

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

ALESSANDRA BESSIMO BARRETO

Atenção à saúde e câncer do colo do útero: o que os serviços de Atenção Primária à Saúde têm a ver com isso? - um estudo avaliativo no município de Niterói - RJ.

UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE

Niterói, RJ
Outubro/2024

ALESSANDRA BESSIMO BARRETO

Atenção à saúde e câncer do colo do útero: o que os serviços de Atenção Primária à Saúde têm a ver com isso? - um estudo avaliativo no município de Niterói - RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense-UFF como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social.

Área de Concentração: Avaliação de Políticas Sociais

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna

Niterói, RJ
Outubro/2024

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

B273a Barreto, Alessandra Bessimo
Atenção à saúde e câncer do colo do útero: o que os
serviços de Atenção Primária à Saúde têm a ver com isso?
: - um estudo avaliativo no município de Niterói - RJ. /
Alessandra Bessimo Barreto. - 2024.
149 f.: il.

Orientador: Mônica de Castro Maia Senna.
Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Escola de Serviço Social, Niterói, 2024.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Redes de Atenção à
saúde. 3. Câncer do Colo do Útero. 4. Niterói. 5.
Produção intelectual. I. Senna, Mônica de Castro Maia,
orientadora. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de
Serviço Social. III. Título.

CDD - XXX



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

Aos trinta dias do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e quatro, às nove horas, realizou-se via *google meet*, na sala virtual com o link <https://meet.google.com/raw-brfi-jww> a sessão pública de defesa de dissertação intitulada “Atenção à saúde e câncer do colo do útero: o que os serviços de Atenção Primária à Saúde têm a ver com isso? - um estudo avaliativo no município de Niterói - RJ”, apresentada por Alessandra Bessimo Barreto. A comissão examinadora, aprovada pelo Colegiado do Programa, foi constituída pelos seguintes membros: Prof^ª. Dr^ª. Mônica de Castro Maia Senna – UFF (Orientadora), Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Magalhães Mendonça – ENSP/ FIOCRUZ (1^a Examinadora) e Prof^ª. Dr^ª. Letícia Batista da Silva – UFF e EPSJV/ FIOCRUZ (2^a Examinadora). Após a apresentação da candidata, a Comissão Examinadora passou à arguição pública. A aluna foi considerada:

(X) Aprovada () Reprovada

A banca destaca a relevância do estudo, sugere publicação de artigos científicos e a devolutiva do material para o município de Niterói

E para constar do processo respectivo, a Comissão Examinadora elaborou a presente ata que vai assinada por todos os membros:

Prof^ª. Dr^ª. Mônica de Castro Maia Senna – Orientadora
Universidade Federal Fluminense

Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Magalhães Mendonça - 1^a Examinadora
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz



Documento assinado digitalmente
LETICIA BATISTA DA SILVA
Data: 31/10/2024 15:48:04-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Letícia Batista da Silva - 2^a Examinadora
Universidade Federal Fluminense
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a cada um que me acompanhou neste processo de estudo.

A Deus, por ter me dado forças para seguir em frente diante dos desafios encontrados no meio do percurso.

À minha mãe, Rita de Cássia, por ser a minha maior incentivadora. Seu cuidado, amor e humor tornaram este caminho mais leve e divertido.

Ao meu pai, Carlos Alberto, por todo o suporte oferecido, sem o qual provavelmente não teria chegado até o mestrado.

Ao meu irmão, Matheus, pelos abraços e palavras de conforto quando eu mais precisei. Com você, sinto-me irmã mais nova de um irmão nascido onze anos depois. Ser sua irmã é um privilégio.

Ao meu noivo, Filipe, pela parceria e preocupação, seus conselhos e esforços para me manter no meu eixo muito me ajudaram nesse processo.

Às (aos) minhas (meus) companheiras (os) de caminhada profissional e acadêmica, do PPS-UFF, do HCII-INCA, do HUAP-UFF e da FIA-UERJ, meus sinceros agradecimentos por todo o aprendizado.

À minha orientadora, Mônica Senna, pelo carinho e dedicação. Fico feliz em compartilhar esta experiência com você.

À esta querida banca, por ter aceitado o convite e pelas contribuições oferecidas.

À equipe do MMF e do CAPE FeSaúde, pela disponibilidade e contribuições que tornaram este trabalho vivo.

RESUMO

Esta dissertação buscou avaliar como os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de Niterói, município da região metropolitana do Rio de Janeiro, estão organizados dentro da rede de atenção oncológica. Para isso, o câncer do colo do útero foi utilizado como marcador para o estudo, por sua possibilidade de ser prevenido e diagnosticado no âmbito da APS. O trabalho teve por objetivo geral realizar um estudo avaliativo sobre a organização da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Niterói no que tange às ações desenvolvidas em termos de câncer do colo do útero. E como objetivos específicos, pretendeu: a) mapear os serviços que compõem a Rede de Atenção Oncológica no município de Niterói; b) identificar as ações ofertadas pelos equipamentos de APS no município em termos de controle ao câncer do colo do útero; e c) conhecer os protocolos e mecanismos de referência e contrarreferência da APS com outros níveis de atenção. O percurso metodológico do estudo foi orientado por pesquisas bibliográfica, documental, de campo e aos sistemas de informação de acesso público. A pesquisa de campo, especificamente, ocorreu por meio de entrevistas às profissionais de saúde lotadas em um dos módulos de médico de família do município. O estudo considerou, para análise dos dados coletados, os atributos da integralidade e coordenação do cuidado, conforme definidos por Starfield (2002), bem como as dimensões de análise da coordenação do cuidado identificadas por Almeida et al. (2018), que estabelecem relação com outras categorias observadas na pesquisa de campo: longitudinalidade, intersectorialidade e determinação social do processo saúde-doença. Os resultados apontaram que a Rede de Atenção Oncológica do município enfrenta desafios relacionados à ausência de contrarreferência dos serviços e de integração entre os sistemas de informação e regulação. Enquanto que, no âmbito da APS, a coordenação do cuidado e o cumprimento da busca ativa de mulheres-alvo da política de rastreamento de câncer do colo do útero e com exames em atraso, como preconizado pela carteira de serviços de Niterói e PNPCC, foram alguns dos pontos críticos identificados na pesquisa no que se refere ao papel desempenhado pela APS na prevenção e controle do câncer do colo do útero.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Oncologia; Câncer do Colo do Útero; Niterói.

ABSTRACT

This study sought to assess how Primary Health Care services in Niterói, a municipality in the metropolitan region of Rio de Janeiro, are organized within the cancer care network. To this purpose, cervical cancer was used as a marker for the study, because it can be prevented and diagnosed within the Primary Health Care. The general objective of this study was to evaluate the organization of the Primary Health Care network in Niterói in terms of the actions carried out in relation to cervical cancer. The specific objectives were: a) to map the services that make up the Oncology Care Network in the municipality of Niterói; b) to identify the actions offered by Primary Health Care facilities in the municipality in terms of cervical cancer control; and c) to find out about the protocols and mechanisms for referral and counter-referral between Primary Health Care and other levels of care. The study's methodological approach was guided by bibliographical, documentary and field research, as well as publicly accessible information systems. The field research specifically involved interviews with health professionals working in one of the municipality's family doctor modules. To analyze the data collected, the study considered the attributes of comprehensiveness and coordination of care, as defined by Starfield (2002), as well as the dimensions of analysis of coordination of care identified by Almeida et al. (2018), which establish a connection with other categories observed in the field research: longitudinality, intersectorality and social determination of the health-disease process. The results showed that the municipality's Oncology Care Network suffers from challenges related to the lack of counter-referral of services and integration between information and regulation systems. Meanwhile, within the scope of Primary Health Care, the coordination and compliance with the active search for women targeted by the cervical cancer screening policy and with overdue exams, as recommended by Niterói's portfolio of services and the PNPCC, were some of the critical points identified in the research regarding the role played by Primary Health Care in the prevention and control of cervical cancer.

Keywords: Primary Health Care; Health Care Networks; Oncology; Cervical Cancer; Niterói.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Estratégia metodológica de estudo - p. 27

Quadro 02. Pontos de atenção à saúde do SUS sob gestão municipal. Niterói, 2021 - p. 81

Quadro 03. Regionais de Saúde. Niterói, 2021 - p. 81

Quadro 04. Atividades assistenciais na APS de Niterói. Niterói, 2021 - p. 83

Quadro 05. Estabelecimentos de saúde habilitados em oncologia no município de Niterói, conveniados ou exclusivos SUS. Niterói, 2023 - p. 92

Quadro 06. Fluxo assistencial para colpocitologia oncótica na APS. Niterói, 2024 - p. 96

Quadro 07. Formação, experiência e educação continuada das profissionais entrevistadas. Niterói, 2024 - p. 99

Quadro 08. Exames citopatológicos realizados em Niterói por tempo para resultado (2023-2024) - p. 105

Quadro 09. Casos de neoplasia maligna do colo do útero por tempo para início do tratamento, em Niterói (2023) - p. 107

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 01. Mapa da Região Metropolitana II. Rio de Janeiro, 2021 - p. 79

Gráfico 01. Casos por diagnóstico detalhado de neoplasia maligna segundo município do diagnóstico, Niterói (2023) - p. 89

Gráfico 02. Casos por diagnóstico detalhado de neoplasia maligna segundo município do diagnóstico, Niterói, sexo feminino (2023) - p. 90

Gráfico 03. Taxas de mortalidade por câncer de colo do útero*, por 100.000 mulheres. Niterói - RJ, 2013-2022 - p. 91

Gráfico 04. Casos por diagnóstico de neoplasia maligna do colo do útero, em Niterói (2016 a 2024) - p. 101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CACON	Centro de Assistência Especializada em Oncologia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREG	Central de Regulação de Niterói
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fesaúde	Fundação Estatal de Saúde
FMS	Fundação Municipal de Saúde
HPV	Papilomavírus Humano
HMOGC	Hospital Municipal Oceânico Gilson Cantarino
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MMF	Módulo de Médico de Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM	Postos de Assistência Médica
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMF	Programa Médico de Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPCC	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PSF	Programa Saúde da Família
RAO	Rede de Atenção Oncológica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RESNIT	Regulação de Saúde de Niterói
RM	Região Metropolitana
SER	Sistema Estadual de Regulação
SERNIT	Sistema de Regulação de Niterói
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIPACAF	Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família
VIPAHE	Vice Presidência de Atenção Hospitalar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p. 12
CAPÍTULO 1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	p. 18
1.1. Problemática do objeto de estudo.....	p. 18
1.2. Procedimentos metodológicos.....	p. 23
CAPÍTULO 2. UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	p. 29
2.1. Panorama Internacional da Atenção Primária à Saúde.....	p. 29
2.2. Atenção Primária à Saúde no Brasil e suas Contribuições ao Sistema Único de Saúde.....	p. 34
2.3. Avanços e Desafios no Cenário Atual Brasileiro.....	p. 42
CAPÍTULO 3. ATENÇÃO ONCOLÓGICA EM FOCO.....	p. 50
3.1. Uma Introdução ao Câncer.....	p. 50
3.2. O Espaço da Atenção Oncológica na Teia da Rede de Atenção em Saúde.....	p. 61
CAPÍTULO 4. ESTUDO AVALIATIVO DA ONCOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI.....	p. 69
4.1. Atenção Primária à Saúde no Município de Niterói: trajetória e configuração atual.....	p. 69
4.2 Rede de Atenção Oncológica em Niterói.....	p. 89
4.2.1 Fluxo e regulação.....	p. 94
4.2.2 Acesso a exame preventivo na APS.....	p. 96
4.3 Atenção Primária à Saúde e Oncologia: Desafios à Integralidade e Coordenação do Cuidado no Câncer do Colo do Útero em Niterói.....	p. 109
4.3.1 Determinações sociais do processo saúde-doença.....	p. 111
4.3.2 Intersetorialidade e integralidade.....	p. 111
4.3.3 Coordenação do cuidado.....	p. 112
Considerações Finais.....	p. 118
Referências Bibliográficas.....	p. 123
Apêndice I.....	p. 140
Apêndice II	p. 142
Anexo I.....	p. 145

INTRODUÇÃO

O presente trabalho resultou de um estudo avaliativo sobre como os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Niterói, localizado na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, têm se organizado na rede de atenção oncológica. O estudo tomou o câncer do colo do útero como condição marcadora, na medida em que este tipo de neoplasia pode ser prevenido e diagnosticado nos serviços de APS, por meio de exame ginecológico de rotina, o Papanicolau. O estudo levou em consideração a integralidade e a coordenação do cuidado, atributos relacionados à APS identificados por Starfield (2002).

O interesse pelo tema em questão foi proveniente de observações do cotidiano profissional e de dados obtidos em pesquisa realizada para o trabalho de conclusão de curso da Residência Multiprofissional em Oncologia, de um hospital universitário de nível terciário e quaternário, habilitado como UNACON¹ e situado no município de Niterói/RJ. Na referida pesquisa², desenvolvida em 2020 e que propôs analisar o perfil socioeconômico e as dificuldades de acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) de pacientes oncológicos acompanhados ambulatorialmente na instituição, foi identificado que apenas 45% deste público tinham vínculo com a atenção básica, enquanto 15% dos entrevistados negavam vínculo e 40% dos prontuários não apresentavam esta informação, revelando dificuldades nos registros e resultando em lacuna para uma futura compreensão da APS na rede de atenção oncológica.

Naquele momento, por não ser o objetivo da pesquisa, não buscamos os motivos pelos quais não constava a informação sobre o vínculo do usuário com equipamentos da atenção básica em percentual significativo dos prontuários. Também não foram objeto de estudo aspectos organizacionais da rede de atenção, tais como os referentes à disponibilidade de serviços, medicamentos e insumos e ao acesso à APS ou a especialidades médicas, à

¹ Trata-se de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, responsável pelo diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.

² Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE Número 30142420.0.0000.5243).

criação de vínculos, acolhimento da equipe e continuidade da atenção dos usuários em tratamento oncológico na Atenção Primária à Saúde.

No entanto, desde a instauração da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, a APS tem sido destacada por sua importância como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado em saúde, sendo esse um atributo internacionalmente reconhecido da APS (Starfield, 2002). Tal perspectiva parte da necessidade de superar a fragmentação que marca historicamente os serviços de saúde no Brasil e da compreensão de que a coordenação dos cuidados pela APS promove melhorias na qualidade da atenção, reduz barreiras de acesso aos serviços de saúde e oportuniza a integração horizontal e vertical entre os serviços de saúde.

A literatura sobre o tema tem debatido, no entanto, diversos desafios que a APS enfrenta para assumir esse papel de coordenação do cuidado, tais como: ausência de integração entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir da falta de contrarreferência (Santos e Giovanella, 2016; Bousquat et al., 2017) e integração entre os sistemas de informação (Almeida et al., 2010). Entendemos que esses desafios ganham relevo no âmbito da atenção oncológica, tradicionalmente identificada com a alta complexidade. No caso do câncer de colo de útero, a APS tem sido responsável pela coleta de material cervicovaginal para exame colpocitológico, o Papanicolau. No entanto, isso não parece ser suficiente para garantir a atenção integral à saúde das mulheres com câncer de colo de útero, haja vista esse tipo de neoplasia ser o terceiro mais incidente do Brasil no triênio 2023-2025 (INCA, 2022a).

A preocupação com esses aspectos suscitou o aprofundamento de questões levantadas no trabalho de conclusão de residência e que pretendemos resgatar na pesquisa que deu origem a esta dissertação. A ideia central foi realizar um estudo avaliativo sobre a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde para provisão da Atenção Oncológica relativa ao câncer do colo do útero, buscando identificar qual papel a APS tem assumido no âmbito dessa rede de serviços, que ações oferece e como se dá a relação com os demais níveis do sistema.

A hipótese que orientou nosso estudo foi de que os serviços de APS têm atuado de forma secundária no interior da RAO, sobretudo devido à associação histórica entre câncer e alta complexidade e pela predominância do setor privado na prestação de serviços a pacientes oncológicos, mesmo no que tange à coleta do material cervicovaginal.

Assim, o trabalho teve por objetivo geral realizar um estudo avaliativo sobre a organização da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Niterói no que tange às ações desenvolvidas em termos de câncer do colo do útero. E como objetivos específicos, pretendeu:

- a) Mapear os serviços que compõem a Rede de Atenção Oncológica no município de Niterói;
- b) Identificar as ações ofertadas pelos equipamentos de APS no município em termos de controle ao câncer do colo do útero;
- c) Conhecer os protocolos e mecanismos de referência e contrarreferência da APS com outros níveis de atenção.

A estrutura desta dissertação contou com quatro capítulos e considerações finais, cujo conteúdo contemplou os seguintes aspectos:

O primeiro capítulo buscou abordar a problematização do objeto, detalhando o contexto em que o problema se insere com base na literatura, e a metodologia da pesquisa, a partir dos procedimentos metodológicos adotados para a coleta e análise dos dados. Assim, o capítulo delineou o problema e os métodos adotados.

O segundo capítulo, intitulado **Um Olhar sobre a Atenção Primária à Saúde**, apresentou três seções. A seção **Panorama Internacional da Atenção Primária à Saúde** buscou discorrer sobre a evolução histórica da APS em nível internacional, destacando as mudanças de paradigma na abordagem em saúde e as principais concepções de APS. Tem como ponto de partida o Relatório Dawson, passando pela rejeição do modelo flexneriano americano, a conceituação da saúde pela OMS em 1948 e a Declaração de Alma-Ata em 1978. Trouxe a proeminência do conceito integral de APS e a divergência de

concepções a partir dela. Ademais, introduziu os atributos essenciais estudados por Starfield (2002). A segunda seção, **Evolução da Atenção Primária à Saúde no Brasil e suas Contribuições ao Sistema Único de Saúde**, trouxe as particularidades da APS no contexto brasileiro. Para isso, estudou o percurso histórico que levou à formação deste nível de atenção no âmbito nacional, desde as primeiras manifestações da ideia de APS na década de 1920. Tratou da trajetória da Reforma Sanitária na década de 1980, da consolidação da atenção básica com o PSF e a ESF, do lugar da descentralização na discussão e da PNAB e suas revisões. A terceira seção, **Avanços e Desafios no Cenário Atual Brasileiro**, teve como pretensão trazer uma reflexão sobre os avanços e desafios da APS no cenário brasileiro atual, considerando as contribuições da atenção básica no sistema público de saúde e os desafios relacionados à crise sociossanitária, econômica e política de austeridade de corte neoliberal no âmbito da APS durante os governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, como exemplo: a EC 95/2016, o Instituto Coalizão Brasil, o Programa Previne Brasil, a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Concluiu ao trazer as propostas gerais e as prioridades no âmbito da saúde estabelecidas pela equipe de transição do governo Lula, finalizando com a perspectiva de reconstrução como um compromisso político.

O terceiro capítulo, **Atenção Oncológica em Foco**, foi subdividido em duas seções. A primeira, **Uma Introdução ao Câncer**, teve como propósito introduzir o tema oncologia, contextualizando historicamente o câncer no Brasil do século XX, destacando sua evolução de problema individual para uma questão de saúde pública, e apresentou dados epidemiológicos globais e nacionais fornecidos pela OPAS e INCA/MS, enfatizando a determinação social do processo saúde-doença, especialmente no caso do câncer de colo de útero. A segunda seção, **O Espaço da Atenção Oncológica na Teia da Rede de Atenção em Saúde**, abordou a evolução da regulamentação da atenção oncológica no Brasil desde 1998, culminando com a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) de 2005, que promoveu a integralidade da assistência, contrastando com a fragmentação anterior. Esta seção também destacou a criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em 2010, que

reorganizou a assistência em redes e impulsionou a substituição da PNAO pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Por fim, refletiu sobre os desafios persistentes na oncologia, como a fragmentação dos serviços e a influência de interesses privados no sistema público de saúde.

O quarto capítulo, **Estudo Avaliativo da Oncologia na Atenção Primária à Saúde do Município de Niterói**, por sua vez, foi composto por três seções. A primeira seção, **Atenção Primária à Saúde no Município de Niterói: trajetória e configuração atual**, apresentou contextualização histórica do desenvolvimento da APS em Niterói, a partir da implantação do Projeto Niterói em 1980; também trouxe um mapeamento das unidades que compõem a APS, bem como seus principais serviços; e, por fim, discutiu os novos modelos de gestão presentes na atenção básica, como a Fundação Estatal de Saúde (FeSaúde) - entidade pública, sem fins lucrativos, dotada de personalidade jurídica de direito privado, criada no município em 2019. A segunda seção, **Rede de Atenção Oncológica em Niterói**, buscou situar a inserção da RAO no município, iniciando com os dados epidemiológicos de câncer e do câncer do colo do útero em Niterói, a estrutura da rede oncológica no município (das unidades municipais às federais) e as modalidades de acesso da população aos serviços. Foram levantadas e analisadas as seguintes variáveis: tipos de ações e serviços voltados ao câncer do colo uterino ofertados pela APS; número de exames citopatológicos realizados na APS e de resultados disponíveis; tempo para atendimento de retorno na APS das usuárias com exame citopatológico alterado; vínculo dos profissionais da APS do município; número de profissionais envolvidos em programas de educação continuada em oncologia; tempo para atendimento das usuárias com citopatológico alterado nos demais pontos da rede. Por fim, a última seção, **Atenção Primária à Saúde e Oncologia: Desafios à Integralidade e Coordenação do Cuidado no Câncer do Colo do Útero em Niterói**, deu continuidade à discussão levantada no item anterior, considerando a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS. Discutiu sobre o lugar ocupado por este componente da rede na atenção oncológica, além de compreender os mecanismos para a garantia da coordenação, da integralidade e da longitudinalidade do cuidado na APS do município e as dificuldades

encontradas por ela na promoção da atenção oncológica. Para isso, foram levantados dados relacionados às seguintes variáveis: referência e contrarreferência na APS; sistemas de informação integrados entre os diferentes pontos da RAO; mecanismos para a garantia da integralidade e da coordenação do cuidado às mulheres em tratamento do câncer do colo uterino.

As considerações finais pretendem retomar os principais achados e análises da pesquisa, buscando apontar as contribuições para aperfeiçoamento da atenção oncológica a partir da APS.

Esperamos que esse estudo possa auxiliar gestores e profissionais de saúde do município de Niterói na organização da Rede de Atenção Oncológica, especificamente no que se refere à APS e sua articulação com os serviços especializados, e no fortalecimento da atenção ao câncer do colo do útero.

CAPÍTULO 1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E CAMINHOS METODOLÓGICOS

1.1. Problemática do objeto de estudo

Segundo estimativa do INCA (2022a), o câncer está entre as principais causas de morte prematura na maioria dos países, além de ser o principal problema de saúde pública no mundo. No entanto, os resultados relacionados ao câncer demonstram disparidades socioeconômicas quando consideramos o nível de desenvolvimento social e econômico dos países. De forma alarmante, aproximadamente 75% das mortes por câncer no mundo são esperadas em países de baixa e média rendas (Bray et al., 2018). Esta discrepância demonstra que as diferenças nos sistemas de saúde e os fatores socioeconômicos têm impacto substancial no cenário global da saúde, evidenciando que o processo de saúde e doença é socialmente determinado.

Por ser uma doença complexa e multifatorial, o câncer expõe as desigualdades na distribuição de recursos e acesso aos serviços públicos. Em países em desenvolvimento, esses desafios são ampliados pela falta de infraestrutura adequada, escassez de profissionais capacitados e dificuldades no acesso a tecnologias diagnósticas e tratamentos avançados. Segundo o INCA (2022a), a prevenção e controle do câncer no Brasil, um país de dimensões continentais com grandes diferenças regionais e uma população diversa, representa um dos maiores desafios para a saúde pública, em especial quando se trata do câncer do colo do útero. Este tipo de câncer tem uma incidência significativamente maior nas regiões do Brasil com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ocupando a segunda posição no Norte e Nordeste, enquanto na Região Sudeste ocupa o quinto lugar em incidência (INCA, 2022a), como veremos mais adiante.

Portanto, o câncer do colo do útero, também denominado câncer cervical, foi definido como condição marcadora/traçadora para a presente pesquisa devido ao seu recorte social, dada a diferença de incidência em âmbito nacional, e suas especificidades de prevenção, diagnóstico e tratamento, salvaguardadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da

Mulher (PAISM) de 1984 e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2015.

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), o estabelecimento de condições traçadoras é fundamental para estruturar e direcionar a pesquisa avaliativa em saúde, facilitando a avaliação de programas e a integração dos serviços relacionados aos problemas previamente definidos. Essas condições permitem uma abordagem focada, o que torna possível a identificação e análise de áreas críticas e pontos de atenção na prestação de serviços de saúde voltados ao câncer do colo do útero.

O câncer do colo do útero ocupa, segundo o INCA (2022a), o terceiro lugar entre os tipos de câncer mais comuns em mulheres, logo após o de mama e o colorretal, e é responsável pela quarta maior taxa de mortalidade por câncer entre as mulheres no Brasil. Em 2021, a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil foi de 4,51 óbitos por 100 mil mulheres, sendo a região Norte a que registrou as maiores taxas do país (INCA, 2022a). Trata-se de uma doença, em grande parte, prevenível por meio da vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV), seu principal fator de risco, e do rastreamento regular por meio do exame Papanicolau e pela detecção do HPV.

A oferta de ações e serviços no âmbito da prevenção, do rastreamento e do controle do câncer do colo uterino é de responsabilidade da APS e alcançado por meio de atividades educacionais, vacinação de grupos específicos e identificação precoce do câncer e suas lesões iniciais através de exames regulares.

Muitas das neoplasias apresentam desafios significativos em relação à sua detecção primária, algumas delas escapam aos métodos tradicionais de rastreamento, enquanto outras podem ser identificadas precocemente. Contudo, essa detecção precoce pode demandar exames complementares e, por vezes, acesso a especialidades médicas não disponíveis na APS. Essa realidade pode, em parte, explicar o motivo pelo qual o câncer historicamente tem sido associado à alta complexidade. Excetuando-se, talvez, a adoção de procedimentos primários, como o Papanicolau, as estratégias direcionadas à prevenção, detecção e tratamento do câncer têm sido mais focalizadas nos

estágios avançados da doença, quando a complexidade do tratamento normalmente é maior.

A necessidade de promover ações mais efetivas na Atenção Primária ao câncer é evidente, visando não apenas a detecção precoce, mas também a educação em saúde, o acompanhamento de fatores de risco e a implementação de estratégias preventivas. É crucial fortalecer a integração entre a APS e os serviços especializados, proporcionando uma abordagem mais abrangente e eficaz no enfrentamento do câncer desde suas fases iniciais, tomando a atenção básica como coordenadora do cuidado, tal como previsto nas normativas recentes do Ministério da Saúde e que serão tratadas ao longo da dissertação.

Desde meados dos anos 1990, a APS tem ganhado destaque no cenário brasileiro, principalmente após o reconhecimento do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia reorientadora do modelo de atenção nesse período e de sua transição para Estratégia Saúde da Família (ESF)³. Esse marco proporcionou transformação na abordagem e na organização da atenção, e contribuiu para a consolidação dos serviços de saúde como parte integrante dos direitos de cidadania.

O PSF, enquanto estratégia para adotar uma perspectiva mais abrangente e preventiva, concentrava-se não apenas na abordagem de doenças já estabelecidas, mas também na promoção da saúde e na prevenção de agravos, segundo Rosa e Labate (2005). Para Mendes (2021), a

³ Segundo Pinto e Giovanella (2018), o PSF foi implementado em 1994, em todo o país, com o objetivo de reorganizar os serviços de saúde através de equipes multiprofissionais, formadas por médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essas equipes foram responsáveis por atender populações definidas, com o objetivo de ampliar o acesso à Atenção Primária. E com o passar do tempo, a necessidade de estruturar melhor a base do sistema público de saúde levou ao reconhecimento do PSF como uma estratégia central para a APS, explicitada no documento “Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial”, do MS/1997, e na NOB 96 (Giovanella e Mendonça, 2012). Em 2006, a Portaria nº GM/648 marcou a formalização dessa transição para a ESF e reforçou o papel das equipes de saúde da família como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Essa transição significou um passo importante na descentralização e na organização dos serviços de saúde no Brasil. A responsabilidade pela atenção à saúde foi progressivamente transferida para os municípios, que se tornaram protagonistas na implementação de serviços locais, mesmo em áreas que antes careciam de infraestrutura de saúde. Isso implicou nos municípios passando a responder pela Atenção Primária e pela organização dos serviços especializados e hospitalares em parceria com os estados (Pinto e Giovanella, 2018).

proximidade entre os profissionais de saúde e a comunidade, aliada à atuação multiprofissional, permite um acompanhamento mais efetivo das condições de saúde da população, criando vínculos e promovendo uma maior resolutividade da atenção.

Um dos impactos mais relevantes do PSF, para Rosa e Labate (2005), foi a expansão da cobertura e do acesso aos serviços de saúde, principalmente em regiões historicamente desfavorecidas. Segundo as autoras, a presença constante de equipes de saúde nas comunidades contribuiu para a identificação precoce de problemas de saúde, o que por sua vez possibilita intervenções mais eficazes e menos onerosas para o sistema de saúde. Além disso, a APS desempenha um papel crucial na promoção da equidade em saúde. Ao atuar de maneira mais efetiva nas comunidades mais empobrecidas, essa estratégia busca reduzir as disparidades sociais e regionais no acesso aos serviços de saúde, reforçando a ideia de que o direito à saúde é um pilar fundamental da cidadania.

A primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴, promulgada em 2006, aperfeiçoou o modelo de atenção à saúde iniciado com o PSF. O documento direcionou o foco para a atenção básica, destacando a importância dessa abordagem como pilar fundamental para a atenção à saúde da população e destacou a ESF como uma estratégia central nesse esforço, conforme apontam Pinto e Giovanella (2018).

Ao tomar a inserção da APS no SUS e seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, como exemplo a Rede de Atenção Oncológica (RAO) aqui em pauta, temos na Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵, criada em 2010 no Brasil, uma estratégia para oferecer cuidados integrais e atender às necessidades de saúde da população, superando a fragmentação no atendimento e gestão nas Regiões de Saúde, segundo Mendes (2010).

Em decorrência da organização da saúde em redes, a atenção oncológica, tradicionalmente focada na alta complexidade, teve na introdução

⁴ Portaria nº 648/2006.

⁵ Portaria nº 4.279/2010.

da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)⁶, o estabelecimento de linhas de cuidado e a articulação de diferentes níveis de atendimento. A PNPCC define diretrizes claras para cada componente do sistema de saúde relacionado ao câncer, enfatizando a importância da articulação entre eles, e destaca o papel da atenção básica na coordenação e manutenção do cuidado aos pacientes oncológicos.

Diante desse quadro, interessou ao estudo aqui proposto avaliar como os serviços de APS têm se organizado para promover atenção ao marcador câncer do colo do útero. A APS tem assumido, de fato, o papel de coordenadora do cuidado na atenção oncológica? De que forma? Como se dá a integração da APS com os demais níveis de atenção do SUS? Que ações e serviços são ofertados pela APS aos casos suspeitos e ou confirmados de câncer do colo do útero? Que dificuldades e obstáculos a APS enfrenta para promover a atenção oncológica?

Sabe-se que nas relações intergovernamentais pactuadas no SUS, a APS é uma responsabilidade da gestão municipal. Sendo assim, o estudo foi desenvolvido no município de Niterói, localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro. O município possui reconhecimento nacional por seu pioneirismo na implantação de uma rede básica de serviços de saúde que remontam aos anos 1980, com o Projeto Niterói, e, posteriormente, a partir de 1994, já no âmbito do SUS, com a implantação do Programa Médico de Família (PMF). Segundo Sousa (2015), ainda que essas experiências tenham sido isoladas em sua trajetória, não promoveram necessariamente uma melhor integração entre os níveis de atenção.

Diante das poucas produções acerca da APS no município de Niterói em interface com os temas atenção oncológica e câncer do colo do útero, a presente pesquisa procurou responder a essas questões objetivando contribuir tanto com estudos acadêmicos, quanto com profissionais e gestores na condução do acompanhamento às pacientes acometidas por câncer do colo do útero a partir de suas necessidades e demandas.

⁶ Instituída pela portaria nº 874 em 2013 e pela Lei nº 14.758 em 2023.

1.2. Procedimentos metodológicos

Em relação aos procedimentos metodológicos, cabe considerarmos, inicialmente, a orientação de Guerra (2009, p. 709) no que tange à dialética da realidade e das partes que a compõem. Antes de iniciarmos qualquer investigação, “deve-se ter a convicção de que existe algo a mais a ser conhecido, que não é dado na aparência, na representação imediata da realidade”. Por isso, segundo a autora, são necessárias a investigação e a compreensão dos fenômenos, a partir da apreensão da realidade numa perspectiva de totalidade.

O presente estudo propôs uma pesquisa avaliativa, tendo em vista se tratar, segundo a concepção de Contandriopoulos et al. (1997), de um procedimento que realiza avaliação retrospectiva de uma intervenção com o objetivo de fornecer informações que possam auxiliar na tomada de decisões. Portanto, a pesquisa avaliativa busca, através dos dados coletados e análises realizadas, orientar profissionais e gestores em determinado tema; no caso de nosso objeto de estudo, a APS do município de Niterói e a atenção ao câncer do colo do útero.

Para isso, as dimensões centrais para análise do atributo de coordenação do cuidado da APS, identificadas por Almeida et al. (2018) foram norteadoras para a avaliação da RAS neste estudo, a saber: posição da APS na rede assistencial; integração entre níveis assistenciais e interfaces com a regulação assistencial; e integração horizontal com outros dispositivos de atenção e cuidado no território.

Como pertinente a estudos científicos, iniciamos com pesquisa bibliográfica com a finalidade de estabelecer o estado da arte que atendesse à apresentação e às discussões que envolvem o tema central e os de contextualização. O levantamento bibliográfico fez busca de artigos acadêmicos disponibilizados pelas bibliotecas virtuais Scielo, BVS Brasil e ARCA/FIOCRUZ e pelas revistas RBC (Revista Brasileira de Cancerologia), Ciência e Saúde Coletiva. Foram mapeados e analisados os estudos em idioma português realizados a partir de 2013, quando a PNPCC foi publicada, a

partir dos descritores: Atenção Primária à Saúde, Oncologia, Niterói e Câncer do Colo do Útero.

Incluímos, a fim de subsidiar a avaliação dos serviços, pesquisa aos sistemas de informação de acesso público, como Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Painel-Oncologia, Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). E pesquisa documental à Carteira de Serviços do PMF de Niterói (2021), ao Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói (2022-2025), ao Relatório Circunstanciado de Niterói (2023) e às leis e resoluções nacionais e municipais sobre a Atenção Primária e sobre a atenção oncológica, também a partir de um recorte temporal que abrange o ano de 2013 até as recentes portarias, a fim de compreendermos o desenvolvimento da APS no município de Niterói e o espaço conquistado pela oncologia nesta localidade.

O estudo envolveu, ademais, pesquisa de campo, a partir de entrevistas a profissionais de saúde. Para tanto, inicialmente, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (anexo I), por meio de anuência do Colegiado Avaliador de Solicitações de Pesquisas e Projetos de Extensão da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (CAPE/FeSaúde), via Plataforma Brasil⁷. Após aprovação do Comitê de Ética, o trabalho de campo, ocorrido durante o mês de agosto de 2024, teve início em um dos módulos de médico de família do município de Niterói, não identificado nesta pesquisa a fim de ser preservado o anonimato. A unidade foi definida a partir dos seguintes critérios: unidade em atividade, disponibilidade de participação de pelo menos uma das equipes de saúde lotadas na unidade, unidade com maior número de população cadastrada e maior número populacional por equipe ESF.

No módulo selecionado, foram realizadas entrevistas individuais, com tempo de duração estimado em 30 (trinta) minutos com 5 (cinco) profissionais ativas e lotadas no MMF escolhido, com o intuito de compreender as ações e serviços desenvolvidos na sua unidade referentes à integralidade da atenção

⁷ Trabalho aprovado sob o CAAE 80376624.8.0000.8160

ao câncer do colo uterino, a cobertura da assistência e sua relação com os demais equipamentos da RAS e da rede intersetorial.

Para o recrutamento das participantes da pesquisa, foram identificadas cinco profissionais do MMF, sendo quatro da assistência e uma da gestão do módulo, em visita ao equipamento. O agendamento das entrevistas foi realizado para data e horário escolhidos pelas próprias, em seus espaços ocupacionais.

Como critérios de inclusão das participantes do estudo, foram definidos: profissionais ativos, inseridos na unidade escolhida, com disponibilidade para participar da pesquisa. E, como critérios de exclusão: profissionais afastadas, de férias, lotadas nos demais módulos de médico de família, sem disponibilidade para participar da pesquisa.

Estimamos que, pela composição das equipes inseridas em unidade básica de saúde do porte pretendido, o número de 05 (cinco) participantes tenha sido suficiente para contribuição à pesquisa. Foi aplicada, no entanto, a técnica de saturação da amostra, que consiste na “suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição” (Fontanella et al., 2008, p. 17).

As entrevistas foram realizadas com base em dois roteiros de entrevista semiestruturados (apêndices I e II)⁸. A participação das profissionais nas entrevistas foi livre, sendo-lhes solicitada autorização prévia, com esclarecimento a respeito dos objetivos e finalidade do estudo, potenciais riscos e benefícios da participação e quaisquer outras dúvidas que possam existir. As participantes assinaram duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O registro do conteúdo das entrevistas foi realizado a partir da gravação de áudio e anotações feitas pela pesquisadora, sob autorização das participantes, para sistematização posterior dos dados. O material registrado foi

⁸ O roteiro do apêndice I foi direcionado às profissionais das equipes ESF e eMulti e o roteiro do apêndice II, à gerente de serviços, que ocupa cargo de gestão no módulo.

arquivado e o anonimato das participantes resguardado, sendo identificadas neste estudo por E1, E2, E3, E4 e E5, números que correspondem à ordem das entrevistas.

Os riscos para participação das profissionais no estudo foram mínimos e envolviam a possibilidade de estas terem seu planejamento de trabalho modificado com os agendamentos das entrevistas, que poderiam ser evitados com a possibilidade de agendamento para horário anterior ou posterior ao expediente.

Já os benefícios do estudo envolviam a possibilidade de compreender como a Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Niterói está inserida na Rede de Atenção Oncológica do SUS, de forma a subsidiar profissionais e gestores no planejamento de ações.

O material empírico coletado na pesquisa foi sistematizado e analisado com base no método de análise de conteúdo do tipo temático, através de categorias teóricas e empíricas construídas a partir do cruzamento da literatura e dos dados coligidos. Portanto, o estudo foi direcionado pelas dimensões de análise da coordenação do cuidado identificadas por Almeida et al. (2018), que estabelecem relação com outras categorias observadas na pesquisa de campo: longitudinalidade, integralidade, intersetorialidade e determinação social do processo saúde-doença.

O Quadro 01, abaixo, apresenta uma sistematização dos objetivos específicos do estudo, com seus respectivos indicadores e variáveis, instrumentos e fontes de pesquisa, que nortearam a coleta de dados e discussão para o alcance dos propósitos delineados no trabalho.

Quadro 01 – Estratégia metodológica de estudo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES E VARIÁVEIS	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	FONTES DE PESQUISA
Mapear os serviços que compõem a Rede de Atenção Oncológica no município de Niterói	Dados epidemiológicos de câncer no município; número de unidades de saúde que oferecem serviços oncológicos no município e quais são os serviços; percentual da população que tem acesso aos serviços da RAO no município.	Pesquisa documental a dados secundários	Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Registros Hospitalares de Câncer (RHC), Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) do DATASUS. E Carteira de Serviços do PMF de Niterói (2021) e Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói (2022-2025).
Identificar as ações ofertadas pelos equipamentos de APS no município em termos de controle ao câncer do colo do útero	Tipos de ações e serviços voltados ao câncer do colo uterino ofertados pela APS; número de exames citopatológicos realizados na APS e de resultados disponíveis; tempo para atendimento de retorno na APS das usuárias com exame citopatológico alterado; vínculo dos profissionais da APS do município; número de profissionais envolvidos em programas de educação continuada em oncologia.	Processamento de dados primários (entrevistas)	Profissionais de saúde lotados no MMF selecionado.

Conhecer os protocolos e mecanismos de referência e contrarreferência da APS com outros níveis de atenção	Existência de protocolos de referência e contrarreferência na APS e de sistemas de informação integrados entre os diferentes pontos da RAO no que se refere ao câncer do colo uterino; tempo para atendimento das usuárias com citopatológico alterado nos demais pontos da rede; mecanismos para a garantia da coordenação e da longitudinalidade do cuidado às mulheres em tratamento do câncer do colo uterino.	Processamento de dados primários (entrevistas)	Profissionais de saúde lotados no MMF selecionado.
---	--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

O próximo capítulo irá abordar a evolução da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto internacional e brasileiro. Ele trará as mudanças históricas e conceituais da APS, desde os marcos globais até sua consolidação no Brasil com o Programa de Saúde da Família (PSF) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Também discute os desafios enfrentados pela APS, especialmente relacionados às políticas de austeridade e mudanças recentes nas políticas públicas de saúde.

CAPÍTULO 2. UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este capítulo partiu da evolução histórica da Atenção Primária à Saúde (APS) em nível internacional, destacando as mudanças de paradigma desde o Relatório Dawson até a Declaração de Alma-Ata. Foram exploradas as principais concepções de APS e os atributos essenciais propostos por Starfield (2002). Em um segundo momento, focou na evolução da APS no Brasil, desde as primeiras manifestações na década de 1920 até sua consolidação com o PSF e a ESF, destacando a municipalização na saúde e as implicações da PNAB e suas revisões. Por último, refletiu criticamente sobre os avanços e desafios da APS no cenário brasileiro atual, considerando as contribuições desse nível de atenção no sistema público de saúde e os desafios relacionados às políticas de austeridade fiscal no âmbito da APS durante os governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, como exemplo: a EC 95/2016, o Instituto Coalizão Brasil, o Programa Previne Brasil, a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Concluiu ao trazer as propostas gerais e as prioridades no âmbito da saúde estabelecidas pela equipe de transição do governo Lula, finalizando com a perspectiva de reconstrução como um compromisso político.

2.1. Panorama Internacional da Atenção Primária à Saúde

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no contexto internacional reflete uma mudança de paradigma na abordagem à saúde, dando ênfase à prevenção de doenças, à promoção da saúde e ao acesso oportuno e integral aos serviços. Isso porque durante todo o século XX o modelo médico hegemônico se caracterizava por seu caráter curativo, hospitalocêntrico, com alta tecnologia e fundamentado na atenção individual.

Para Starfield (2002), a Atenção Primária é o nível inicial de um sistema de saúde, destinado a abordar as novas necessidades e problemas de saúde. Em princípio, a APS se concentra na pessoa ao longo do tempo, tratando as condições comuns, coordenando a atenção fornecida por terceiros e integrando serviços de prevenção, tratamento e reabilitação. Pretende-se que esse nível de atenção molde o trabalho de todos os demais, organizando e

racionalizando o uso eficiente de recursos para promover, manter e melhorar a saúde.

Segundo Fausto e Matta (2007), o entendimento do que conhecemos por APS começou a ser introduzido no início do século XX, precisamente em 1920, com o Relatório Dawson. Este documento procurou se estabelecer como referência para a organização do modelo de atenção à saúde na Inglaterra naquele período, tendo em vista o aumento dos custos, a crescente complexidade da atenção médica e a baixa resolutividade do sistema de saúde; além de fazer oposição ao modelo flexneriano americano, voltado à atenção individual e biologicista.

Mas foi após a Segunda Guerra Mundial, no contexto de desenvolvimento dos Estados Sociais, que houve tentativa de declínio do modelo biomédico em âmbito global, que para os teóricos não foi mais suficiente para explicar as doenças associadas aos múltiplos fatores de risco. Um esforço desse movimento para o período em questão foi a conceituação de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença" (OMS, 1946).

Nesse contexto, estava evidente a incapacidade do mercado em garantir o bem-estar da população, em consequência das crises causadas pela Grande Depressão de 1929 e a destruição provocada pela Segunda Guerra Mundial. Diante disso, Draibe e Riesco (2011) analisam a emergência e o desenvolvimento dos Estados Sociais como uma resposta a essas crises do capitalismo, passando o Estado a intervir de forma mais decisiva na economia e nas políticas sociais, influenciado pelas demandas de movimentos trabalhistas e pela pressão popular em democracias mais consolidadas.

Embora tenhamos visto que a ideia de uma Atenção Primária à Saúde, centrada na prevenção, promoção e cuidados básicos teve raízes em concepções mais antigas de cuidados de saúde, a APS ganhou proeminência na década de 1970, quando houve formalização e reconhecimento internacional deste nível de atenção como um componente central dos sistemas de saúde, advindo da Declaração de Alma-Ata, resultado da I

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em 1978, de acordo com Mendes (2021) e Fausto e Matta (2007).

A concepção denominada abrangente ou integral, levantada na referida conferência e vinculada à meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, foi para Fausto e Matta (2007) e Giovanella e Mendonça (2009) a que iniciou a discussão de uma Atenção Primária propositiva em relação à organização do sistema de saúde e sua promoção. Ela apresenta como componentes principais a universalidade do acesso com base nas necessidades de saúde e uso de tecnologias apropriadas, o enfrentamento dos determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico, ação coordenada e intersetorial para promoção da saúde e participação social.

Mas a concepção integral da Atenção Primária não estava isenta de críticas e foi alvo de impugnação de agências internacionais, como a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial, as quais sobrepõem o fator econômico ao social e defendem a seletividade das ações dos Estados e sua focalização às camadas mais empobrecidas da população. É nesse contexto que ganha força a concepção denominada seletiva, mencionada por Giovanella e Mendonça (2009), a qual estava em consonância com a agenda neoliberal implementada nos países em desenvolvimento, na década de 1990, e previa a criação de “cestas básicas” de procedimentos e serviços de saúde a serem executados pelos Estados àqueles que não tivessem condições financeiras de custear serviços privados de saúde (WB, 1993).

Com o argumento de melhorar o acesso aos serviços de saúde e reduzir a pobreza, esta proposta tem sido reformulada, mas permanece sua essência de mercantilizar a saúde e defender o Estado mínimo para o social a partir da adoção de tecnologias simples pelo setor público e de média e alta complexidades pelo setor privado, trazendo como consequência a ameaça ao princípio da universalidade do acesso.

Então, pouco tempo depois, a ideia de cobertura universal em saúde (*universal health coverage* - UHC) começou a ganhar destaque no cenário internacional com o objetivo de melhorar o acesso a serviços de saúde e foi “aprovada na resolução da OMS sobre financiamento de 2011 e como uma das

metas da Agenda 2030” (Giovanella et al., 2019), além de ter sido defendida na Conferência de Astana, realizada em 2018, pela OMS. A UHC é promovida pelas mesmas organizações, o Banco Mundial e a Fundação Rockefeller e, portanto, difere dos ideais de Alma-Ata, por se concentrar principalmente em garantir cobertura financeira, ou seja, que os indivíduos tenham algum tipo de seguro, público ou privado, que cubra um conjunto limitado de serviços. Isso leva à divisão do acesso à saúde, com diferentes pacotes de serviços oferecidos conforme a renda e a capacidade financeira individual, reforçando as desigualdades sociais e se distanciando do direito à saúde defendido pela ideia de sistemas universais (*universal health system* - UHS), onde o Estado tem o dever de prover acesso universal, com equidade, aos serviços de saúde, independente da capacidade de pagamento dos indivíduos.

Como podemos perceber, há diferentes concepções de APS. E para cada uma delas é “necessário ter claro a época, os atores sociais envolvidos, a cultura e as finalidades do sistema de saúde [...] e considerar ainda os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas no campo da saúde” (Fausto e Matta, 2007, p. 47). Giovanella e Mendonça (2009) também mencionam a ausência de uniformidade de abordagens para o tema e citam pelo menos quatro concepções abordadas no documento da OPAS (2007): seletiva, de primeiro nível, abrangente/integral e Atenção Primária como filosofia.

Concomitantemente à concepção seletiva, adotada em países da União Europeia, temos a atenção ambulatorial de primeiro nível, que é basicamente o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, a fim de que haja cobertura das doenças mais comuns e se resolva a maioria dos problemas de saúde da população, embora esteja articulada a um sistema universal solidário, característico da União Europeia. Giovanella e Mendonça (2009) identificam, nesta concepção, alguns atributos essenciais à APS, estabelecidos por Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; não observa, entretanto, a participação comunitária neste processo.

Em síntese, Starfield (2002) destaca a importância do primeiro contato nos serviços de saúde no que se refere à acessibilidade e ao uso do serviço para resolver novo problema ou novo episódio de um problema. Por longitudinalidade em serviços de saúde, compreende esta ser representada por uma fonte regular de atenção, utilizada ao longo do tempo. A integralidade na APS consiste em assegurar que os pacientes recebam todos os tipos de serviços, mesmo que alguns não sejam oferecidos na unidade, envolvendo encaminhamentos para serviços secundários e terciários, além de serviços essenciais de suporte, como internação domiciliar e serviços comunitários. A coordenação do cuidado, por sua vez, é compreendida pela continuidade da atenção, seja através dos profissionais envolvidos, do uso de prontuários médicos, ou de ambos, aliada ao reconhecimento efetivo dos problemas enfrentados pelos pacientes.

A saúde entendida como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais mais amplos que a envolvem a fim de reduzir as desigualdades e alcançar a equidade em saúde são reivindicações de movimentos sociais que aderiram à concepção da APS como filosofia. É nesta via, associada à concepção integral, que o presente estudo se posiciona.

Pressionada pelos governos latino-americanos comprometidos com justiça social (Giovanella et al., 2019), a OPAS, em seu documento de 2007, também trouxe a proposta de renovação da APS nas Américas, ao reconhecer que este nível, embora um componente essencial dos sistemas de saúde, precisa ser adaptado para enfrentar novos desafios epidemiológicos, sociais e culturais. Essa renovação se baseia na necessidade de corrigir deficiências observadas nas abordagens tradicionais, que, por vezes, falharam em garantir uma cobertura equitativa, especialmente em contextos mais vulneráveis. Segundo o documento, ao longo dos anos a APS demonstrou sua flexibilidade ao ser aplicada com sucesso em uma variedade de países, tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento, provando que seus princípios podem ser adaptados a diferentes realidades. No entanto, a complexidade crescente das questões de saúde nas Américas no século XXI, como o aumento das doenças não transmissíveis, o envelhecimento populacional e as desigualdades em saúde exigem fortalecimento da APS como base dos

sistemas de saúde e mecanismo para promoção do desenvolvimento humano e redução das iniquidades, alinhando-se com compromissos globais, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Desde as suas primeiras concepções até a Declaração de Alma-Ata, passando pelas críticas e reformulações da APS seletiva, o debate internacional revela a tensão entre abordagens que promovem a universalidade de fato e aquelas que priorizam a seletividade com foco econômico. Em constante disputa, essas ideias sustentam diferentes direcionamentos aos sistemas de saúde no que tange à Atenção Primária, a nível global, e influenciam na condução das políticas de saúde.

2.2. Atenção Primária à Saúde no Brasil e suas Contribuições ao Sistema Único de Saúde

A evolução da APS no Brasil desempenhou papel fundamental na construção e no fortalecimento do SUS. Compreendemos que este nível de atenção passou por diversas fases. O que conhecemos hoje por ESF, antes PSF, ambos implantados após a criação do SUS, são marcos de um processo de atenção básica não tão recente, mas que surgiu no início do século XX com alguns antecedentes, compreendidos por Mendes (2021) como ciclos de desenvolvimento da APS.

Os primeiros antecedentes datam da década de 1920 com os centros de saúde, localizados na periferia das grandes cidades. Mendes (2021) refere que esses centros provavelmente tenham tido influência do Relatório Dawson, por sua proposta de organização do sistema de saúde. Eles atendiam, segundo Lavras (2011), a uma população específica, utilizando a educação sanitária como ação principal, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, já que neste período o Brasil enfrentava sérios desafios de saúde pública, com epidemias de doenças como febre amarela e tuberculose. Nessa década, a saúde começou a ser reconhecida como questão social, segundo Lima e Pinto (2003), especialmente com o crescimento da economia cafeeira e a urbanização acelerada. As condições sanitárias, para as autoras, passaram a

ser vistas como fatores que impactavam a qualidade da mão-de-obra e, por consequência, o desenvolvimento econômico do país.

Também como parte dos antecedentes à APS no Brasil, Fausto (2005), Fausto e Matta (2007) e Mendes (2021) destacam o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) introduzido a partir dos anos 1940. Influenciado pela medicina preventiva e curativa norte-americana, o serviço era centralizado, limitado às áreas estratégicas e pouco articulado com outras instituições de saúde.

O SESP tinha como um dos seus objetivos centrais proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que naquela época eram relevantes para o Brasil em suas relações internacionais, no período que antecedeu a Segunda Guerra Mundial. Neste sentido, o seu espaço de atuação era a Amazônia (produção da borracha), o estado de Goiás e o Vale do Rio Doce (extração de minérios). A Fundação Rockefeller teve papel fundamental na organização das ações do SESP, e em seus primeiros anos as atividades desenvolvidas tiveram forte influência da medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos (Fausto e Matta, 2007, p. 53).

Lavras (2011) e Mendes (2021) mencionam a expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde como parte desse desenvolvimento, na década de 1960, destacando a mudança de foco nas ações dos centros de saúde limitados à prevenção, contemplando também a atenção médica direcionada ao grupo materno-infantil e ao enfrentamento de doenças infecciosas, como tuberculose e hanseníase. Essas ações tiveram incentivos de agências internacionais, como a Fundação Kellogg e a Fundação Ford, com o objetivo de que a cobertura fosse estendida, de acordo com Fausto e Matta (2007).

Em contraste, o modelo hospitalocêntrico, voltado à assistência hospitalar, tinha ênfase em tratamentos especializados e curativos e priorizava grandes instituições hospitalares, concentrando os recursos na medicina de alta complexidade e tecnologia. Segundo Chioro e Scaff (1998), a expansão dos hospitais no Brasil ocorreu entre as décadas de 1930 e 1960, impulsionada pela industrialização e urbanização. Durante esse período, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), criados para atender categorias profissionais específicas, investiram na construção de hospitais para garantir assistência médica aos trabalhadores. O crescimento urbano e o aumento da demanda por saúde levaram à construção de muitos hospitais, especialmente nos governos

de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek. O modelo adotado, inspirado no sistema hospitalocêntrico dos Estados Unidos, priorizava o tratamento médico curativo e de alta complexidade, favorecendo a indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares. Esse foco no atendimento hospitalar relegou a saúde pública preventiva a segundo plano, fortalecendo o setor privado e criando um complexo médico-industrial (Chioro e Scaff, 1998).

O período entre os anos 1964 e 1985, sob o regime militar, foi caracterizado por uma repressão severa às liberdades civis, censura, controle estatal sobre movimentos sociais e partidos políticos, além da imposição de políticas econômicas que resultaram em concentração de renda e ampliação das desigualdades sociais. A saúde era fortemente centralizada e vinculada à previdência social, o que significava que apenas os trabalhadores formais, registrados e contribuintes da previdência, tinham acesso a serviços médicos, provocando exclusão massiva de camadas vulneráveis da população. Além disso, o governo militar adotou políticas que favoreceram o setor privado de saúde, ampliando ainda mais as desigualdades no acesso.

A partir disso, começaram a surgir movimentos sociais de resistência ao regime militar, impulsionados pela crise econômica e pelo desgaste do governo, aumento da dívida externa e insatisfação popular. Os movimentos se organizaram na luta por direitos, incluindo o direito à saúde, que era organizado pelo movimento sanitário e colocava em pauta a crítica ao modelo excludente e segmentado de assistência.

Na década de 1970, segundo Giovanella e Mendonça (2009), ações de prevenção em saúde tornaram-se realidade em muitas escolas médicas no Brasil, bem como a abertura da saúde coletiva por meios de formação de recursos humanos e tecnológicos. Diversos trabalhos críticos da área social passaram a ter relevância e foram amplamente discutidos, impulsionados pelo contexto de organizações e conferências sobre o tema. Com isso, foi possível levantar a bandeira da Reforma Sanitária, um marco do ideal democrático, universal e descentralizador da saúde no Brasil, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A compilação dos ideais defendidos pela Reforma Sanitária resultou na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido

nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal (CF) de 1988, mas apenas regulamentado pela lei nº 8.080 de 1990. Já na CF/1988, em seu artigo 196, a saúde é estabelecida como direito de todos e dever do Estado, opondo-se ao modelo anterior.

Durante os anos 1970, alguns municípios iniciaram a organização de sistemas locais de saúde integrados, visando expandir a cobertura de ações de saúde nas periferias urbanas. Ainda que a oferta de seus serviços fosse fragmentada, diferiam dos programas de medicina comunitária⁹, pois integravam ações preventivas e curativas a uma rede de referência mais complexa, revelam Fausto e Matta (2007). Ao final da década, algumas experiências em Atenção Primária ganharam visibilidade, como as dos municípios de Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo e Montes Claros, as quais inspiraram o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS)¹⁰, em 1976 (Goulart, 1996, apud Fausto e Matta, 2007; Lavras, 2011).

Em 1982, em meio à crise previdenciária do período e pressão por mudanças no sistema de saúde, especialmente em relação à prestação de serviços médicos previdenciários e à crescente demanda por cobertura mais ampla, foi criado o Plano CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), que representou um marco importante na reorganização da saúde no Brasil, segundo Giovanella e Mendonça (2012). Ainda segundo as autoras, deste plano surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), implementadas a partir de 1984. Interministeriais, elas foram criadas como uma estratégia de articulação entre os níveis federal, estadual e municipal, a partir da instituição de unidades básicas de saúde nos municípios e ampliação da cobertura dos serviços. Em 1987, as AIS foram substituídas pelos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que almejavam um sistema

⁹ Fausto e Matta (2007) identificam que a medicina comunitária, associada a iniciativas que surgiram dentro dos departamentos das escolas de medicina, promovia ideias e propostas para a APS através da adoção de iniciativas, especialmente, em países mais pobres, como estratégia para fortalecer políticas de desenvolvimento social e econômico. Enquanto a medicina preventiva propunha abordagem integral, enfatizando que o cuidado médico deveria se aproximar do ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias para prevenir e controlar o adoecimento (Fausto e Matta, 2007).

¹⁰ Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976.

de saúde descentralizado e representavam uma fase de transição para o SUS (FAUSTO, 2005).

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início no país quando o Ministério da Saúde avaliou positivamente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve como finalidade contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, em especial nas regiões Norte e Nordeste do país, através da extensão e cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres, referem Rosa e Labate (2005) e Fausto e Matta (2007). O PSF foi concebido oficialmente em 1994, a partir de reunião ocorrida em 1993, em Brasília, sobre o tema saúde da família, convocada pelo ministro da saúde da época e com apoio da UNICEF.

Tendo em vista o sucesso do PACS e a necessidade de incorporação de novos profissionais ao programa, o PSF, segundo Rosa e Labate (2005), foi uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. Para as autoras, este programa se apresentou como uma nova forma de trabalhar a saúde, visando atender indivíduo e família de forma integral e contínua, além de introduzir uma nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que também atua na prevenção de doenças e outros agravos. A partir da compreensão do território, os gestores locais e as equipes de saúde das unidades básicas puderam traçar estratégias de atuação. Embora entendido como programa, as especificidades do PSF permitem que ele se diferencie da concepção usual dos demais programas do Ministério da Saúde, por não possuir uma intervenção vertical nos serviços e flexibilidade das ações do programa de acordo com a realidade local. O PSF pode ser definido como:

um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área da saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (Levcovitz e Garrido, 1996, s/p).

A atuação da Atenção Primária no território está em consonância com um dos princípios organizativos do SUS, a descentralização, que tem como objetivo redistribuir responsabilidades e recursos entre as diferentes esferas de

governo, promovendo uma gestão mais próxima da realidade local e favorecendo a participação da comunidade na definição das políticas de saúde.

Segundo Mendonça et al. (2018), o processo de descentralização do SUS mostrava seus avanços desde o início, mas o fortalecimento da APS enquanto política de âmbito nacional foi possível com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS 96), que dá ênfase na municipalização, no financiamento e no mecanismo de gestão do SUS, definindo o papel e a responsabilidade de cada esfera de governo na construção do sistema público de saúde. No que se refere à APS especificamente, a NOB 96 institui o Piso da Atenção Básica (PAB) e “estabelece incentivos específicos para implantação nos municípios dos programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde” (Mendonça et al., 2018, p. 34).

A fim de identificar o espaço ocupado, após a constituinte, por alguns dos atributos essenciais da atenção básica mencionados na seção anterior, torna-se essencial localizá-los no desenvolvimento do aparato legal brasileiro. Acerca da reorganização do modelo assistencial da atenção básica, o texto do Ministério da Saúde, de 1997, traz pontos que nos remetem à longitudinalidade do cuidado, embora não apresente o termo, introduzido apenas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Este resgate histórico se faz importante para percebermos que a ideia do estabelecimento de vínculos e a criação de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população (Brasil, 1997) esteve presente antes mesmo do reconhecimento do conceito de longitudinalidade na legislação brasileira.

Desde sua criação oficial em 1994, o PSF foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato (porta de entrada preferencial no SUS) e proporcionou mudança do modelo assistencial, como vimos. O referido programa foi substituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e enunciada na PNAB de 2006, que incrementou seu processo de construção, reconhecendo a configuração das ações em saúde nos territórios a partir de estratégias e identificando a ESF como a principal estratégia do SUS para ampliar o acesso e coordenar o cuidado, segundo Pinto e Giovanella (2018). De acordo com os autores, a transição proporcionou que a saúde da

família, através da ESF, se tornasse a forma central de organização e operacionalização da atenção básica no Brasil, dada a adaptação local dos serviços de saúde às necessidades da população, a partir da descentralização da gestão do SUS.

A PNAB destacou a importância da ESF como um modelo abrangente e dinâmico, reconhecendo que as ações em saúde devem ir além do tratamento de doenças, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o acompanhamento longitudinal das famílias. O ano de 2006 marca, portanto, a maturidade da atenção básica, ao consolidar a PNAB e as demais portarias que dela sucederam.

Em relação aos atributos essenciais à APS, eles aparecem em sua totalidade na nova política e enquanto fundamentos, ainda que sem maiores pormenorizações. Apenas após a primeira revisão da PNAB, em 2011 e explicada a seguir, identificamos maior explicitação dos atributos e tentativa de defini-los.

Pouco tempo depois, com o objetivo de melhorar a resolutividade das ações e serviços de atenção básica em saúde, foram implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹¹, em 2008, que contemplavam profissionais de saúde provenientes de diversas áreas. Sua proposta foi fortalecer a atuação das equipes de saúde da família, que compõem a atenção básica, permitindo uma abordagem mais abrangente e integrada às necessidades da população usuária, pois segundo Mendes (2021) a ESF se propõe a abordar os determinantes sociais da saúde, sendo necessárias ações integradas, intersetoriais e multiprofissionais. Em 2023, a Portaria nº 635/2023 reformulou as equipes multiprofissionais da atenção básica, agora chamadas de eMulti, e estabeleceu aumento do cofinanciamento federal e a inclusão de novas especialidades médicas nas equipes.

Como parte das contribuições da ESF ao SUS, Mendes (2021) traz dados que destacam o crescimento e a diversificação das equipes de saúde no Brasil, com essa estratégia desempenhando um papel central na expansão dos

¹¹ Portaria nº 154/2008.

serviços de atenção básica. Podemos observar que essa expansão reflete os esforços para fortalecer a oferta de cuidados de saúde primários, atuando em diversas frentes e adaptando-se a diferentes contextos.

As equipes da ESF passaram de 2.054 em 1988 para 44.716 em 2020. Além disso, havia ainda: 1.800 equipes de atenção primária, 8.743 equipes tradicionais, 99 equipes de saúde fluvial, 168 equipes de consultório de rua, 456 equipes de atenção prisional, 5.530 equipes ampliadas de apoio à saúde da família e 269.921 ACS (Mendes, 2021, p. 85).

O texto da PNAB passou por sua primeira revisão em 2011¹², ele preservou a natureza do documento de 2006, ao mesmo tempo em que incorporou mudanças significativas destinadas a ampliar o acesso e a cobertura da atenção básica, como a introdução de novas configurações de equipes e a implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)¹³. Neste período, para Melo et al. (2018), o Ministério da Saúde demonstrou esforços para fortalecer e aprimorar a atenção básica no país, criando ainda o programa Requalifica UBS e o Programa Mais Médicos, além do prontuário eletrônico e-SUS AB e aumentando o orçamento federal destinado à APS.

Apresentamos, até então, a importância da ESF na política pública de saúde brasileira, destacando seu papel no processo de reestruturação e fortalecimento das diretrizes da Atenção Primária. Ao longo do tempo, a ESF expandiu-se geograficamente e aumentou quantitativamente em equipes em todo o país, sendo notável sua relevância na agenda decisória da saúde pública. Mas também percebemos os desafios enfrentados pela APS brasileira desde sua criação, as propostas de verticalização e seletividade da atenção, a gestão desigual entre os municípios. Os desafios mais atuais serão estudados na próxima seção.

¹² Portaria nº 2.488/2011b.

¹³ Criado em 2011, “o programa teve como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa elevou o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingissem melhora no padrão de qualidade do atendimento” (Brasil, 2011c). A portaria de 2011 foi revogada pela portaria nº 1.645/2015.

2.3. Avanços e Desafios no Cenário Atual Brasileiro

A Reforma Sanitária, novo marco civilizatório e atuante no enfrentamento da crise financeira e sanitária em face das políticas de austeridade de cunho neoliberais, é apresentada por Fleury (1997) como uma proposta que redefiniu o conceito de saúde e buscou garantir o acesso universal e igualitário ao que hoje conhecemos por SUS. A saúde é compreendida como parte dos direitos de cidadania, embora a materialização dos seus princípios tenha sido desafiadora, evidenciando desigualdades e segmentação na sociedade brasileira.

Atrelado a contextos políticos e, consequentemente, conflitos de interesses, o desenvolvimento da APS no Brasil se percebe influenciado pelo direcionamento dado às políticas sociais, como o que ocorreu com a PNAB, revisada pela segunda vez em 2017¹⁴ e aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), durante a gestão Michel Temer (2016-2018). Reunidos na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), movimentos sociais e trabalhadores se posicionaram contra a revisão, na 7ª Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2017.

Em síntese, essa revisão da PNAB imprime ameaça aos princípios do SUS e à prioridade do modelo assistencial da ESF; estabelece uma oferta nacional de serviços catalogados como essenciais/básicos e ampliados/estratégicos da Atenção Básica; reconhece outros modelos de organização da atenção básica competindo com a ESF por recursos federais; e fragiliza a atuação dos agentes comunitários de saúde ao criar uma equipe de Atenção Básica na qual a presença dos ACS's é opcional (Pinto e Giovanella, 2018; Melo et al., 2018).

Sabe-se que os agentes comunitários de saúde são fundamentais na composição da Atenção Primária. Esses profissionais possuem domínio do território, das necessidades da população que nele habita e da determinação

¹⁴ Portaria nº 2436/2017.

social do processo saúde-doença, por isso são capacitados para organizar a rede de atenção, direcionar as demandas, coordenar o cuidado, acompanhar os sujeitos e as famílias em sua integralidade e totalidade, além de serem, segundo Merhy e Franco (2003, apud Mendonça et al. 2018), primordiais na mobilização social no território.

A revisão da PNAB também possibilita que o acesso à APS seja excludente por limitar os serviços a dois pacotes: essenciais/básicos e ampliados/estratégicos. Essa diferenciação induz uma abordagem seletiva de saúde, segundo Melo et al. (2018), na qual apenas o padrão essencial seja priorizado em determinadas áreas, comprometendo a qualidade dos serviços e limitando o acesso a intervenções mais abrangentes e de maior impacto na saúde da população. Essa divisão pode, ainda, reduzir a equidade no sistema de saúde, se houver regiões ou populações que fiquem restritas apenas ao atendimento básico, enquanto outras tenham acesso ao padrão ampliado.

A aprovação da PNAB 2017 acontece em meio a uma conjuntura marcada por crise política e econômica, que incide de forma avassaladora sobre as políticas e os direitos sociais no Brasil, de acordo com Melo et al. (2018). Algumas medidas adotadas são: intensificação das privatizações e parcerias público-privadas na gestão da saúde e a Emenda Constitucional nº 95/2016¹⁵.

A EC 95/2016 estabeleceu novo regime fiscal e definiu um teto de gastos da União, através do limite de crescimento das despesas primárias do governo federal por um período de vinte anos, a partir de 2017. Com isso, há agravamento do subfinanciamento da política de saúde, em especial da atenção básica. Primeiramente, esse agravamento acentuado pela EC 95/2016 representa um obstáculo para a consolidação e universalidade da atenção básica, como afirmam Mendonça et al. (2018), pois implica na baixa cobertura dos serviços e nas desigualdades de acesso. Segundo, há de se considerar a manobra neoliberal de descentralização das políticas como meio de transferir para estados e municípios, e também para o setor privado, as responsabilidades da União, desincumbindo-a de funções constitucionalmente

¹⁵ Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.

designadas, sem fornecer os recursos financeiros necessários para a devida implementação dessas atribuições.

Observa-se, portanto, uma descentralização oposta à concepção defendida pelos setores progressistas (alinhada à redistribuição de recursos, participação democrática, autonomia local e ao combate à desigualdade). Logo, no contexto neoliberal brasileiro, foi percebida descentralização dos serviços e manutenção da concentração dos recursos financeiros que continuaram a ser controlados pela União. No que diz respeito à APS e o quanto sua proposta vem sendo desconstruída, este movimento de distorção da descentralização progressista traduz a realidade dos equipamentos, seus recursos materiais e humanos e a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Em 2017, o Instituto Coalizão Brasil¹⁶ divulga o documento "Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde", que tem por objetivo beneficiar os planos de saúde, construindo “um novo sistema de saúde para o Brasil e defendendo a tese de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos” (Bravo e Pelaez, 2020, p. 197). Apesar de a Coalizão Saúde ter sido criada em 2014, destaca-se, portanto, o estreitamento da relação entre o governo Temer e os setores privados da saúde, evidenciando uma perspectiva de maior envolvimento da iniciativa privada na condução dos serviços de saúde no Brasil a partir deste período.

Podemos observar mais tentativas de desmonte da saúde, com a instituição do novo modelo de financiamento da atenção básica, o Programa Previne Brasil¹⁷. A portaria que regulamenta o programa prevê o repasse de verbas a partir de quatro critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com

¹⁶ Entidade sem fins lucrativos, composta por representantes do setor privado e financeiro, que tem como intuito debater e propor alternativas na área de políticas públicas. No caso do Instituto Coalizão Saúde, “é formado por representantes da cadeia produtiva do setor de saúde e pretende contribuir, de forma propositiva e pluralista, para o debate e a busca de novos avanços em saúde, em resposta às demandas da população e às necessidades do país” (ICOS, 2024).

¹⁷ Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.

base em critério populacional (Brasil, 2019c). Ou seja, é levado em consideração o número de usuários cadastrados por equipe de saúde da família e número de consultas e procedimentos realizados, além de incentivo financeiro a programas definidos pela União e incentivo financeiro por usuários cadastrados.

Este cenário nos mostra que o modelo de financiamento previsto por esta portaria segue uma lógica economicista e gerencialista, sobrepondo a quantidade à qualidade das ações e serviços. Não se debruça, portanto, no quesito pesquisas de avaliação, a fim de verificar se a atenção básica está assistindo a população de acordo com suas necessidades e, sobretudo, conforme os preceitos do SUS. O fortalecimento de uma abordagem biomédica individualizada em detrimento da integralidade também é identificado por Morosini, Fonseca e Baptista (2020), no que se refere à extinção do PAB fixo, a adoção da captação por pessoa cadastrada e do pagamento por desempenho.

A criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS)¹⁸, em 2019, atual Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS), trata-se de entidade privada que evidencia as intenções de privatização na atenção básica, ampliando o papel do setor privado no sistema de saúde. Segundo Morosini, Fonseca e Baptista (2020), a referida lei permite ao setor privado acessar e gerenciar uma fonte estável de financiamento, incluindo recursos transferidos da União e receitas provenientes de serviços prestados, o que representa uma mudança significativa, pois o SUS antes limitava a atuação do setor privado. Ainda segundo as autoras, o processo político por trás dessas mudanças envolve a interlocução com colegiados de gestores, afastando fóruns de controle social do SUS.

No âmbito da atenção básica, em 2020, o então presidente da República Jair Bolsonaro (2019-2022) assinou um decreto¹⁹, rapidamente revogado, que poderia facilitar a privatização dos serviços das unidades básicas de saúde. De acordo com o documento, ficaria qualificada a política de fomento à APS no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos (PPI).

¹⁸ Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

¹⁹ Decreto nº 10.530/2020 (revogado).

Essa qualificação teria como objetivo permitir a elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para a construção, modernização e operação de unidades básicas nos estados, distrito federal e municípios. Ou seja, o decreto abriria espaço para as parcerias público-privadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, incluindo a gestão das unidades.

Em janeiro deste mesmo ano, a OMS e a OPAS declararam o surto mundial da COVID-19 (novo coronavírus), instituindo emergência de saúde pública de importância internacional. E, em março, a COVID-19 foi caracterizada como pandemia. Segundo dados de dezembro/2023 (Ministério da Saúde), ao todo foram confirmados no Brasil 38.210.864 casos da doença e 708.638 mortes.

Durante este período, tanto no Brasil como em diversos países, houve centralização na atenção hospitalar, a partir da ampliação dos leitos hospitalares e das unidades de terapia intensiva, de acordo com Medina et al. (2020). A histórica fragilização nos investimentos à APS foi intensificada durante a pandemia, pois houve justificado foco na destinação de recursos para as média e alta complexidades e deslocamento de profissionais da APS para as unidades hospitalares.

Ainda que não fosse explícita a importância da APS naquele momento, ela estava presente e para facilitar a visualização, Medina et al. (2020) dividiram sua atuação em quatro eixos: vigilância em saúde nos territórios, atenção aos usuários com COVID-19, suporte social a grupos vulneráveis e continuidade das ações próprias da APS.

A educação em saúde e a campanha vacinal são algumas das ações que a APS historicamente desempenha e que foram desafiadas pelos discursos negacionistas propagados pelo governo Bolsonaro e pela disseminação de *fakenews*, inclusive sobre a vacina. Acredita-se que o receio de parcela da população na vacinação contra a Covid-19 tenha sido um dos motivos que atingiram outras vacinas, como sarampo e poliomielite, doenças estas que já haviam sido erradicadas no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde de 2023, a cobertura vacinal geral da população estava em queda

até o final deste ano, quando voltou a retomar seu crescimento, com o auxílio do Movimento Nacional pela Vacinação, uma das ações adotadas pelo Ministério da Saúde nos primeiros cem dias do governo Luiz Inácio Lula da Silva (2023-2026).

De modo geral, em parceria com a Coligação Brasil da Esperança, em seu terceiro mandato como presidente, Luiz Inácio Lula da Silva delineou diversas iniciativas de enfrentamento ao cenário deixado pelo governo anterior. Para a área da saúde, as iniciativas incluem o aprimoramento da gestão do SUS, atendimento às demandas represadas durante a pandemia, retorno do Programa Nacional de Imunização para recuperação das coberturas vacinais, o fortalecimento da resposta a emergências sanitárias, atendimento às pessoas com sequelas de Covid-19. Outras propostas abrangem o reforço da PNAB, o fortalecimento da saúde de mulheres, adolescentes e crianças, a valorização da Política de Saúde Indígena, a retomada da Farmácia Popular (TSE, 2022).

A essas propostas foram incorporadas, em condição de prioridade, ações específicas elaboradas pela equipe de transição do Ministério da Saúde, tais como: reintrodução do Programa Mais Médicos; credenciamento e habilitação de equipes e serviços na APS; promoção da cooperação entre os diferentes níveis de governo; criação de estratégias e programas voltados à saúde da mulher (Estratégia Nacional de Controle e Eliminação do Câncer do Colo do Útero e Programa de Proteção e Promoção da Dignidade Menstrual são alguns exemplos) (Chioro et al., 2023).

De acordo com Chioro et al. (2023), o Programa Mais Médicos²⁰, com foco na Atenção Primária, foi implementado inicialmente de 2013 a 2018 e resultou em uma redução de 24,7% na mortalidade infantil e contribuiu para a diminuição das internações hospitalares, em oposição ao Programa Médicos

²⁰ Instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e inicialmente vigente até 2018, o Programa Mais Médicos foi uma iniciativa do Governo Federal para melhorar o atendimento do SUS em áreas carentes, levando médicos a regiões com escassez desses profissionais. O programa foi retomado em 2023, mantendo seu foco inicial nas áreas de extrema pobreza e nas regiões de difícil acesso, mas com prioridade para médicos brasileiros. Para garantir a permanência dos profissionais e reduzir a rotatividade, propôs a oferta de incentivos, como oportunidades de especialização e mestrado, benefícios financeiros, licença maternidade e paternidade remuneradas, além de incentivos para médicos que participaram do FIES. A retomada visa suprir o déficit de atendimento dos últimos anos e fortalecer a APS (Brasil, 2023b).

pelo Brasil²¹, criado pelo governo anterior, que não conseguiu oferecer assistência médica para parte da população. O credenciamento de equipes e serviços na APS se deu a partir de investimento financeiro neste nível de atenção, que carecia de recursos suficientes para manutenção do acesso da população usuária. A promoção da cooperação entre os diferentes níveis de governo surgiu da falta de coordenação nacional dentro do Ministério da Saúde herdada do governo anterior e envolve a revogação de normas assinadas sem consenso com representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde. Por fim, a criação de estratégias e programas voltados à saúde da mulher (Estratégia Nacional de Controle e Eliminação do Câncer do Colo do Útero, Programa de Proteção e Promoção da Dignidade Menstrual, Programa Nacional de Equidade de Gênero, Equidade Racial e Valorização dos Trabalhadores do SUS) foi a alternativa pensada para enfrentamento dos principais problemas que envolvem a saúde da mulher, bem como auxiliar nos cuidados de saúde reprodutiva e sexual no sistema público de saúde.

A condução do SUS, percebe-se, vem sendo ameaçada por governos populistas autoritários²², principalmente entre os anos 2016 e 2022, período marcado pela captura do Estado por elites políticas e econômicas, que aprofundaram políticas de austeridade, fragilizando o financiamento do SUS e favorecendo o setor privado. Com a pandemia de Covid-19, os problemas foram exacerbados e a importância do SUS foi destacada, assim como suas fragilidades, resultando em um impacto negativo profundo na saúde pública e

²¹ Instituído pela Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, o Programa Médicos pelo Brasil tinha “a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2019a). A lei também autorizou o Poder Executivo federal a instituir a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), responsável pela execução do programa, e substituída em 2023 pela Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS).

²² Seu crescimento está relacionado à concentração de renda, que gera um sentimento de incredulidade em relação aos resultados das políticas redistributivas, associado a frustrações populares, alimentadas pela percepção de que as autoridades são distantes, corruptas e insensíveis às demandas do povo; à tensão entre capitalismo e democracia, incompatíveis no sentido de os Estados passarem de arrecadadores a grandes devedores, levando à adoção de políticas de austeridade, reduzindo os gastos públicos; e às estratégias para atrair o povo com uma retórica estridente e uma representação teatral para mascarar o conteúdo das políticas públicas (Fleury et al., 2024).

na capacidade do sistema de atender às necessidades da população de modo universal e equitativo.

A vitória de Luiz Inácio Lula da Silva representa um novo cenário para o SUS comparado ao anterior, com sinais positivos de retomada e reconstrução do sistema público de saúde, mas também contradições. A revalorização do papel do Ministério da Saúde, a recomposição da participação social e a reconstrução do aparato federativo indicam enfrentamento ao desmonte anterior. Mas não podemos perder de vista os descumprimentos do atual governo com a população, como exemplo o novo arcabouço fiscal²³, que limita o crescimento das despesas públicas a 2,5% ao ano e compromete os pisos constitucionais da saúde e educação. Nesse contexto, importante destacar o papel do movimento sanitário, em conjunto com outros movimentos sociais, na proposição de alternativas que tentam colocar a saúde no centro das ambições do governo. Por fim, fazem-se necessárias a recomposição do financiamento e a priorização da reconstrução do direito à saúde universal para o enfrentamento das políticas de austeridade que visam reduzir o Estado e restringir a democracia.

²³ Aprovado pelo PLP 93/2023, trata-se de “mecanismo de controle do endividamento que substitui o Teto de Gastos por um regime fiscal sustentável focado no equilíbrio entre arrecadação e despesas” (Brasil, 2023f). Apesar do governo inicialmente prometer manter os recursos, novas propostas sugerem cortes nos gastos sociais para cumprir metas de ajuste fiscal, o que pode prejudicar o funcionamento do SUS e outras áreas essenciais.

CAPÍTULO 3. ATENÇÃO ONCOLÓGICA EM FOCO

O capítulo teve por pretensão, primeiramente, introduzir o tema oncologia no presente estudo através da contextualização histórica do câncer na realidade brasileira do século XX, quando passou a ser reconhecido de um problema individual para uma questão de saúde pública. Após, trouxe dados epidemiológicos de câncer em contexto global e nacional, a partir de levantamentos da OPAS e do INCA/MS, revelando a determinação social da doença, especialmente quando acomete o colo do útero, marcador da pesquisa aqui apresentada. Ao final, debruçou-se na história e nas particularidades do câncer do colo do útero.

Em um segundo momento, pretendeu abordar a evolução da regulamentação da atenção oncológica no Brasil desde 1998, culminando com a PNAO em 2005, que buscou a integralidade da atenção. A integralidade da assistência oncológica é destacada como uma abordagem abrangente, contrastando com a fragmentação dos cuidados anteriores, e é reforçada pela criação da RAS em 2010, que por sua vez estimulou a organização da assistência em redes de atenção, resultando na substituição da PNAO pela PNPPC. Por fim, refletiu que a atualização das regulamentações na oncologia visa a melhorar a prevenção e controle do câncer na medida em que permanece enfrentando desafios como a fragmentação dos serviços e a dificuldade de coordenação e cooperação entre os entes federados.

3.1. Uma Introdução ao Câncer

Ao longo dos anos, a percepção sobre o câncer no Brasil mudou significativamente, passando de problema individual a questão de saúde pública. Essa mudança demandou políticas governamentais, investimentos em pesquisa, campanhas de prevenção e detecção precoce, além da ampliação do acesso a tratamentos especializados e do fortalecimento dos sistemas de apoio aos pacientes e suas famílias.

No início do século XX, enquanto os países desenvolvidos já tratavam o câncer como um problema de saúde pública, o Brasil ainda estava concentrado em combater endemias, então predominante. Mas, o perfil epidemiológico do país estava passando por transição e exigindo mudanças no

trato com o câncer, onde há de reconhecer o enquadramento da doença à ideia de civilização, ou seja, restrita a países desenvolvidos, urbanizados e industrializados (Araújo Neto e Teixeira, 2017). Isso refletia uma visão limitada e desatualizada do Brasil sobre a realidade do câncer em diversas regiões e populações do mundo, que segundo os autores, permaneceu mesmo a partir da participação de médicos brasileiros em encontros internacionais e, posteriormente, nos campos de batalha da Primeira Guerra Mundial.

A passos lentos e ainda atrelada à concepção de civilização, surgiram em 1920 as primeiras iniciativas governamentais brasileiras para enfrentar o câncer, englobando a notificação obrigatória dos casos e o registro do câncer como causa de morte e o esforço pela criação de um centro de cancerologia, mantido pela Fundação Oswaldo Cruz, ainda que o projeto de hospital para cancerosos não tenha obtido êxito. Essas ações levaram à criação de unidades específicas para o tratamento do câncer, como as instituições especializadas em tratamentos radiológicos e cirúrgicos, e campanhas para aumentar a conscientização sobre a prevenção (Araújo Neto e Teixeira, 2017).

Na década de 1930, então, surgiram no Brasil diversas ligas, como a Liga Brasileira contra o Câncer em 1934, no Rio de Janeiro, fundada pelo cirurgião Ugo Pinheiro Guimarães, que mais tarde assumiria a direção do Serviço Nacional de Câncer (SNC). Elas eram compostas por entidades civis como uma resposta ao enfrentamento do câncer e ao crescente interesse da comunidade médica em combater a doença. Essas entidades civis tinham como principais objetivos a obtenção de fundos para a construção de hospitais especializados, a aquisição de equipamentos e o financiamento de outras ações voltadas para o tratamento e prevenção do câncer. Outro aspecto importante dessas ligas foi a mobilização da sociedade civil, especialmente da elite, para apoiar a causa, a exemplo da Rede Feminina de Combate ao Câncer, organizada por Carmem Prudente, que arrecadava fundos e popularizava a causa entre a população, engajando mais de 25 mil mulheres em suas campanhas (Teixeira, Porto e Noronha, 2012).

Essas ligas foram precursoras importantes no combate ao câncer no Brasil, atuando em um contexto de pouca atuação estatal e inspirando outras

iniciativas filantrópicas voltadas ao controle da doença nas décadas seguintes. Mesmo sem o total apoio governamental à época, elas marcaram o início da institucionalização dos cuidados com o câncer no país.

Ainda que a saúde pública mantivesse o enfoque nas doenças infecto-contagiosas, durante a ditadura do governo Getúlio Vargas, na década de 1940, a sua estruturação incluiu a criação de serviços nacionais para doenças específicas, como o Serviço Nacional de Câncer (SNC)²⁴ em 1941, que focava na pesquisa, educação sanitária e assistência aos pacientes, e possibilitou o surgimento da Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC) e da Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) (Araújo Neto e Teixeira, 2017), iniciativas importantes para o desenvolvimento e disseminação de pesquisas na oncologia voltadas ao contexto nacional.

Para Araújo Neto e Teixeira (2017), após a Segunda Guerra Mundial, a medicina e a ciência, alinhadas ao ideal desenvolvimentista, ganharam destaque e soluções para problemas de saúde e novas tecnologias e tratamentos para o câncer, como quimioterapia e radiação, fortaleceram a oncologia no Brasil. O progresso urbano e industrial vivenciado pelo país no governo de Juscelino Kubitschek trouxe sentido à intervenção no câncer, dada a ideia de desenvolvimento mencionada anteriormente. Segundo os autores, o VI Congresso Internacional de Câncer, realizado em 1954, consolidou essa visão, destacando a doença na agenda de saúde pública como sinal de desenvolvimento.

Em 1957, a Fundação das Pioneiras Sociais, liderada pela então primeira dama Sarah Kubitschek, expandiu suas ações de assistência médica e educacional, incluindo a criação de um hospital filantrópico de cancerologia na cidade do Rio de Janeiro e de um centro de pesquisas voltado para a prevenção dos cânceres ginecológico e de mama. O centro atuava no atendimento ambulatorial e na detecção precoce de cânceres femininos e era voltado à promoção de atendimento às mulheres com pouco acesso aos

²⁴ Atualmente, o SNC é conhecido como Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), responsável por coordenar e executar atividades relacionadas ao câncer em todo o Brasil.

serviços de saúde para realizar exames preventivos para a prevenção do câncer do colo do útero (FIOCRUZ, 2011).

Cabe destacar a relação entre o tratamento do câncer e a estrutura de saúde no Brasil, com foco nos serviços de alta complexidade e a crescente influência do setor privado nesse período. A abordagem do câncer se deu no contexto de dualidade entre saúde pública e medicina previdenciária. A atenção à doença, segundo Teixeira, Porto e Noronha (2012), era realizada principalmente por hospitais especializados e centros médicos, que se dividiam em filantrópicos e instituições privadas.

Nesse período, que abrangia os anos de 1930 a 1950, houve um fortalecimento da medicina hospitalar no Brasil, vinculada ao crescimento do complexo médico-industrial, que foi impulsionado pela importação de novas técnicas de diagnóstico e tratamento, pela disponibilidade de recursos na medicina previdenciária e pelo desenvolvimento econômico do país. Os grandes hospitais públicos, como o INCA, e os centros filantrópicos e privados se tornaram os principais espaços de tratamento do câncer, devido ao alto nível de tecnologia e à especialização médica (Teixeira, Porto e Noronha, 2012).

A concentração de tecnologia e expertise nos hospitais não só tornou essas instituições os principais locais de prática médica, mas também um importante espaço para a realização de lucros no setor privado. Dessa forma, o câncer, por demandar um tratamento especializado e de alta complexidade, passou a estar fortemente associado a esses hospitais, que ofereciam não só cuidados médicos avançados, mas também o prestígio e o conforto simbólico dos grandes "centros de cura". Ao longo do tempo, a medicina brasileira se tornou cada vez mais dependente da tecnologia e da especialização, com os hospitais adquirindo centralidade tanto nas políticas de saúde quanto nas dinâmicas do setor privado (Teixeira, Porto e Noronha, 2012).

A compreensão desenvolvimentista adotada até então, passou por mudanças a partir dos anos 1960, quando os médicos interpretaram que a prevalência e a mortalidade do câncer estavam associadas à falta de

assistência aos setores mais pobres da população, em decorrência, sobretudo, do cenário apresentado pelo período da ditadura civil-militar, propulsor das desigualdades sociais. A partir da reformulação da causa (pobreza), novo direcionamento foi dado à oncologia: o câncer passou a receber mais atenção na saúde pública, com a criação de políticas específicas de combate e prevenção, destacando a associação entre pobreza e câncer do colo do útero e pulmão (Araújo Neto e Teixeira, 2017).

Após um longo período de ressignificações do câncer, persiste na atualidade a associação da doença à pobreza, ainda realidade em muitas partes do mundo, incluindo o Brasil e outros países em desenvolvimento. Entende-se que fatores socioeconômicos, tais como dificuldades de acesso e desmonte das políticas públicas, podem contribuir para o aumento da incidência e mortalidade por câncer, desafios considerados pelas legislações em saúde após a implementação da Constituição Federal de 1988, ao abordar não apenas os aspectos biológicos da doença, mas também suas raízes sociais e econômicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2020 que as doenças crônicas não transmissíveis constituem sete das dez principais causas de morte no mundo e quatro delas estão entre as principais causas de morte entre 2000 e 2019, são elas: doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (OPAS, 2020a).

Além de o câncer estar entre as principais causas de morte prematura na maioria dos países, é o principal problema de saúde pública no mundo, segundo estimativa do INCA (2022b), que prevê para cada ano do triênio 2023-2025 a ocorrência de 704 mil casos novos no Brasil.

Também denominado neoplasia ou tumor maligno, o câncer é uma doença crônica com características malignas devido ao crescimento desordenado de células que podem invadir tecidos e órgãos adjacentes e/ou espalhar-se para outras regiões do corpo. Este termo genérico abrange mais de 100 tipos de classificações (INCA, 2022b).

Entende-se que a incidência do câncer é resultante de transições demográficas (aumento da população idosa proporcional à redução da taxa de fertilidade e mortalidade infantil) e epidemiológicas (transição gradual de mortes causadas por doenças infecciosas para aquelas decorrentes de doenças crônicas) (INCA, 2022b).

No Brasil, como exemplo, há uma diminuição dos tipos de câncer associados a infecções, como os causados pelo Papilomavírus Humano (são pelo menos 12 tipos de HPV considerados oncogênicos, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero), os associados aos vírus de hepatite B e C (agente do câncer de fígado) e o *Helicobacter pylori* (agente de risco do câncer de estômago). E em contrapartida há aumento dos cânceres associados a fatores de risco como sedentarismo, fumo, consumo de bebidas alcoólicas e relacionados à urbanização (Brasil, 2006a). Analisaremos, na seção seguinte, a relação da transição epidemiológica contemporânea com o debate de redes em saúde e a constituição da PNPPC.

Os resultados relacionados ao câncer demonstram disparidades quando consideramos o nível de desenvolvimento social e econômico dos países, o que reflete não apenas as diferenças nos sistemas de saúde, mas também a influência significativa de fatores socioeconômicos no cenário global da saúde, apontando que o processo saúde-doença é socialmente determinado.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça que a apresentação tardia, o diagnóstico e o tratamento inacessíveis são comuns em países de baixa renda. Em 2017, de acordo com a organização, apenas 26% desses países tinham serviços de patologia disponíveis no setor público, enquanto mais de 90% dos países de alta renda possuíam serviços de tratamento, comparados a menos de 30% nos países de baixa renda. Em consequência disso, das mortes por câncer, aproximadamente 70% ocorrem em países de baixa e média renda (OPAS, 2020b).

De fato, o câncer, enquanto doença complexa e multifatorial, revela as desigualdades existentes na distribuição de recursos, acesso a serviços de saúde e oportunidades educacionais. Países em desenvolvimento frequentemente enfrentam desafios adicionais, como falta de infraestrutura nos

equipamentos, escassez de profissionais de saúde capacitados e dificuldades no acesso a tecnologias diagnósticas e tratamentos avançados.

Segundo o INCA (2022b), a prevenção e o controle do câncer em nosso país – de dimensões continentais, fortes diferenças regionais e que abriga uma população de comportamentos, crenças e atitudes bem diversificadas – representa, atualmente, um dos grandes desafios para a saúde pública. Ainda de acordo com o instituto, nas Regiões de menor IDH do país (Norte e Nordeste), o câncer do colo do útero (ou câncer cervical) se encontra na segunda posição de maior incidência (taxas brutas de 20,48 e 17,59, respectivamente), dado o recorte social da doença. Sendo assim, é o terceiro mais incidente na Região Centro-Oeste (16,66), o quarto na Região Sul (14,55) e o quinto na Região Sudeste (12,93).

Esses dados expõem também a influência de fatores culturais e históricos que moldam a relação da sociedade com a doença. Tal percepção sobre o câncer ginecológico, em especial o câncer do colo do útero, tem raízes profundas, remontando a um período anterior à implementação de políticas públicas de controle e prevenção.

Portanto, ainda anterior ao período de ressignificações do câncer e implementação das primeiras iniciativas de assistência no século XX, havia uma percepção moralista do câncer ginecológico que remonta ao século XIX. Deste período até a década de 1920, o câncer ainda era visto como uma doença que acometia principalmente mulheres, devido à sua associação com órgãos reprodutores femininos (Bastos de Paula, Volochko e Figueiredo, 2016).

Löwy (2015) aponta que no século XIX, os cânceres ginecológicos, em especial o do colo uterino, foram muitas vezes associados à imoralidade e a excessos sexuais das camadas empobrecidas, inclusive por médicos, que tentavam atribuir como causas: atividade sexual intensa, sífilis, aborto e menopausa. Nos meandros dessa discussão, alguns médicos relacionavam o câncer do colo do útero a várias gestações e partos traumáticos, interpretação endossada no final do século XIX e início do século XX.

A partir disso, Cruz e Loureiro (2008) ressaltam a importância de incorporar o processo de construção social e cultural da mulher nas ações preventivas do câncer feminino e discutem como a ginecologia, ao definir um campo específico para a saúde da mulher, transformou o corpo feminino em objeto de estudo da medicina. Essa abordagem prioriza os aspectos fisiológicos da mulher, negligenciando sua sexualidade e reduzindo-a ao campo biológico, denotando a persistência de traços de conservadorismo e do modelo biomédico na assistência à paciente oncológica.

Em resposta às demandas dos movimentos feministas e sanitaristas por uma abordagem integral da saúde da mulher, foi criado em 1984 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pois até então, a saúde da mulher era direcionada à atenção materno-infantil. Esse avanço foi possível devido ao contexto da redemocratização do Brasil e da criação do SUS, que contribuiu para que o novo programa abrangesse ações educativas, preventivas e de tratamento voltadas para todas as fases da vida das mulheres e em assuntos tais como ginecologia, pré-natal, parto, puerpério, planejamento familiar, prevenção de DST's (hoje, IST's) e cânceres de mama e colo do útero. Em 2004, o programa evoluiu para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), incorporando questões de gênero, raça e etnia, e ampliando o atendimento para mulheres negras, indígenas, lésbicas e trabalhadoras rurais (Rattner, 2014).

Em 1996, para combater as altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino, o Ministério da Saúde criou o projeto-piloto "Viva Mulher" em algumas regiões específicas do Brasil e, dado seus resultados positivos, foi expandido em 1998 para todo o Brasil como Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero – Viva Mulher, a partir da “estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema para o monitoramento das ações (Siscolo)²⁵ e dos mecanismos para mobilização de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo” (Brasil, 2016b, p. 21). O programa, importante e primeira ação de controle dos cânceres do colo do

²⁵ Foi integrado ao Sistema de Informação de Câncer (Siscan) no âmbito do SUS, em 2013, junto ao Sismama.

útero e de mama em âmbito nacional, nos anos seguintes, foi incorporado às políticas de controle do câncer do Ministério da Saúde, a PNAO e a PNPC.

Apesar da redução nos tipos de câncer associados a infecções, há necessidade de maior compreensão sobre a prevalência e evolução das infecções por HPV na adolescência, tendo em vista a relação do vírus com o surgimento de lesões intraepiteliais cervicais nesta faixa etária e o risco de progressão para um carcinoma (câncer) em alguns órgãos, como o colo do útero (Löwy, 2015).

Este câncer possui um recorte social e de gênero importante, dado que ele é prevenível e de diagnóstico precoce, bem como não exige necessariamente o uso de alta tecnologia para detecção precoce, como ocorre com o câncer de mama, que além dos métodos convencionais de baixo custo, necessitam de exames de mamografia, ressonância magnética e ultrassonografia para rastreamento da doença.

Considerando que o HPV é sexualmente transmissível, Nogueira e Silva (2009) expõem a eficiência do preservativo masculino na prevenção dessa infecção, mas também a resistência do uso por este público e o pouco conhecimento, pelas mulheres, sobre a camisinha feminina, cultura que implica no processo saúde e doença da população feminina (Nogueira e Silva, 2009).

Outra medida de promoção e prevenção foi iniciada em 2014, quando a vacina contra o HPV foi incorporada no calendário nacional de vacinação, com a imunização de meninas e meninos antes de se tornarem sexualmente ativos. Antes desse ano, a vacina apenas estava disponível em laboratórios privados e com alto custo (Santos e Dias, 2018). No entanto, a cobertura vacinal das meninas e adolescentes no Brasil ainda está distante dos 90% recomendados pela OMS, representando 75,81% em 2022 (Ministério da Saúde, 2023)²⁶.

A maioria dos casos de câncer do colo do útero até os anos 1990 era identificada em estágio avançado, mas este cenário mudou com a

²⁶ A partir de 2024, o Ministério da Saúde atualizou o esquema vacinal contra o HPV no SUS, passando a aplicar dose única para crianças e adolescentes de 9 a 14 anos, seguindo recomendação da OMS, que considera essa dose suficiente para proteção. Segundo o MS, o objetivo é aumentar a adesão e ampliar a cobertura vacinal (Ministério da Saúde, 2024b).

implementação do exame Papanicolau (citopatológico cérvico-uterino)²⁷ nos serviços de APS, levando a um aumento significativo dos diagnósticos em estágios iniciais (Bastos de Paula, Volochko e Figueiredo, 2016).

O Ministério da Saúde recomenda a realização do exame por mulheres entre 25 e 64 anos, que tenham iniciado atividade sexual, e a cada três anos depois de dois exames consecutivos normais, com intervalo de um ano. Essa faixa de idade recomendada pelo MS é mais ampla que a recomendada pela OMS (30 a 49 anos) devido a disponibilidade de recursos pelo Brasil para contemplar uma parcela maior da população. Apesar disso, este tipo de câncer ainda apresenta números elevados (OPAS, 2024).

Em março de 2024, um novo método de rastreamento do câncer do colo uterino passou a ser incorporado no SUS em paralelo ao Papanicolau - a testagem molecular como meio de detecção do HPV -, que possibilita um diagnóstico mais rápido e preciso da doença, repetido a cada 5 anos se negativo o último teste, facilitando o aumento da adesão (Ministério da Saúde, 2024a).

Ainda que não alcançados por toda a população brasileira, vacina contra HPV, educação em saúde, rastreamento pelo Papanicolau e a recente testagem molecular do HPV são aliados na prevenção ao câncer do colo uterino, na medida em que haja promoção e acesso aos serviços na APS.

Tendo em vista os fatores que atravessam o processo de assistência oncológica na rede de atenção em saúde (como o acesso) e interferem nos resultados de prevenção e controle da doença, foi criado o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer²⁸. Recente programa que, de modo geral (pois até o término deste estudo não houve pactuação pela CIT da organização dos critérios das linhas de cuidado específicas), foi estabelecido com a intenção de realizar busca ativa e acompanhamento

²⁷ Com exceção do câncer do colo de útero, os demais tipos de cânceres ginecológicos não são detectáveis pelo exame Papanicolau. É recomendado que a mulher busque assistência médica assim que surgirem sintomas, visando investigação e detecção precoce, embora no câncer de ovário, a segunda neoplasia maligna ginecológica mais comum, os sintomas aparecem à medida que o tumor cresce, portanto, mais difícil de diagnosticar precocemente (NICE, 2021).

²⁸ Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023.

individual dos processos de diagnóstico e tratamento do câncer, com o principal propósito de identificar e superar barreiras que possam prejudicar as medidas de prevenção e controle da doença. Essas barreiras, que podem ser de natureza social, clínica, econômica, educacional, cultural, estrutural ou de acesso, dificultam ou retardam o diagnóstico e tratamento. A navegação, segundo o programa, deve ser realizada mediante a articulação dos componentes da atenção básica, domiciliar, especializada e dos sistemas de apoio, regulação, logística e governança (Brasil, 2023a), promovendo integralidade e cooperação na rede de saúde na garantia da continuidade e da qualidade do cuidado.

Sob gestão municipal, a atenção básica é responsável pela resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população (como o controle e rastreamento do câncer do colo uterino) e, quando os problemas demandarem tecnologias que ultrapassem as disponibilizadas por esse nível de atenção, cabe a ela coordenar o cuidado, gerindo a referência e a contrarreferência dos usuários pelos diversos pontos da rede de saúde, bem como estabelecendo e mantendo relação com os especialistas que assistem os usuários do território, como preconizado pela PNAB (2017).

Vimos, portanto, que a trajetória histórica do câncer no Brasil revela uma evolução significativa na percepção e no tratamento da doença ao se tornar prioridade na saúde pública. Essa evolução foi marcada por diversas iniciativas governamentais que visaram ampliar o acesso a diagnósticos precoces, tratamentos especializados e programas de prevenção, com destaque para o câncer do colo do útero, um importante marcador das desigualdades sociais e de gênero no país. A implementação do PNAISM, do "Viva Mulher" e do Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer exemplificam alguns dos esforços contínuos na atualidade para melhorar a prevenção e o controle do câncer. Contudo, a persistência de desigualdades regionais e socioeconômicas incorporadas a um contexto de austeridade, para além de proposições de ordem intersetorial aponta para a incorporação de proposições mais abrangentes e equitativas na área da saúde oncológica.

3.2. O Espaço da Atenção Oncológica na Teia da Rede de Atenção em Saúde

As primeiras portarias regulamentadoras da atenção oncológica no Brasil surgiram em 1998²⁹, segundo Migowski et al. (2018). Embora a integração das ações e a integralidade da assistência tenham ocorrido apenas com a promulgação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) em 2005³⁰, as regulamentações de 1998 pretendiam melhorar a assistência oncológica no Brasil, estabelecendo critérios para o cadastramento de centros de tratamento de câncer e regulamentando a autorização e cobrança de procedimentos ambulatoriais, de acordo com a autora.

A integralidade proposta na PNAO pretendeu o distanciamento dos programas nacionais anteriores, fragmentados em relação à prevenção, ao diagnóstico e tratamento, este último tradicionalmente concentrado em hospitais especializados. A PNAO também estabeleceu a atenção aos cânceres do colo do útero e de mama como marcadores a serem previstos nos planos de saúde municipais e estaduais e buscou o afastamento do histórico da oncologia, vinculada à alta complexidade e à hegemonia do cuidado pelo profissional médico.

Ademais, o contexto anterior à Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990, marcado pela “expansão da lógica privatista, médico-hospitalocêntrica e de medicina liberal especialmente após o golpe militar de 1964, não favoreceu a organização do sistema de saúde de forma satisfatória para um eficiente controle do câncer no Brasil” (Silva et al., 2017, p. 178). A prioridade dada aos interesses privados e a fragmentação dos serviços dificultaram a implementação de políticas públicas abrangentes e coordenadas para o controle do câncer.

Com a identificação da necessidade de superar a fragmentação da saúde, a integralidade emergiu como resposta na CF/1988 e na LOS/1990. Nesta, a integralidade, princípio norteador do SUS, trata-se de “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais

²⁹ Portarias GM/MS nº 3.535 e nº 3.536/1998.

³⁰ Portaria GM/MS nº. 2.439/2005.

e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei 8.080/1990). E para que isso seja possível, esse princípio visa garantir uma abordagem ampla e coordenada dos cuidados, promovendo a articulação entre prevenção, promoção e tratamento de forma continuada e integrada, o que é essencial para o enfrentamento de doenças complexas como o câncer.

Inexiste uma definição para a integralidade no que se refere à assistência em saúde, mas concepções complementares que corroboram com o entendimento ampliado do SUS. De modo geral, Hartz e Contandriopoulos (2004) entendem a integralidade da assistência como a integração dos serviços de saúde por meio de redes assistenciais, essencial para enfrentar a fragmentação dos modelos de atenção, de forma a envolver ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na coordenação do cuidado entre os níveis de atenção, a fim de resultar em um “sistema sem muros”. Esta concepção não exclui a integralidade proposta pela PNAB³¹ e tampouco a prevista nas legislações na área da oncologia.

Para Kligerman (2000), o Ministério da Saúde reconheceu a importância da integração dos serviços assistenciais e, para reorganizá-los, criou diversos instrumentos legais, como a Autorização para Procedimento de Alta Complexidade (APAC)³² e o estabelecimento de critérios para um CACON. Tendo em vista esse conjunto de normas, a pretensão para a atenção oncológica, nosso objeto de estudo, é o seu ajuste para garantir a integralidade das ações e a integração dos serviços.

Nos sistemas de saúde de todo o mundo existe uma incoerência entre a situação de saúde dos territórios e as respostas às necessidades populacionais

³¹ Entendida como um “conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade” (Brasil, 2017).

³² A APAC é um instrumento utilizado no SUS para registrar, autorizar e faturar procedimentos ambulatoriais de alta complexidade. Seu objetivo é garantir o devido acompanhamento desses procedimentos, para monitoramento, controle e avaliação dos serviços.

(Mendes, 2010), que atribui este descompasso demográfico/epidemiológico e organizativo à fragmentação do cuidado em saúde e à falta de capacidade de adaptação. Como apresentamos na seção anterior, na contemporaneidade, as doenças crônicas encontram-se em ascensão, enquanto as agudas declinam, revelando um dado epidemiológico que deveria resultar em sistemas e respostas direcionados, o que não ocorre nos países, segundo o autor. A ideia de redes na saúde surge, portanto, da fragmentação que assola os sistemas.

Subsidiada por elementos da Constituição Federal de 1988, da Lei 8.080/1990 e do Pacto de Gestão (Pacto pela Saúde/2006)³³, a Rede de Atenção à Saúde (RAS)³⁴ foi estabelecida, em 2010, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população e definida pelo Ministério da Saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010). Ela pretende superar a fragmentação tanto no atendimento quanto na gestão nas Regiões de Saúde³⁵, aprimorando o funcionamento do sistema público de saúde brasileiro. A RAS busca, portanto, através de sua organização poliárquica (Mendes, 2010), garantir que o usuário receba o conjunto de ações e serviços necessários ao seu cuidado nos diferentes níveis de atenção do SUS.

Desafios são colocados quanto a operacionalização e organização da rede, como “a construção do diagnóstico das regiões de saúde e suas deficiências de oferta de serviços em todos os componentes terapêuticos” (Magalhães Junior, 2014, p. 28) e “o esforço de cooperação, entre as esferas governamentais/entes federados que supere a competição, ainda que atravessada por tensões próprias à política governamental e de saúde” (Giovannella, Mendonça e Melo, 2023, s/p).

³³ O Pacto de Gestão, estabelecido pelas portarias GM/MS nº 399 e 699/2006, tem por objetivo descentralizar atribuições e regionalizar a gestão da saúde, definindo responsabilidades entre União, estados e municípios (Menicucci e Marques, 2016).

³⁴ Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

³⁵ “Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011a).

Inicialmente pensada por Dawson em seu relatório de 1920 e adotada por países que instituíram sistemas nacionais de saúde, a organização das redes de serviços de saúde assume significados diversos, variando conforme os atores envolvidos e refletindo debates internacionais sobre o cuidado integrado, de acordo com Kuschnir e Chorny (2010). Sob o rótulo genérico de cuidado integrado, são agrupadas várias intervenções que, embora distintas em objetivos e métodos, compartilham a busca por mecanismos de integração na assistência e na organização dos sistemas. Os sistemas integrados americanos e as redes regionalizadas de sistemas nacionais exemplificam essas abordagens, ainda que no modelo americano não haja preocupação com a universalidade e equidade (por responderem principalmente aos interesses do mercado) e nos sistemas nacionais a regionalização seja usada para ampliar o acesso e reduzir desigualdades, operando redes geograficamente definidas como garantia de direito público (Kuschnir e Chorny, 2010).

Ainda que haja clareza sobre a proposta das redes nos sistemas nacionais de saúde, é preciso entendê-las em sua dinamicidade e sob o ponto de vista do setor privado e de organismos internacionais. O fator econômico se faz presente na organização em redes do sistema público de saúde brasileiro a partir da racionalização dos serviços e centralização do cuidado médico. Com foco na eficiência, a racionalização busca otimizar os recursos disponíveis. A centralização do cuidado médico, por outro lado, implica a concentração de serviços especializados em unidades de referência de alta complexidade, voltados aos aspectos curativo, individual e centrado na figura do médico. Ao passo que as redes são respostas às demandas de eficiência e alcance global, também são necessidades frente às exigências constitucionais de equidade, integralidade e universalidade.

No âmbito da oncologia, foi criada em 2012 a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, que compõe o rol de redes temáticas estabelecidas em 2011 como estratégias de atenção direcionadas a campos de cuidado, tais como: Rede de Atenção Obstétrica e Neonatal, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Giovanella, Mendonça e Melo, 2023). A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas foi estabelecida,

segundo Magalhães Junior (2014), com a intenção de expandir a oferta de serviços diagnósticos e de tratamento na rede de atenção oncológica, priorizando os cânceres de mama e de colo do útero, mais prevalentes na população feminina.

Em decorrência da organização do sistema de saúde brasileiro em redes de atenção, a PNAO precisou ser atualizada e substituída por uma política com enfoque nas medidas preventivas e que supera o conceito de atenção oncológica para controle do câncer (Migowski et al., 2018). As medidas preventivas historicamente tiveram função de saúde pública, ou seja, direcionadas ao bem-estar da população e não propriamente à saúde do indivíduo (Starfield, 2002). Compreendemos que a prevenção às doenças agudas recebeu mais atenção que a prevenção direcionada às doenças crônicas. Silva et al. (2017) reforçam a ideia de que as endemias, no século passado, ocupavam a agenda da política pública de saúde brasileira, enquanto o controle às doenças crônicas como o câncer apenas estavam em pauta nos países desenvolvidos.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) é instituída em 2013³⁶ a partir das novas regulações do SUS, que estabelecem a necessidade de criação de linhas de cuidado, visando a articulação dos níveis de atendimento à saúde, buscando a integralidade da assistência com as RAS, as quais oferecem suporte à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS, redefinida em 2014³⁷ e consoante com a estrutura de organização da rede estabelecida para a atenção oncológica.

A partir do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, de 2011-2022³⁸, o Ministério

³⁶ Instituída inicialmente como portaria, a PNPCC avançou em dezembro de 2023 com a instituição da lei que a regulamenta, em conjunto com um sistema de dados que registram casos suspeitos e confirmados de câncer e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer.

³⁷ Portaria nº 483/2014.

³⁸ Atualmente está em vigor o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil (2021-2030). Dentre as metas estabelecidas está a redução da mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero em 20%, no Brasil, até 2030. Como ação estratégica para o alcance da meta está a organização do processo de trabalho na APS para a detecção precoce do câncer de colo de útero e o

da Saúde lançou em 2013 um documento em parceria com o Departamento de Atenção Básica, onde aborda o controle dos cânceres do colo do útero e de mama e estabelece as linhas de cuidado de cada um deles. No caso do colo do útero, sua linha de cuidado organiza o percurso assistencial da mulher, desde a prevenção até o tratamento, com o objetivo de oferecer um atendimento integral, humanizado e em tempo adequado. Essa linha inclui a promoção de ações preventivas, como a vacinação contra o HPV e a realização de exames regulares de rastreamento, como o Papanicolau, para detecção precoce de lesões precursoras. E suas diretrizes são: prevenção e detecção precoce; Programa Nacional de Qualidade da Citologia (Qualicito); acesso à confirmação diagnóstica; e tratamento adequado e em tempo oportuno (Brasil, 2013b)³⁹.

Na RAS, a linha de cuidado ao câncer do colo do útero organiza-se em diversos níveis, cada um com funções específicas para garantir a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento e os cuidados paliativos de modo integral e coordenado, além de outros componentes da estrutura operacional das linhas de cuidado: sistema de apoio e diagnóstico, sistema de informação e sistema de regulação. No que se refere à Atenção Básica, ela é prevista como porta de entrada do sistema e responsável pela maioria das ações de prevenção e rastreamento. Assim, as equipes devem cadastrar e identificar as mulheres da população prioritária; realizar busca ativa; coletar os exames preventivos, como o Papanicolau; fazer ações educativas, tanto em grupos específicos quanto durante os atendimentos de rotina; acompanhar o tratamento; e garantir que o material coletado seja encaminhado para análise e que os resultados sejam acompanhados (Brasil, 2013b).

A PNPPC também institui os termos para cada componente do sistema de saúde relacionado ao câncer, definindo as competências e

aperfeiçoamento do rastreamento evoluindo do modelo oportunístico (demanda espontânea) para o modelo organizado (busca ativa) (Brasil, 2021).

³⁹ De acordo com o documento, a qualidade dos exames citológicos é garantida pelo Qualicito, que assegura a confiabilidade dos resultados. Em caso de alterações suspeitas, a mulher deve ter acesso rápido à confirmação diagnóstica, por meio de exames complementares, como colposcopia e biópsia. Confirmado o diagnóstico, o tratamento deve ser iniciado de forma rápida e adequada, com opções como cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, almejando oferecer cuidado em tempo oportuno e com base em evidências científicas (Brasil, 2013).

responsabilidades das estruturas operacionais e enfatizando a importância da coordenação e articulação entre elas. Em relação ao componente Atenção Básica, além de promoção, educação em saúde, rastreamento, diagnóstico precoce e encaminhamento de casos suspeitos, esta política destaca sua função de coordenar o cuidado dos pacientes oncológicos, mesmo após a regulação para outros níveis da RAS, revelando que a APS continua desempenhando um papel fundamental no acompanhamento aos usuários (Brasil, 2013c).

No mais, a PNPC coloca que a rede deve ser organizada de forma a garantir o provimento contínuo de ações de atenção à saúde, integrando diferentes pontos de atenção. Essa articulação ocorre por meio de sistemas de apoio, logística, regulação e governança. Além disso, a implementação da política é feita de maneira colaborativa entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitando a organização regionalizada e descentralizada (Brasil, 2013c).

A partir da organização do sistema de saúde em redes, os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia foram inicialmente redefinidos pela Portaria nº 140/2014⁴⁰. Ela estabelece, ainda, as competências de cada esfera de gestão do SUS em relação ao suporte aos CACON⁴¹ e às UNACON⁴². De acordo com esta portaria e as seguintes, os municípios desempenham responsabilidades coordenadas junto aos estados para organização dos estabelecimentos de saúde habilitados em oncologia.

A coordenação entre municípios e estados no Brasil, conforme Menicucci e Marques (2016), é necessária para a implementação eficaz de políticas sociais, especialmente na área da saúde, devido à natureza federativa do país e à complexidade dessas políticas, que têm na regionalização meio de gerir a rede de serviços, diversificada e distribuída territorialmente. “A gestão dessa rede de serviços em um contexto federativo exige combinar a autonomia

⁴⁰ Atualizada pelas Portarias SAES/MS Nº 1399/2019 e Nº 688/2023.

⁴¹ Centros de Assistência Especializada em Oncologia.

⁴² Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

dos entes federados com a cooperação entre eles de forma a garantir a universalidade e integralidade da atenção à saúde” (Menicucci e Marques, 2016, p. 824). Ainda segundo os autores, a cooperação coordenada entre as três esferas de governo é condição para a garantia da assistência pela construção de redes de atenção à saúde.

Desta forma, para que a organização em redes se efetive, a RAS aplicada às Regiões de Saúde deve buscar identificar a população e o território sob sua responsabilidade, para definir os parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo tempo e resposta necessários ao atendimento. É o que veremos no próximo capítulo, ao estudar as particularidades da política de saúde do município de Niterói no que se refere principalmente à atenção oncológica e ao câncer do colo do útero.

CAPÍTULO 4. ESTUDO AVALIATIVO DA ONCOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI

Este capítulo pretendeu apresentar os resultados e análises do estudo da Atenção Primária à Saúde de Niterói a partir de sua inserção na rede de atenção oncológica. Para isso, iniciou com apresentação do município, pioneiro na implantação de uma rede básica de serviços, com o Projeto Niterói. Em seguida, trouxe a estrutura organizacional atual da saúde primária, mapeou as unidades que integram a APS e seus serviços e discutiu sobre a influência dos novos modelos de gestão no lócus da pesquisa.

A seção seguinte examinou a estrutura e os desafios da rede de atenção oncológica em Niterói, trazendo dados epidemiológicos do câncer e a organização do serviço de saúde pesquisado em termos de controle do câncer do colo do útero. Foram levantadas e analisadas as seguintes variáveis: tipos de ações e serviços voltados ao câncer do colo uterino ofertados pela APS; número de exames citopatológicos realizados na APS e de resultados disponíveis; tempo para atendimento de retorno na APS das usuárias com exame citopatológico alterado; vínculo dos profissionais da APS do município; número de profissionais envolvidos em programas de educação continuada em oncologia; tempo para atendimento das usuárias com citopatológico alterado nos demais pontos da rede.

Por fim, o capítulo refletiu sobre o papel da APS, analisando seu desempenho na rede de atenção oncológica do município, através das estratégias para coordenação e integralidade do cuidado, subsidiado pelas variáveis: protocolos de referência e contrarreferência na APS; sistemas de informação integrados entre os diferentes pontos da RAO; mecanismos para a garantia da integralidade e da coordenação do cuidado às mulheres em tratamento do câncer do colo uterino.

4.1. Atenção Primária à Saúde no Município de Niterói: trajetória e configuração atual

Niterói é um município situado na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, está administrativamente dividido em 52 bairros organizados em

cinco regiões administrativas⁴³ e integra a Região Metropolitana II (RM II), no que se refere à organização da saúde no estado. Em 2022, contava com 481.749 habitantes (IBGE, 2022), sendo 22,9% da população, idosos, e a proporção de mulheres idosas chegando a 26% (Niterói, 2021b). Este cenário exige adaptação dos serviços de saúde para atender às necessidades específicas desse grupo etário, incluindo o aumento de programas de prevenção e manejo de doenças crônicas.

Em relação à economia do município, ela é impulsionada pelos setores de serviços e indústria, além de royalties do petróleo. O último IDH de Niterói, atualizado em 2010, era de 0,837, índice considerado elevado, mas ainda assim havia 15% da população vivendo em áreas de vulnerabilidade social (Niterói, 2021b), dado que mostra as contradições do município e evidencia a necessidade de políticas públicas que atuem na redução das desigualdades socioeconômicas e garantia do acesso equitativo aos serviços públicos. No mais, 91,1% do município possuía esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2010), 47,44% da população era ocupada laboralmente e o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 3,0 salários mínimos (IBGE, 2022).

Apesar de indicadores socioeconômicos favoráveis, tais como o alto IDH e o PIB per capita elevado (R\$ 128.333,01 em 2021, pelo IBGE), a cidade apresenta fragilidades no planejamento estratégico de políticas públicas, como da saúde, resultando em infraestrutura precária e falta de recursos básicos nas unidades de saúde. As coberturas vacinais inadequadas (cobertura de 34% do público-alvo da tríplice viral, caxumba, rubéola e poliomielite) e a baixa posição no ranking de indicadores de Atenção Primária do Ministério da Saúde (Niterói ocupa a posição 76º no estado do RJ e 5.156º nacional na avaliação do Programa Previne Brasil⁴⁴) refletem graves problemas de saúde pública, que

⁴³ São regiões administrativas: Praias da Baía, Norte, Leste, Pendotiba e Oceânica.

⁴⁴ Indicadores do Programa Previne Brasil: 1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação; 2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; 4. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; 5. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e poliomielite inativada; 6. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; 7. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicadas solicitada no semestre (Ministério da Saúde, 2022).

não condizem com o histórico inovador de atenção básica que o município representa. Portanto, para compreender a situação atual da saúde pública no município, faz-se necessário analisar seu percurso ao longo da história.

A política de saúde no município de Niterói ganhou reconhecimento nacional por seu pioneirismo na implantação de uma rede básica de serviços que remontam aos anos 1980, mas propostas em torno de mudanças no modelo assistencial à saúde do município se fazem presentes desde o final da década de 1970.

Parada (2001) descreve a centralização do sistema de saúde no estado do Rio de Janeiro, antes da década de 1980, com pouca participação dos municípios na gestão da saúde pública. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) era responsável por operar os serviços de saúde voltados principalmente para a prevenção, como controle de doenças infecciosas. Segundo o autor, os centros de saúde eram de propriedade do estado e estavam espalhados pelos distritos-sede dos municípios, sem qualquer vínculo com as prefeituras.

Por sua vez, a assistência médica curativa, orientada pelo modelo médico hegemônico, ficava a cargo de outras instâncias, como os Postos de Assistência Médica (PAM), a rede contratada e conveniada ao INPS e as entidades filantrópicas e Santas Casas (Parada, 2001). Esse modelo de fragmentação resultava em desconexão entre os serviços preventivos, que eram oferecidos pelo estado, e os curativos, que eram executados por outras entidades.

Em Niterói, o Departamento de Saúde da prefeitura se ocupava basicamente da administração dos cemitérios da cidade e de um Centro Social Urbano, porém, como capital do antigo estado do Rio de Janeiro até 1975 e sede da SES, a cidade apresentava oferta de serviços públicos de saúde mais robustos do que muitos municípios vizinhos (Parada, 2001; Santiago, 2010). Niterói contava, portanto, com hospitais e serviços especializados, tais como as unidades da SES: Hospital Estadual Azevedo Lima, Hospital Estadual Ary Parreiras, Hospital Infantil Getúlio Vargas Filho, Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Hospital e Maternidade do ASPERJ; do INPS: Hospital Orêncio de

Freitas; e da UFF: Hospital Universitário Antônio Pedro (Santiago, 2010). Ainda que distribuídos desigualmente pelo território municipal, ficando concentrados em áreas mais centrais da cidade, essa condição privilegiada em termos de oferta de serviços públicos de saúde conformou a atual rede de atendimento da cidade, que herdou grande parte dessas estruturas.

Em busca de um esforço para melhorar a cobertura dos serviços de saúde, ao passo que lida com os desafios do período⁴⁵, a Secretaria de Saúde e Ação Social (renomeada Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, em 1977) implementou o Programa de Atenção Primária à Saúde na segunda metade da década de 1970, que enfatizava a universalização, hierarquização e integralidade dos serviços em áreas periféricas do município (Mascarenhas, 2003). O programa subsidiou a busca por estruturação da rede de saúde de Niterói por Hugo Coelho Barbosa Tomassini⁴⁶ em 1977, na qual “a ideia era formar um cinturão, uma rede primária em toda a periferia do município, que seria complementar às estruturas já existentes” (Mascarenhas, 2003, p. 55).

A partir disso, o então secretário de saúde e sua equipe criaram o Plano de Ação 1977-1980, que representou uma transformação fundamental na abordagem da saúde pública no município, visando estabelecer uma rede municipal de unidades de saúde para atender áreas periféricas e populações de baixa renda. Essa iniciativa foi apoiada por ações como o treinamento de agentes comunitários de saúde, que contribuíram para a integração entre comunidade e serviços de saúde; a construção de novas unidades de saúde que, com o aumento dos recursos municipais⁴⁷, reduziram a dependência da população em relação aos serviços de saúde previdenciários e estaduais; e o

⁴⁵ Alguns desafios deparados pelo município e apontados por Mascarenhas (2003) foram: serviços de saúde concentrados em áreas centrais da cidade, dificultando o acesso das populações de áreas periféricas; prestação segmentada de serviços com base em critérios institucionais (INAMPS, IPASE, FUNRURAL, IASERJ), provocando um sistema excludente; perda do status de capital após a fusão do Estado da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro, que resultou no esvaziamento de recursos financeiros e poder político; alto índice de pobreza e favelização, com 39% da população de Niterói morando em favelas, em 1977.

⁴⁶ Médico e professor do Departamento de Saúde da Comunidade da UFF e secretário de Saúde e Assistência do governo Moreira Franco.

⁴⁷ À época, a prefeitura de Niterói não disponibilizava de recursos financeiros para a construção das unidades, por isso foi necessário o aumento de dotação orçamentária para a saúde no orçamento municipal e a solicitação de financiamento federal através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), além da assinatura de convênios com instituições (Santiago, 2010).

incentivo à colaboração entre gestão de saúde e associações de moradores (Sousa, 2015). Ainda que tenha enfrentado resistência política, especialmente após mudanças no governo municipal em 1979, o plano apresentou, além dos resultados mencionados, contribuição significativa para as bases das propostas de Reforma Sanitária no Brasil na década de 1980, advinda das reivindicações de profissionais de saúde e grupos comunitários.

Como vimos no segundo capítulo deste trabalho, as Ações Integradas de Saúde (AIS) tinham como estratégia expandir e integrar os serviços entre os três níveis do governo e, engajado com essas ações estava o Projeto Niterói. Em vigência de 1982 a 1989, foi uma iniciativa pioneira de hierarquização e regionalização da rede de saúde. Esse projeto resultou em maior articulação entre as discussões teóricas da academia e a realidade vivenciada nos serviços de saúde. Tratou-se, portanto, de iniciativa conjunta de diversas instituições, incluindo a Universidade Federal Fluminense (UFF), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com o objetivo primeiro de organizar os serviços públicos de saúde de maneira integrada e regionalizada, além de ampliar sua cobertura não apenas para a população de Niterói, mas também dos municípios vizinhos: São Gonçalo, Itaboraí e Maricá (Sousa, 2015).

Somada à participação dos profissionais de saúde e das autoridades acadêmicas, a população também se fez presente no Projeto Niterói, através de reuniões e seminários, que fomentaram ampla discussão sobre os modelos de atenção à saúde com diversos atores estratégicos da sociedade (Sousa, 2015). Essa participação ativa permitiu que a população deixasse de ser apenas alvo de políticas direcionadas e se tornasse sujeito ativo na construção da política de saúde.

Após a eleição de Jorge Roberto Silveira para a prefeitura de Niterói, em 1989, muitos dos técnicos que atuavam no Projeto Niterói assumiram cargos na Secretaria Municipal de Saúde e, depois, na Fundação Municipal de

Saúde⁴⁸, como o Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer, ex-Secretário Executivo do Projeto Niterói, o que ajudou a impulsionar o processo de municipalização da saúde e a reorganização do sistema local, a partir das recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e da Constituição Federal de 1988 (Hubner e Franco, 2007; Sousa, 2015).

Em 1987, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)⁴⁹ substituíram as AIS, como parte das reformas na saúde pública durante o contexto de transição democrática⁵⁰ do Brasil. Até então, como vimos, o sistema de saúde era centralizado no INAMPS, vinculado ao modelo previdenciário, que limitava o acesso à saúde aos trabalhadores formais. Com a pressão do movimento da reforma sanitária e o avanço da redemocratização, os SUDS foram implementados como mecanismos para descentralizar a gestão da saúde. Suas principais características incluíam a descentralização da administração dos serviços de saúde, a criação de instâncias de participação popular (como conselhos e conferências de saúde) e a fusão de estruturas administrativas, além da organização dos Distritos Sanitários⁵¹. Embora os SUDS tenham pavimentado o caminho para a criação do SUS, não focaram na alteração do modelo de atenção à saúde, que ainda era voltado à dicotomia entre prevenção e cura (Fausto, 2005).

A reação à centralização dos governos autoritários perdurou e desencadeou, constitucionalmente, na descentralização federativa com ênfase na municipalização, embora o processo tenha sido retardado pelo governo

⁴⁸ Instituída pela Lei nº 718 de 1988 e modificada pela Lei nº 831 de 1990, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMSN) foi estabelecida com o propósito de acelerar a reorganização administrativa da gestão de saúde e colocar em prática as políticas de saúde do novo governo (Santiago, 2010).

⁴⁹ Decreto nº 94.657, de 20/7/1987.

⁵⁰ O período de redemocratização no Brasil refere-se ao processo de transição do regime militar (1964-1985) para um governo democrático. Esse período foi caracterizado por uma série de eventos políticos e sociais que culminaram na restauração das instituições democráticas.

⁵¹ Os Distritos Sanitários foram criados no Brasil como parte de um processo de descentralização da gestão do sistema de saúde. Em Niterói, a criação dos Distritos Sanitários, que também pretendia aproximar a administração central das populações periféricas, teve início a partir da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 (Mascarenhas, 2003). No entanto, essa tentativa de descentralização no município não atingiu seu objetivo principal, pois os distritos acabaram se tornando estruturas burocráticas, afastando-se da proposta original de integração entre as comunidades e a gestão central, chegando ao fim em 1995 (Santiago, 2010).

Fernando Collor de Mello⁵² (1990-1992). Para Abrucio (2022), o reconhecimento dos municípios como entes federativos com grande peso e responsabilidade em várias áreas da política pública é um aspecto distintivo do federalismo brasileiro em relação a outros regimes federativos no mundo. Embora, para o autor, o modelo federativo do Brasil precise ser repensado para garantir uma distribuição mais equitativa de recursos e responsabilidades entre os entes federativos.

No âmbito da saúde, a descentralização foi apresentada na Constituição Federal de 1988 como diretriz do novo sistema público de saúde - SUS - e, depois, na Lei Orgânica da Saúde de 1990, enquanto princípio organizativo. Na CF, a descentralização na saúde, assegurada pelo modelo de federalismo cooperativo consagrado pelo documento, foi organizada a partir da distribuição de funções específicas entre os entes da federação.

A municipalização da saúde de Niterói, “tradicional reduto do Movimento Municipalista Brasileiro” (Hubner e Franco, 2007), ganhou força a partir de 1989, com a criação da Fundação Municipal de Saúde de Niterói – entidade autárquica de direito público, criada para apoiar as novas responsabilidades advindas da municipalização (Sousa, 2015) – com a implementação dos Distritos Sanitários em 1990 – que previam maior descentralização política e administrativa -, e com a instituição do Programa Médico de Família (PMF) a partir da inauguração do seu primeiro módulo em 1992.

Precursor do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, o PMF foi criado em Niterói para implementar um plano municipal conforme os princípios do SUS, visando à saúde integral da população e equidade no acesso aos serviços. Inspirado no modelo cubano de Medicina Familiar e Comunitária, a equipe gestora local estabeleceu uma cooperação internacional com Cuba para adaptar o modelo às necessidades locais. O programa aproveitou a estrutura existente e o interesse político para fortalecer a Atenção Primária nas áreas

⁵² O governo Collor de Mello dificultou o processo de descentralização no Brasil ao priorizar o ajuste fiscal e reduzir os gastos públicos, o que afetou diretamente o repasse de recursos e a autonomia financeira dos estados e municípios. Também centralizou o controle financeiro, dificultando a implementação efetiva das políticas sociais descentralizadas previstas pela Constituição de 1988 (Souza e Carvalho, 1999).

mais vulneráveis, focando na adscrição de clientela, nova relação entre serviços de saúde e usuários, e integralidade das ações. Apesar de recursos financeiros limitados, o programa demonstrou viabilidade econômica ao integrar e expandir os serviços de saúde, enfrentando desafios como a sobrecarga das unidades devido à demanda de municípios vizinhos (Sousa, 2015; Hubner e Franco, 2007).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF). Niterói não aderiu de imediato a esse programa, mantendo sua configuração como Programa Médico de Família, sendo custeado exclusivamente com recursos próprios municipais, até seu reconhecimento nacional como PSF pela portaria nº 1.399/1999, que finalmente permitiu ao município receber incentivos financeiros federais a partir do modelo de financiamento previsto pela NOB 96⁵³, como também expandir os módulos de médico de família e criar um Pólo de Capacitação em Saúde da Família⁵⁴.

O PSF foi criado, como vimos no segundo capítulo deste trabalho, com o objetivo de propor uma reformulação do modelo assistencial focado na atenção básica. O programa ofereceu abordagem integral e contínua da saúde, voltado à prevenção de doenças e intervenção em saúde de forma horizontal e adaptada às realidades locais. Com o tempo, o PSF se consolidou como uma estratégia central para a APS e, em 2006, a PNAB enunciou sua transição para a ESF, reforçando o papel das equipes de saúde da família como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde (Pinto e Giovanella, 2018).

Cabe mencionar que Niterói ainda faz uso da nomenclatura PMF em seus documentos para designar seus serviços de atenção primária

⁵³ A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS 96) foi importante para a consolidação do SUS ao enfatizar a descentralização e municipalização da saúde, transferindo aos municípios a gestão dos serviços e criando o PAB (fixo e variável) para garantir o financiamento da APS, através do repasse “fundo a fundo” dos recursos e de forma regular e automática (Mendonça et al., 2018) e incentivou a discussão do modelo de atenção.

⁵⁴ Os Pólos de Capacitação foram criados para enfrentar as deficiências na formação de profissionais de saúde no PSF. Esses pólos resultaram da colaboração entre serviços de saúde e instituições de ensino superior, voltados ao treinamento introdutório e à educação permanente dos profissionais, bem como na formação de graduação e pós-graduação. Em Niterói, foi estabelecido o Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro em 1999, que envolveu a Secretaria Estadual de Saúde, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMSN) e várias instituições de ensino (Mascarenhas, 2003).

representados pelos módulos, embora estes estejam consonantes com a política nacional e adotem a ESF. De acordo com Sousa (2015), o PMF de Niterói passou por algumas dificuldades no processo de expansão e adequação à estratégia nacional, especialmente durante a gestão de 2009-2012, do prefeito Jorge Roberto Silveira. Durante esse período, ACS e enfermeiros foram incluídos nas equipes, ampliando a cobertura, mas o processo foi mal planejado porque, segundo a autora, os ACS não receberam capacitação adequada e as funções dos enfermeiros não foram claramente definidas, gerando confusão. A contratação de médicos também era uma dificuldade, devido à concorrência salarial com municípios vizinhos. Por fim, com a adequação ao NASF, a supervisão médica foi prejudicada pelo aumento do número de equipes para cada supervisor, reduzindo o tempo de apoio técnico.

Mesmo que ameaçada por interesses políticos e econômicos contrários aos preceitos do SUS e pela atualização da PNAB em 2017, a ESF ainda é a estratégia nacional prioritária na APS. Por este motivo, a ESF contempla as demais estratégias na composição de sua equipe (eSF), composta no mínimo por médico (preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em Saúde da Família), auxiliar (ou técnico) de enfermagem, e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescida por agente de combate às endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal (Brasil, 2017).

Em 2019, a Portaria nº 2.539 adicionou as equipes de Atenção Primária (eAP), substituindo as equipes de Atenção Básica (eAB), com a obrigatoriedade de médicos e enfermeiros, além de cargas horárias distintas em duas modalidades. Essas equipes, segundo a atualização, diferem das eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município, e deverá observar as diretrizes da PNAB e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde.

As eSF também podem ser complementadas por equipes dos Núcleos Ampliados da Saúde da Família (NASF-AB), que realizam apoio matricial e acompanham as populações cobertas por suas respectivas unidades básicas

de saúde. Em Niterói, as equipes NASF são formadas por: médico clínico, médico pediatra, médico ginecologista-obstetra, psicólogo, assistente social, sanitaria, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Fica a critério do gestor local a escolha dessas categorias, definidas de acordo com as demandas do território (Niterói, 2021a).

A partir da Portaria nº 635/2023, do Ministério da Saúde, as equipes multiprofissionais da atenção básica foram aprimoradas e denominadas eMulti. Por prever aumento do cofinanciamento federal para as equipes multiprofissionais, a referida portaria incluiu novas especialidades médicas, tais como cardiologia, dermatologia, endocrinologia, hansenologia e infectologia, na possibilidade de composição das equipes e ampliou a carga horária dessas equipes, com o intuito de fortalecer o cuidado em saúde nesse nível de atenção.

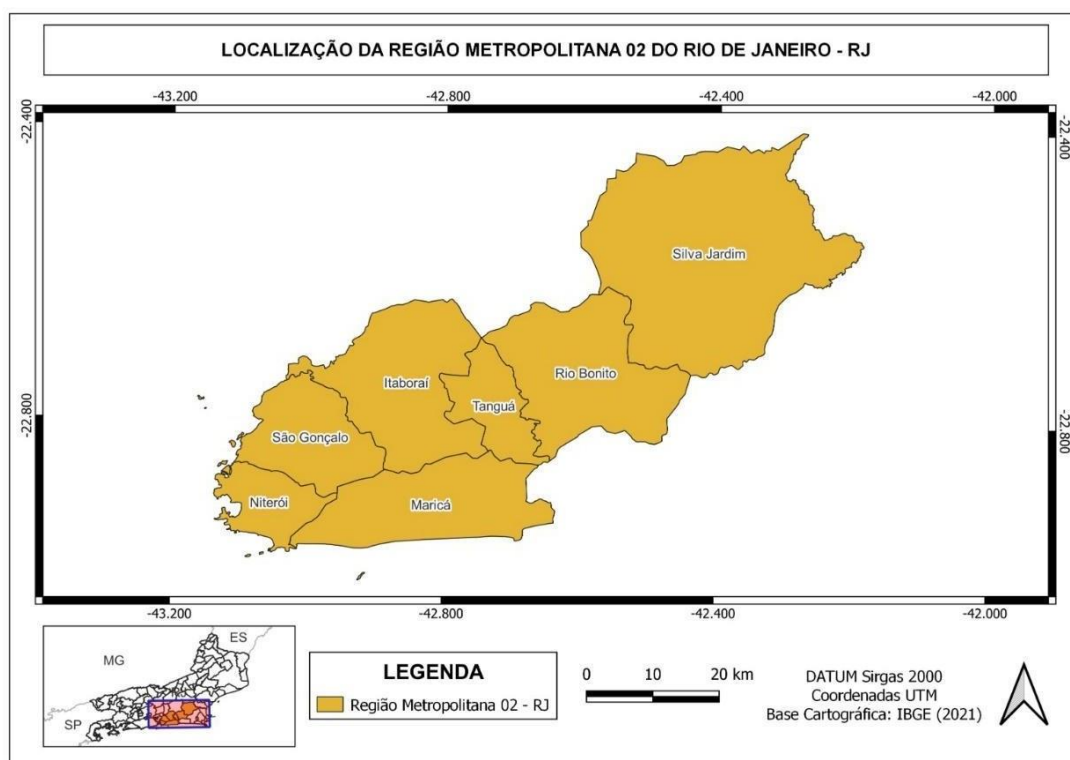
Em agosto de 2024, a rede de saúde pública no município de Niterói estava organizada e estruturada conforme detalhado a seguir.

Niterói faz parte da Região Metropolitana II, junto aos municípios de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá, conforme a Figura 01. A organização dos municípios em regiões de saúde no estado do Rio de Janeiro segue uma divisão territorial baseada em características geográficas, demográficas e de ocupação. O Plano Diretor de Regionalização, por meio das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS SUS 2001/2002) e do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006) dividiu o estado em nove regiões de saúde (Metropolitana I, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Norte, Noroeste, Serrana, Centro-Sul, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande), as quais mantêm seu desenho atualmente, de acordo com Carvalho (2024)⁵⁵. Segundo Kuschnir et al. (2010), cada região deve dispor de

⁵⁵ Segundo Kuschnir et al. (2010), a divisão da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro em duas regiões de saúde (Metropolitana I e Metropolitana II) foi motivada desde os anos 2000 pelo grande contingente populacional e capacidade de serviços. O município do Rio de Janeiro chegou a solicitar sua separação da Região Metropolitana I em 2009, tornando-se uma região de saúde independente, pela Deliberação CIB nº 753, mas novas discussões jurídicas e conceituais levaram ao retorno da capital à Região Metropolitana I, conforme a Deliberação CIB nº 1.383 de 2011, e manutenção da organização inicial em nove regiões de saúde, basicamente a mesma divisão das regiões político-administrativas, com alterações na Metropolitana e na Baixada Litorânea, de acordo com os autores.

uma rede de atenção à saúde capaz de atender as necessidades locais, promovendo acesso e atenção integral à saúde. Portanto, no mínimo, devem contar com Atenção Primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (Brasil, 2011a).

Figura 01 - Mapa da Região Metropolitana II. Rio de Janeiro, 2021



Fonte: Base cartográfica do IBGE (2021).

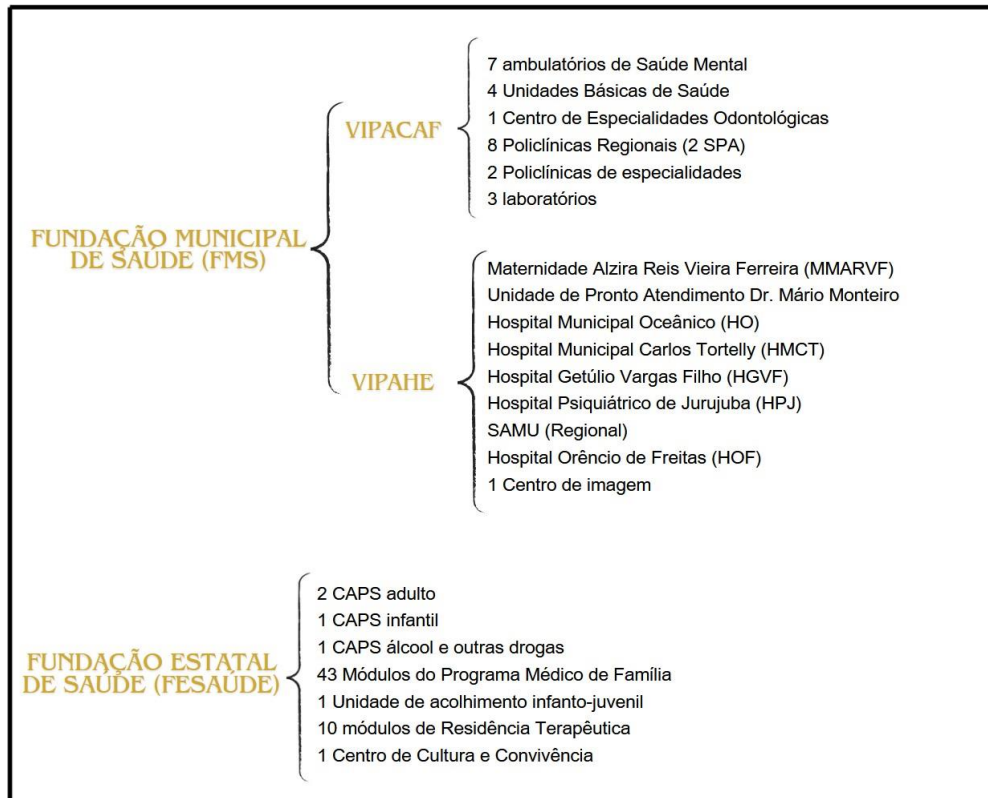
A proposta de organização em regiões visa superar a fragmentação e garantir a eficiência na prestação de serviços, de modo que nenhum município fique descoberto de atenção, mesmo que não disponha de determinado serviço em seu município, mas ofertado por sua respectiva região de saúde. Organiza-se, portanto, a partir da regionalização e da criação de redes como estratégias centrais. A implementação do Pacto de Gestão e a necessidade de planejamento regional são essenciais para enfrentar os desafios e adaptar as redes às condições locais.

Niterói possui destaque na RM II e é o terceiro município em importância econômica no estado do Rio de Janeiro, perdendo para a capital e Maricá; esse último com consideráveis avanços em termos econômicos nos últimos

anos (IBGE, 2021). Niterói dispõe de ampla infraestrutura se comparado aos municípios vizinhos, em função de seu histórico como capital do estado até 1975, quando houve a fusão com o estado da Guanabara, e pela presença de técnicos e instituição de ensino (Universidade Federal Fluminense) empenhados na reorganização do sistema de saúde local durante o Movimento de Reforma Sanitária e que até hoje contribuem para a formação e qualificação de profissionais da saúde.

Atualmente, a RAS do município é composta por unidades ou pontos de atenção sob gestão municipal e unidades sob gestão estadual e federal. Concernente ao município, a atenção à saúde é organizada pela Secretaria Municipal de Saúde/ Fundação Municipal de Saúde (SMS/FMS), que descentraliza sua gestão em duas vice-presidências: a Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF) e a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar (VIPAHE). A atenção ainda é complementada pela Central de Regulação (CREG) e pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde), essa última criada em 2019 e responsável pelos serviços de PMF e saúde mental (Niterói, 2021b). Destaca-se, portanto, a divisão dos serviços de saúde do município em dois tipos de gestão: administração direta (FMS) e administração indireta (FeSaúde), resgatadas mais à frente. No Quadro 02, podemos observar cada uma das unidades administradas pelo município, que vão desde a Atenção Primária à média e alta complexidade.

Quadro 02 – Pontos de atenção à saúde do SUS sob gestão municipal. Niterói, 2021



Fonte: Adaptado do Plano Participativo de Saúde de 2021.

Além da organização do município em áreas administrativas, a Secretaria Municipal de Saúde, a fim de ordenar seus serviços no território, organizou os bairros e suas respectivas regionais de acordo com o Quadro 03.

Quadro 03 - Regionais de Saúde. Niterói, 2021

Regionais de Saúde	Bairros
Norte I	Fonseca, Cubango, Viçoso Jardim e Caramujo.
Norte II	Engenhoca e Tenente Jardim.
Norte III	Barreto e Baldeador.
Praias da Baía I	Ilha da Conceição, Santana, São Lourenço, Bairro de Fátima, Centro, Morro do Estado, São Domingos, Gragoatá, Boa Viagem, Ponta D'Areia.
Praias da Baía II	Ingá, Icaraí, Pé Pequeno, Santa Rosa, Viradouro, Vital Brazil, São Francisco, Charitas, Jurujuba.
Pendotiba	Ititioca, Largo da Batalha, Cachoeira, Maceió, Cantagalo, Badu, Sapê, Matapaca, Vila Progresso, Muriqui e

	Maria Paula.
Itaipu	Itacoatiara, Itaipu, Santo Antônio, Maravista, Serra Grande, Engenho do Mato, Rio do Ouro e Várzea das Moças.
Piratininga	Jardim Imbuí, Piratininga, Camboinhas, Cafubá, Jacaré.

Fonte: Adaptado da Carteira de Serviços de Niterói de 2021.

Segundo a carteira de serviços de Niterói (2021), cada uma das regionais de saúde acima elencadas são contempladas por uma policlínica regional⁵⁶, as quais oferecem suporte às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aos Módulos do Médico de Família (MMF), ambos portas de entrada no SUS. Os MMF diferenciam-se das UBS por atenderem áreas menores e estratégicas (setorizadas), e suas equipes serem responsáveis por determinadas parcelas da população adscrita. Niterói tinha 3 equipes de Atenção Primária (eAP)⁵⁷ em 2022 (SISAPS, 2022), 108 de saúde da família (eSF), 2 de consultório na rua (eCNR), 29 de saúde bucal (eSB) e 5 de eMulti, em dezembro de 2023 (Niterói, 2023a). As equipes da ESF possuíam capacidade de atendimento a 374.929 habitantes, dentre os 516.981 munícipes (Niterói, 2021a), e a cobertura do PMF em todo o município era de 47,9% da população em 2023 (Ministério da Saúde, 2023)⁵⁸, isso se deve sobretudo à reorganização da rede de Atenção Primária com a criação da FeSaúde e ao acesso de parcela da população aos serviços privados, considerando sua cobertura de 56,5% no município (SIB/ANS, 2024).

⁵⁶ Policlínica Regional Dr. Carlos Antônio da Silva (Praias da Baía I), Policlínica Regional Dr. Sérgio Arouca (Praias da Baía II), Policlínica Regional Dr. Guilherme Taylor March (Norte I), Policlínica Regional Dr. Francisco da Cruz Nunes (Regional Pendotiba), Policlínica Regional Assistente Social Maria Aparecida da Costa (Regional Itaipu), Policlínica Regional Dom Luiz Orione (Regional Piratininga), Policlínica Regional Dr. João da Silva Vizella (Regional Barreto), Policlínica Regional Dr. Renato Silva (Norte II) (Niterói, 2021a).

⁵⁷ As equipes de atenção primária (eAP) foram instituídas pela portaria nº 2.539/2019, que estabelece diferenças em relação às eSF na composição, sendo as eAP compostas por no mínimo médicos (preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade) e enfermeiros (preferencialmente especialistas em saúde da família) cadastrados em uma mesma unidade de saúde (SISAPS).

⁵⁸ Enquanto a cobertura da APS no estado do Rio de Janeiro era de 69.1% e a nacional era de 79.6% em 2023, segundo o relatório integrado de gestão do Ministério da Saúde e do Tribunal de Contas da União (MS/TCU, 2024).

O MMF onde o estudo que deu origem a esta dissertação de mestrado foi realizado, disponibiliza 4 equipes de saúde da família, com capacidade de atendimento para 3.746 pessoas por equipe⁵⁹ e 2 equipes de saúde bucal para um total de 8.994 pessoas cadastradas em 2023 (Niterói, 2023a). De acordo com uma das entrevistadas, o módulo apresentava, em agosto de 2024, cerca de 9.000 usuários e 4.000 domicílios cadastrados, com pretensão de expansão (E4).

De acordo com a entrevistada E4, a assistência à saúde é oferecida a todos os usuários inseridos no território de abrangência do módulo, mas há que se destacar os grupos prioritários da população, em conformidade com as linhas de cuidado direcionadas aos ciclos de vida, propostas pelo Ministério da Saúde, os quais são alvos de ações e serviços específicos (saúde da criança, saúde da mulher - período gestacional, medidas preventivas de colo do útero e mama -, grupo de doenças crônicas - hipertensos, diabéticos -, saúde do idoso).

A APS do município conta com uma série de atividades assistenciais, como podemos observar no Quadro 04, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Cada uma dessas atividades é acompanhada por um conjunto de ações que pretende direcionar os serviços.

Quadro 04 – Atividades assistenciais na APS de Niterói. Niterói, 2021

Atividades assistenciais	Ações
Consultas	Podem ser realizadas individualmente ou de forma multidisciplinar entre médicos, enfermeiros, odontólogos e profissionais do NASF.
Atenção domiciliar e territorial	Envolve visitas e atendimentos domiciliares e territoriais, estabelecendo vínculos e focando na atenção às famílias e à comunidade. Todos os membros das equipes de APS são responsáveis por essas visitas, que devem ser planejadas de acordo com as necessidades e prioridades do território.

⁵⁹ Número acima dos parâmetros estabelecidos pela PNAB (2019): 2.000 a 3.500 pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF).

Vigilância em Saúde	Coleta e analisa dados sobre eventos de saúde para planejar e implementar ações públicas, protegendo e promovendo a saúde da população, além de prevenir e controlar riscos e doenças. Inclui vigilâncias epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e sanitária, e a análise de situação de saúde.
Promoção da Saúde	Busca melhorar a qualidade de vida da população através de ações, serviços e práticas educativas que ampliam a consciência sanitária e direitos e deveres da cidadania. Ela integra estratégias intra e intersetoriais, mobilizando e fortalecendo a participação social.
Atenção à saúde direcionada aos ciclos da vida	Pretende atender as especificidades desses grupos em relação ao processo de saúde e doença: saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto, saúde da mulher, saúde do homem e saúde do idoso. Ainda que pareça fragmentar a atenção em saúde, é uma forma de organização das ações destinadas a esses grupos a partir de diretrizes nacionais estabelecidas.
Atenção à saúde de populações específicas ou áreas estratégicas	Atenção à saúde bucal, saúde mental e à população em situação de rua.
Procedimentos e cirurgias ambulatoriais	São uma dimensão do cuidado onde trabalhadores usam instrumentos, técnicas e protocolos para atender necessidades dos usuários. Dividem-se em "procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico" e "procedimentos médicos-cirúrgicos". É essencial que a atenção primária no SUS realize pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos, avaliando riscos e a necessidade de encaminhamento.
Manejo das situações de urgência e emergência	Urgências são categorizadas em baixo risco, resolvíveis na APS, e alto risco, que podem demandar suporte hospitalar. A APS tem papel fundamental no acolhimento, classificação e primeiros cuidados, podendo resolver casos ou encaminhar para serviços hospitalares. A capacidade de resolução da APS impacta diretamente os serviços de urgência municipais.

Fonte: Adaptado da Carteira de Serviços de Niterói, 2021.

Dentre as atividades assistenciais previstas pela carteira de serviços, são ofertadas pelo MMF selecionado: consultas programadas e por demanda espontânea, imunização, aferição de pressão arterial e glicemia, realização de curativos, administração e dispensação de medicamentos, atividades odontológicas em consulta ou em atividades coletivas, atividades de educação em saúde, tais como a ação intersetorial “Saúde e Cidadania no Território”, o “Dia Delas” e as atividades de sala de espera, dentre outras, conforme relatado por E4.

No âmbito da atenção à saúde direcionada aos ciclos da vida, no que se refere à saúde da mulher na prática da APS, a carteira de serviços prevê como uma das ações a realização da atenção ao câncer de colo de útero, que pretende:

Realizar busca ativa de mulheres-alvo da política de rastreamento de câncer de colo de útero e com exames em atraso;

Ofertar o rastreamento do câncer de colo uterino para todas as mulheres que iniciaram sua vida sexual, independentemente do gênero do parceiro, na faixa etária de 25 a 64 anos, de três em três anos, após dois resultados consecutivos normais, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde/INCA;

Garantir o seguimento dos casos suspeitos, de acordo com fluxo da rede municipal de saúde: colposcopia, biópsia, exames de imagem e encaminhamento dentro do prazo legal estabelecido;

Prover os cuidados paliativos aos casos terminais, atuando em parceria com alta complexidade (Niterói, 2021a).

O MMF pesquisado compõe um dos 43 módulos do PMF administrados pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói. Autorizada pela Lei Municipal nº 3.133/2015 e estabelecida em 2019, a partir do Decreto Municipal nº 13.323/2019, a FeSaúde é uma entidade pública, sem fins lucrativos e dotada de direito privado. Segundo o sítio eletrônico da fundação, ela atua na gestão da APS, por meio do PMF, e na saúde mental, complementando e compondo a rede de saúde do município junto à FMS. Ainda segundo a FeSaúde, seu esforço está voltado para o fortalecimento do SUS. Mas precisamos procurar entender que sua atuação na saúde pública não a equipara aos órgãos sob responsabilidade da administração direta. Apesar de ser um órgão que atua na oferta de ações e serviços de interesse público, a FeSaúde, enquanto componente da administração indireta, faz entender que seu objetivo difere, por exemplo, da FMS (administrada diretamente pelo Estado).

Segundo Granemann (2011), as fundações estatais visam dar continuidade às privatizações intensificadas nos anos 1990 (parcerias público-privadas, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Organizações Sociais, Fundações de Apoio). Franco e Pinto (2017) também concordam que houve crescente privatização (por meio da introdução dos novos modelos de gestão) e limitação na prestação de serviços públicos (através de mecanismos como a Lei de Responsabilidade Fiscal), a partir da contrarreforma de Estado proposta por Bresser Pereira no governo Fernando Henrique Cardoso. Compreendemos, portanto, que as fundações estatais percorrem um caminho de privatização interna ao Estado, tal como os outros modelos de gestão mais difundidos no país sempre fizeram, reconhecendo a reinvenção do SUS como

alternativa para defendê-lo e desconsiderando os aspectos limitantes impostos pelas fundações estatais no que diz respeito ao controle social e aos recursos humanos.

Apesar de antigas na administração pública, as fundações estatais direcionadas às políticas sociais, especificamente na gestão e execução de atividades fim, surgiram do Projeto Fundação Estatal (2007)⁶⁰, que segundo Granemann (2011) está alinhado com as propostas do Banco Mundial para melhorar a gestão e racionalizar os gastos do SUS. A justificativa do projeto foi a necessidade de ajustar as formas jurídico-institucionais da administração pública para aumentar a eficiência e agilidade do governo no atendimento às demandas sociais do país. A contratação de trabalhadores sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a ausência de contribuição para a seguridade social (ao passo que há repasse do fundo público para este e outros modelos) são pontos críticos característicos das fundações estatais de direito privado, também levantados por Granemann (2011), que evidencia uma tendência de precarização dos direitos trabalhistas e privatização das políticas sociais.

Ainda sobre esse assunto, podemos observar que no MMF estudado, composto por 41 profissionais, 37 eram identificados como empregados públicos, 1 possuía vínculo por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil, 2 eram residentes em enfermagem e 1 era estagiária (DATASUS/CNES, 01/08/2024). Das cinco entrevistadas na pesquisa de campo, identificadas como empregadas públicas no CNES, quatro informam que foram admitidas em concurso público e possuem vínculo celetista e uma, admitida em seleção para contrato temporário. A admissão de recursos humanos para a FeSaúde se deu por meio de concurso público e, mesmo que em regime CLT, mostrou-se atrativo no quesito salário se comparado aos cargos de vínculo estatutário da

⁶⁰ Estabelecido pela PLC nº 92/2007, o Projeto Fundação Estatal, de acordo com Granemann (2011), propõe uma reforma abrangente do Estado, especialmente no campo das políticas sociais, como saúde e educação, utilizando um modelo de fundações com personalidade jurídica de direito privado. Inspirado em relatórios do Banco Mundial e no modelo de gestão introduzido por Bresser Pereira durante o governo FHC, o projeto busca maior "eficiência" e "flexibilidade" através da contratação de trabalhadores sem garantia de estabilidade. A autora ainda critica essa proposta como uma tentativa de privatização disfarçada, favorecendo a lógica de mercado e enfraquecendo a capacidade do Estado de atender às demandas da classe trabalhadora, além de fragmentar a força de trabalho e enfraquecer sua organização.

FMS, ao passo que também prometia romper com o histórico de contratações por meio de convênios com as associações de moradores e por RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) no município. Mas, o que parece vir como alternativa às práticas clientelistas abre possibilidades para ameaçar os empregos públicos de vínculo estatutário, conhecidos por sua estabilidade, cada vez mais em queda e, no caso da saúde de Niterói, apenas presente no quadro da FMS, embora este vínculo não represente a totalidade dos seus funcionários.

A principal mudança ocorrida com a entrada da FeSaúde foi a alteração no seu quadro de recursos humanos. O primeiro edital do concurso público para provimento de vagas imediatas e cadastro reserva da FeSaúde foi divulgado em 2020, mas devido ao agravamento da pandemia de Covid-19, precisou ter seu cronograma alterado, sendo executado no ano seguinte. Em março de 2022 a fundação começou a convocar os aprovados no concurso e sua validade é até fevereiro de 2026. Desde então, foi aberto processo seletivo simplificado para contratação temporária de médicos e previsão de novo concurso público para provimento de vagas, considerando que provavelmente já esgotaram o cadastro reserva. Temos como exemplo vagas em aberto desde o final de 2023 para os cargos de sanitarista e médico gineco-obstetra no MMF estudado. Sabe-se que a sanitarista, inicialmente admitida para este cargo, depois assumiu o de gerente de serviços⁶¹ do módulo, e devido a PNAB não permitir que o gerente de serviços acumule cargos de modo que faça parte das equipes vinculadas ao MMF, o cargo de sanitarista do módulo ficou vago.

Desde a homologação do concurso público, foram convocadas e admitidas quatro médicas gineco-obstetras no módulo, mas que, segundo três das entrevistadas, ficaram pouco tempo no cargo, assim como a pediatra, que havia acabado de ser desligada. Ao término da pesquisa de campo, em 26 de agosto de 2024, o módulo contava com apenas dois médicos para quatro equipes, com previsão de saída de um deles na semana seguinte. Também

⁶¹ O gerente de serviços da atenção básica é um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior e experiência na atenção básica, que desempenha função técnico-gerencial nas unidades básicas de saúde. Seu papel é essencial para garantir o planejamento e a organização do processo de trabalho, coordenando e integrando as ações das equipes de saúde para melhorar a atenção prestada à população (Brasil, 2017).

havia clínico geral proveniente do concurso público e que apresentava algumas barreiras de acesso, segundo E1.

Tinha clínico geral no NASF, mas essa função acabou, nem sei por que tinha clínico, porque já tem o médico de família aqui, tinha no concurso mas acabou. Inclusive o médico de família é mais amplo que o clínico geral, porque normalmente o clínico geral não quer atender pediatria, não quer ver saúde da mulher, ele diz que o ginecologista que tem que ver, e aqui a gente pega desde a grávida até o idoso (E1).

A falta de médicos especialistas na unidade e as dificuldades para acessá-los na rede surgiram nas falas de E1 e E2, tanto no sentido de atendimento ao público usuário, quanto de suporte técnico aos profissionais do módulo.

Ficam diversas mulheres esperando para um ginecologista avaliar, estão aguardando uma vaga que não sai. [E quando tinha especialista aqui no eMulti, facilitava?] Facilitava, mas era um para todo mundo, então tinham que fazer um recorte. E nenhuma delas ficou muito tempo, então não deu para resolver boa parte dos problemas (E1)

A gente não tem prestador de ginecologia. Por exemplo, se a gente tem algum tipo de dúvida, se deu um preventivo um pouco mais esquisito, a gente não tem gineco. Eu sou médica de família, atendo o idoso, faço visita, atendo a criança, a gestante, faço preventivo, mas se tenho uma dúvida não tenho com quem tirar. Não tem profissional gineco, é muito difícil ficar ginecologista no eMulti. E além disso, se a gente encaminhar alguém para a ginecologia, não existe ginecologia, existe cirurgia ginecológica, é diferente.[Então não tem um especialista de referência?] Não, aí fui fazer pós em ginecologia para ver se paro de ter dúvida. É um problema estrutural e não só daqui, é do município inteiro (E2).

Desde 2021 há conhecimento de demanda, não exclusiva desta unidade, por profissionais, principalmente médicos, que normalmente ficam pouco tempo no cargo. Acredita-se que por terem outras ofertas de trabalho mais compatíveis com a média salarial da profissão. Em diligência realizada em 2021 no município de Niterói, o Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - DEFIS/CREMERJ constatou “deficiências relacionadas ao corpo clínico, oferta de insumos e equipamentos” (CREMERJ, 2021) no MMF estudado. A imediata ocupação das vagas é demandada pelas entidades fiscalizadoras e pela população, mas mesmo que as vagas sejam ocupadas, ainda assim temos a perda da

longitudinalidade do cuidado ocasionada pela perda do vínculo entre profissional e usuário.

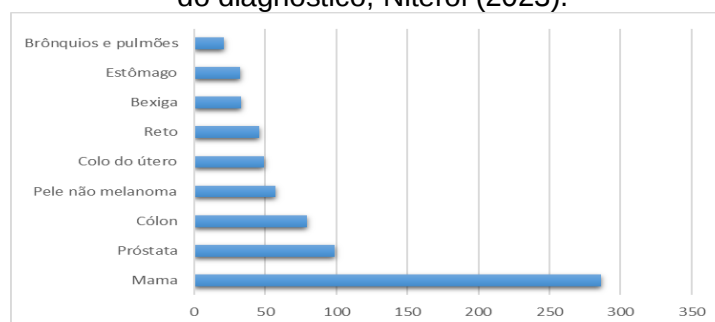
4.2 Rede de Atenção Oncológica em Niterói

Para facilitar a compreensão da organização da rede de atenção oncológica no município de Niterói, iniciaremos a exposição com a apresentação dos dados epidemiológicos de câncer no território, o que permite identificar padrões de ocorrência, fatores de risco e possíveis desigualdades no acesso ao diagnóstico e tratamento, além do fortalecimento de estratégias de prevenção e detecção precoce. A análise da seção será subsidiada por informações coletadas na pesquisa de campo, que muito contribuíram para a elucidação da dinâmica de funcionamento da atenção oncológica no município, com foco na Atenção Primária, nosso lócus de estudo.

O câncer representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade na cidade, refletindo uma tendência observada em diversas regiões do Brasil e do mundo. Em Niterói, a doença é a segunda de maior prevalência entre os óbitos, quantificado em 20% do total de óbitos registrados em 2021, atrás apenas das doenças cardiovasculares (Niterói, 2023c) e seus números atingiram o marco de 1.011 novos casos em 2023 (Painel-Oncologia, 2024).

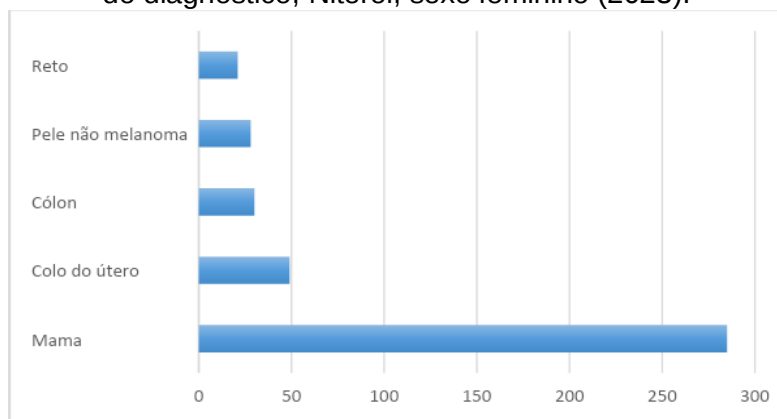
No Gráfico 01, podemos perceber que as neoplasias malignas de mama (286), próstata (99) e cólon (79) foram as mais incidentes no município em 2023, enquanto colo do útero (49) apenas ficou atrás de mama (285), entre as mulheres (Gráfico 02).

Gráfico 01 - Casos por diagnóstico detalhado de neoplasia maligna segundo município do diagnóstico, Niterói (2023).



Fonte: Adaptado de Painel-Oncologia (2023).

Gráfico 02 - Casos por diagnóstico detalhado de neoplasia maligna segundo município do diagnóstico, Niterói, sexo feminino (2023).



Fonte: Adaptado de Painel-Oncologia (2023).

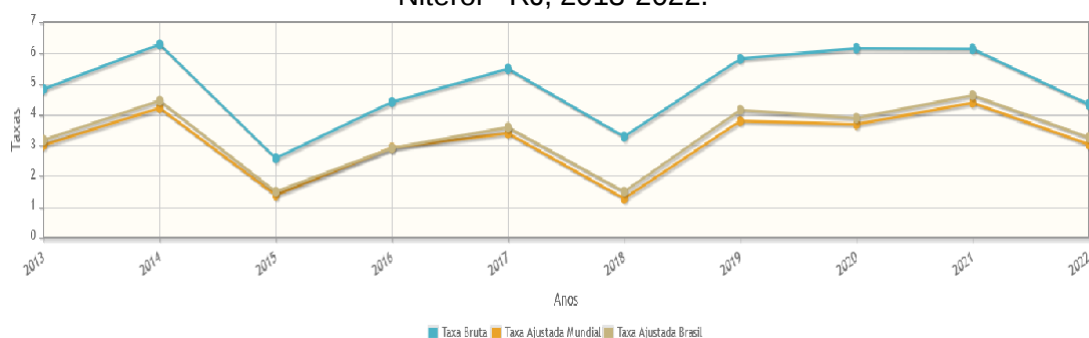
Segundo dados disponibilizados pelo Painel-Oncologia (2024), o número de casos de câncer de colo de útero vem aumentando novamente no município desde 2021, após significativa redução entre 2019 e 2020, durante o período pandêmico. A suspensão de consultas e o isolamento social como medidas de mitigação da pandemia de Covid-19 podem justificar essa diminuição no período e sua posterior retomada, quando a pandemia já estava relativamente controlada.

No MMF pesquisado, de acordo com as profissionais entrevistadas, há pacientes oncológicos matriculados e acompanhados por suas respectivas equipes, como também há pacientes matriculados que realizam tratamento na iniciativa privada, justificada pela celeridade no processo. A grande oferta de serviços privados no município é um aspecto que afeta a rede de atenção oncológica no âmbito do SUS como será tratado mais adiante. Os tipos de neoplasia maligna que surgiram nos relatos foram: colo do útero, mama, reto, osso, cólon, vulva, próstata, pulmão e intestino. Enquanto os mais incidentes para as entrevistadas são: mama, colo do útero, cólon e pele não melanoma.

A taxa de mortalidade por câncer do colo do útero em Niterói, crescente de 2018 a 2020, apresentou redução entre 2021 e 2022, conforme o Gráfico 03, enquanto vimos que sua incidência neste mesmo período esteve em crescimento. Entendemos que isso seja possível por motivos de diagnóstico

precoce, maior controle da doença no pós-diagnóstico, acesso a tratamento e serviços em tempo oportuno. No entanto, esses fatores não refletem os achados na pesquisa de campo. Embora apenas um ano de tendência não seja suficiente para interpretar essa queda na taxa de mortalidade, ela pode ser explicada por subnotificações e retomada de diagnósticos e tratamentos suspensos durante a pandemia.

Gráfico 03 - Taxas de mortalidade por câncer de colo do útero*, por 100.000 mulheres. Niterói - RJ, 2013-2022.



Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/ Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; MP/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância (2024).

* taxas brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010.

A rede pública de atenção oncológica do município de Niterói conta com uma estrutura composta por cinco unidades de alta complexidade, sendo duas municipais, uma federal e duas privadas conveniadas ao SUS, todas inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e três habilitadas em oncologia⁶² até o término desta pesquisa, de acordo com o Quadro 05.

⁶² A pactuação de serviços de saúde envolve acordos entre diferentes entes federativos para organizar, financiar e garantir a oferta de serviços de saúde no SUS e, na rede oncológica do estado do Rio de Janeiro, de acordo com a deliberação da CIB-RJ n.º 7.172/2023, o cofinanciamento é destinado a serviços habilitados, o que significa que eles atendem aos critérios redefinidos pela portaria SAES/MS n.º 1399/2019 e atualizados pelas portarias n.º 688/2023 e n.º 1.428/2023, considerando-se as necessidades regionais e o Planejamento Regional Integrado. A referida CIB também prevê o funcionamento dos serviços não habilitados em oncologia, que podem solicitar a habilitação e/ou atender parte da demanda local reprimida, por meio de acordos temporários com gestores municipais ou estaduais de saúde, no entanto, não há repasse financeiro federal, sendo esses serviços financiados com recursos locais (CIB-RJ, 2023).

Quadro 05 – Estabelecimentos de saúde habilitados em oncologia no município de Niterói, conveniados ou exclusivos SUS. Niterói, 2023

Estabelecimento	Habilitação	Gestão	Natureza jurídica
Hospital Municipal Orêncio de Freitas	Hospital geral com cirurgia oncológica ⁶³	Municipal	Administração Pública
Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP/UFF	UNACON ⁶⁴ com serviço de hematologia	Federal	Administração Pública
Clínica de Radioterapia Ingá	Serviço isolado de radioterapia	Privada e conveniada ao SUS	Entidade Empresarial

Fonte: Adaptado da portaria SAES/MS nº 688, de 28 de agosto de 2023.

O Hospital Municipal Oceânico Gilson Cantarino não consta nas bases de dados dos estabelecimentos de saúde habilitados em oncologia porque a unidade ainda está solicitando habilitação como UNACON. O HMOGC, enquanto apenas Hospital Oceânico, foi referência no atendimento às vítimas da Covid-19 durante a pandemia, quando passou a integrar a rede municipal de serviços através do arrendamento das instalações de um hospital privado desativado. Em agosto de 2023, a unidade até então administrada pela Organização Social (OS) Viva Rio⁶⁵, passou a administração para a OS FAS (Centro de Estudos e Pesquisas Científicas Francisco Antonio de Salles)⁶⁶. Desde 2022, quando foi inaugurado seu centro cirúrgico, vem funcionando como hospital de referência para cirurgias oncológicas de mama e colo do útero (Niterói, 2022). Em contrapartida, o Hospital Municipal Orêncio de Freitas,

⁶³ Hospital Geral com Cirurgia Oncológica, de forma exclusiva ou, quando em um mesmo município, formando complexo com outro hospital habilitado como Unacon ou Cacon. Deve obedecer os critérios: atendimento em cirurgia de câncer de, pelo menos, menos 80 (oitenta) casos anuais e, quando indicado, encaminhamento regulado para complementariedade do tratamento, seja com iodoterapia, seja com radioterapia ou quimioterapia em hospital habilitado como Unacon ou Cacon; e produção mínima de 80 (oitenta) procedimentos cirúrgicos de câncer principais, especificamente de procedimentos ginecológicos, mastológicos, urológicos e do aparelho digestivo alto e baixo (Brasil, 2023d).

⁶⁴ UNACON - Realiza diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes. Trata-se de hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia e urologia), oncologia clínica e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia e com ou sem Serviço de Radioterapia, Serviço de Hematologia ou Serviço de Oncologia Pediátrica (Brasil, 2019d).

⁶⁵ Trata-se de Organização Social (pessoa jurídica, de direito privado e sem fins lucrativos), criada em 1993 (VIVARIO, 2024).

⁶⁶ Criada em 1969, a OS também administra a Unidade de Pronto Atendimento Mário Monteiro em Niterói (FAS, 2024).

habilitado em oncologia, “não vem apresentando produção cirúrgica, nem ofertando vagas para atendimento oncológico” (Carvalho, 2024, p. 155).

A ONCOMED, entidade privada com unidade de radioterapia localizada em Niterói, não habilitada como serviço isolado de radioterapia, está cadastrada no CNES desde 2019 e conveniada ao SUS por meio de gestão estadual. A unidade recebe encaminhamentos da rede pública para pacientes que têm indicação de tratamento radioterápico. Até 2019, o único serviço de radioterapia disponível no município, que concentrava pacientes da RM II, era a Clínica de Radioterapia Ingá. De acordo com estudo de Carvalho (2024), os municípios da RM II atribuíram Niterói como referência em radioterapia para a região, mas muitas vezes os serviços locais não eram suficientes para atender toda a demanda, sendo 25% dos encaminhamentos para a cidade do Rio de Janeiro, conforme Plano Estadual de Atenção Oncológica de 2017-2020.

Das 49 mulheres diagnosticadas em Niterói com câncer do colo do útero, no ano de 2023, 31 iniciaram o primeiro tratamento oncológico na Clínica de Radioterapia Ingá, 1 no HCI do INCA e 1 no HUAP, as demais tiveram o estabelecimento de saúde ignorado no levantamento, seja por ter realizado o tratamento em serviço que aguarda habilitação ou na iniciativa privada, por ainda aguardar vaga na regulação ou não ter aderido ao tratamento (Painel-Oncologia, 2024).

Como podemos perceber, o HCI, pertencente à RM I, obteve registro de encaminhamento de Niterói, o que é justificado, segundo estudo de Carvalho (2024), pela pactuação de vagas entre os municípios da RM II e a cidade do Rio de Janeiro por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Nessa instância, são discutidas e definidas as vagas disponíveis e a redistribuição de recursos para o tratamento de câncer, de acordo com a demanda regional. A cidade do Rio de Janeiro, por concentrar a maior parte dos equipamentos de saúde do estado e sediar o INCA⁶⁷ (órgão federal de referência e auxiliar do MS em oncologia), acaba atuando como o principal polo de referência para o

⁶⁷ Unidade CACON - hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia, urologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia de pele e cirurgia plástica, cirurgia torácica e cirurgia de ossos e partes moles), oncologia clínica, hematologia, radioterapia (incluindo braquiterapia) e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia e com ou sem Serviço de Oncologia Pediátrica (Brasil, 2019d).

atendimento de casos mais complexos, como o câncer do colo do útero (Carvalho, 2024). Portanto, quando a usuária é inserida no Sistema Estadual de Vagas (SER), mencionado a seguir, a regulação torna-se competência estadual e ela pode ser referenciada tanto para Niterói quanto para outros municípios da RM II.

4.2.1 Fluxo e regulação

A partir da pesquisa de campo e consulta ao Plano Municipal de Saúde Participativo (2022-2025), compreendemos que os mecanismos de regulação existentes e mais utilizados pela equipe da atenção básica do município são o SER e o SERNIT, ambos compõem a Central de Regulação (CREG). Enquanto o primeiro integra o sistema estadual de regulação de vagas para procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares, o segundo é um sistema municipal, que substituiu a antiga RESNIT (Regulação de Saúde de Niterói) em 2024, segundo entrevistadas. A rede também conta com o KLINIKOS, sistema para regulação de vagas nas policlínicas, mas que funciona de forma independente e não integrada aos sistemas da CREG (Niterói, 2021b).

Identificado como “vagas de planilha”, o KLINIKOS disponibiliza vagas das policlínicas regionais para seus respectivos módulos de médico de família uma vez ao mês, mas que segundo E4, nunca houve vaga para ginecologia. A vaga é então solicitada ao SERNIT para assuntos recorrentes em ginecologia ou ao SER, para cirurgia ginecológica, nos casos que não puderem ser resolvidos na atenção básica, como os oncológicos. Essa destinação da oncologia ao mecanismo de regulação estadual ocorre, de acordo com E4, devido as pactuações feitas entre estados e municípios, para viabilizar uma oferta maior de prestadores no tratamento oncológico, para além dos situados em Niterói⁶⁸.

⁶⁸ Dentre os hospitais habilitados em oncologia, localizados no Estado do Rio de Janeiro, estão: Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa (Barra Mansa), Hospital Santa Isabel (Cabo Frio), Hospital Universitário Álvaro Alvim e Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos (Campos dos Goytacazes), Hospital São José do Avaí (Itaperuna), Hospital Alcides Carneiro (Petrópolis), Hospital Regional Darcy Vargas (Rio Bonito), Hospital dos Servidores do Estado, Hospital Geral do Andaraí, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Cardoso Fontes, Hospital Geral de Ipanema, Hospital Geral da Lagoa, Hospital Mário Kroeff, Hospital Universitário

Todas as solicitações para oncologia no município de Niterói são inseridas no SER, e nesse sistema a gente tem a opção de ambulatorio de primeira vez e lá a gente faz a inserção para daí o paciente ter acesso ao tratamento necessário. [...] No SERNIT eu consigo ver os exames diagnósticos, posso solicitar uma biópsia, uma tomografia, os exames de diagnóstico. O SER é para pacientes que provavelmente já estão com diagnóstico fechado ou encaminhado (E4).

A transição do RESNIT para o SERNIT é considerada pelas entrevistadas como um avanço na medida em que propiciou que o processo de regulação fosse informatizado e descentralizado no município, o que, por sua vez, permitiu que médicos e enfermeiros da Atenção Primária acessem o sistema, atualizem a prioridade da vaga para o regulador e viabilizem o acesso dos usuários às informações sobre o agendamento, e que as ACS possam comunicar o agendamento aos usuários dos serviços em tempo oportuno. Apesar disso, as entrevistadas avaliam que permanecem os problemas relacionados à falta de integração dos sistemas de regulação entre os pontos da rede, à não disponibilidade de vagas em outros níveis de atenção e a dificuldades no requerimento dessas vagas.

Pelo SER a gente tem conseguido dar vazão. A questão antes era a gente não ter um fluxo definido, porque antes a gente fazia a referência aqui e mandava na CREG [Central de Regulação]. Hoje isso é descentralizado. Aqui a gente consegue ficar monitorando no sistema se a vaga saiu, se está pendente. Mas se, por exemplo, o usuário for na policlínica e lá a ginecologista resolveu inserir, a gente não consegue ver, só consigo ver da minha unidade.(E4).

Hoje em dia é tudo informatizado. Então atualmente a gente insere a paciente numa fila e quando essa vaga sair, a gente também avisa à paciente. Isso já é um avanço. Antes os pacientes tinham todos que ir lá em frente ao laboratório [na Central de Regulação] para dar entrada. Agora a gente já faz por eles. [...] A gente consegue fazer o encaminhamento no sistema, a gente fotografa com nosso celular. Isso aí eu acho até uma dificuldade. Acho que no futuro não precisaria, daria para preencher a ficha aqui dentro [do sistema] para eles terem acesso, igual é no Rio com o SISREG. Então aqui não, a gente tem que fotografar com nosso celular, passa para o *WhatsApp*, imprime, gera um número e a gente aguarda essa regulação lá em Niterói marcar (E1).

Não trabalho com mecanismos de regulação. Trabalho com protocolos, por exemplo, saiu um encaminhamento para a paciente X fazer uma transvaginal, sou eu quem entrego esse encaminhamento para a paciente. Mamografia, somos nós, ACS, quem entregamos.

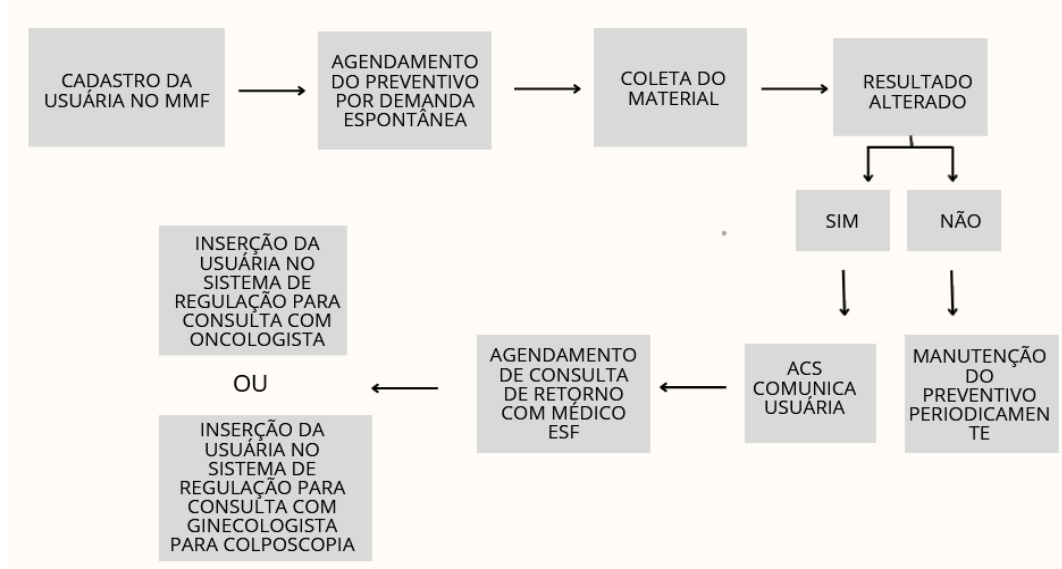
Clementino Fraga Filho, Hospital Universitário Gaffrée, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti/Hemorio e Instituto Nacional de Câncer/INCA (Rio de Janeiro), Hospital São José (Teresópolis), Hospital Universitário Severino Sombra (Vassouras) (Anexo I da Portaria SAES/MS Nº 1399/2019).

Sai a vaga, o ACS vai até o endereço de residência do paciente entregar (E2).

4.2.2 Acesso a exame preventivo na APS

Segundo os relatos das entrevistadas, o fluxo assistencial para a realização de exame preventivo ao câncer do colo do útero (colpocitologia oncótica) na unidade acontece de acordo com o Quadro 06. Sem perder de vista a portaria nº 3.388/2013, que redefine a qualificação nacional em citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), a partir deste fluxo podemos perceber um recorte do funcionamento da linha de cuidado ao câncer do colo do útero no município.

Quadro 06 – Fluxo assistencial para colpocitologia oncótica na APS. Niterói, 2024



Fonte: Elaboração própria, a partir das entrevistas realizadas.

Inicia-se, no caso das usuárias ainda não vinculadas ao módulo, o cadastramento, pelas ACS, das residentes no território adscrito pela equipe de saúde da família, seguido de agendamento do exame preventivo por demanda espontânea ou por indicação do profissional de saúde quando relatados sintomas, não por busca ativa. Em seguida, a coleta do material é realizada por médica ou enfermeira da ESF e esse é encaminhado ao laboratório de

referência. Se observada alteração no resultado, a ACS busca usuária para agendamento de consulta de retorno com médica da ESF, onde será avaliada necessidade de encaminhamento via regulação para consulta com oncologista ou ginecologista para realização de colposcopia.

Acerca deste fluxo, as entrevistadas apontaram diversas considerações relevantes sobre o acesso à saúde pública pela população. Primeiramente, nos chama atenção o acesso ao exame preventivo ser por demanda espontânea, ou seja, por iniciativa da própria usuária, um padrão não exclusivo do município. Para ampliar a prevenção e a detecção precoce da doença, é crucial fortalecer a atenção básica, com ênfase na estratégia em saúde da família, através de suas equipes que devem buscar ativamente as mulheres assintomáticas e monitorar regularmente a realização do exame preventivo pela população-alvo do território (Carvalho, O'Dwyer e Rodrigues, 2018).

Nesse sentido, a PNPCC prevê a “implementação da busca ativa no âmbito da Atenção Primária à Saúde com a finalidade de captação de pessoas aptas para os procedimentos de rastreamento” (Brasil, 2023a). E a carteira de serviços do município, além disso, também prevê a busca de mulheres com exames em atraso (Niterói, 2021a). E4 destaca que esse é um ponto a ser melhorado pelas equipes de atenção básica, considerando a existência de um sistema em Niterói, o SINC, que proporciona o acesso ao indicador de tempo de realização do último exame preventivo por usuária e possibilita o monitoramento.

Práticas voltadas à prevenção, ainda que apareçam nos cotidianos dos serviços de saúde, ainda são insuficientes, haja vista a alta demanda nos demais níveis de atenção, que frequentemente exigem intervenções curativas mais complexas e de maior custo. Isso evidencia a necessidade de fortalecimento contínuo das ações preventivas para equilibrar o sistema de saúde, reduzir a sobrecarga nos serviços especializados e a elevação da taxa de comorbidade e mortalidade associada a doenças preveníveis.

Ainda que as entrevistadas não tenham mencionado outros empecilhos para o agendamento do exame a não ser o tempo de espera que, segundo E2

e E3, pode demorar até um mês, é um procedimento rápido e de baixo custo, principal meio de prevenção do câncer de colo uterino e objeto de campanhas e projetos desenvolvidos pela saúde do município, como veremos mais adiante. Ainda assim, segundo o relato abaixo de uma das entrevistadas, o número de mulheres alcançadas por sua equipe para coleta de preventivo em 2023 chegou a 2%, não diferindo significativamente dos resultados das demais equipes do módulo, ainda segundo a profissional (os resultados do município serão discutidos mais à frente). Isso pode ser justificado pela falta de educação em saúde, subnotificações, estatísticas não contemplarem os exames realizados na saúde suplementar⁶⁹. Não localizamos dados referentes ao número de preventivos coletados na iniciativa privada, mas podemos ter uma percepção a partir da cobertura da saúde suplementar no município, 56,5% (SIB/ANS, 2024).

Esses dias, fui olhar o indicador de câncer do colo do útero e minha equipe está com 2%, a gente só coletou preventivo de 2% das mulheres no ano passado. Às vezes a gente não está fazendo a busca, só faz de quem vem aqui procurar. Só que a porcentagem de mulheres que vem aqui e procuram saber são poucas. [...] Mas é isso, na minha equipe e em todo o módulo é muito baixo, 2%...4%, a gente atinge muito pouco. Eu não sei se demora para atualizar na base de dados, [...]. Outra coisa é, se a gente coletar o preventivo e não registrar da forma correta, não contabiliza. [Tem subnotificação?] Exatamente. Porque só coletar não adianta, tem que registrar da forma correta, e não existem capacitações. (E2)

[...] a gente não consegue ir na casa da mulher de 25 anos para falar sobre o preventivo. Teria que se organizar. Por mim e por outro colega, a gente suspenderia a agenda inteira e reiniciaria, deixando um dia para pacientes, por exemplo, que acabaram de fazer 25 anos, outro dia para pacientes hipertensos que não tiveram consulta anual, não esperar a pessoa chegar aqui pra marcar consulta dizendo que a pressão está alta e está indo no [Hospital Estadual] Azevedo Lima. É a gente chegar e passar orientação. (E2)

De acordo com E2 e E4, no módulo existe agenda aberta e exclusiva para marcação de colpocitologia oncótica. Ou seja, não é necessário o agendamento prévio com médico ou enfermeiro e também não há disputa de vaga com outras demandas. No entanto, E2 chamou atenção para a correta identificação da demanda por preventivo pelos profissionais de saúde, para que

⁶⁹ Algumas das entrevistadas confirmaram que por motivo de demora para liberação do resultado do exame preventivo no SUS, muitas mulheres matriculadas e acompanhadas pela APS optam por realizar o exame na iniciativa privada, ainda que por meio dos planos populares de saúde.

não haja agendamento equivocado. Para ela, isso está diretamente relacionado à educação em saúde, na medida em que a população usuária precisa ser informada pela equipe de saúde envolvida no rastreamento de câncer sobre a diferença entre exame preventivo e exame ginecológico, qual o público-alvo do preventivo, qual profissional pode coletar o material. Carvalho, O'Dwyer e Rodrigues (2018, p. 696) acrescentam que para que haja informação da população, os profissionais de saúde “devem estar qualificados para reconhecer e tratar tais questões”.

No Quadro 07 estão disponíveis dados referentes à capacitação e experiência profissional das participantes entrevistadas, tendo em vista o “fomento à formação e à especialização de recursos humanos, bem como à qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção [...]” (Brasil, 2023a), preconizado na PNPPC.

Quadro 07 - Formação, experiência e educação continuada das profissionais entrevistadas. Niterói, 2024

	E1	E2	E3	E4	E5
Tempo no cargo	2 anos e meio	6 meses enquanto contratada	10 anos	7 meses e meio	2 anos e 4 meses
Pós-graduação	Residência em Saúde da Família	Residência em Medicina de Família e Comunidade + três pós-graduações em andamento	Não se aplica	Residência em Saúde da Família; Residência em Gestão; Mestrado em Saúde Pública	Residência em saúde da criança e do adolescente
Experiência anterior na saúde	ESF e Saúde Mental.	ESF e hospitalar.	Não possui.	ESF e gestão.	Hospitalar.
Participação em atividades de educação continuada⁷⁰	Cursos de capacitação oferecidos pela Fesaúde.	Cursos de capacitação pela FeSaúde, quando residente; preceptoria e reuniões técnicas para revisão de conteúdo.	Cursos de capacitação oferecidos pela Fesaúde e técnico oferecido pelo Ministério da Saúde.	Cursos de capacitação oferecidos pela Fesaúde.	Não.

⁷⁰ Além dos cursos oferecidos em parceria com a UFF, a SMS/Niterói firmou parceria com a OSCIP Instituto Desiderata, em 2021, para capacitar profissionais da APS do município através

Participação em atividades de educação continuada sobre atenção oncológica	Capacitação em CA pediátrico, por outra empresa onde atuou, e prevenção aos CA de colo do útero e mama, pela Fesaúde .	Não.	Não.	Não.	Não.
---	--	------	------	------	------

Fonte: Elaboração própria.

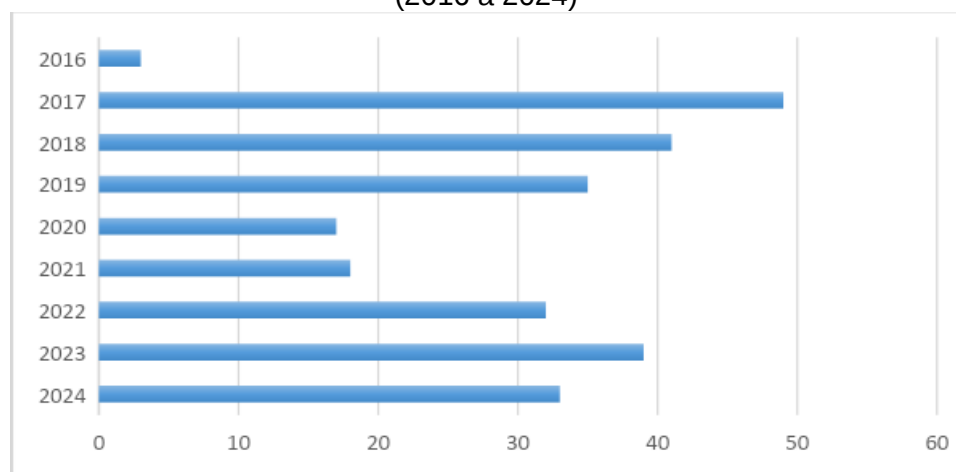
Ainda que o número de participantes da pesquisa possa não representar a totalidade de profissionais do módulo e, menos ainda, do município, é importante expormos os dados do Quadro 07 para estabelecermos um parâmetro de formação e experiência profissional de quem contribuiu com as informações coletadas em campo e discutidas neste trabalho.

Podemos observar que a experiência prévia das profissionais é variada, com a maioria tendo atuado na ESF, seja por meio de residência em saúde ou vínculo de trabalho, o que sugere um conhecimento prático sobre prevenção e controle de doenças crônicas, como o câncer. Ademais, a maioria das profissionais possui cursos de pós-graduação relevantes ao nosso tema, como residência em Saúde da Família, o que consideramos também contribuir no trato da atenção oncológica.

Quanto à educação continuada, observamos que, embora muitas das profissionais participem ou tenham participado de capacitações, a maioria promovida pela FeSaúde, apenas uma delas mencionou contato com atividades relacionadas ao câncer, sendo uma voltada à prevenção do câncer do colo do útero. Isso demonstra uma lacuna na educação em saúde na APS se considerarmos a magnitude da doença, o que pode limitar a disseminação de novos protocolos, técnicas de rastreamento e abordagens preventivas atualizadas. Portanto, o perfil das profissionais sugere que, embora haja uma base sólida em termos de formação e experiência, há espaço para melhorias no que diz respeito à educação continuada na oncologia.

A proporção de mulheres com coleta de citopatológico em toda a APS de Niterói apresentou baixo alcance no 3º quadrimestre de 2023, atingindo 8,28% com meta de 40% (Niterói, 2023b). O levantamento contemplou o número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas a equipes que realizaram ao menos uma coleta de exame preventivo do colo do útero no intervalo de 3 anos, no município. Esses dados preocupam ainda mais se considerarmos a retomada do crescimento da incidência de neoplasia maligna do colo do útero no município, talvez explicada não pela redução de casos entre 2020 e 2021, mas pela subnotificação de casos e baixa na coleta de preventivos no período da Covid-19, conforme Gráfico 04.

Gráfico 04 - Casos por diagnóstico de neoplasia maligna do colo do útero, em Niterói (2016 a 2024)*



Fonte: Adaptado de Painel-Oncologia (2024).

*levantamento realizado entre 2016 e agosto de 2024.

A coleta do preventivo por enfermeiros na APS de Niterói foi iniciada em 2022, segundo E1, a partir de capacitação voltada aos profissionais lotados nos módulos de médico de família junto a docentes da UFF, expandindo o acesso ao exame, ainda que o percentual tenha pouco aumentado (2º quadrimestre de 2022 com 6% e Q3 de 2023 com 8,28%, segundo relatórios quadrimestrais dos indicadores de desempenho do PMF de Niterói de 2022 e 2023).

[...] até então, no município, só médico coletava esse exame e a ideia era aumentar indicador e conseguiu. Desde então já está valendo. A partir desse curso que os outros enfermeiros que não sabiam ou não podiam coletar, passaram a coletar. (E1)

Segundo E2, essa foi uma iniciativa tardia, considerando que em outros municípios, como o Rio de Janeiro, o profissional de nível superior em

enfermagem tem autorização da SMS para a coleta do material. A atribuição está regulamentada pela Resolução nº 381/2011 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e possibilita ao enfermeiro maior participação no processo de atenção à saúde da mulher. Contudo, essa ampliação das atribuições da enfermagem nem sempre é pacífica pela categoria médica, que historicamente apresenta resistência na autonomia concedida a outras profissões. Um dos principais pontos de conflito entre as categorias médica e de enfermagem refere-se à realização de procedimentos que, segundo os médicos, seriam de sua competência privativa, o que resultou no Ato Médico pela Lei nº 12.842/2013.

E me assusta que, agora. Eu rodei o internato de medicina de saúde da família no Rio, em 2018, lá o enfermeiro já colocava DIU, aqui eu cheguei na residência em 2022 e a enfermeira não coletava preventivo, e eu enquanto residente fui começar a colocar DIU e os ginecos da policlínica diziam que os médicos de saúde da família não podem colocar DIU, eu vejo um retrocesso em Niterói. No Rio sempre aconteceu, o enfermeiro lá tem uma autonomia muito maior. E é isso, embarreira o acesso. A população também acha que o médico é o único que pode resolver todas as questões e vejo muito isso aqui em Niterói. Se só o médico pode fazer o exame de tanta importância, o enfermeiro serve para quê? Eu acho que isso contribui para a desvalorização do profissional. (E2)

A coleta do preventivo precisa ser acompanhada do registro do procedimento no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), voltado ao monitoramento dos cânceres do colo do útero e mama, através do lançamento das solicitações dos exames citopatológicos e histopatológicos de colo do útero e mama, bem como mamografia e seguimento dos exames alterados. Quanto aos resultados, estes são lançados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), segundo E4. Na unidade, a coordenadora de serviços, as enfermeiras e as técnicas em enfermagem têm acesso ao SISCAN para fins de registro, função que, de acordo com E2, no município do Rio de Janeiro é delegada aos laboratórios.

Os serviços de apoio diagnóstico vinculados aos módulos médico de família, unidades básicas de saúde e policlínicas de Niterói, são os laboratórios João Vizella, situado no Barreto, Miguelote Viana, no Vital Brazil, e o laboratório de citopatologia da Policlínica de Especialidades em Atenção à Saúde da Mulher Malu Sampaio, no Centro da cidade - apenas este último

presta serviço de análise de citopatológico, o que é confirmado pelas profissionais entrevistadas. Essa condição, de acordo com as entrevistas, dificulta a disponibilidade dos resultados do exame em tempo hábil para os encaminhamentos necessários e definição de conduta.

O *motoboy* recolhe as amostras uma vez na semana, essa é até uma queixa que eu tenho, só tem um laboratório para o município inteiro fazer as amostras. E isso é em todas as unidades, um laboratório para todas regionais. Tem que ampliar ou se não puder ter mais de um laboratório, contratar mais profissionais para fazer essa leitura em mais dias. Qual era a minha experiência do Rio? Eu vou dar o meu comparativo: Eu coletava esse exame hoje e eu já marcava essa paciente para retornar comigo no mês que vem, porque eu tinha certeza que no mês que vem, naquele dia, eu teria o resultado do preventivo dela. Aqui, antes de a gente começar, eram seis meses, e com a gente passou a ser entre dois e três, é a média para você saber se está tudo bem ou não. (E1)

É algo sério, as vezes levam três meses para sair o resultado. A enfermagem fica consultando no sistema. E tem uma questão que se tiver um dado errado no cadSUS da paciente, a gente não consegue ter acesso aquele resultado, e a gente tem que ficar atualizando, por mais que a paciente tenha feito o cadastro em outra unidade, a gente tem que atualizar o cadastro pela nossa gerente para nossa unidade conseguir ter esse acesso. (E3)

Hoje, o que a gente está tentando tirar a fragilidade é de que o resultado vai chegar rápido, porque hoje muitas mulheres acabam não querendo fazer porque demorava muito para o resultado chegar, então ela vai numa clínica popular e o resultado sai muito mais rápido. Então a gente está tentando trazer credibilidade para esse resultado de que ele vai vir em tempo oportuno. [...]. Dos que eu olhei levaram dois meses. No nosso laboratório para coleta de sangue, são 45 dias que a gente fala para o usuário, mas esse tem levado uns dois meses, as vezes eu entro e o exame já está liberado antes do prazo. (E4)

Sobre o acesso ao resultado do exame, houve divergência de opiniões em relação ao acesso atualmente ser pelo SISCAN, enquanto antes era entregue impresso ao módulo. Para E1 e E4, a disponibilidade do resultado pelo sistema facilitou e agilizou o processo, enquanto para E2 dificultou, pois apenas o profissional de enfermagem pode acessá-lo e por meio de consulta, pois o laboratório não sinaliza os resultados alterados. Destacamos que não há protocolo do Ministério da Saúde para acesso aos resultados da colpocitologia pelas equipes de saúde e usuárias. As unidades de atenção básica e municípios têm autonomia nesse fluxo.

A gente [enfermagem] tem acesso ao resultado pelo sistema, antes o resultado vinha pelo *motoboy*, meses depois. (E1)

Hoje a gente tem acesso ao SISCAN [...], onde a gente já consegue puxar o resultado do preventivo ou o resultado de uma mamografia. Isso facilita muito para a gente não esperar três, quatro meses para ter acesso ao resultado. [...] Então hoje, quando a gente olha, a gente tem um acesso um pouco melhor, porque se a gente esperar o laboratório que faz análise de material do município todo ou não só do município todo (talvez ela tenha um convênio com outro município), imagina a logística pra distribuição do resultado. (E4)

Se o resultado viesse impresso igual vem do Vizella (os exames de sangue), mas a maioria dos exames preventivos não vem. A pessoa vem, demanda o resultado do preventivo, mas eu não consigo ver, porque só quem tem acesso é a enfermeira, então tenho que buscar uma enfermeira para buscar no sistema se o resultado está disponível. São vários embarreiramentos. (E2)

Em caso de alteração no resultado do exame, segundo E3, os agentes comunitários de saúde são comunicados pela enfermagem e realizam a busca das usuárias para comunicação e agendamento de consulta com médico do módulo, se a usuária ainda não procurou a unidade para acesso ao resultado, pois devido o tempo de espera para liberação do resultado ser de dois a três meses, é comum que a mulher esqueça de seguir o acompanhamento. Esse procedimento é, em verdade, uma iniciativa das profissionais envolvidas e não um protocolo a ser seguido pela APS, pois, como informado por E2, o acesso aos resultados dos exames só pode ser feito pela enfermeira durante a consulta.

Em 2023, 409 dos exames citopatológicos realizados pela APS de Niterói deram alteração e, destes, 329 demoraram mais de sessenta dias para ter o laudo disponibilizado pelo laboratório (SISCAN, 2024), indicando a média informada pelas participantes. No entanto, no Quadro 08 observamos redução significativa no tempo para resultado dos exames citopatológicos realizados em Niterói entre 2023 e agosto de 2024. Enquanto em 2023 a maioria foi superior a sessenta dias, em 2024 a maioria ficou disponível em até trinta dias. Isso pode ser justificado pela redução no número de exames analisados pelo laboratório de referência, possivelmente pela diminuição de coletas de material citopatológico, mesmo que os dados sejam de até agosto/2024.

Quadro 08 – Exames citopatológicos realizados em Niterói por tempo para resultado (2023-agosto/2024)

	Até 30 dias	31 - 60 dias	mais de 60	Total
2023	849	6.692	7.030	14.571
2024	5.264	2.760	396	8.420

Fonte: Adaptado de SISCAN (agosto/2024).

Nesta etapa, as usuárias são referenciadas para ginecologista na atenção secundária, a fim de ser realizada colposcopia para avaliação e acompanhamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino e/ou, quando identificado o câncer, são referenciadas para tratamento na atenção terciária. Limites foram mencionados na etapa da regulação, tanto em relação à dificuldade para acesso ao médico ginecologista da atenção secundária (apontado na seção anterior), quanto à colposcopia com biópsia.

Para ginecologia eu recebi um total de zero vaga. É porque o NASF deveria ter uma ginecologista. E ginecologista do NASF, desde que a gente entrou nessa unidade, foram 4 profissionais que já passaram nesse período, mas não ficaram por muito tempo na vaga[...] (E4).

Alguns exames, como a colposcopia, que também servem para identificar alterações no preventivo, demora um pouco para sair vaga. Às vezes é um prestador para um município inteiro, como dar conta de mais de 60 unidades? Demanda tem, o que falta é prestador, a pessoa que vai administrar isso para todas as pessoas acessarem os serviços com equidade (E1).

Identificamos que a dificuldade relatada nas entrevistas sobre o acesso ao ginecologista da rede pode ser explicada tanto pelo déficit de recursos humanos, quanto pela ausência de protocolos de conduta unificados para médicos da saúde pública de Niterói que, segundo E2, influencia tanto a assistência quanto os mecanismos de regulação. Cabe destacarmos, portanto, a existência de diretrizes e protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde para o direcionamento dos profissionais na prática assistencial, tais como: Protocolos da Atenção Básica - saúde das mulheres (2016)⁷¹ e Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (2016)⁷².

⁷¹ Este protocolo orienta as equipes de saúde a oferecer cuidados integrais e qualificados às mulheres nas unidades básicas de saúde. Seu objetivo é ampliar a capacidade de resolução desses serviços, abordando temas como pré-natal, planejamento reprodutivo, climatério, prevenção de câncer e atenção a casos de violência. Ele também promove a inclusão de mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como mulheres negras, indígenas,

Sobre protocolos, no Rio tem a SUBPAV [Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde], que tem protocolo sobre todos os temas, guias impressos, e isso é legal porque é um protocolo assistencial para quem está na ponta, e Niterói não tem isso. Então eu me baseio por isso e por meu aprendizado de vida. Na ginecologia uso o manual do Moncorvo da UFRJ. Então é isso, os protocolos são individuais, não existe um protocolo unificado. E isso é assim lá em cima também. A regulação tem momentos que agenda um paciente com determinada queixa para o dia seguinte e outro paciente com a mesma queixa é pendenciado⁷³, exigem milhões de exames, não existe critério e isso é generalizado. (E2)

Ainda sobre o processo de encaminhamento das usuárias com preventivo alterado para os demais pontos da rede, as entrevistadas não souberam estimar o tempo levado para seu atendimento com especialista, mas uma delas lembrou de dois pacientes com neoplasia de cólon e reto acompanhados pela equipe, que enfrentaram um processo moroso na regulação e apenas conseguiram vaga para primeira consulta com oncologista após 62 e 90 dias, cada. Na primeira consulta, o especialista avalia o tratamento adequado e insere o paciente na regulação do tratamento proposto: cirurgia, quimioterapia, radioterapia. Segundo o INCA, a cirurgia e a radioterapia são os tratamentos mais comuns para o câncer do colo do útero e serão definidos de acordo com o estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais (INCA, 2000).

Tendo em vista a necessidade de agilidade no atendimento para sucesso do tratamento, a Lei nº 12.732/2012 estabelece que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve ser iniciado no prazo máximo de 60 dias a partir da confirmação do diagnóstico ou em prazo menor, conforme

transexuais, e aquelas em situação de vulnerabilidade. O protocolo busca reduzir a mortalidade por causas evitáveis, melhorar a qualidade dos serviços e garantir o acesso equitativo à saúde. Documento disponível em: BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

⁷² O documento tem como objetivo oferecer orientações atualizadas e baseadas em evidências para profissionais de saúde e gestores, com foco na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero no contexto do Sistema Único de Saúde. Encontra-se disponível em: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

⁷³ A solicitação de referência pode ser pendenciada pela regulação até que o profissional responsável encaminhe os documentos solicitados, que podem ser: exames, laudos detalhados.

necessidade terapêutica do caso registrada no prontuário do usuário (Brasil, 2012). Claramente, pelas informações obtidas em campo e a partir dos dados do Quadro 09, observamos que esse prazo não é cumprido pela rede de atenção do município no que se refere ao câncer do colo do útero.

Quadro 09 - Casos de neoplasia maligna do colo do útero por tempo para início do tratamento, em Niterói (2023).

Tempo Tratamento	Neoplasias Malignas (Lei no 12.732/12)	Total
Total	49	49
Até 30 dias	1	1
31 - 60 dias	3	3
Mais de 60	29	29
Sem informação de tratamento	16	16

Fonte: Painel-Oncologia (2023).

Diante dessa dificuldade, iniciativas vêm sendo implementadas pelo município no sentido de controlar o câncer, em especial os cânceres femininos mais incidentes, como o Programa Niterói Mulher. Criado em 2021 pela Secretaria Municipal de Saúde e pela FeSaúde, o programa “tem como estratégia o controle e acompanhamento do câncer de mama e colo de útero. O objetivo é diagnosticar precocemente casos de câncer e iniciar o tratamento em menos de 60 dias” (Niterói, 2023c). A partir desse programa foi possível a ampliação da oferta de cirurgias oncológicas no Hospital Municipal Oceânico Gilson Cantarino e o desenvolvimento do “Dia Delas” que, segundo entrevistadas, trata-se de ação desenvolvida nos módulos de médico de família do município, com oferta de atendimento especializado e exames preventivos aos cânceres femininos, tais como coleta de citopatológico, estação de mamografia, exame clínico das mamas e imunização.

Segundo as profissionais, a iniciativa não se limita aos meses de campanha (março lilás e outubro rosa) e é realizada a cada três ou quatro meses, aos sábados, viabilizando o acesso de mulheres que não conseguem comparecer à unidade durante a semana. Carvalho, O'Dwyer e Rodrigues (2018) destacam a necessidade de organizar os serviços de saúde com base no princípio da integralidade, o que envolve considerar as necessidades específicas dos diferentes grupos e buscar as melhores formas de atendê-las. As mulheres deste território “ou estão desempregadas, ou têm dupla jornada

de trabalho, estão muito sozinhas nesse cuidado, não têm rede de apoio familiar, elas não têm tempo para se cuidar” (E5).

Apesar dos esforços para realizar ações voltadas à participação em atividades coletivas, como os grupos de convivência, percebe-se uma dificuldade de adesão da população a essas iniciativas. Segundo E5, mesmo com o cuidado e a escuta oferecidos, o processo de engajamento é árduo, especialmente considerando o histórico de sofrimento vivido por muitas dessas mulheres, então a complexidade da situação vai além de apenas criar grupos e ampliar horários de atendimento. Com o objetivo de ampliar a participação no “Dia Delas”, E2 sugere que a campanha contemple a convocação de mulheres que a unidade não está acessando por algum motivo, não se limitando à demanda espontânea.

Ainda para E5, apesar de importantes, as ações realizadas acabam sendo mais pontuais, pois é no cotidiano que a prevenção de fato ocorre: “a gente atende mulheres no dia a dia, a gente tenta se vincular, entender a história de vida, as relações, a rede, os recursos que essa mulher tem no território, ter bem-estar, trabalho e renda” (E5).

O Projeto Niterói Vencendo o Câncer, por sua vez, é uma extensão do Programa Niterói Mulher e se trata de convênio firmado entre a Fundação do Câncer⁷⁴ e a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, em 2022, com vistas a desenvolver um conjunto de ações integradas para o enfrentamento do câncer no município. O projeto conta com três eixos principais: Plano Municipal de Atenção Oncológica, Registro Municipal de Câncer e Navegação em Oncologia.

O plano municipal de atenção oncológica estava previsto para implantação em 2023 e até o momento não foi divulgado. Ainda não disponível para acesso público, a ausência de um registro municipal de câncer em Niterói implica na dificuldade de traçar um perfil epidemiológico no território e,

⁷⁴ Trata-se de instituição sem fins lucrativos, criada em 1991, que capta recursos privados, públicos e internacionais e investe na atenção oncológica, bem como apoia o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Programa Nacional de Controle do Câncer e presta consultoria para estados e municípios do país (Fundação do Câncer, 2024).

consequentemente, dificulta a vigilância, o monitoramento e a avaliação, previstos na PNPPC. Já a Navegação em Oncologia pretende identificar e acompanhar os casos de câncer, do diagnóstico aos cuidados paliativos, na rede de atenção (Niterói, 2023c). Voltada inicialmente aos cânceres de colo do útero e mama, a Navegação acompanha 145 mulheres e expandiu o acompanhamento para homens com câncer de próstata (O Globo, 2023). O processo de implementação do registro municipal de câncer e da Navegação em Oncologia está em curso, mas não conseguimos informações atualizadas na pesquisa de campo acerca da organização e resultados.

No que se refere à Navegação em Oncologia, compreendemos sua proposta de integrar diferentes serviços da rede em prol do cuidado contínuo de pacientes diagnosticados com câncer, de modo a eliminar barreiras que possam dificultar seu percurso no interior da rede de saúde. Embora não tenhamos informações suficientes para estabelecer crítica acerca dessa iniciativa, chamamos atenção para que a navegação não seja ameaçada pelo mesmo motivo que levou a sua criação: a ausência de integração entre os serviços, especialmente entre Atenção Primária e demais níveis de complexidade do SUS, estudados na próxima seção.

4.3 Atenção Primária à Saúde e Oncologia: Desafios à Integralidade e Coordenação do Cuidado no Câncer do Colo do Útero em Niterói

A Atenção Primária à Saúde é reconhecida como a principal coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, desempenhando importante papel na articulação dos diferentes níveis assistenciais (Brasil, 2017). No contexto da atenção oncológica, a APS ocupa posição estratégica tanto na prevenção quanto na detecção precoce, especialmente em cânceres rastreáveis como o do colo do útero, como também no encaminhamento de casos para outros níveis de complexidade (Brasil, 2013c). De acordo com este documento, as responsabilidades gerais da APS no controle do câncer são: promoção e prevenção da saúde, controle do tabagismo, educação em saúde, rastreamento, diagnóstico precoce, encaminhamento oportuno dos casos suspeitos, coordenação do cuidado,

registro de informações, atendimento domiciliar, cuidados paliativos e saúde do trabalhador.

Parada et al (2008) enfatizam o papel da APS no controle do câncer no Brasil, destacando sua responsabilidade em ações de prevenção primária, detecção precoce, cuidados paliativos e apoio ao tratamento de pacientes oncológicos. E acrescentam que esse nível é tido como fundamental para a promoção da saúde, oferecendo informações sobre fatores de risco e conduzindo ações preventivas, principalmente devido à sua proximidade com a população no território.

Acerca do papel da APS, através da ESF, na atenção oncológica, as entrevistadas apresentaram percepção comum de que ela é considerada essencial no processo de prevenção, promoção, diagnóstico precoce, rastreio, educação em saúde, cuidados paliativos e cuidado continuado. No entanto, apesar desse reconhecimento, identificaram que, na prática, esse papel não está sendo plenamente cumprido, em grande parte devido aos obstáculos vistos na seção anterior, tais como: falta de busca ativa para prevenção, morosidade no resultado do preventivo, alta rotatividade de médicos na atenção básica, um único prestador para análise de colpocitologia oncótica no município, dificuldade de acesso ao médico especialista na rede e, também, à fragilidade das políticas públicas, falta de comunicação entre os níveis de atenção e ausência de sistemas de informação integrados foram alguns dos fatores destacados.

Estes fatores irão guiar a discussão da presente seção sobre as estratégias de integralidade e coordenação do cuidado no município de Niterói e os desafios para sua implementação, tendo em vista que a partir da crescente demanda por serviços devido ao aumento das doenças crônicas, como o câncer, há necessidade de ampliar o cuidado e integrar diferentes níveis de atenção. Para tanto, torna-se importante identificar o câncer de colo de útero como parte do processo saúde-doença socialmente determinado.

4.3.1 Determinações sociais do processo saúde-doença

E5 destacou que aspectos sociais e econômicos ressaltam a complexidade dos desafios enfrentados pela ESF ao tentar promover a saúde em um território marcado por desproteção social e pela desigualdade de gênero. O território é descrito como "adoecido", com ausência de políticas sociais robustas, pois se entende que a falta de acesso ao trabalho formal, a precariedade dos empregos e o acesso limitado a políticas de proteção social contribuem para o adoecimento da população. Especialmente entre as mulheres, maiores são as repercussões das determinações sociais no processo saúde-doença, visto que estas enfrentam múltiplas formas de violência e sobrecarga de responsabilidades, dificultando o autocuidado e o acesso à saúde preventiva, segundo E5.

[...] há uma ausência de política social muito anterior [...] Então a gente fica tentando aqui de várias formas articular serviços e garantir cidadania. [...] A gente tenta prevenir esse adoecimento, mas uma prevenção que é precária, porque para a gente prevenir a gente precisava que essa rede de proteção estivesse funcionando e fortalecida e não está, nesse contexto neoliberal. (E5)

A influência das determinações sociais na saúde nos remete à concepção integral de Atenção Primária levantada em Alma-Ata que, de acordo com Giovanella e Mendonça (2009; 2012), exige uma atuação voltada para a comunidade, enfrentando as determinações sociais e incentivando a participação social. As autoras trazem a intersetorialidade como um dos elementos da integralidade promovida pela APS para enfrentamento das determinações sociais no processo saúde-doença. Ou seja, segundo elas, reconhecer essas determinações demanda intersetorialidade, que Nascimento (2010) identifica como articulação entre diferentes políticas públicas, compostas por variados saberes técnicos, no compartilhamento de objetivos comuns.

4.3.2 Intersetorialidade e integralidade

Nas entrevistas, a intersetorialidade se manifestou nas falas de E4 e E5, por meio da colaboração entre diferentes áreas e serviços que vão além do setor de saúde para atender às necessidades da população. A ESF, segundo as entrevistadas, atua de maneira integrada com outras redes de proteção

social na tentativa de garantir cidadania, melhorar as condições de vida e prevenir o adoecimento da população. Percebe-se esforço em integrar os serviços de saúde com outros setores, como a assistência social e a saúde mental, para proporcionar um cuidado mais abrangente e integral, que não se limite apenas ao aspecto biomédico. Um exemplo foi a Ação Saúde e Cidadania no Território, mencionada por E4, por ter sido uma atividade que envolveu a colaboração de equipamentos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do território e lideranças comunitárias, demonstrando a articulação entre saúde primária, mental, assistência social e a comunidade local.

No entanto, há de reconhecermos que a intersetorialidade exige esforço constante e para além de ações pontuais, pois no cotidiano dos serviços encontra barreiras institucionais e culturais. Um dos desafios, segundo Nascimento (2010), está relacionado à cultura organizacional dentro da administração pública, que normalmente privilegia a setorialização e a especialização, reforçando a atuação de forma compartimentada, o que pode ser agravado pelo clientelismo e localismo que ainda vigora em muitos níveis da gestão pública, dificultando a articulação entre as diferentes esferas governamentais. Outro desafio, para a autora, está na não garantia necessária de ações coordenadas entre políticas públicas apenas por atuarem nos mesmos territórios, já que a falta de um projeto maior de intervenção, que unifique as diferentes agendas, pode levar à dispersão de esforços e à manutenção de práticas fragmentadas.

4.3.3 Coordenação do cuidado

Para que essas ações sejam realmente eficazes, é necessário que os serviços de saúde também funcionem de forma integrada dentro da própria rede de atenção à saúde. Segundo Bousquat et al. (2017), a RAS é considerada uma organização de serviços de saúde interconectados por uma ação cooperativa, visando oferecer atenção contínua e integral à população, e redes de saúde com essas características são associadas a melhor qualidade, custo-efetividade, satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde. A coordenação do cuidado atribuída à APS tem importante papel na

operacionalização da RAS e Bousquat et al. (2017) recomendam que seja sustentada pela coordenação da informação, clínica e administrativa/organizacional.

A coordenação da informação compreende as diversas ações que garantem que as informações sobre o usuário estejam disponíveis em todos os pontos de atenção e para todos os profissionais envolvidos. A coordenação clínica parte de uma APS robusta e fortalecida, que permite a provisão do cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção. A administrativa corresponde aos fluxos e processos organizativos da rede de atenção à saúde que permitem a integração entre os distintos níveis do sistema de saúde (Vargas et al., 2016, apud Bousquat et al., 2017, p. 1142).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), para garantir integralidade, a Atenção Primária deve coordenar as ações e serviços necessários para resolver necessidades complexas e garantir a continuidade do cuidado. A coordenação envolve assegurar a continuidade da atenção através de tecnologias de gestão, comunicação adequada entre profissionais, e registros de informações. Em síntese,

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação acerca dos problemas prévios, o que requer a existência de prontuário de acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) do paciente, o envio de informação adequada ao especialista (referência) e o seu retorno ao generalista (contrarreferência) após o encaminhamento a profissional especializado, para apoio na elucidação diagnóstica ou na decisão e no manejo terapêuticos (Giovanella e Mendonça, 2012, p. 27).

Na pesquisa de campo, foi identificada a necessidade de apoio da atenção secundária, e por vezes terciária, para consultas e exames especializados, fundamentais para diagnósticos na Atenção Primária, dentre outras doenças, o câncer. Dado o esgotamento de suas atribuições, a APS “encaminha oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica”, além de “coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde” (Brasil, 2013c). No entanto, a coordenação e a manutenção do cuidado no equipamento selecionado não têm sido efetivadas, haja vista a falta de comunicação entre os diferentes pontos da RAS, ocasionada principalmente pela ausência de integração entre os sistemas de informação e inexistência de contrarreferência.

A saúde do município ainda precisa ter um apoio em rede melhor. Desde o encaminhamento, se a pessoa chega num serviço secundário, em outro nível de atenção, a gente fica dependendo do paciente nos dar esse feedback, porque o serviço dificilmente vai se comunicar e dizer: olha, chegou aqui essa paciente, fizemos isso e aquilo com ela e agora vocês vão fazer assim e assim, via computador. Acho que isso faz falta. Porque esse papel de coordenador de cuidado também envolve isso, a gente continua cuidando e pede o apoio de algum profissional, mas a gente vai continuar cuidando dessa família ao longo da vida. (E1)

Eu me sinto isolada. Isso aqui é um pedido de exame [mostra a ficha], na parte de referência tem toda a minha justificativa para mandar o paciente para o ortopedista; e aqui tem contrarreferência, para o parecer do especialista com a conduta, e ele deveria devolver para mim. Mas nunca vem nada, eu tenho que acreditar no que o paciente fala. O paciente está com câncer e eu mandei para a oncologia, vai fazer o que? Não sei. Enquanto o paciente não me trouxer um laudo do especialista, eu não vou saber. (E2)

E outra coisa é que quase não existe contrarreferência. Eu fiz uma referência completa, qualificada, mas não tenho uma volta, as vezes a pessoa não sabe o que está fazendo ou qual o diagnóstico, e não tem uma contrarreferência. É isso, a gente não tem um sistema unificado, a gente tem alguns instrumentos de papel que poderiam de alguma forma, não viabilizar, mas dar algum tipo de esclarecimento, e esses instrumentos não são utilizados de todas as maneiras. (E4)

Como podemos ver, as entrevistadas chamaram atenção para a contrarreferência, não utilizada pela rede. Segundo Almeida et al. (2010) e Serra e Rodrigues (2010), o sistema de referência e contrarreferência surge para integrar serviços de saúde, facilitando o encaminhamento de usuários entre diferentes níveis de complexidade dos serviços, além de ser um elemento importante na reorganização das práticas das equipes da ESF pelo Ministério da Saúde. Enquanto na referência o usuário que precisa de cuidados não disponíveis no nível primário de atenção é encaminhado para os níveis secundário ou terciário, onde esses serviços estão disponíveis, na contrarreferência, após receber o atendimento especializado, ele retorna, através de encaminhamento, ao nível de Atenção Primária para acompanhamento contínuo, com informações e orientações sobre o tratamento recebido e as próximas etapas. Sendo assim, conforme pesquisa de campo, o que acontece é o encaminhamento do usuário para níveis de complexidade maiores e o retorno à APS, quando ele ocorre, apenas por iniciativa do usuário. Ainda que não haja sistemas de informação informatizados e integrados entre os pontos da RAS, existe mecanismo de encaminhamento manual não utilizado, a ficha de contrarreferência. A falta de utilização da contrarreferência

pela rede de atenção não é uma particularidade de Niterói, este problema também foi observado nos estudos realizados por Almeida et al. (2010; 2018), Santos e Giovanella (2016) e Bousquat et al. (2017).

Em um modelo de saúde fragmentado, os usuários muitas vezes enfrentam obstáculos ao navegar entre diferentes níveis de atenção, o que pode resultar em descontinuidade do tratamento, redundância de procedimentos e falhas na comunicação entre profissionais. O sistema de referência e contrarreferência tem como intenção buscar resolver esses problemas, permitindo que os usuários transitem de forma adequada e ordenada entre os níveis de atenção conforme a complexidade do seu quadro clínico. Importante destacar que dentro de um modelo de saúde integrado, o processo de referência e contrarreferência não pode ser visto como um mero encaminhamento burocrático, mas sim como um fluxo coordenado, no qual os diferentes níveis de atenção compartilham informações e responsabilidades. Isso é facilitado, segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), por uma gestão eficiente, que contempla dentre outras coisas, os sistemas de informação, os quais permitem acesso rápido e preciso ao histórico do usuário.

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), utilizado por meio do sistema e-SUSAPS⁷⁵ do Ministério da Saúde, e adotado pelos módulos do médico de família e policlínicas regionais de Niterói, surgiu nas entrevistas como uma iniciativa positiva, embora ainda restrita. O PEC permite que diferentes unidades acessem e compartilhem informações dos usuários, promovendo uma visão integrada do atendimento e propiciando a coordenação do cuidado. Segundo o Ministério da Saúde, o prontuário eletrônico deve conter:

Registro de anamnese, exame clínico e variáveis clínicas; prescrição de medicamentos ou outros métodos terapêuticos; emissão de atestados e outros documentos clínicos; solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares; encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde; e acesso rápido aos

⁷⁵ Adotado pelo Departamento de Saúde da Família (DESF) e operado desde 2017, pretende reestruturar em âmbito nacional as informações na atenção básica. Essa reestruturação faz parte de um esforço mais amplo para modernizar os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde. O modelo nacional de gestão da informação é guiado por diretrizes e requisitos específicos e é concretizado pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), estabelecido pela Portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, e pela Estratégia e-SUS AB para sua implementação (Brasil, 2020b).

No entanto, a pesquisa mostrou que o PEC cumpre sua função parcialmente, ao integrar o sistema apenas entre as unidades de Atenção Primária do município, no caso desta pesquisa, o MMF selecionado e a Policlínica Regional de referência. As policlínicas de especialidades, importantes serviços de apoio à APS, e as unidades de alta complexidade, onde os pacientes oncológicos realizam tratamento, não compartilham do e-SUS, por isso, também, a dificuldade relatada pelas profissionais em dar seguimento ao acompanhamento dos usuários após seu encaminhamento para média e alta complexidades. O prontuário eletrônico tem como desafio, segundo Almeida et al. (2010), a integração à rede especializada e aos demais prestadores, pois a fragmentação do sistema de saúde no Brasil, com serviços públicos (municipais, estaduais e federais) e privados funcionando de forma independente dificulta ainda mais a coordenação do cuidado.

Outras restrições dizem respeito à falta de integração do e-SUS entre diferentes municípios, mesmo que pertencentes à mesma região de saúde, não sendo possível o acesso ao histórico do paciente quando há mudança de residência para outra localidade, segundo E5. E na Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema de transição alternativo para os estabelecimentos de saúde que não possuem conexão à internet ou computadores suficientes (Brasil, 2020b), apenas informações básicas são registradas, sem detalhes suficientes sobre os procedimentos realizados, segundo E1, que não é o caso do referido MMF, mas dificulta sua integração com unidades ainda não adequadamente informatizadas.

Em 2021, dez unidades da Atenção Primária de Niterói adotavam o PEC, sendo sete MMF e três UBS (Niterói, 2021a), incluindo a unidade selecionada para esta pesquisa, que antes do PEC fazia uso de outro prontuário eletrônico adotado em algumas unidades do município. A informatização da saúde em Niterói está diretamente relacionada à implementação do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos

Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS)⁷⁶, que concedeu recursos financeiros para modernizar e informatizar as unidades básicas de saúde dos municípios brasileiros, como em Niterói. Com essa adesão do município ao programa, há pretensão de melhora na gestão dos dados de saúde, facilitando o acesso e o compartilhamento de informações entre diferentes unidades, por meio do uso do prontuário eletrônico (Brasil, 2020b; Niterói, 2021a), embora o estudo mostre que isso vem acontecendo de forma lenta e permeada de desafios não restritos à APS. Pois se trata da relação de interdependência entre Atenção Primária e rede, mencionada por Bousquat et al. (2017): ao mesmo tempo que sem uma APS forte, capaz de coordenar o cuidado, a RAS não funciona como deveria, se não houver um arranjo regional bem estabelecido e uma boa articulação entre os entes federados, a APS não terá o suporte necessário para desempenhar seu papel plenamente.

Nesta seção, ainda que tenhamos discutido a atenção oncológica por meio da tentativa de integração entre Atenção Primária e rede de saúde, não nos debruçamos no câncer do colo do útero por este não ter tido destaque nas falas das entrevistadas, a não ser pelas ações de promoção e prevenção descritas na seção anterior, que inclusive concentram-se em alguns tipos de câncer mais incidentes e com campanhas já estabelecidas, como mama, colo do útero e próstata. A referida falta de destaque não foi exclusiva do câncer do colo de útero, também se estende aos demais, e reforça nossa hipótese inicial de que os serviços de APS têm atuado de forma secundária no interior da rede de atenção oncológica, por não haver coordenação do cuidado e, portanto, condições de mantê-lo integralmente.

Portanto, apesar da importância da APS como coordenadora do cuidado, sua efetividade é limitada por desafios estruturais e institucionais. A falta de integração entre os níveis de atenção, a ausência de contrarreferência e a carência de sistemas de informação interligados dificultam a continuidade do cuidado. Ademais, fatores como desigualdade social, precariedade no acesso a serviços de saúde e fragilidade das políticas públicas impedem não apenas a APS, mas toda a rede de cumprir inteiramente o seu papel.

⁷⁶ Instituído pela portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019.

Considerações finais

O controle do câncer em Niterói, em especial dos tipos mais incidentes, reflete tanto os avanços quanto os desafios da Atenção Primária no município. Como vimos neste trabalho, o câncer é a segunda maior causa de mortes em Niterói e o sistema de saúde local ainda enfrenta dificuldades no que diz respeito à organização dos serviços e à oferta de um cuidado integral e coordenado. O câncer do colo do útero, condição marcadora do nosso estudo, voltou a crescer no município a partir de 2021, destacando a urgência de fortalecer as ações preventivas e ampliar o alcance do exame citopatológico, mas sem perder de vista a coordenação e a integralidade do cuidado.

Na tentativa de mapear os serviços que compõem a Rede de Atenção Oncológica no município de Niterói, vimos que ela está organizada de forma complexa, integrando serviços públicos, privados, habilitados e não habilitados em oncologia. A estrutura do município conta com cinco unidades de alta complexidade, sendo duas municipais, uma federal e duas privadas conveniadas ao SUS. A Atenção Primária também participa da rede oncológica através da prevenção e controle em unidades de baixa complexidade, os módulos de médico de família.

A fim de conhecer os protocolos e mecanismos de referência e contrarreferência da APS com outros níveis de atenção, identificamos que, para garantir o seguimento do tratamento, o município utiliza ao todo três sistemas de regulação, mas enfrenta desafios referentes à integração desses sistemas e entre serviços de diferentes níveis de atenção, além da oferta limitada de vagas, sobretudo em ginecologia.

A Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, desempenha importante papel no controle do câncer de colo do útero, particularmente na realização de exame preventivo, no acompanhamento e no encaminhamento de casos suspeitos para a atenção especializada. Tendo isso em vista, tentamos identificar as ações ofertadas pela APS em Niterói para esse público, que em linhas gerais foram: consultas por demanda espontânea, coleta de preventivo, diagnóstico, imunização, administração e dispensação de

medicamentos, atividades de educação em saúde e ações intersetoriais. Quanto às ações previstas pela carteira de serviços no município, observamos o não cumprimento da busca ativa de mulheres-alvo da política de rastreamento de câncer do colo do útero e com exames em atraso e a dificuldade de cuidado continuado, dados os problemas encontrados.

Assim, o modelo de atendimento por demanda espontânea identificado em Niterói limita a eficácia do rastreamento, uma vez que grande parte das mulheres não busca regularmente o serviço de saúde. A ausência de busca ativa estruturada por parte das equipes de saúde, como preconiza a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, possivelmente somada à extensão da iniciativa privada, refletem a baixa cobertura do exame preventivo, que atinge apenas 8,28% das mulheres na faixa etária recomendada (Niterói, 2023b), embora a coleta do exame tenha sido ampliada para enfermeiros na APS do município em 2022. Talvez esse baixo percentual não represente a baixa cobertura do exame preventivo nas mulheres residentes em Niterói, uma vez que o número de pessoas com planos e seguros privados de saúde é alto no município e não há registros da cobertura dos exames preventivos realizados pela rede privada de saúde.

Por outro lado, o fluxo assistencial para mulheres com exames preventivos alterados revela fragilidades no acesso aos níveis secundário e terciário. A demora nos resultados dos exames, que em 2023 chegou a ultrapassar 60 dias para grande parte das mulheres, e a burocracia nos mecanismos de regulação estadual e municipal dificultam a celeridade necessária para o tratamento eficaz do câncer. Esses atrasos comprometem o cumprimento da Lei nº 12.732/2012, que estabelece o início do tratamento oncológico em até 60 dias após o diagnóstico.

Também discutimos o quanto a APS é amplamente reconhecida como a principal coordenadora da RAS, sendo fundamental na articulação entre os diferentes níveis de cuidado. No entanto, a realidade observada em Niterói reflete uma série de desafios que limitam a capacidade da APS de exercer plenamente essa função.

Em primeiro lugar, a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção compromete a continuidade do cuidado. A APS, por ser o nível mais próximo da população no território, deveria atuar como a principal porta de entrada e acompanhamento dos usuários, coordenando o cuidado a partir do seu encaminhamento para níveis mais complexos quando necessário e garantindo o retorno adequado desses usuários após atendimento especializado. No entanto, a ausência de um sistema de referência e contrarreferência eficiente impede essa articulação. Sem a contrarreferência, os pacientes muitas vezes não retornam à APS com informações claras sobre os tratamentos realizados em outros serviços, dificultando a continuidade do acompanhamento e o cuidado integral.

Outro ponto crítico é a falta de sistemas de informação integrados. Embora o Prontuário Eletrônico do Cidadão represente uma iniciativa positiva no âmbito da APS, como discutido, sua limitação a apenas algumas unidades e sua falta de integração com os serviços de média e alta complexidade evidenciam a dificuldade em articular o cuidado. A ausência de um sistema de informações unificado dificulta o acesso rápido e preciso aos dados dos pacientes, comprometendo a coordenação e continuidade do cuidado.

Além das dificuldades operacionais, também identificamos barreiras estruturais e sociais que impactam diretamente a atuação da APS. As entrevistadas destacaram como as determinações sociais afetam a saúde da população e, conseqüentemente, as ações do módulo. Em territórios vulneráveis, as pessoas muitas vezes enfrentam dificuldades de acesso a serviços de saúde, seja por falta de recursos financeiros, seja pela sobrecarga de responsabilidades, principalmente no caso das mulheres. Esses fatores tornam mais difícil a adesão a práticas de prevenção e promoção da saúde, ampliando a carga de doenças crônicas, como o câncer do colo do útero, e sobrecarregando ainda mais os serviços de saúde. Nessa discussão, percebemos que a intersetorialidade surge como uma solução potencial para enfrentar parte desses desafios, promovendo a integração entre saúde e outras políticas públicas, embora a cultura organizacional no setor público dificulte esse movimento.

A FeSaúde, enquanto entidade pública de direito privado que administra serviços públicos de saúde no município, trouxe à pesquisa questionamentos sobre a precarização do trabalho e o enfraquecimento do controle social. A rotatividade de médicos, principalmente especialistas em ginecologia, é um dos principais entraves à prevenção e ao controle do câncer do colo do útero. Esse fenômeno, associado à instabilidade contratual e à dificuldade de atrair profissionais para longos períodos, impacta diretamente na longitudinalidade do cuidado.

A carência de suporte técnico aos profissionais que permanecem nos serviços e o desgaste do atendimento a uma população crescente sem o número adequado de especialistas não apenas prejudica o atendimento imediato, mas compromete também o desenvolvimento de estratégias de saúde a longo prazo. Apesar da realização de concurso público e processos seletivos, a instabilidade permanece, resultando em um ciclo vicioso que afeta a qualidade do serviço prestado e a percepção da população sobre o sistema público de saúde.

Diante disso, torna-se evidente que, para que a APS possa exercer plenamente seu papel de coordenadora da RAS e contribuir de modo eficaz no controle do câncer do colo do útero, é necessária uma reorganização profunda do sistema de saúde. Isso envolve a implementação de sistemas de informação integrados e a criação de mecanismos efetivos de contrarreferência que garantam a continuidade do cuidado. Além disso, é imprescindível fortalecer a APS como um ponto central da RAS, investindo em políticas públicas que enfrentem as desigualdades sociais e promovam maior articulação intersetorial.

A educação permanente, na perspectiva da educação social em saúde, contribui para a construção e disseminação de saberes entre os diversos sujeitos envolvidos e aparece como mais uma estratégia de fortalecimento do sistema e dos serviços públicos de saúde, principalmente se aliada à gestão participativa, a qual valoriza os saberes e experiências locais e permite que a política de saúde seja moldada a partir das realidades vivenciadas pelos próprios usuários e profissionais. Além de direcionar os serviços às demandas da população, esse envolvimento promove co-responsabilização no cuidado e

maior entendimento sobre os processos em saúde.

As dificuldades aqui tratadas, cabe esclarecer, não podem ser consideradas particularidades de Niterói, menos ainda do módulo médico de família pesquisado. O sucateamento do SUS, através da falta de investimentos – como o congelamento de investimentos públicos na saúde pela EC 95/2016 -, precarização dos serviços e redução da capacidade de atendimento, tem aberto espaço para a privatização da saúde, especialmente na prestação de serviços primários e secundários, o que se estende aos procedimentos de prevenção e diagnóstico do câncer do colo do útero. A perda de confiança da população no sistema público de saúde também contribui na busca pelos serviços privados e reprodução do capital, o que a faz aderir a seguros de saúde mesmo que populares. Essa estratégia favorece o crescimento dos serviços privados, que se apresentam como solução mais eficiente e ágil, mas que, na prática, excluem uma parcela significativa da população e não são tão eficientes o quanto prometem. A privatização agrava as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, perpetuando um sistema desigual e focalizado, onde o nível de cuidado é determinado pela capacidade financeira, comprometendo a universalidade e a equidade propostas pelo SUS.

À guisa de conclusão, embora a APS do município de Niterói seja um componente importante na prevenção e controle do câncer do colo do útero, as barreiras estruturais, organizacionais e sociais limitam suas ações. A falta de integração entre os níveis de atenção, a ausência de sistemas de informação e regulação unificados e a precarização das condições de trabalho minam o cuidado contínuo e coordenado. Por fim, nossa hipótese de que os serviços de APS atuam de forma secundária na RAO foi evidenciada pela falta de coordenação e manutenção no cuidado oncológico após encaminhamento para a rede. Para reverter esse cenário, é urgente fortalecer a APS, integrando-a efetivamente à RAO, e promover políticas públicas que enfrentem as desigualdades sociais, além de resistir à crescente privatização da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. Federalismo brasileiro e projeto nacional: os desafios da democracia e da desigualdade. **Revista USP**, [S. 1.], n. 134, p. 127-142, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/202382> Acesso em: 30 set. 2024.

ALMEIDA, P. F. DE . et al.. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, fev. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008> Acesso em: 01 out. 2024.

_____; et al.. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116> Acesso em: 02 out. 2024.

ARAÚJO NETO, L. A.; TEIXEIRA, L. A.. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi.Ciências Humanas**, v. 12, n. 1, p. 173-188, jan.-abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981.81222017000100010>. Acesso em: 9 jun. 2024.

BASTOS DE PAULA, S. H.; VOLOCHKO, A.; FIGUEIREDO, R. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 146–165, 2016. DOI: 10.52753/bis.v17i2.35336. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/> Acesso em: 02 out. 2024.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. In.: **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1141-1154, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016> Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Capítulo II, Seções I e II. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Decreto nº 78.307, de 24 de Agosto de 1976**. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970->

1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html
Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.** Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/d94657.htm
Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Decreto nº 7.508/2011a.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
Acesso em: 01 out. 2024.

_____. **Decreto nº 10530, de 26 de outubro de 2020a.** Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10530.htm Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016a.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **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: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013a.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019a.** Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13958.htm Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023a.** Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.758-de-19-de-dezembro-de-2023-532172581> Acesso em: 01 out. 2024.

_____. **Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023b.** Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14621.htm#art6 Acesso em: 02 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf Acesso em: 02 out. 2024.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância.** -Rio de Janeiro: INCA, 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf Acesso em: 02 out. 2024.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf Acesso em: 01 out. 2024.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio> Acesso em: 02 out. 2024.

_____. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.0** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/19UzIV7y6K_I8nsyjJvK7ChKfI8TvYEEz/view Acesso em: 02 out. 2024.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf Acesso em: 02 out. 2024.

_____. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ações para a Implementação do Programa Previne Brasil : modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/12/1402185/livro_saps_acoes_implementationacao_programa_previne_brasil_2022.pdf Acesso em: 01 out. 2024.

_____. **Norma Operacional Básica do SUS, de 6 de novembro de 1996.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm> Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: MS; 2006b. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf Acesso em: 30 set. 2024.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Painel-Oncologia**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html Acesso em: 01 out. 2024.

_____. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011c**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Portaria nº 874/2013c**. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013d.** Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3388_30_12_2013.html Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Portaria nº 483/2014a.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014b.** Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html Acesso em: 01 out. 2024.

_____. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019b.** Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539_27_09_2019.html Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019c.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível

em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019d.** Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria_1399_17dez2019.pdf Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023c.** Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Portaria SAES/MS nº 688, de 28 de agosto de 2023d.** Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2023/prt0688_30_08_2023.html Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.428, de 28 de setembro de 2023e.** Habilita Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON e estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado do Rio de Janeiro e Município de Macaé. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1428_29_09_2023.html Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Projeto de Lei Complementar nº 93, de 2023f.** Institui regime fiscal. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?mime=application/pdf&disposition=inline&dm=9374285>

Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **SISCAN.** 2024. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?SISCAN/cito_colo_atendrij.def Acesso em: 02 out. 2024.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25630. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 8 jan. 2024.

BRAY F; et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. In.: **CA Cancer Journal Clinicians**. 2018 Nov;68(6):394-424 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/> Acesso em: 08 jan. 2024.

CARVALHO, D. L. **Atenção à saúde de mulheres com câncer de colo de útero: um olhar para a Rede de Atenção Oncológica da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, Niterói, 2024.

CARVALHO, P. G. DE .; O'DWER, G.; RODRIGUES, N. C. P.. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 687–701, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811812> Acesso em: 02 out. 2024.

CHIORO, A.; et al. Scorched Earth: the portrait of health in Brazil after the Bolsonaro's administration and the first 100 days of the Lula Government in health. In.: **Authorea**. May 27, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.22541/au.168516725.52780793/v1> Acesso em: 20 jun. 2024.

_____; SCAFF, A. J. M. A implantação do Sistema Único de Saúde. Santos: **Consaúde**; 1998. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf Acesso em: 01 out. 2024.

CIB-RJ. **Deliberação CIB-RJ nº 7.172 de 16 de Março de 2023**. Pactua o cofinanciamento estadual das unidades de assistência de alta complexidade em oncologia que possuem habilitação como unidades ou centros de assistência especializada em oncologia, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/871-deliberacoes-cib/deliberacoes-cib-marco-2023/8202-deliberacao-cib-rj-n-7-172-de-16-de-marco-de-2023.html> Acesso em: 02 out. 2024.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In.: HARTZ, Z. M. de A. (Org.), **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** — Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf> Acesso em: 08 jan. 2024.

CRUZ, L.M.B.; LOUREIRO, R.P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200012> Acesso em: 12 jun. 2024.

DATASUS. **CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)**. 2024. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/> Acesso em: 02 out. 2024.

DRAIBE, S. M.; RIESCO, M.. Estados de bem-estar social e estratégias de desenvolvimento na América Latina: um novo desenvolvimentismo em gestação?. **Sociologias**, v. 13, n. 27, p. 220–254, maio 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222011000200009> Acesso em 01 out. 2024.

FAS. **Hospital Municipal Oceânico Dr. Gilson Cantarino**. 2024. Disponível em: <https://hmg.fas.org.br/hospital-municipal-oceanico-dr-gilson-cantarino/> Acesso em: 02 out. 2024.

FAUSTO, M. C. R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**, 2005. Tese Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C.. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171> Acesso em: 07 jan. 2024.

FIOCRUZ. **Fundação das Pioneiras Sociais**. História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas. Casa de Oswaldo Cruz (COC) e Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). 2011. Disponível em: <https://historiadocancer.coc.fiocruz.br/index.php/pt-br/imagens/pioneiras-sociais> Acesso em: 01 out. 2024.

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**/Sonia Fleury (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/2/docs/saude48saude_e_democracia.pdf#page=26 Acesso em: 07 jan. 2024.

_____; et al. Populismo Autoritário, Desdemocratização e Desmonte das Políticas Sociais: lições do caso brasileiro. In.: **Cidadania em perigo: desmonte das políticas sociais e desdemocratização no Brasil** [recurso eletrônico] / Sonia Fleury (org.). – Rio de Janeiro : Edições Livres; Cebes, 2024.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. In.: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em: SciELO - Saúde Pública - Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas (scielosp.org) Acesso em: 08 jan. 2024.

FRANCO, T.B.; PINTO, H. **Fundações Estatais como dispositivo para a desprivatização do Estado brasileiro**. 2017. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/5fundacoes-estatais-desprivatizacao-estado.pdf> Acesso em: 02 out. 2024.

GIOVANELLA, L. et al.. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/#> Acesso em: 01 out. 2024.

_____; MENDONÇA, M.H.M.de. Atenção Primária à Saúde. In.: BRASIL. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**; cap. 16, 2009. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/int-5365> Acesso em: 30 set. 2024.

_____; MELO, E. A. Redes de Atenção e a Atenção Primária à Saúde. In.: **Introdução ao Sistema Único de Saúde**. Campus Virtual FIOCRUZ. 2023. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/introducao-sus/modulo3/introAula1.html> Acesso em: 01 out. 2024.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In.: **Saúde na atualidade : por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade** / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: https://www.adufrj.org.br/wpcontent/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf Acesso em: 03 jul. 2024.

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS (2009): 701-718. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/C8pQHQOyl68c9Bc41x5Y.pdf> Acesso em: 08 jan. 2024.

HARTZ, Z. M. DE A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P.. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S331–S336, 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/ZsrbLQhvJHk7dXPwqHjhPkG/abstract/?lang=pt#>
Acesso em: 08 jan. 2024.

HÜBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B.. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 173–191, jan. 2007.

IBGE. Cidades. **Niterói**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/niteroi/panorama> Acesso em: 02 out. 2024.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer do Colo do Útero: Condutas do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 46, n. 4, p. 351–54, 2000. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2000v46n4.2415. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2415>. Acesso em: 2 out. 2024.

_____. **Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf> Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero> Acesso em: 11 jun. 2024.

_____. **O que é Câncer?** 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer> Acesso em: 02 out. 2024.

KLIGERMAN, J. A Ampliação da Assistência Oncológica no Brasil. **Rev. Bras. Cancerol.** [Internet]. 29º de dezembro de 2000 [citado 9º de junho de 2024];46(4):347-49. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2414> Acesso em: 01 out. 2024.

KUSCHNIR, R., et al. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M.A.D., et al., (orgs.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 215-240. ISBN: 978-85- 7541-592-4. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c2hxb/pdf/uga-9788575415924-11.pdf> Acesso em: 12 jun. 2024.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2307-2316, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YWH9n3DqK6wRwB8VLdvpZYG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 out. 2024.

LAVRAS, C.. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/#> Acesso em: 07 jan. 2024.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. saúde família** ; 1(1): 3-9, jan.-jun. 1996. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/cid-58854> Acesso em: 08 jan. 2024.

LIMA, A. L. G. S. DE .; PINTO, M. M. S.. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 1037–1051, set. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000300012> Acesso em: 01 out. 2024.

LÖWY, I. O gênero do câncer. In: **Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas** / TEIXEIRA, L. (organizador). – Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 15-37, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf> Acesso em: 01 out. 2024.

MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliando a implementação da atenção básica em saúde do município de Niterói, RJ: Estudo de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família**. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 2003.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 8. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720> Acesso em: 06 set. 2024.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/#> Acesso em: 08 jan. 2024.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (5):2297-2305, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/abstract/?lang=pt>
Acesso em: 08 jan. 2024.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS: avanços e ameaças** / Eugênio Vilaça Mendes. - Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/conass-documenta-38/> Acesso em 07 jan. 2024.

MENDONÇA et al. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In.: **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa** / Maria Helena Magalhães de Mendonça et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. M. DE F.. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. **Revista Ciências Sociais**, v. 59, n. 3, p. 823–865, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/pFMXHMxY6y6KvgDbgKK3k9g/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 08 jan. 2024.

MIGOWSKI, A.; ATTY, A. T. de M.; TOMAZELLI, J. G.; DIAS, M. B. K.; JARDIM, B. C. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 64, n. 2, p. 247–250, 2018. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n2.84. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/84>. Acesso em: 1 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Queda da cobertura vacinal contra o HPV representa risco de aumento de casos de cânceres evitáveis no Brasil**. Brasil, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/queda-da-cobertura-vacinal-contra-o-hpv-representa-risco-de-aumento-de-casos-de-canceres-evitaveis-no-brasil> Acesso em 02 out. 2024.

_____. **SUS incorpora teste inovador para detecção do HPV em mulheres do DF**. Brasil, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/distrito-federal/2024/marco/sus-incorpora-teste-inovador-para-deteccao-do-hpv-em-mulheres-do-df> Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Ministério da Saúde adota esquema de vacinação em dose única contra o HPV**. Brasil, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/ministerio-da-saude-adota-esquema-de-vacinacao-em-dose-unica-contra-o-hpv> Acesso em: 02 out. 2024.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F.. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=pt#> Acesso em: 08 jan. 2024.

NASCIMENTO, S. DO .. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 101, p. 95–120, jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006> Acesso em: 06 set. 2024.

NITERÓI. Fundação Estatal de Saúde. **Carteira de serviços do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói** : versão profissionais de saúde e gestores / Fundação Estatal de Saúde de Niterói. – Niterói : Eduff Institucional, 2021a. Disponível em: https://fesaude-bucket.s3.amazonaws.com/CS_do_Programa_Medico_de_Familia_de_Niteroi_livro_digital_18001e3f63.pdf Acesso em: 01 out. 2024.

_____. **Plano Municipal de Saúde Participativo (2022-2025)**. Niterói – RJ, 2021b. Disponível em: http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/Plano%20Participativo%20Saude%203.05.2022_off4.pdf Acesso em: 01 out. 2024.

_____. Fundação Estatal de Saúde. **Relatório Circunstanciado 2023a**. Disponível em: https://fesaude-bucket.s3.amazonaws.com/Relatorio_Circunstanciado_2023_v4_aec3066e54.pdf Acesso em: 02 out. 2024.

_____. Fundação Estatal de Saúde. **Relatório Quadrimestral dos Indicadores de Desempenho**. Contrato de gestão 001/2020. Período: 3º Quadrimestre de 2023 (set/out/nov/dez). Niterói, 2023b. Disponível em: https://fesaude-bucket.s3.amazonaws.com/Relatorio_Q3_2023_novo_sem_anexos_43df97d49e.pdf Acesso em: 02 out. 2024.

_____. Prefeitura de Niterói. **Centro Cirúrgico do Hospital Oceânico completa cinco meses com quase mil pacientes operados**. Niterói, 2022. Disponível em: <https://niteroi.rj.gov.br/centro-cirurgico-do-hospital-oceanico-completa-cinco-meses-com-quase-mil-pacientes-operados/> Acesso em: 02 out. 2024.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Combate ao câncer é meta em projeto da SMS**. Niterói, 2023c. Disponível em: http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1293:com-canc23 Acesso em: 02 out. 2024.

NOGUEIRA, A.C.C.; SILVA, L.B.da. Saúde, gênero e Serviço social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. **VÉRTICES**, Campos dos

Goytacazes/RJ, v. 11, n. 1/3, p. 7-17, jan./dez. 2009. Disponível em: <https://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/1809-2667.20090001/3> Acesso em: 01 out. 2024.

O GLOBO. **Criado para atender mulheres com câncer de mama e de útero, programa em Niterói passa a tratar homens com tumor na próstata.** Dez. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/bairros/niteroi/noticia/2023/12/11/criado-para-atender-mulheres-com-cancer-de-mama-e-de-utero-programa-em-niteroi-passa-a-tratar-homens-com-tumor-na-prostata.ghtml> Acesso em: 02 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019.** 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e> Acesso em: 01 out. 2024.

_____. **Câncer.** 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer> Acesso em: 01 out. 2024.

_____. **HPV e câncer do colo do útero.** 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero> Acesso em: 02 out. 2024.

_____. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.** Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf Acesso em: 02 out. 2024.

PARADA, R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e Formas de Inserção. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 11 (1): 19-104, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/QH3SFxyFLb4CjRNPTTZJpLK/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 02 out. 2024.

_____; et al. A Política Nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/9959> Acesso em: 02 out. 2024.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, Jun. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt#>
Acesso em: 08 jan. 2024.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. Pág.103–108, 2014. DOI: 10.18569/tempus.v8i1.1460. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1460>. Acesso em: 1 out. 2024.

ROSA, W. DE A. G.; LABATE, R. C.. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, nov. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGXM7s89ZQtmJHHXMgSYyg/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 08 jan. 2024.

SANTIAGO, M. T. **Uma história da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói (1975-1991)** / Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. – 2010.

SANTOS, A. M. DOS .; GIOVANELLA, L.. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde e Debate**, v. 40, n. 108, p. 48-63, JAN-MAR 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080004> Acesso em: 01 out. 2024.

SANTOS, J. G. C.; DIAS, J. M. G. Vacinação pública contra o papilomavirus humano no Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais** 2018; 28: e-1982. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180004> Acesso em: 01 out. 2024.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. DE A.. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3579–3586, nov. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033> Acesso em: 02 out. 2024.

SILVA, M. J. S.; DE LIMA, F. L. T.; O'DWYER, G.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 63, n. 3, p. 177–187, 2019. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n3.133. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/133>. Acesso em: 1 out. 2024.

SOUSA, C. M. B. e. **A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000**. 2015. 148 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SOUZA, C.; CARVALHO, I. M. M. DE .. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 48, p. 187–212, dez. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451999000300011> Acesso em: 02 out. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** / Bárbara Starfield. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, L. A. DA S.; PORTO, M. A. T.; NORONHA, C. P. O câncer no Brasil: passado e presente. Rio de Janeiro: **Outras Letras**. 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18554> Acesso em: 01 out. 2024.

TSE. Tribunal Superior Eleitoral. **Diretrizes para o programa de reconstrução e transformação do Brasil. Lula Alckmin 2023-2026. 2022. Coligação Brasil da Esperança.** Disponível em: https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2022/BR/BR/544/candidatos/893498/5_1659820284477.pdf Acesso em: 02 out. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Roteiro de entrevista com profissionais de saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

Pesquisa: Atenção à saúde e câncer do colo do útero: o que os serviços de Atenção Primária à Saúde têm a ver com isso? - um estudo avaliativo no município de Niterói - RJ.

Pesquisadora: Alessandra Bessimo Barreto

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

I. Perfil do/a entrevistado/a

- I.1. Nome:
- I.2. Idade:
- I.3. Raça/Cor autodeclarada:
- I.4. Escolaridade:
- I.5. Profissão:
- I.6. Cargo atual:
- I.7. Tempo no cargo:
- I.8. Vínculo empregatício:

II. Capacitação e Experiência profissional

- II.1. Tempo de conclusão da graduação:
- II.2. Pós-graduação? Área? Tempo de conclusão:
- II.3. Experiência anterior no setor saúde: ESF/ ambulatório/ internação/ emergência
- II.4. Tempo de atuação antes do MMF:
- II.5. Participa de atividades de educação continuada? Quais?

II.6. Participou de alguma atividade de educação continuada voltada à atenção oncológica? De que tipo, quando e quem organizou?

III. Atenção ao câncer do colo do útero no âmbito do MMF

III.1. Em sua opinião, qual o papel da ESF na atenção oncológica?

III.2. Considera que a ESF vem cumprindo esse papel? Por quê?

III.3. Vocês desenvolvem algum tipo de ação no MMF em termos de atenção oncológica? Quais ações e serviços ofertados pelo MMF para este público? Existem iniciativas ou programas específicos voltados para melhorar a assistência ao paciente oncológico na APS?

III.4. Há pacientes matriculados nesta unidade que têm diagnóstico de câncer? E câncer do colo do útero?

III.5. Quais os cânceres mais incidentes entre os pacientes aqui matriculados?

III.6. Como este MMF se insere na rede de atenção oncológica, especificamente na atenção ao câncer do colo do útero?

III.7. Existem protocolos e/ou mecanismos de regulação para referenciar a usuária com suspeita ou confirmação diagnóstica de câncer do colo do útero para outros níveis do sistema? Quais?

III.8. Como se dá o encaminhamento para os Serviços de Apoio Diagnósticos Terapêuticos (SADT)? Quais os laboratórios de referência? Existem dificuldades nesse processo? Quais?

III.9. Como se dá o encaminhamento para consultas com especialidades? Quais os serviços de especialidades de referência? Existem dificuldades nesse processo? Quais?

III.10. Como se dá o encaminhamento para os procedimentos de alta complexidade (quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica, braquiterapia etc.)? Quais as unidades de referência? Existem dificuldades nesse processo? Quais?

III.11. Qual o tempo para atendimento das usuárias com citopatológico alterado nos demais pontos da rede?

III.12. Há sistemas de informação integrados entre os diferentes pontos da rede de atenção oncológica ou entre os equipamentos dos diferentes níveis de complexidade do SUS?

III.13. De que forma você avalia a coordenação e a manutenção do cuidado ao paciente oncológico pela APS?

APÊNDICE II - Roteiro de entrevista com gestor de saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

Pesquisa: Atenção à saúde e câncer do colo do útero: o que os serviços de Atenção Primária à Saúde têm a ver com isso? - um estudo avaliativo no município de Niterói - RJ.

Pesquisadora: Alessandra Bessimo Barreto

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR DE SAÚDE/GERENTE DE APS

I. Perfil do/a entrevistado/a

- I.1. Nome:
- I.2. Idade:
- I.3. Raça/Cor autodeclarada:
- I.4. Escolaridade:
- I.5. Profissão:
- I.6. Cargo atual:
- I.7. Tempo no cargo:
- I.8. Vínculo empregatício:

II. Capacitação e Experiência profissional

- II.1. Tempo de conclusão da graduação:
- II.2. Pós-graduação? Área? Tempo de conclusão:
- II.3. Experiência anterior no setor saúde: ESF/ ambulatório/ internação/ emergência
- II.4. Tempo de atuação antes do MMF:
- II.5. Participa de atividades de educação continuada? Quais?

II.6. Participou de alguma atividade de educação continuada voltada à atenção oncológica? De que tipo, quando e quem organizou?

III. Ações ofertadas por este MMF

III.1. Qual a área de abrangência deste módulo?

III.2. Quantas famílias e usuários estão cadastrados neste MMF?

III.3. Quais segmentos da população são prioritários neste equipamento?

III.4. Quais as ações e serviços ofertados pelo MMF?

IV. Atenção ao câncer do colo do útero no âmbito do MMF

IV.1. Em sua opinião, qual o papel da ESF na atenção oncológica?

IV.2. Considera que a ESF vem cumprindo esse papel? Por quê?

IV.3. Vocês desenvolvem algum tipo de ação no MMF em termos de atenção oncológica? Quais ações e serviços ofertados pelo MMF para este público? Existem iniciativas ou programas específicos voltados para melhorar a assistência ao paciente oncológico na APS?

IV.4. Há pacientes matriculados nesta unidade que têm diagnóstico de câncer? E câncer do colo do útero?

IV.5. Quais os cânceres mais incidentes entre os pacientes aqui matriculados?

IV.6. Como este MMF se insere na rede de atenção oncológica, especificamente na atenção ao câncer do colo do útero?

IV.7. Existem protocolos e/ou mecanismos de regulação para referenciar a usuária com suspeita ou confirmação diagnóstica de câncer do colo do útero para outros níveis do sistema? Quais?

IV.8. Como se dá o encaminhamento para os Serviços de Apoio Diagnósticos Terapêuticos (SADT)? Quais os laboratórios de referência? Existem dificuldades nesse processo? Quais?

IV.9. Como se dá o encaminhamento para consultas com especialidades? Quais os serviços de especialidades de referência? Existem dificuldades nesse processo? Quais?

IV.10. Como se dá o encaminhamento para os procedimentos de alta complexidade (quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica, braquiterapia

etc.)? Quais as unidades de referência? Existem dificuldades nesse processo? Quais?

IV.11. Qual o tempo para atendimento das usuárias com citopatológico alterado nos demais pontos da rede?

IV.12. Há sistemas de informação integrados entre os diferentes pontos da rede de atenção oncológica ou entre os equipamentos dos diferentes níveis de complexidade do SUS?

IV.13. De que forma você avalia a coordenação e a manutenção do cuidado ao paciente oncológico pela APS?

IV.14. O município criou iniciativas recentes voltadas à atenção oncológica, como o Programa Niterói Mulher e o Projeto Niterói Vencendo o Câncer (Plano Municipal de At. Oncológica, Registro Municipal de Câncer e Navegação em Oncologia). Qual o papel da APS nessas iniciativas e quais os resultados esperados?

ANEXO I – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE HUMANAS - UFF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção primária à saúde (APS) no município de Niterói e o suporte ao tratamento do paciente oncológico

Pesquisador: ALESSANDRA BESSIMO BARRETO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80376624.8.0000.8160

Instituição Proponente: Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.960.616

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa *Atenção primária à saúde (APS) no município de Niterói e o suporte ao tratamento do paciente oncológico*.

As informações elencadas nos campos *Apresentação do Projeto*, *Objetivo da Pesquisa* e *Avaliação dos Riscos e Benefícios* foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2223975.pdf de 03/06/2024), Projeto Detalhado (Alessandra_Bessimo_Barreto_Projeto_Pesquisa.pdf): resumo, metodologia, critérios de inclusão e critérios de exclusão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo primário desta pesquisa é realizar um estudo avaliativo sobre a organização da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Niterói no que tange às ações desenvolvidas em termos de atenção oncológica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA CEP: 24.210-346
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 E-mail: eticahumanas.comite@id.uff.br

Continuação do Parecer: 6.960.616

Os riscos para participação dos profissionais no estudo são mínimos e envolvem a possibilidade de estes terem seu planejamento de trabalho modificado com os agendamentos das entrevistas, que poderá ser evitado com a possibilidade de agendamento para horário anterior ou posterior ao expediente.

Benefícios:

Os benefícios do estudo envolvem a possibilidade de compreender como se dá o suporte oferecido pela atenção primária à saúde (APS) do município de Niterói ao usuário em tratamento oncológico no SUS, de forma a subsidiar profissionais e gestores na condução do acompanhamento a esses pacientes, bem como no planejamento de novas ações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia: O material empírico coletado na pesquisa será sistematizado e analisado com base no método de análise de conteúdo do tipo temático, a partir de categorias teóricas e empíricas construídas a partir do cruzamento da literatura e dos dados coligidos.

Critérios de inclusão: Profissionais ativos, inseridos na unidade escolhida, com disponibilidade para participar da pesquisa.

Critérios de exclusão: Profissionais afastados, de férias, lotados nos demais módulos de médico de família, sem disponibilidade para participar da pesquisa.

Orçamento:

Impressão de documentos: R\$ 20,00

Deslocamento ao MMF (transporte): R\$ 50,00

Total: R\$ 70,00

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

Continuação do Parecer: 6.960.616

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória são claros e detalhados.

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise dos documentos apresentados o CEP considera que o protocolo atende aos ditames de eticidade do sistema CEP/CONEP, devendo ser aprovado.

Ressalta-se que toda proposta de modificação ao projeto original deve ser encaminhada ao Sistema CEP/CONEP pela Plataforma Brasil, com a descrição e a justificativa das alterações. Ao final da edição do cadastro na Plataforma, no item "Justificativa da Emenda", o pesquisador deve identificar de forma clara e sucinta a parte do protocolo a ser modificado e suas justificativas.

Ressalta-se, ainda, que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para serem devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº. 001/13, item XI.2.d.

Solicita-se que antes do envio do Relatório Final ou Parcial na Plataforma Brasil o (a) pesquisador (a) efetue os seguintes passos: 1. Faça o download do Formulário de Envio de Relatório Parcial ou Relatório Final, na página do CEP Humanas UFF no seguinte link: <http://cephumanas.sites.uff.br/formulario-para-envio-de-relatorio-final-ou-parcial-de-pesquisa/>. 2. Preencha o formulário. 3. Anexe o Formulário na plataforma brasil juntamente com o Relatório Final ou Parcial.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa "CEP", de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 510/2016, na Resolução CNS Nº 466/2012, e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA CEP: 24.210-346
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-5119 E-mail: eticahumanas.comite@id.uff.br

Continuação do Parecer: 6.960.616

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2223975.pdf	03/06/2024 20:00:39		Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_Alessandra_282_29assinado.pdf	03/06/2024 19:59:26	ALESSANDRA BESSIMO BARRETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Alessandra_Bessimo_Barreto_Projeto_Pesquisa.pdf	03/06/2024 19:57:48	ALESSANDRA BESSIMO BARRETO	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA.pdf	03/06/2024 19:53:42	ALESSANDRA BESSIMO BARRETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/06/2024 19:51:30	ALESSANDRA BESSIMO BARRETO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	03/06/2024 19:35:00	ALESSANDRA BESSIMO BARRETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 22 de Julho de 2024

Assinado por:
MONICA MARIA GUIMARAES SAVEDRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 158, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA CEP: 24.210-346
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 E-mail: eticahumanas.comite@id.uff.br