casos) e “Sem informação de tratamento” (26 casos).

Para o cálculo do custo de cada tipo de tratamento, foram considerados os procedimentos tidos como padrão para o diagnóstico, tratamento e

seguimento dos pacientes com CPNM. Estão incluídos nestes cálculos os custos com consultas médicas, exames laboratoriais, biópsia excisional, exame anátomo-patológico, procedimentos cirúrgicos complementares e exames, tratamento quimioterápico e radioterápico. Não foram incluídas nesta análise as terapias alternativas, medicações diversas não utilizadas diretamente no tratamento do CPNM, nem os custos indiretos como, por exemplo, o tempo despendido pelo paciente com o tratamento ou o tempo improdutivo por afastamento. Além disso, ainda não estão contabilizados os custos com as lesões suspeitas e que não foram diagnosticadas como CPNM. Considerando que o objetivo do presente estudo é estimar o custo direto do tratamento do CPNM para os diversos estágios, foram utilizados os custos produzidos pelo paciente em um ano de tratamento e/ou seguimento, ressaltando que a ocorrência de óbito durante este período não foi considerada.

## RESULTADOS

Neste trabalho, considerou-se o total de 42.184 casos diagnosticados, divididos entre CBC (70%) e CEC (30%), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2007, no Estado de São Paulo. A maior concentração de casos ocorreu no Estágio I (85%), seguido do Estágio II, com aproximadamente 11%. A tabela 2 apresenta os números de casos por estágios e os respectivos custos, unitário e total, no tratamento do CBC e CEC.

Como ocorrido no estudo do MC, à medida que o grau de estadiamento aumenta, os custos unitários de tratamento também crescem. Entretanto, no tratamento do CPNM, a taxa de crescimento dos custos unitários entre os estágios aumenta em uma proporção menor e mais homogênea do que no MC. Por exemplo, considerando o sistema público (SUS), o custo unitário de tratamento do CPNM no estágio III é aproximadamente 30% maior do que o do estágio II; enquanto que, no MC, esta relação é superior a 2.600%. No sistema privado, a discrepância é ainda maior, com diferenças de custos de tratamento entre

TABELA 1: Tipos de tratamentos de CPNM por estágios, segundo dados da FOSP

Tipo de tratamento	Estadiamento					Total
	0	I	II	III	IV	
Cirurgia	1.045	33.497	3.849	399	25	38.815
Cirurgia + radio + quimio	-	11	61	6	4	82
Cirurgia + quimioterapia	-	20	7	12	2	41
Cirurgia + radioterapia	1	294	123	83	18	519
Quimioterapia	-	7	4	6	2	19
Quimioterapia + radioterapia	1	4	4	22	6	37
Radioterapia	37	2.109	403	107	15	2.671
Total	1.084	35.942	4.451	635	72	42.184

**TABELA 2:** Custo unitário e total do tratamento (em R\$) dos casos de CCB e CCE por estágio, no Estado de São Paulo, entre janeiro de 2000 e dezembro de 2007

Classificação Estágio	N	Custo unitário R\$		Custo total R\$	
		SUS	Convênio	SUS	Convênio
Estágio 0	1.084	867,87	559,69	940.775,94	606.702,46
Estágio I	35.942	878,59	581,29	31.578.458,54	20.892.801,72
Estágio II	4.451	968,94	724,03	4.312.739,19	3.222.640,96
Estágio III	635	1.270,37	1.204,96	806.683,15	765.149,56
Estágio IV	72	1.872,13	2.134,39	134.793,10	153.676,04
Total	42.184			37.773.449,92	25.640.970,74

os estágios II e III de 66%, para os casos de CPNM, e mais de 10.000% para os casos de MC.

A média de custo do tratamento anual do CPNM, por paciente, foi de R\$1.172 ±424 para o SUS, e R\$1.040 ±664, para os convênios. Estes valores são muito mais baixos que os apresentados para o tratamento do MC: R\$13.062 ±16.848 e R\$26.668 ±42.750, respectivamente<sup>5</sup>. Entretanto, ao observarmos os gastos totais usados no tratamento do CPNM - R\$ 37.773.449,92 (SUS) e R\$25.640.970,74 (convênios), percebe-se que o número de ocorrência de CPNM (42.184 casos) faz com que o custo do seu tratamento seja superior ao do MC para o caso do sistema público, uma vez que o custo total de tratamento do MC, para 2.740 casos, foi de R\$33.012.725,10 para o SUS.<sup>5</sup> Já no caso do sistema privado, o custo total para o tratamento do MC (R\$ 76.133.662,80) é três vezes maior que o do CPNM, principalmente em função dos medicamentos utilizados nos estágios III e IV do MC.

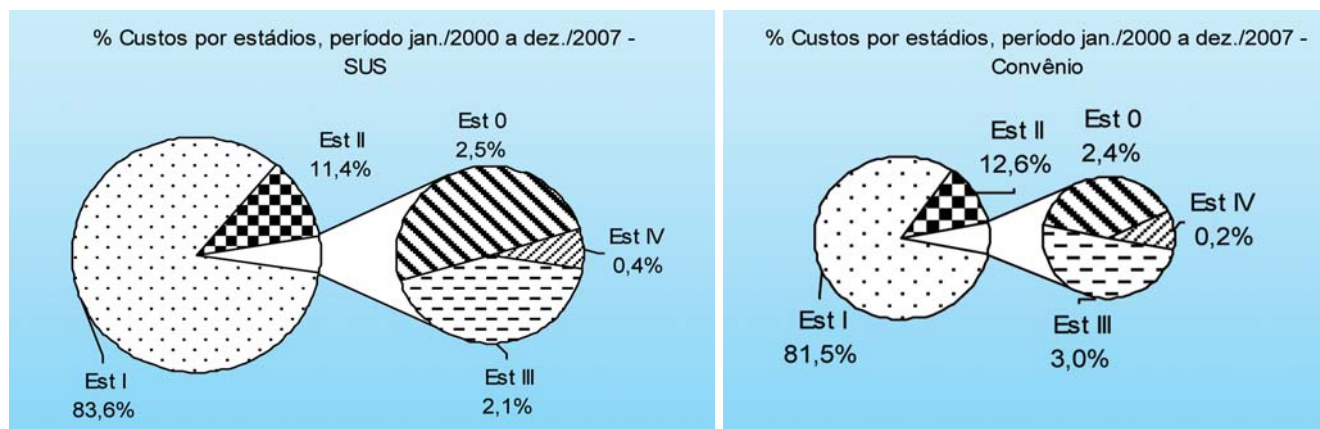
O gráfico 1 apresenta a proporção dos custos totais para os tratamentos dos estágios para o SUS e para os convênios. Apesar dos altos custos do tratamento em estágios mais avançados, em virtude da maior representatividade do número de casos nos estágios I e II da doença, aproximadamente 95% dos

custos totais de tratamento do CNPM no Estado de São Paulo também provêm destas fases da doença.

O gráfico 2 apresenta a proporção dos custos dos tipos de tratamento em cada estágio nos dois sistemas de pagamento considerados neste trabalho, o público e o privado. Como mencionado, pode-se notar que os custos aumentam à medida que aumenta o estágio do CPNM. Na fase preliminar da doença, os gastos com tratamento cirúrgico predominam no quadro geral. Aproximadamente 90% dos custos de tratamento nos estágios 0 e I referem-se à cirurgia e reduzem para cerca de 60% no estágio II. Já nos estágios mais avançados, III e IV, os gastos são mais distribuídos entre os diversos tipos de tratamento e os custos com os tratamentos à base de medicamentos passam a ter um peso maior.

## DISCUSSÃO

O estudo mostra que a média dos custos diretos unitários do tratamento do CPNM (R\$1.172,00 para o SUS e R\$1.040,00 para convênios) são muito menores do que os estimados para o tratamento do MC (R\$13.062,40 para o SUS e R\$ 26.668,30 para convênios). Isso resulta do fato de que o MC demanda tratamentos mais intensivos e sofisticados, dada a sua maior gravidade, principalmente nos estágios mais avançados.

**GRÁFICO 1:** Proporção dos custos por estágios no SUS e Convênio, no Estado de São Paulo, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2007

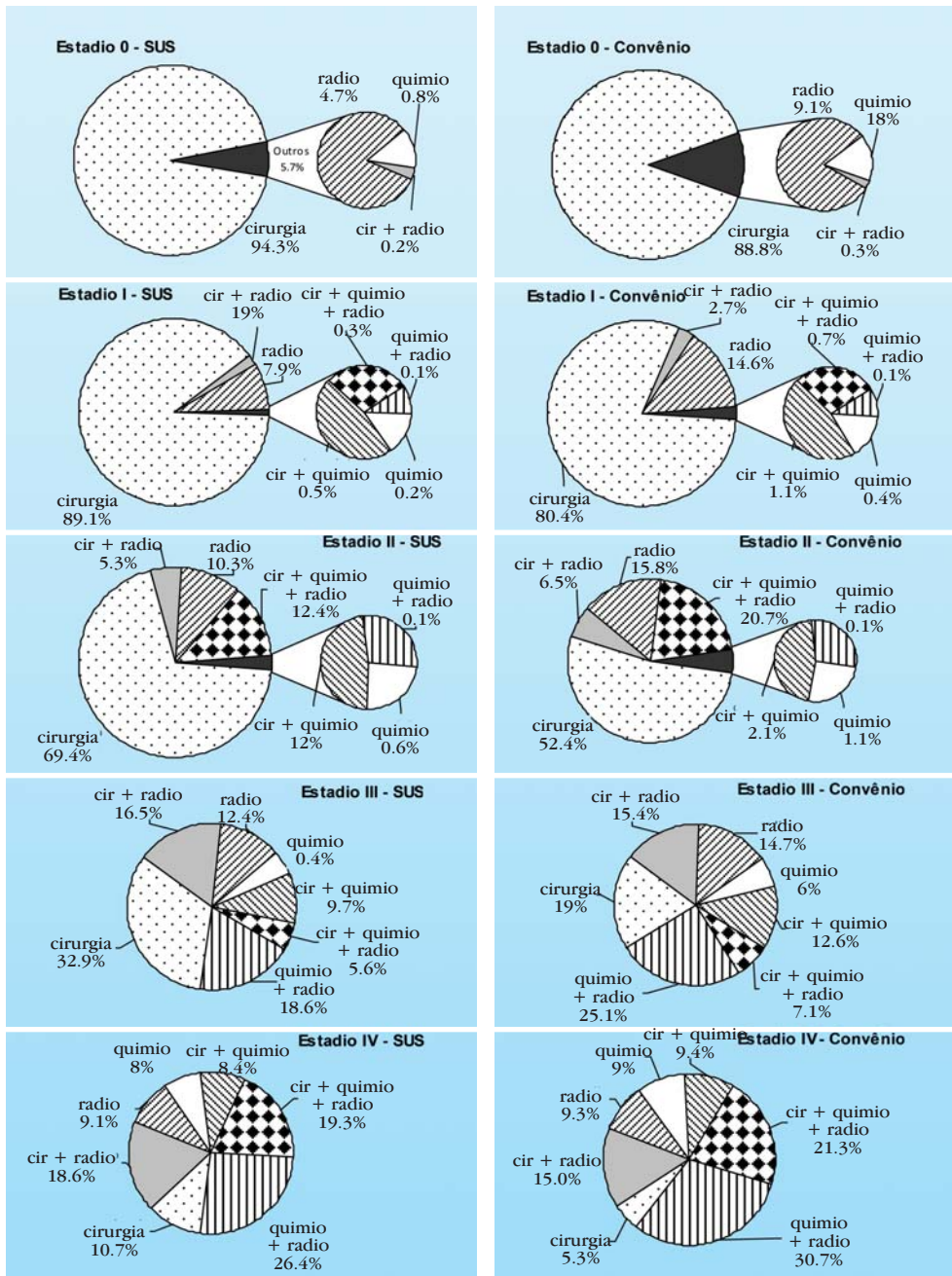


GRÁFICO 2: Proporção dos custos de tratamento em cada estágio nos sistemas público e privado (valores de 2007)

Entretanto, apesar da menor gravidade da doença em relação ao MC, dado o número elevado de incidência CPNM (uma proporção maior que 1.400% com relação ao MC), o impacto do custo total do tratamento sobre o sistema público de saúde é equivalente ao do MC. No grupo do CPNM, aproximadamente 98% dos pacientes diagnosticados apresentavam estágio precoce (0, I ou II) e estes contabilizam cerca de 97% dos custos totais do tratamento do CPNM, enquanto no MC, 63% dos casos diagnosticados nos estágios 0, I e II contabilizam aproximadamente 3% do custo total do tratamento do MC.

Já no sistema privado, o custo total do tratamento do MC é muito mais alto do que o custo de tratamento do CPNM (praticamente três vezes maior). Isso ocorre devido aos custos dos medicamentos utilizados nos estágios III e IV do MC. Grande parte dos recursos utilizados para o tratamento de MC (97%) está direcionado aos casos diagnosticados nestes estágios (aproximadamente 37% dos casos), os quais necessitam de tratamento adjuvante à cirurgia (quimioterapia e/ou radioterapia) e elevam o custo final do tratamento.<sup>5</sup> Neste caso, a tabela do SUS limita os custos. As diferenças entre valores do SUS e convênios são frutos das diferentes tabelas utilizadas

para pagamentos por ambas as fontes pagadoras.

O MC tem um comportamento agressivo, com alta probabilidade de metastatizar quando o diagnóstico é feito tardiamente. Isto justificaria os dados encontrados por Souza et al (2009), que mostram a grande maioria dos casos sendo diagnosticada já apresentando um estágio avançado (III ou IV). O CPNM, diferentemente do MC, apresenta um comportamento menos agressivo, com crescimento lento, e quando diagnosticado, mesmo que tardiamente, ainda pode apresentar um estágio precoce (0, I ou II). Como não existe nenhum programa oficial de educação continuada e sistemática para a prevenção do câncer de pele e/ou diagnóstico precoce, atribuímos este resultado à diferença de comportamento biológico entre o MC e o CPNM.

## CONCLUSÃO

De acordo com diversos estudos, a exposição excessiva à R-UV é considerada a principal causa da maioria dos cânceres de pele. Por esta razão, a prevenção ainda é a maneira mais efetiva de salvar vidas e de reduzir custos para os sistemas de saúde, público e privados. Esta necessidade imediata de melhorias de estratégias de prevenção é corroborada pelas estatísticas de alta incidência e das taxas crescentes de casos de câncer de pele e dos custos econômicos e pessoais associados aos CPNM e MC. Por estes motivos, políticas públicas com ênfase mais forte na prevenção são necessárias para conscientizar a população dos riscos relacionados à exposição inadequada à R-UV. Não

## REFERÊNCIAS

1. Dergham AP, Muraro CC, Ramos EA, Mesquita LAF, Collaço LM. Distribuição dos diagnósticos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *An Bras Dermatol*. 2004;79:555-9.
2. Inca.gov [Internet]. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de Pele Não-Melanoma. [Acesso 20 maio 2009]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=334](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=334).
3. Rocha FP, Menezes AMB, Almeida Junior HL, Tomasi E. Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:101-6.
4. Martinez JC, Otlej CC. The management of melanoma and non melanoma skin cancer: a review for the primary care physician. *Mayo Clin Proc*. 2001;76:1253-65.
5. Souza RJS, Mattedi AP, Rezende ML, Corrêa MP, Duarte EM. Estimativa do custo do tratamento de câncer de pele tipo melanoma no Estado de São Paulo - Brasil. *An Bras Dermatol*. 2009;84:237-43.
6. Tovo FR, Festa Neto C, Castro CVB, Sampaio SAP. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina - Carcinoma Basocelular. São Paulo: AMB; 2002. p.1-16.
7. Thomas VD, Aasi SZ, Wilson LD, Leffell DJ. Cancer of the skin. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg AS. *Cancer: Principle and Practice of Oncology*. 8th ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins, 2008. p.1863-87.
8. Berwick M, Begg CB, Fine JA, Roush GC, Barnhill RL. Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. *J Natl Cancer Inst*. 1996;88:17-23.
9. Chen J, Ruczinski I, Jorgensen TJ, Yenokyan G, Yao Y, Alani R, et al. Skin Cancer and Risk for Subsequent Malignancy. *J Natl Cancer Inst*. 2008;100:1215-22.
10. Lucas R, McMichael T, Smith W, Armstrong B. Solar Ultraviolet Radiation: global burden of disease from solar ultraviolet radiation. In: *Environmental Burden of Disease Series*, No. 13. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância: estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. p.1-100.
12. Saude.gov [Internet]. Tabela de procedimentos SIH/SUS, Janeiro de 2007 [Acesso 01 mar 2010]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>.
13. Saude.gov [Internet]. Tabela de procedimentos SIA/SUS, Janeiro de 2007. [Acesso 01 mar 2010]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>.
14. Associação Médica Brasileira. Tabela de Honorários Médicos. 1992. p. 1-159.
15. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical practice guidelines in oncology T - Basal cell and squamous cell skin cancers, 2007.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:  
**Reynaldo José Sant'Anna Pereira de Souza**  
**Hospital do Câncer de Franca**  
**Av. Presidente Vargas, 2953 - Jardim Petróglia**  
**14409-055 Franca (SP) – Brasil**  
**E-mail: reynaldo@solamigo.org**

Como citar este artigo/How to cite this article: Souza RJS, Mattedi AP, Corrêa MP, Rezende ML, Ferreira ACA. Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no Estado de São Paulo – Brasil. *An Bras Dermatol*. 2011;86(4):657-62.