

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

**Atenção à Saúde de mulheres com câncer de colo de útero: um olhar
para a Rede de Atenção Oncológica na Região Metropolitana II do
Estado do Rio de Janeiro**

Debora Louzada Carvalho



**Niterói - RJ
Março de 2024**

DEBORA LOUZADA CARVALHO

Atenção à Saúde de mulheres com câncer de colo de útero: um olhar para a Rede de Atenção Oncológica na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Política Social.

Área de concentração: Avaliação de Políticas Sociais.

Orientadora: Profa. Mônica de Castro Maia Senna

Niterói, março 2024

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

C331a Carvalho, Debora Louzada
Atenção à Saúde de mulheres com câncer de colo de
útero: um olhar para a Rede de Atenção Oncológica na
Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro / Debora
Louzada Carvalho. - 2024.
203 f.: il.

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

1. Sistema Único de Saúde. 2. Regionalização. 3. Redes de
Atenção à Saúde. 4. Câncer do Colo do Útero. 5. Produção
intelectual. I. Senna, Mônica de Castro Maia, orientador. 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 TESE
DO CURSO DE DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

Aos vinte e sete dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e quatro, às dez horas, realizou-se via google meet na sala virtual com o link <https://meet.google.com/oom-rahs-uik>, a sessão pública de defesa da tese de doutorado intitulada “Atenção à Saúde de mulheres com câncer de colo de útero: um olhar para a Rede de Atenção Oncológica na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro”, apresentada por Débora Louzada Carvalho. 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. Marília Cristina Prado Louvison - USP (1^ª Examinadora), Prof^ª. Dr^ª. Ana Claudia Correia Nogueira – INCA (2^ª Examinadora), Prof^ª. Dr^ª. Juliana Desiderio Lobo Prudencio – UFF (3^ª Examinadora), Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – UFF (4^º Examinador). Após a apresentação da candidata, a Comissão Examinadora passou à arguição pública. A aluna foi considerada: (X) Aprovada () Reprovada. E para constar do processo respectivo, a Comissão Examinadora elaborou a presente ata que vai assinada por todos os membros:

Documento assinado digitalmente
 **MONICA DE CASTRO MAIA SENNA**
Data: 28/03/2024 10:24:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

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

Documento assinado digitalmente
 **MARILIA CRISTINA PRADO LOUVISON**
Data: 13/04/2024 13:46:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Marília Cristina Prado Louvison - 1^ª Examinadora
Universidade de São Paulo

Documento assinado digitalmente
 **ANA CLAUDIA CORREIA NOGUEIRA**
Data: 13/04/2024 00:11:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Ana Claudia Correia Nogueira – 2^ª Examinadora
Instituto Nacional do Câncer

Documento assinado digitalmente
 **JULIANA DESIDERIO LOBO PRUDENCIO**
Data: 10/04/2024 12:10:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Juliana Desiderio Lobo Prudêncio – 3^ª Examinadora
Universidade Federal Fluminense

Carlos Antonio de Souza Moraes:10304633798

Assinado de forma digital por Carlos Antonio de Souza Moraes:10304633798
Dados: 2024.04.10 17:43:28 -03'00'

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – 4^º Examinador
Universidade Federal Fluminense

Sujeito de sorte

Belchior

Presentemente eu posso me
Considerar um sujeito de sorte
Porque apesar de muito moço
Me sinto são e salvo e forte

E tenho comigo pensado
Deus é brasileiro e anda do meu lado
E assim já não posso sofrer no ano passado

Tenho sangrado demais
Tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri
Mas esse ano eu não morro

...

Artista: Belchior

Data de lançamento: 1976

Álbum: Alucinação

***A meu filho, Inacio,
Amor maior não há***

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, e acima de tudo, agradeço a Deus, por tudo e por todos nesta caminhada. Agradeço a meu filho, Inacio, por mesmo sem entender, compreender as ausências da mamãe.

Agradeço ao meu marido, Júlio César, pelo incentivo desde o início do nosso namoro, já indo para duas décadas diárias de trocas e apoio.

Agradeço a meus pais, Guilherme e Delza, por todo o suporte social. Vocês foram fundamentais neste processo.

Agradeço a minha família, minha maior apoiadora, meus pais (Guilherme e Delza), irmãos (Geovana e Marco), cunhados (Daiana, José Carlos e João) e sobrinhos (Guilherme e Júlio César).

Aos meus amigos, primos, tios e sogra por compreenderem a minha ausência em diversos momentos. E, principalmente, a minhas primas Bárbara e Rebeca, pelo suporte e apoio ao longo desta trajetória!

Agradeço a minha orientadora, Mônica Senna, pela oportunidade de trabalharmos juntas novamente. O aprendizado foi grande e demonstra a grande mestra que é!

Agradeço a meus colegas e professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social. As discussões, mesmo que online, e as trocas de zap neste período foram um suporte importante neste período de afastamento.

Agradeço a minhas colegas de trabalho, as assistentes sociais, em especial minha colega de labuta e de academia, Liana Dias; aos colegas de "outras categorias", mas parceiros sempre; e em especial minha chefe de serviço Ana Cláudia Nogueira, por acreditarem e me incentivarem tanto neste período.

Agradeço também a minha banca, amigos e companheiros de trajetória profissional, sempre disponíveis em me apoiar.

A Ana Ligia Meira e a professora Marília, profissionais incríveis que o mundo virtual me apresentou. Agradecer imensamente o acolhimento e a disponibilidade de vocês com esta carioca.

E meus muitos agradecimentos a esta tarefa que finalmente chega ao fim!

RESUMO:

O objetivo desta tese foi proceder a um estudo avaliativo da conformação da Rede de Atenção Oncológica do Estado do Rio de Janeiro, mais especificamente da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, considerada importante condição marcadora da qualidade da assistência à saúde. O estudo considerou o debate sobre regionalização do SUS e redes de atenção à saúde, bem como as especificidades das políticas de prevenção e controle do câncer em curso. A pesquisa teve como lócus a Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, na qual foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa. O recorte temporal do estudo correspondeu ao período de vigência do Plano Estadual de Atenção Oncológica do Rio de Janeiro (2017-2020). A coleta de dados buscou triangular diferentes fontes de informação. Assim, para além da pesquisa bibliográfica, foi feito levantamento documental e de dados secundários em sites oficiais dos governos federal, estadual e municipais, além da realização de trabalho de campo por meio de entrevistas com informantes-chave vinculados à gestão da linha de cuidado e prestadores de serviços (públicos e privados). Os resultados foram analisados a partir de três dimensões centrais: estrutural, organizacional e política. No caso específico da região metropolitana, o planejamento da saúde no estado do Rio de Janeiro adotou a inédita divisão dessa região em duas, mas com diferenças cruciais em termos de capacidade instalada entre elas e também entre os municípios que as compõem. Essa divisão traz repercussões importantes para a atenção oncológica, contribuindo para aprofundamento das assimetrias já existentes. No que diz respeito aos serviços existentes na linha de cuidado do câncer de colo de útero, identificou-se que houve ampliação da rede de atenção primária à saúde na região, por meio principalmente da ESF. Por outro lado, a região carece de referências para exame diagnóstico e laboratorial, o que afeta de forma negativa as condições para prevenção e rastreamento do câncer de colo de útero. No que tange à alta complexidade, foi possível reconhecer uma ampliação da oferta de serviços em oncoginecologia na região, antes marcada por grande vazios assistencial. Há defasagem na alimentação dos dados nos sistemas de informação sobre câncer. No entanto, a pesquisa de campo possibilitou identificar que houve ampliação da oferta de serviços, por meio de pagamento extrateto a cargo de financiamento estadual. Em relação aos fluxos estabelecidos no interior da Linha de Cuidado, o que se observou é que cada município estabelece um fluxo próprio referente às ações da média complexidade, inclusive adotando centrais de regulação municipal. Apenas o município de São Gonçalo apresentou fluxo definido para a média complexidade. Já na alta complexidade, a SES/RJ possui importante papel na coordenação e contratualização dos serviços. Por meio de pactuação entre os gestores firmada na CIB, os serviços são pagos por meio de financiamento do Fundo Estadual de Saúde temporário de custeio da produção extrateto. Essa forma de financiamento foi impulsionada por uma Ação Civil Pública. Pode-se dizer que esse processo tem favorecido o mix entre o público e privado, na medida em que a Linha de

Cuidado incorpora a atenção prestada pelo setor público, mas gerida por organizações privadas. O estudo possibilitou reconhecer, assim, a forma de atuação dos agentes implementadores da política da Região Metropolitana II, sendo que, no SUS, a relação entre agentes não governamentais e o setor privado desempenha papel crucial na prestação de serviços de saúde à população. A definição dos valores na tabela de pagamento SUS é, muitas vezes, alvo de debates e negociações entre o governo e os prestadores de serviços de saúde privados. A discussão das estratégias de enfrentamento do câncer do colo do útero na região metropolitana II incluiu desafios como a dificuldade de diagnóstico, a associação com a pobreza, a negligência da doença e os gargalos de acesso. São fatores que requerem análise das relações intergovernamentais, dos pactos regionais e das estratégias de pagamento extrateto, tanto no âmbito público quanto privado, visando aprimorar a assistência e reduzir as disparidades no tratamento do câncer do colo do útero.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Regionalização; Redes de Atenção à Saúde; Câncer do Colo do Útero; Região Metropolitana; Rio de Janeiro.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to conduct an evaluative study of the conformation of the Oncological Care Network in the State of Rio de Janeiro, more specifically the Cervical Cancer Care Line, considered an important marker of the quality of healthcare. The study considered the debate on the regionalization of the Unified Health System (SUS) and healthcare networks, as well as the specificities of ongoing cancer prevention and control policies. The research was based in the Metropolitan Region II of the state of Rio de Janeiro, where a qualitative case study was conducted. The temporal scope of the study corresponded to the period of validity of the State Plan for Oncological Care in Rio de Janeiro (2017-2020). Data collection sought to triangulate different sources of information, including bibliographic research, documental survey, and secondary data from official websites of federal, state, and municipal governments, as well as fieldwork through interviews with key informants linked to the management of the care line and service providers (public and private). The results were analyzed through three central dimensions: structural, organizational, and political. In the specific case of the metropolitan region, the health planning in the state of Rio de Janeiro adopted the unprecedented division of this region into two, but with crucial differences in terms of installed capacity between them and also among the municipalities that compose them. This division has important repercussions for oncological care, contributing to the deepening of existing asymmetries. Regarding the services existing in the cervical cancer care line, it was identified that there was an expansion of the primary healthcare network in the region, mainly through the Family Health Strategy (FHS). On the other hand, the region lacks references for diagnostic and laboratory examinations, which negatively affects the conditions for prevention and screening of cervical cancer. Regarding high complexity, it was possible to recognize an expansion of the offer of oncogynecology services in the region, previously marked by a great lack of care. There is a lag in the feeding of data into cancer information systems. However, field research made it possible to identify an expansion of service offerings, through extra-ceiling payment funded by state financing. Regarding the established flows within the Care Line, it was observed that each municipality establishes its own flow regarding medium complexity actions, including adopting municipal regulation centers. Only the municipality of São Gonçalo presented a defined flow for medium complexity. In high complexity, the State Health Department of Rio de Janeiro (SES/RJ) plays an important role in the coordination and contracting of services. Through an agreement between managers signed in the Interagency Bipartite Commission (CIB), services are paid for through funding from the temporary State Health Fund for extraceiling production costs. This financing method was driven by a Public Civil Action. It can be said that this process has favored the mix between public and private, as the Care Line incorporates attention provided by the public sector but managed by private organizations. The study enabled the recognition of the mode of operation of the implementers of the policy of Metropolitan Region II, with the relationship between non-governmental agents and the private sector playing a crucial role in the provision of health services to the population within SUS. The definition of values in the SUS payment table is often the subject of debates and negotiations between the government and private healthcare service providers. The discussion of strategies to address cervical cancer in metropolitan region II included challenges such as diagnostic difficulties, association with poverty, disease neglect, and access bottlenecks. These factors require analysis of

intergovernmental relations, regional agreements, and extraceiling payment strategies, both in the public and private spheres, aiming to improve care and reduce disparities in cervical cancer treatment.

Keywords: Unified Health System; Regionalization; Health Care Networks; Cervical Cancer; Metropolitan Region; Rio de Janeiro

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01. População estimada por ano e Região de Saúde / ERJ, 2019 a 2021 – p. 104
- Tabela 02. Diferença entre leitos gerais de internação SUS estimados e registrados no CNES, janeiro de 2018 – p. 109
- Tabela 03. Diferença entre leitos de UTI estimados e existentes, CNES, janeiro de 2018– p. 109.
- Tabela 04: Quantitativo de Profissionais inseridos no Complexo Regulador do Estado do Rio de Janeiro, 2023 – p. 115
- Tabela 05. Produção de procedimentos oncológicos, segundo região de saúde e de ocorrência, novembro de 2016 a novembro de 2017 – p. 128
- Tabela 06. Percentual de procedimentos realizados, segundo os esperados por região de saúde e de ocorrência– p. 128.
- Tabela 07. População estimada e densidade de ocupação dos municípios da região Metropolitana II – p. 136
- Tabela 08. Saneamento básico: Metropolitana II – p. 141
- Tabela 09. Equipes de Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana II – p. 149
- Tabela 10. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica – p. 152
- Tabela 11. Procedimentos de exame citopatológico cérvico-vaginal (2015-2021) – p. 167
- Tabela 12. Série histórica da produção ambulatorial por procedimentos para controle do câncer de colo de útero em municípios da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro – 2015 a 2023 – p. 168
- Tabela 13. SER - Disponibilização de Vagas por Unidade Executante (agosto de 2023) – p. 170
- Tabela 14. Oferta de Vagas - Ambulatório 1 vez - ginecologia (oncologia) – p. 171

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01. Lista de entrevistados para a pesquisa – p. 35
- Quadro 02. Síntese Metodológica – p. 38
- Quadro 03. As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde – p. 70
- Quadro 04. Marcos Referenciais da Atenção ao Câncer do Colo do Útero – p. 90
- Quadro 05. Diferenças entre as Regiões Administrativas e as Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro – p. 100
- Quadro 06. Comparativo da produção da alta complexidade em oncologia, por prestador, segundo parâmetros da habilitação, 2017 – p. 131
- Quadro 07. Distribuição e suficiência de UNCACON/CACON por Região de Saúde – p. 133
- Quadro 08. Serviços de Saúde do município de Niterói – p. 142
- Quadro 09. Serviços de Saúde do município de Itaboraí – p. 144
- Quadro 10. Serviços de Saúde do município de Rio Bonito – p. 145
- Quadro 11. Serviços de Saúde do município de Tanguá – p. 145
- Quadro 12. Serviços de Saúde do município de Silva Jardim – p. 146
- Quadro 13. Serviços de Saúde do município de Maricá – p. 147
- Quadro 14. Serviços de Saúde do município de São Gonçalo– p. 148
- Quadro 15. Rede hospitalar dos municípios da RM II - 2024 – p. 150
- Quadro 16. Cobertura Saúde Suplementar - Taxa de cobertura (%) da população por planos privados com assistência hospitalar por município da RM II – p. 153
- Quadro 17. Laboratórios habilitados no Qualicito / MS para realização de exames citopatológicos do colo de útero na região metropolitana II - p. 154
- Quadro 18. Unidades habilitadas como referência oncológica da RM II – p. 156
- Quadro 19. Necessidade de UNACON - p. 157
- Quadro 20. Indicadores - Serviços Especializados: SERVIÇO DE ONCOLOGIA - p. 159
- Quadro 21. Razão de exames citopatológicos no ERJ (2008 – 2017) – p. 162

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 01. Estrutura etária da região Metropolitana II, 2000 – 2015 – p. 137

Figura 01. Rede de Atenção à Saúde – p. 64

Figura 02. Pontos de Atenção na Rede de Atenção à Saúde – p. 75

Figura 03. Fluxograma para linha de cuidado do câncer do colo do útero – p. 94

Figura 04. Mapa das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – p. 103

Figura 05. Organograma do Complexo Regulador do Estado do Rio de Janeiro – p. 116

Figura 06. Mapa da Região de Saúde – Metropolitana II – p. 135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
AIH – Autorização para Internação Hospitalar
AIS- Ações Integradas de Saúde
AP – Divisão Administrativa do Município do Rio de Janeiro por Área Programática
APAC – Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS – Atenção Primária à Saúde
AR – Assessoria de Regionalização
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM – Banco Mundial
CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CadSUS – Cadastro Nacional do Cartão de Saúde
CAF –Componente de Assistência Farmacêutica
CCU – Câncer do Colo do Útero
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CER – Central Estadual de Regulação de Leitos
CERAC – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade do Estado do Rio de Janeiro
CES – Conselho Estadual de Saúde
CF 88 – Constituição Federal de 1988
CGIAE – Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIB - Comissão Intergestores Bipartites
CIR - Comissão Intergestores Regionais
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNCC – Campanha Nacional de Controle do Câncer
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
COMPERJ – Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CR – Comissão Regional
CREG – Central de Regulação de Vagas
CRI – Clínica de Radioterapia do Ingá
CRR – Centrais Regionais de Regulação
CSLL -Contribuição sobre o Lucro Líquido

DASNT - Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DDT – Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas

DRU -Desvinculação da Receita da União

EC - Emenda Constitucional

ERJ – Estado do Rio de Janeiro

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

EXPANDE - Projeto de Expansão da Assistência Oncológica no Brasil

GM / MS – Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde

GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPSM – Gestão Plena do Sistema de Saúde

GT – Grupo de Trabalho

HC I – Hospital do Câncer I

HC II – Hospital do Câncer II

HC III – Hospital do Câncer III

HCC – Hospital do Câncer e do Coração

HEAL – Hospital Estadual Azevedo Lima

HEAT – Hospital Estadual Alberto Torres

HEJBC - Hospital Estadual Prefeito João Batista Cáffaro

HGCO – Hospital Geral com Cirurgia Oncológica

HGVF – Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HMCT – Hospital Municipal Carlos Tortelly

HMDGF – Hospital Municipal Demerval

HMDGF – Hospital Municipal Demerval Garcia de Freitas

HMEG – Hospital Municipal Ernesto Che Guevara

HMK – Hospital Mario Kroeff

HMLJ – Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior

HMLP – Hospital Municipal Dr. Luiz Palmier

HMML – Hospital Municipal Conde Modesto Leal

HMMN – Hospital Municipal Dr. Mario Niajar

HMO – Hospital Municipal Oceânico Dr. Gilson Catarino

HMOF – Hospital Municipal Orêncio de Freitas

HPV – Papiloma Vírus Humano

HRDV - Hospital Regional Darcy Vargas

HUAP - Hospital Universitário Antônio Pedro

HUCFF – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

IARC – Agência Internacional de Pesquisa em Câncer

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IETAP - Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INC – Instituto Nacional de Cardiologia
INCA – Instituto Nacional do Câncer
LACEN-RJ - Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels
LC - Linha de Cuidado
LCC - Linha de Cuidado do Câncer
LCCCU - Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero
LCF – Lei Complementar Federal
LOS – Lei Orgânica da Saúde
LRE - Laboratório de Referência Estadual
MRJ - Município do Rio de Janeiro
MS - Ministério da Saúde
NIC – Neoplasia Intraepitelial / Lesão Intraepitelial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde
PACS- Programa de Agente Comunitário de Saúde
PC – Portaria de Consolidação
PCCM – Programa de Controle do Câncer de Mama
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDI – Plano Diretor de Investimentos
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEAO – Política Estadual de Atenção Oncológica
PES - Plano Estadual de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PMAM – Policlínica Municipal Aguinaldo Moraes
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPCC - Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PNR- Política Nacional de Regulação
POLO GasLub – Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro
PPG - Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PPP – Parceria Público Privado
PRI – Plano Regional integrado

PSF – Programa de Saúde da Família
Qualicito – Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero
QualiSUS-Redes – Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Redes de Atenção à Saúde
RA – Região Administrativa
RAO – Rede de Atenção Oncológica
RAPDC - Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
REUNI – Complexo Regulador do Estado do Rio de Janeiro
RHC – Registro Hospitalar do Câncer
RIG – Relações Intergovernamentais
RM – Região Metropolitana
RM II – Região Metropolitana II
RMRJ – Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro
RS – Região de Saúde
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SAS / MS - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SER – Sistema Estadual de Regulação de Vagas
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC – Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil
SIH (SUS) – Sistema de Informação Hospitalar
SISCAN - Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISLAB -Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISREG – Sistema Nacional de Regulação de Vagas
SITEC - Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia do Instituto Nacional do Câncer
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNC – Serviço Nacional do Câncer
STF- Supremo Tribunal Federal
SUDS- Sistema Único de Saúde e Descentralização da Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TabNet – Tabela do Ministério da Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS – Terapia Renal Substitutiva
UBS - Unidades básicas de saúdes

UCA – Unidade de cobertura ambulatorial

UNACON – Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

UPGN – Unidade de Processamento de Gás Natural

Sumário

| | |
|--|-----|
| Introdução..... | 21 |
| 1. Caminhos teórico-metodológicos da pesquisa | 26 |
| 1.1. Sobre a proposta de estudo..... | 26 |
| 1.2. O desenho metodológico do estudo | 28 |
| 2. A Saúde enquanto Política Social: iniciando um debate..... | 40 |
| 2.1. Elementos para compreender a política social nas relações entre Estado e sociedade | 40 |
| 2.2. Saúde como Política Social: notas sobre a política de saúde no Brasil | 46 |
| 3. A Rede de Atenção à Saúde (RAS): um debate necessário..... | 55 |
| 3.1. A RAS no Contexto internacional | 55 |
| 3.2 – As Redes de Atenção à Saúde no Brasil..... | 62 |
| 3.3 – A Política de Controle do Câncer na Rede de Atenção às Doenças Crônicas | 78 |
| 3.4 – A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero | 87 |
| 4 – Redes de Atenção à Saúde no Estado do Rio de Janeiro | 95 |
| 4. 1 – Regionalização e o processo de constituição das Regiões de Saúde..... | 95 |
| 4. 2 – As Redes de Atenção à Saúde no estado do Rio de Janeiro | 107 |
| 4. 2. 1 – Regulação Assistencial..... | 110 |
| 4. 2. 2 – A questão do financiamento da RAS no estado do Rio de Janeiro | 117 |
| 4. 3 – A PEAQ e a Rede de Atenção Oncológica no estado do Rio de Janeiro | 125 |
| 5. A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro..... | 134 |
| 5.1 O cenário do estudo: algumas características da RMII..... | 134 |
| 5.2 Perfil da oferta de serviços de saúde nos municípios da RMII..... | 142 |
| 5.3 Macrodimensão estrutura | 151 |
| 5.4 Macrodimensão organização | 161 |
| 5.5 Macrodimensão política | 174 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 178 |
| REFERÊNCIAS | 185 |
| ANEXO 01 | 199 |
| ANEXO 02 | 203 |

Introdução

Esta tese de doutorado é fruto de um longo processo de aprendizados que se iniciou ainda no ano de 1993, quando ingressei no curso de graduação em Serviço Social. A atuação como assistente social ao longo destes anos me instigou a conhecer o campo onde atuava, analisar e me aprofundar nos estudos teóricos sobre os locais onde exercia minha prática profissional, buscando, com isso, uma atuação mais qualificada para a população usuária.

No último período de estágio, nos idos de 1996, eu me inseri na política de saúde e, desde então, atuei em diferentes campos vinculados à mesma, desde a atenção básica, passando pela saúde da família e unidade básica de saúde tradicional, por hospital geral e pela atenção mais especializada, onde hoje me encontro. Estas experiências, vinculadas ao serviço público e no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e compreendendo a saúde enquanto política social, sempre me instigaram a pesquisar.

Neste caminho, ingressei no Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social (PPG) da Universidade Federal Fluminense (UFF) para cursar o mestrado e, agora, o doutorado, abrindo a possibilidade de imersão neste campo de estudos – a política de saúde – e oportunizando o contato com muitas discussões e produções na área.

No mestrado, a dissertação teve como tema de estudo a abordagem da questão do câncer de colo do útero pela atenção básica, tomando como foco central a organização dos serviços de saúde. A pesquisa de então teve como lócus o município do Rio de Janeiro e considerou a atenção primária no atendimento ao câncer do colo do útero ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e sua interface com os serviços de alta complexidade. Os resultados do estudo permitiram observar fragilidades no que diz respeito à implantação de mecanismos para o

acompanhamento das usuárias na Linha de Cuidado (LC) do câncer do colo de útero pela Atenção Primária em Saúde (APS) no referido município.

A pesquisa no doutorado surge como um desdobramento das reflexões produzidas a partir da dissertação de mestrado defendida junto ao mesmo PPG. O foco agora se debruça sobre a conformação da Rede de Atenção Oncológica (RAO) no que tange à linha de cuidado do câncer do colo do útero. Assim, e tomando como referência à as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), instituídas pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011 e 2013, respectivamente, o estudo busca avaliar a organização da linha de cuidado de câncer de colo de útero, de modo a identificar fatores intervenientes e condicionantes da conformação dessa Rede. O estudo toma como referência a Região Metropolitana II (RM II) do Estado do Rio de Janeiro (ERJ), que compreende os municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito, Silva Jardim e Maricá.

A escolha da Região Metropolitana II para o desenvolvimento desta pesquisa tem dois fundamentos principais: o primeiro por ser a região onde o Programa de Pós-graduação em Política Social está sediado e o segundo porque se trata de uma região de saúde relativamente ainda pouco pesquisada, se comparada à Região Metropolitana I, onde está localizado o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Desta forma, espera-se que esta tese possa contribuir para o avanço do conhecimento sobre a Rede de Atenção Oncológica na Região Metropolitana II. Segundo dados do INCA (2022), o câncer do colo do útero é o terceiro mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma¹. Por se tratar de uma neoplasia altamente prevenível, detectável em consulta ambulatorial ainda nas lesões precursoras, antes mesmo de se desenvolver, a prevenção e a detecção assumem um papel primordial, o que destaca a importância do papel da atenção primária nesta rede de cuidado (INCA, 2022).

Pelas suas características e pelo desenvolvimento do adoecimento, assim como a existência de um método de rastreamento simples, acessível e aceitável pela população alvo, o câncer de colo de útero pode se caracterizar, inclusive, como

¹ Os primeiros são câncer de mama e o câncer colorretal, sendo esse último nas regiões do país mais desenvolvidas, ao passo que nas regiões com menor índice IDH, a segunda posição é ocupada pelo câncer de colo de útero, apontando para o caráter socialmente determinado das neoplasias (INCA, 2022).

condição marcadora para se avaliar a qualidade da assistência à saúde, conforme relatam Bottari et al. (2008). Neste estudo, os autores salientam que o programa de controle do câncer cérvico-uterino pode ser utilizado como um elemento desencadeador de um debate ampliado entre profissionais e usuários, além de que “envolve todos os níveis de atenção no seu cuidado, com ênfase nas ações preventivas e de detecção precoce, que se concentram na Atenção Básica ampliada” (Bottari; Vasconcellos; Mendonça, 2008: 112). É nesse sentido que a presente tese toma o câncer de colo de útero como um marcador para o estudo avaliativo da rede de atenção oncológica.

A questão de pesquisa que emergiu para o doutorado partiu de observações da pesquisadora acerca do cotidiano na assistência direta a usuárias em um ambulatório oncológico em instituição de alta complexidade. Um dos pontos que mais se destacou nessas observações foi a importância de uma rede de atendimento integrada para o acompanhamento continuado e tratamento eficaz. Parte-se do pressuposto de que a inexistência dessa integração faz com que as mulheres tenham acesso à alta complexidade já em estadiamento avançado, quando medidas preventivas ou de detecção e tratamento precoces poderiam ter sido tomadas.

O objetivo central da tese é, nesse sentido, proceder a um estudo avaliativo sobre a conformação da Rede de Atenção Oncológica, com ênfase na linha de cuidado do câncer do colo do útero na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Como objetivos específicos pretende-se: (i) mapear a distribuição dos serviços existentes para o rastreio/ tratamento do Câncer do Colo do Útero na Região Metropolitana II; (ii) identificar mecanismos e protocolos de acesso à rede de atenção à saúde referente à Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero na Rede de Atenção Oncológica da Região Metropolitana II; (iii) examinar os fluxos existentes entre os níveis do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana II, identificando possibilidades e obstáculos na organização da Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero e (iv) discutir as estratégias elaboradas pela RAO voltadas para o enfrentamento do câncer do colo do útero na Região Metropolitana II.

O estudo avaliativo aqui proposto se volta à análise do processo de organização da Rede de Atenção Oncológica para enfrentamento ao câncer de colo de útero, compreendendo que essa é uma dimensão da implementação da Política

Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) em vigência no país desde 2013, em consonância com as Redes de Atenção à Saúde. Parte-se do entendimento de que a implementação corresponde a uma das fases da “vida” de um programa ou política pública, conforme apontado por Arretche (2001), uma vez que nesta etapa são desenvolvidas as atividades pelas quais se pretende que os objetivos, tidos como desejáveis, sejam alcançados.

A autora destaca, ainda, que, como as políticas têm o desenho possível acordado ao longo do processo decisório, e muitas vezes os formuladores não dispõem de informações sobre as variáveis existentes no plano local para a sua execução, as especificações desenhadas operam, em muitos casos, de modo distinto dos objetivos propostos na política, uma vez que há uma grande distância entre os objetivos e o desenho concebidos originalmente pelos formuladores das políticas públicas e a tradução de tais concepções em intervenções públicas (Arretche, 2001).

O estudo que deu origem à presente tese envolveu pesquisa bibliográfica, análise documental e trabalho de campo por meio de entrevistas com atores-chave responsáveis pela implementação da linha de cuidado do câncer do colo do útero na RAO da RM II do Estado do Rio de Janeiro.

Em termos de estrutura de apresentação, a tese encontra-se dividida em cinco capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

No primeiro capítulo, exploramos os caminhos teórico-metodológicos que orientaram nosso estudo sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero (LCCCU) na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Assim, apresentamos a problematização do objeto de estudo bem como o desenho metodológico adotado, buscando oferecer uma visão abrangente das bases teóricas e dos métodos empregados.

No segundo capítulo, adentramos no debate sobre a Saúde enquanto Política Social, delineando os elementos fundamentais para compreender a política social nas relações entre Estado e sociedade. Examina-se, ainda, a Saúde como Política Social, oferecendo notas sobre a política de saúde no Brasil e sua evolução ao longo do tempo.

No terceiro capítulo, concentramo-nos na discussão sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS), um tema de extrema relevância para o contexto internacional e brasileiro. Exploramos suas características e peculiaridades, analisando tanto seu

panorama global quanto sua implementação no Brasil, com destaque para a Política de Controle do Câncer e a Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero.

No quarto capítulo, voltamos nosso olhar para a realidade da Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Investigamos o processo de regionalização e a constituição das Regiões de Saúde (RS), bem como as questões relacionadas à regulação assistencial e ao financiamento da RAS. Além disso, examinamos a Política Estadual de Atenção Oncológica (PEAO) e sua integração com a Rede de Atenção à Saúde.

No quinto capítulo, adentramos na realidade específica da Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Analisamos as características e o perfil dos serviços de saúde nessa região, abordando aspectos estruturais, organizacionais e políticos que impactam a oferta e a qualidade dos cuidados.

Finalmente, nas considerações finais, sintetizamos os principais achados da pesquisa, apontando desafios, lacunas e possíveis caminhos para o aprimoramento da Rede de Atenção à Saúde e da Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.

1. Caminhos teórico-metodológicos da pesquisa

1.1. Sobre a proposta de estudo

A questão do câncer de colo de útero transcende o âmbito individual, assumindo proporções de problema de saúde pública e socialmente determinado, com distintas trajetórias de evolução entre o Brasil e países desenvolvidos. Enquanto nos países desenvolvidos, avanços em detecção precoce e tratamento contribuíram para uma redução significativa da morbimortalidade associada a essa doença (WHO, 2022). No contexto brasileiro, o câncer de colo de útero representa uma preocupação persistente devido à sua incidência elevada, especialmente em regiões com acesso limitado aos serviços de saúde, apesar de o país estar investindo em ações de prevenção² e de rastreamento.

Ao longo do tempo, o Estado brasileiro tem implementado políticas voltadas para o controle do câncer de colo de útero, no entanto, os impactos dessas ações têm sido limitados. Antes da criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), as políticas se concentravam, principalmente, em campanhas de rastreamento baseadas principalmente em exames citológicos, como o Papanicolau. Apesar dos esforços, a efetividade dessas políticas foi prejudicada pela falta de cobertura universal, desigualdades regionais e acesso desigual aos serviços de saúde (Barbosa et al, 2016).

Um dos problemas identificados na abordagem do câncer de colo de útero é a falta de integração e coordenação de cuidados ao longo da cadeia de implementação da política de saúde. Essa fragmentação se reflete em diversas questões, desde o financiamento insuficiente até as relações intergovernamentais complexas. A fragmentação da atenção básica, por exemplo, resulta em dificuldades na identificação precoce de lesões pré-cancerígenas, no acesso ao diagnóstico em tempo hábil e no encaminhamento adequado para serviços especializados (BRASIL, 2004).

² Ganha destaque a inserção da vacina que previne contra os principais vírus causadores do câncer do colo do útero (HPV, sigla em inglês para Papilomavírus Humano que é o principal responsável pela infecção sexualmente transmissível mais frequente no mundo) no Programa Nacional de Imunização (PNI).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)³, instituída em 2013, estabelece diretrizes centrais para enfrentar o desafio do câncer de colo de útero no Brasil. No entanto, várias questões permanecem em aberto, demandando uma análise mais aprofundada. Entre essas questões, destacam-se a efetividade e o financiamento dos programas de rastreamento, a cobertura e acessibilidade aos serviços de saúde, a qualidade dos exames diagnósticos, e a eficácia dos tratamentos oferecidos.

No contexto do financiamento, a insuficiência de recursos destinados à saúde e a falta de investimentos específicos na prevenção e controle do câncer de colo de útero representam obstáculos significativos. Além disso, as relações intergovernamentais muitas vezes são marcadas por conflitos de competência e interesses políticos, o que pode comprometer a implementação eficaz das políticas de saúde.

A fragmentação da atenção básica também contribui para a perpetuação dos problemas relacionados ao câncer de colo de útero, dificultando a integração dos cuidados ao longo do *continuum* de saúde. A falta de regulação eficiente dos serviços de saúde e a prevalência de relações público-privadas pouco transparentes também são desafios a serem enfrentados no contexto do controle do câncer de colo de útero.

Em resumo, a questão do câncer de colo de útero no Brasil demanda uma abordagem integrada e abrangente, que enfrente não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também suas determinações sociais, políticas e econômicas. A análise das políticas que antecederam a implementação da RAS e das diretrizes da PNPCC oferece *insights* importantes para identificar lacunas e oportunidades de intervenção mais eficazes no enfrentamento desse importante problema de saúde pública.

³A Portaria do Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro número 874 foi publicada em 2013, substituindo a Portaria MS/ GM nº 741 de 2005 (Brasil, 2005) que foi a primeira que condensou as políticas sobre a Atenção Oncológica (PNAO) publicadas até então. Em 2017, após um processo de análise realizado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de categorização de portarias que possuíssem conteúdo normativo e de efeitos duradouros, foram publicadas em consolidações. Assim, é editada a Portaria de Consolidação nº 02, em 28 de setembro, sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, no seu Anexo IX, que versa sobre a Política Nacional para Prevenção e controle do Câncer (PNPCC) (Brasil, 2017c). Este anexo incluiu além da portaria 874/2013, as PRT 1472 / 2011 (sobre o Comitê de Mobilização Social e o Comitê de Especialistas), a PRT 558 /2011 (Comitê Técnico Assessor), a PRT 135/2013 (que inclui membros no Comitê de Especialistas) e a PRT 876/2013 (que regulamenta a lei que determina o acesso ao tratamento em até 60 dias após o diagnóstico).

Neste sentido, é que a presente tese tem como tema central a conformação da Rede de Atenção Oncológica no que tange à linha de cuidado do câncer do Colo do útero na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

1.2. O desenho metodológico do estudo

Esta tese insere-se no campo de avaliação de políticas públicas, com foco no processo de implementação da rede de atenção oncológica, mais especificamente quanto à linha de cuidado do câncer do colo do útero. Entende-se que é preciso considerar os processos que interferem na implementação de políticas de abrangência nacional, porém descentralizadas, como é o caso da Política Nacional de Controle do Câncer.

Cabe aos municípios a responsabilidade pela gestão e provisão dos serviços e ações previstas nas diretrizes desta política. No entanto, por envolver ações e serviços que atravessam os três níveis de complexidade do SUS, a implementação desta política, como será visto adiante, exige também a construção de pactuações regionais para o atendimento das necessidades de atenção em saúde, assim como as suas relações com as demais redes de atenção estabelecidas no âmbito do SUS.

A literatura que trata do processo de implementação de políticas tem chamado atenção para a distância, frequentemente observada, entre o desenho original de uma política e sua tradução e intervenções públicas efetivas (Arretche, 2001). Essa distância diz respeito, principalmente, a contingências da implementação, explicadas, em grande parte, pelas decisões tomadas por uma cadeia de implementadores que operam em contextos político, institucional e econômico em grande parte distintos daquele em que o desenho da política foi formulado. Assim, torna-se, necessário considerar a atuação dos burocratas de rua⁴, que tomam decisões como

⁴Burocratas de nível de rua: são os burocratas, ou funcionários, que interagem com os usuários na implementação das diferentes políticas. Essa categoria incorpora a grande maioria dos funcionários próprios ou terceirizados da administração pública mundial: são todos os professores, policiais, assistentes sociais, profissionais de saúde, profissionais dos serviços carcerários, das agências de atendimento, das agências de serviço social e encaminhamento para o emprego. São todos aqueles que, cotidianamente, interagem com os usuários dos serviços entregando serviços e políticas públicas. Para o Lipsky, essa categoria abrangente demonstra como existem elementos comuns a todos esses burocratas – dadas as condições e contextos de trabalho que encontram e as responsabilidades que assumem. São estes profissionais, esses burocratas da linha de frente dos serviços, que tem um papel

implementadores no exercício de sua discricionariedade, considerando que esses agentes têm grande impacto sobre as políticas públicas implementadas devido à autonomia que possuem no momento da implementação (Lotta, 2012).

Mazmaniam e Sabatier (1989) propõem que a análise da implementação de um programa deve buscar conhecer a realidade social estudada, com suas características, bem como as possibilidades e os limites de interferência dos formuladores e gestores na condução do programa e na execução das atividades. Levando esses aspectos em consideração, Arretche destaca que:

“...uma adequada metodologia de avaliação deve investigar em primeiro lugar, os diversos pontos de estrangulamento, alheios à vontade dos implementadores, que implicaram que as metas e objetivos inicialmente previstos não pudessem ser alcançados” (Arretche, 2001, p.7).

Assim, no processo de implementação pode ocorrer uma modificação do que foi originalmente traçado pelos agentes formuladores, a partir das diferentes condições encontradas pelos agentes implementadores, devendo ser consideradas diversas variáveis que atravessam o processo: um ambiente sempre em mutação, as diferentes condições existentes em cada município; o nível de integração entre os diferentes segmentos governamentais e deles com os agentes não governamentais; além da necessidade de análise da estrutura de incentivos proposta para uma implementação efetiva (Arretche, 2001).

No que se refere especificamente à política de saúde brasileira, a implantação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos anos 1990, remodelaram o perfil da oferta dos serviços, especialmente no que tange à descentralização da provisão e gestão da atenção à saúde em direção aos estados e municípios. Certamente, esse processo não ocorreu isento de conflitos e de um conjunto de desafios, particularmente no que tange à garantia da integralidade, da continuidade da atenção e qualidade dos serviços ofertados. Assim, a política pública foi sendo construída dentro de um determinado contexto, de modo processual, com condicionantes amplos. Possui caráter polifônico e muitas vezes contraditória em si, respondendo a determinados interesses e excluindo outros, de acordo com a correlação de forças em disputa no período de sua construção.

importante a ser compreendido e analisado nos estudos sobre processo de implementação de políticas (Lipsky, 2019).

No âmbito da presente tese, é importante ressaltar que um dos problemas recorrentes do SUS diz respeito à fragmentação do sistema e à incapacidade dos municípios de fazer frente a esta questão. Os diferentes níveis do sistema de saúde precisam estar relacionados para conseguir se estabelecer um sistema e uma atenção integral do cuidado. Integrar os diversos serviços e contemplar os múltiplos níveis de complexidade do sistema constitui um grande desafio, ainda mais considerando a enorme heterogeneidade e diversidade do país.

Buscando enfrentar este quadro, foram estruturadas as regiões e redes de atenção à saúde, na qual a rede de atenção oncológica se insere no âmbito da Rede de Atenção a Doenças Crônicas. Interessa, neste sentido, investigar como a Região Metropolitana II tem organizado seu atendimento oncológico em relação à linha de cuidado a atenção ao câncer do colo do útero. Aspectos como perfil da oferta de serviços, formas de financiamento, regulação assistencial e pactuação entre os níveis de governo foram considerados no presente estudo.

Esta pesquisa configura-se como um estudo qualitativo, mesclado à análise de alguns dados quantitativos, com enfoque explicativo, de acordo com a concepção de Gil (2008), porque tem o objetivo de identificar os fatores que mais contribuem para a ocorrência de fenômenos.

Optou-se pela realização de um estudo de caso descritivo (Yin, 2005), tendo em vista a compreensão de que esta estratégia é a que melhor se adequa aos objetivos propostos, por entender que esta possibilita ao investigador melhor analisar “um fenômeno inserido em um contexto da vida real” (Yin, 2005, p.11). Para este autor, o estudo de caso não é nem uma tática para coleta de dados, nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente. Esta escolha metodológica possibilita a análise de fenômenos contemporâneos e observáveis em contextos de vida real, porém os procedimentos internos relevantes ao estudo não podem ser manipulados.

Na linha metodológica escolhida, o recurso à dialética pretende fornecer os alicerces para uma “interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos enquanto considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais e etc.” (Gil, 2008, p. 14). Apreende, ainda, que a “aparência é apenas uma manifestação da essência, não pode existir ciência sem uma análise das aparências e essência de um

fenômeno... a simples soma das partes não constitui o objeto” (Richardson; Peres, 1999, p. 52). Dito de outro modo, os fenômenos não podem ser considerados isoladamente, uma vez que o todo é bem mais complexo que o simples somatório das partes, sendo necessário investigá-los dentro de seus contextos, buscando as conexões, fazendo o trânsito entre o individual e o geral, e vice-versa, procurando compreender sua unidade (Richardson; Peres, 1999, p. 53).

O estudo de caso tem como recorte espacial a Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Com uma população de 1.908.751 habitantes⁵, a região é composta pelos municípios de Itaboraí (224.267 hab.), Maricá (197.277 hab.), Niterói (481.749 hab.), Rio Bonito (56.276 hab.), São Gonçalo (896.744 hab.), Tanguá (31.086 hab.) e Silva Jardim (21.352 hab.). Esses municípios são diversos não apenas em termos de porte populacional, mas também no que tange a indicadores sociais, econômicos e aspectos políticos. Além disso, a trajetória e a capacidade instalada dos sistemas de saúde desses municípios também são distintas. O recorte temporal para este estudo é o período compreendido entre 2017 e 2021, que corresponde ao Plano Estadual de Atenção Oncológica (PEAO), ainda em vigência⁶.

Em termos de procedimentos metodológicos, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a temática, a partir de fontes disponíveis em base de dados indexados e de outras fontes disponíveis (primárias e secundárias), com o objetivo de aprofundar o referencial teórico da pesquisa. Na pesquisa online, foram utilizados descritores como câncer, rede de atenção à saúde, atenção primária e atenção primária em saúde, atenção oncológica e rede de atenção oncológica.

O levantamento documental se constituiu no primeiro procedimento metodológico para coleta de dados. A sua análise foi realizada para compreensão do processo de implantação da política pública. Neste sentido, os documentos de governo possibilitam compreender, através do aparato normativo, as opções oficialmente feitas pelos governos com o propósito de responder tanto às demandas

⁵ Fonte: População no último censo: Atualizado em 22/12/2023 (IBGE, 2022).

⁶ Embora o período de vigência do PEAO seja até 2021, não houve atualização do mesmo até o momento de elaboração da tese. O PEAO encontra-se em processo de atualização, permanecendo em vigência o PEAO 2017 – 2021.

da sociedade, quanto a critérios técnicos, passando pelas mediações políticas das concepções e ações propostas.

Em relação ao levantamento documental, foi realizada uma pesquisa nos documentos elaborados pelas secretarias de saúde do Estado e dos municípios da Região Metropolitana II, além dos documentos pactuados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regionais (CIR) (incluindo Atas e Resoluções) relacionados à Rede de Atenção à Saúde no tocante ao Controle do Câncer e ainda normativas produzidas pelo Ministério da Saúde e pelo INCA (tais como leis, decretos, portarias, instruções normativas, protocolos, relatórios, planos e projetos). Também foram consultados relatórios anuais de gestão e informações sociodemográficas e as relacionadas à organização da rede de atenção à saúde no Estado do Rio de Janeiro disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), dentre outros.

A pesquisa documental constitui-se de um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.

“Tanto a pesquisa documental como a pesquisa bibliográfica têm o documento como objeto de investigação. No entanto, o conceito de documento ultrapassa a ideia de textos escritos e/ou impressos. O documento como fonte de pesquisa pode ser escrito e não escrito, tais como filmes, vídeos, slides, fotografias ou pôsteres. Esses documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (Figueiredo, 2007). Tendo em vista essa dimensão fica claro existir diferenças entre pesquisa documental e pesquisa bibliográfica” (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009, p. 5).

Sá Silva et al (2009) apontam, ainda, a necessidade de uma avaliação prévia do tipo de documento a ser analisado. É preciso considerar a confiabilidade e a fonte, assim como a sua representatividade, tendo um olhar crítico sobre o material, mas considerando que, em muitos casos, podem ser as únicas fontes passíveis de esclarecer uma determinada situação. Nesta tese, as atas da CIB, por exemplo, se

constituíram um material fundamental para compreensão de informações coletadas na pesquisa de campo que transcenderam a legislação em vigor.

Os autores destacam, entretanto, a importância de compreensão do contexto histórico e do universo sócio político em que o documento foi produzido com o intuito de apreender os esquemas conceituais e identificar os grupos sociais aos quais os documentos fazem referência, cabendo ao investigador a sistematização das informações, analisando-as, descobrindo novos ângulos e aprofundando sua visão. Desta forma, a análise documental permite identificar os elementos que precisam ser mais aprofundados possibilitando compreensão dos fenômenos que estão sendo analisados (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

A pesquisa também envolveu trabalho de campo, realizado por meio de entrevistas com alguns dos principais atores-chaves responsáveis pela gestão da rede de atenção oncológica na Região Metropolitana II, considerando sua inserção na gestão da Linha de Cuidado do Câncer do colo do útero⁷.

Antes da entrada em campo, foi realizada uma pesquisa exploratória dos serviços que estão listados na PNAO como referência para o tratamento oncológico na Região Metropolitana II para identificar se ainda estavam, de fato, ofertando os serviços. Essa pesquisa foi realizada junto ao site do Sistema de Regulação de Vagas (SER)⁸ que disponibiliza online, de forma aberta a consulta pública, as vagas disponibilizadas em cada unidade de saúde.

Após isso, seguiu-se a realização de primeiros contatos com alguns informantes, o que permitiu o levantamento de dados e informações sobre unidades de saúde que não constavam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como serviços cadastrados de atendimento oncológico, assim como não consta a produção de seus atendimentos, ou os dados relativos a esses atendimentos estão defasados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)⁹.

A proposta inicial era entrevistar diretamente todos os gestores municipais da região e do estado do Rio de Janeiro responsáveis pela Linha de Cuidado do Câncer

⁷Estes atores serão apresentados mais à frente no capítulo.

⁸ Estes dados serão apresentados no Capítulo 3.

⁹O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) é uma versão em plataforma web que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e

do Colo do Útero no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. No entanto, como sinalizado por Piovesan e Temporini (1995), verificou-se a necessidade de se buscar rumos diferentes, porém pertinentes ao objeto de estudo e interessantes para a pesquisa, levando, deste modo a modificar o planejamento inicial (Piovesan; Temporini, 1995). Isto porque, no decorrer da pesquisa de campo houve a recusa de vários desses informantes-chaves em participar da pesquisa. A alguns dos atores sequer o acesso foi possibilitado. Outros criaram entraves à entrevista, seja devido a um complexo processo burocrático para autorização do estudo, que chegou a durar mais de 06 meses de negociação para a liberação da mesma, seja parando de responder às solicitações de autorização para a entrevista formal. Isso acabou por inviabilizar a realização das entrevistas com esses sujeitos, considerando a limitação de tempo para elaboração da tese.

Assim, apesar de ter elencado previamente uma série de atores, a existência de um jogo de poder inerente à inserção no campo da gestão de uma política social foi um desafio a ser enfrentado para subsidiar a tomada de decisões para o direcionamento das entrevistas que subsidiaram a pesquisa. Desta forma, a abordagem foi restrita apenas a gestores estaduais e dos serviços oncológicos vinculados à Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro que se disponibilizaram a contribuir com a pesquisa.

Ao realizar a pesquisa de campo foi identificado que o fluxo da rede de atenção oncológica, no tocante ao câncer do colo do útero, na Região Metropolitana II, que é o marcador utilizado para a realização da análise nesta tese, é direcionado pela Secretaria Estadual de Saúde. Sendo assim, foram elencados como atores para as entrevistas membros das equipes de gestão vinculados à linha de cuidado nesta área – da regulação (que congrega e ordena o direcionamento de vagas para viabilizar o acesso ao tratamento oncológico), da oncologia (que ordena e pactua a atenção

do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Disponibilizado para uso no segundo semestre de 2013, o SISCAN está integrado ao Cadastro Nacional de Cartão de Saúde (CadSUS) e ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). O sistema registra todos os exames citopatológicos e biópsias do colo do útero, citologia, punções e biópsias da mama e exames de mamografia, realizados no SUS. Assim como o SISCOLO e o SISMAMA, o SISCAN apresenta um módulo seguimento, permitindo o acompanhamento das mulheres com resultados alterados. O grande diferencial está em agrupar os exames realizados pela mesma mulher (por exemplo, citologia alterada e biópsia) e permitir que as UBS insiram as demais informações relacionadas ao tratamento (INCA, 2013).

oncológica no ERJ e, por conseguinte, da RM II), da saúde da mulher (que impulsiona e estimula as ações referentes a atenção primária ao rastreamento do câncer do colo uterino) e dos prestadores de serviço (quem está no processo de implementação da atenção oncológica nesta região, que até a elaboração do PEAO era inexistente, referente ao câncer do colo do útero, por razões que irão aparecer no decorrer do capítulo de análise das entrevistas).

No quadro abaixo encontra-se a relação dos gestores entrevistados. Com o objetivo de manter o anonimato, conforme preconizado pelo CEP, eles serão assim identificados:

Quadro 01: Lista de entrevistados para a pesquisa

| | |
|---|----------|
| Membro da equipe de gestão da regulação estadual | Gestor A |
| Membro da equipe de gestão da saúde da mulher | Gestor B |
| Membro da equipe de gestão da oncologia | Gestor C |
| Membro da equipe de gestão dos prestadores de serviço | Gestor D |

Como Minayo (2017) aponta, uma entrevista com alguém de um grupo é, ao mesmo tempo, um depoimento pessoal e coletivo. Com base em Minayo (2001), entende-se que a entrevista serve para confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e /ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte (Minayo, 2001).

A autora aponta ainda que, nas pesquisas qualitativas, as amostras não devem ser pensadas por quantidade e nem precisam ser sistemáticas.

“Mas a sua construção precisa envolver uma série de decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sobre a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção. Esses elementos precisam ficar claros na metodologia de investigação, pois eles interferem na qualidade da investigação... Por fim, é importante ressaltar que, mesmo quando provisoriamente o investigador prevê um montante de entrevistas e grupos focais ou de outras técnicas de abordagem, essa ideia de provisoriabilidade deve acompanhá-lo durante todo o processo.” (Minayo, 2017, p. 8 - 10).

As entrevistas semiestruturadas obedeceram a um roteiro previamente elaborado, contendo questões relacionadas aos objetivos propostos. Os participantes

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual manifestaram concordância voluntária na participação. Houve um roteiro para cada ator, considerando o lugar que ocupa na implementação da política (Anexo 2).

Os dados coletados foram analisados com a perspectiva de identificar os entraves e avanços neste processo. Entende-se a análise dos dados como uma técnica que consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, ou ainda, recombinar evidências tendo em vista proposições iniciais. (Yin, 2005).

Seguindo o modelo proposto por Meira (2019) para análise da conformação da rede de urgências e emergência no Estado de São Paulo, este estudo se pautou em três macrodimensões para análise dos dados, a saber: política, estrutural e organizacional, de forma a compreender a conformação da rede de atenção oncológica, a partir da linha de cuidado de mulheres com câncer de colo de útero (Meira, 2019).

Com base nesse estudo, entende-se que: (i) a dimensão política procura identificar os espaços de atuação, negociação e conflito na região; os processos e fluxos decisórios; a condução da política; e as funções exercidas pelas instituições nas decisões sobre saúde na região; (ii) a dimensão da estrutura traduz a disponibilidade e a suficiência de recursos e serviços presentes na política de regionalização em cada região; e por fim, (iii) a dimensão da organização permite identificar os critérios de conformação, o planejamento, a gestão, a integração sistêmica entre serviços, a regulação, os instrumentos de monitoramento e avaliação e o acesso da população aos pontos de atenção à saúde.

No caso da macrodimensão “Política”, as entrevistas e a análise das atas da Comissão Intergestor Bipartite (CIB) buscaram identificar os espaços de atuação, negociação e os conflitos da RM II, os processos e fluxos decisórios e a condução da política e as funções exercidas pelas instituições envolvidas na implementação do PEAO.

Em relação à macrodimensão “Estrutura”, buscou-se identificar a percepção dos gestores sobre a disponibilidade e suficiência de recursos existentes e alocados na RMII para a assistência oncológica às usuárias inseridas na Linha de Cuidado (LC) do Câncer do Colo do Útero (CCU) na RM II.

Por fim, a macrodimensão “Organização” buscou identificar a importância de alguns parâmetros para a configuração da atenção oncológica como os mecanismos e instrumentos para integração da assistência e coordenação de cuidado, além do papel da regulação; foram utilizados para a análise dos fatores condicionantes na implementação dessa rede.

Assim como Meira (2019), o enfoque metodológico desta pesquisa valorizou o processo de regionalização, por meio do qual o interesse da pesquisa recai em estudar as interações entre os gestores das políticas e os provedores de serviços, além de apoiar-se nos recursos que estes atores mobilizam para explicar o desenho da política e seu funcionamento atual.

No quadro abaixo encontra-se uma síntese do desenho metodológico do estudo, buscando conectar os objetivos específicos da tese com os instrumentais que serviram de subsídios para o alcance dos mesmos e os caminhos utilizados para seguir esta trilha.

E no capítulo seguinte busca -se trazer a discussão sobre a área da Saúde, inserida no campo de análise da política Social, considerando suas contradições e conflitos.

QUADRO 02: SÍNTESE METODOLÓGICA

| Objetivo geral: Avaliar a implementação da Rede de Atenção Oncológica no tocante ao enfrentamento ao câncer do colo do útero, na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, identificando os fatores intervenientes e condicionantes diante do contexto da regionalização do Sistema Único de Saúde | | |
|--|---|---|
| Objetivos específicos | Componentes e variáveis | Instrumentos e técnicas |
| Mapear a distribuição dos serviços existentes para o rastreo/tratamento do Câncer do Colo do Útero na Região Metropolitana II; | Macrodimensão estrutura Macrodimensão organização Macrodimensão política Referências de média complexidade | Entrevistas Atas da CIB SISCAN Site SER Sítios na internet diversos |
| Identificar mecanismos e protocolos de acesso à rede de atenção à saúde referente ao Câncer do Colo do Útero na Linha de Cuidado da Atenção Oncológica na Região Metropolitana II; | Macrodimensão estrutura Macrodimensão organização Macrodimensão política Contexto de regionalização Conformação x funcionamento da rede O que significa a região metropolitana – região metro I e II – porque a divisão no Rio de Janeiro Inca - Efeito de redução x tensionamento da rede Região metropolitana x região de saúde Rede oncológica – participa destes fluxos Linha não é analógica Linha diferente de rede | Entrevistas Atas da CIB SISCAN Site SER Sítios na internet diversos Referências Bibliográficas |

| Objetivos específicos | Componentes e variáveis | Instrumentos e técnicas |
|--|---|---|
| Discutir possibilidades e interditos dos fluxos existentes dentro da Linha de Cuidado Oncológico para o Câncer do Colo do Útero; | Macrodimensão estrutura Macrodimensão organização Macrodimensão política Linhas e redes - conformação de serviços – linha – fluxos | Entrevistas Atas da CIB SISCAN Site SER Sítios na internet diversos Referências Bibliográficas |
| Discutir as estratégias voltadas para o enfrentamento do câncer do colo do útero na Região Metropolitana | Macrodimensão estrutura Macrodimensão organização Macrodimensão política Dificuldade de diagnóstico Câncer da pobreza Doença negligenciada Gargalo acesso | Entrevistas Referências Bibliográficas |

Fonte: elaboração própria

2. A Saúde enquanto Política Social: iniciando um debate

A política social se distingue das outras políticas públicas porque revela cotidianamente as contradições, os conflitos e os interesses em disputa. Mais que um conceito, constitui-se ao mesmo tempo em um campo de estudos e um campo de interesses, marcado por uma arena de disputas. Por isso mesmo, ela se encontra em constante mudança, refletindo a dinâmica societária, expressando-se também através de normas, serviços sociais operacionalizadores e legislações (Souza, 2006).

Nesta tese, entende-se a RAO como uma das materializações da política de atenção oncológica e, nesse sentido, emerge a demanda de examiná-la enquanto uma política social. Busca-se trazer reflexões sobre temática, assim como para o campo da saúde em geral, consistindo na exposição das ideias e pontos com base em pesquisa sobre a implementação da rede de atenção oncológica na região metropolitana II do Rio de Janeiro, a partir da Linha de cuidado do câncer de colo de útero.

O objetivo deste capítulo é trazer elementos para análise do processo de implementação de políticas sociais de abrangência nacional, porém descentralizadas, como é o caso da Política Nacional de Controle do Câncer (PNPCC). Neste sentido, buscou-se trazer o debate acerca das políticas sociais no Brasil, com o objetivo de fornecer subsídios para os estudos das normatizações da política, ou seja, como os conceitos aparecem nos documentos oficiais, se constituindo como ponto de partida para a exploração dos conceitos apresentados no tópico a seguir.

2.1. Elementos para compreender a política social nas relações entre Estado e sociedade

Torna-se imperativo refletir a política social a partir de mudanças globais, partindo da lógica da totalidade e abarcando a contradição que constitui a sociedade capitalista, para se aproximar dos objetos de estudo, analisando suas dinâmicas, apreendendo a sua dimensão histórica-estrutural, compreendendo-as pelas contradições que são próprias da sociedade capitalista, com funcionalidades tanto para o capital quanto para o trabalho.

As políticas sociais (e, por consequência, as políticas de saúde) são resultantes de uma série de fatores, inseridas nos processos do capitalismo mundial, impactadas pela ação de sujeitos coletivos nos contextos democráticos. Neste sentido, para desvendar a política a ser estudada, é preciso aprendê-la a partir de um leque de variáveis: históricas, estruturais, institucionais e políticas. Assim, faz-se necessário agregar na análise "a inserção no modelo de desenvolvimento e de proteção social, a relação das políticas de saúde com outras políticas públicas, o papel dos distintos atores políticos e os fatores que condicionam sua atuação" (Machado e Lima, 2015, p. 123).

Pereira (2020) diferencia a política social do estado capitalista daquela existente no período pré-capitalista e nos Estados socialistas. Ressalta que a política social burguesa possui um paradoxo basilar, com funcionalidades contraditórias, tendo um polo como representante do mundo do trabalho, como lócus privilegiado do reino das necessidades e outro como representante do mundo do capital, lócus do imperativo da rentabilidade econômica privada. Trata-se então de uma relação que transita entre interesses antagônicos do capital e do trabalho para atendê-los em um processo de correlação de forças, com o Estado buscando a coesão social.

A proteção social emerge como direito garantido pelo Estado, a partir de uma lógica positiva, a partir da lógica do direito, de ampliação de direitos sociais e, por conseguinte da cidadania, com atuação importante dos sindicatos, partindo para além dos direitos individuais, reconhecendo os sujeitos sociais e coletivos como atores nesta arena de disputas.

Esse paradoxo estrutural da relação entre política social e capitalismo constitui uma contradição dialética, como ressalta Pereira (2020): o capitalismo não pode existir com o Estado Social, tampouco consegue viver sem ele. No atual regime pós-fordista, o Estado assume um caráter funcional às necessidades de lucro do capital, com crescente subordinação da política social à economia, em uma reificação do valor de troca sobre todos os outros componentes do capital como relação. Neste sentido, a política social deixa de satisfazer necessidades humanas para favorecer serviços de bem-estar que beneficiem negócios, por meio de com uma focalização seletiva, objetivando o acesso aos serviços básicos com a finalidade de reprodução da classe trabalhadora.

Para descortinar os paradoxos, reconhecendo a natureza complexa da política social, buscando os seus fundamentos, envolvem-se também os aspectos técnicos operacionais, reconhecendo os sujeitos imbricados nesta correlação de forças e concepções e a contribuição relativa das políticas sociais para o desenvolvimento do capital, com a precarização social do trabalho como elemento central no mundo contemporâneo para análise da sociedade capitalista.

A abordagem da política social em sua totalidade implica em uma síntese de múltiplas determinações, considerados os diversificados padrões de proteção social no mundo do capital. Neste sentido, se destaca que o que define as políticas sociais como “escolhas trágicas” entre acumulação e equidade submete-se ao crescimento econômico, a acumulação do capital (SANTOS, 1987).

Na mesma direção, Mattos e Baptista (2011: 61) compreendem que as políticas públicas são “definidas como respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que afloram de um grupo social, sendo o produto de negociações entre os diferentes interesses, mediados pela racionalidade técnica, com vistas à manutenção de uma ordem”.

Essas definições destacam aspectos cruciais para o exame da política pública sob a perspectiva defendida nessa tese: longe de uma racionalidade puramente técnica ou de um mero reflexo de interesses pré-determinados, a política pública é uma construção processual, produzida sob determinado contexto histórico, possui caráter polifônico e muitas vezes contraditório em si, respondendo a determinados interesses e excluindo outros, de acordo com a correlação de forças em disputa ao longo de sua construção.

Os valores compartilhados e os consensos alcançados no interior da política pública são destacados por Lindblom&Woodhouse (1998). De acordo com esses autores, as políticas públicas sofrem impactos, são alteradas e reorientadas através das intervenções causais e não necessariamente intencionais dos atores-chave no dia a dia, e pelos acordos construídos entre grupos de interesses que entram em conflito no interior da política pública.

Cabe aqui recorrer a uma citação de Souza (2006, p. 26), que define a política pública como:

“o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos

traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”.

O Estado é chamado a atuar nos momentos de crise do capital, intervindo de forma a impedir a queda brusca de consumo nestes períodos, sendo as políticas sociais um conjunto de estratégias anticrise, constituindo-se a partir de um viés econômico, mas também político, no sentido de legitimação das demandas e também de controle dos trabalhadores.

A contradição é um elemento constituinte das políticas sociais. Faleiros (1987) pontua que os seus elementos contraditórios são escondidos pelo neoliberalismo, constituindo-se um campo de disputas, mas também de oferta de serviços, das instituições e dos direitos. Assim, ao pensar a política social dentro de um estado liberal, envolve-se a perspectiva do individualismo, dos mínimos e da competitividade. Também causam impactos nas relações de produção, tornando-se um meio para garantir consumos mínimos, com uma centralidade do mundo do trabalho, focados na reprodução da força de trabalho.

A contradição inerente à própria junção dos termos política e social denota a contradição da separação entre Estado e Sociedade, como sinaliza Fleury (2018), que compreende a política social como meta-política, permitindo o ordenamento de opções trágicas, entre distribuição e concentração de riquezas, sendo fruto de diferentes e contraditórios fatores que determinam sua configuração e dinâmica. Assim, elegem-se níveis de desigualdades que se consideram toleráveis. O consenso requerido é fruto do entendimento entre posições conflitivas no processo de construção de hegemonia.

Neste campo de lutas ideológicas observa-se um processo de constituição de sujeitos sociais, em conflito com um processo de desmercantilização da reprodução da força de trabalho, com a progressiva socialização destes custos, buscando um ponto de convergência entre trabalhadores e empresários, dentro de um contexto de intensa capitalização dos serviços sociais (Fleury, 2018).

Boschetti (2009) sinaliza que as políticas sociais são formadas por um conjunto de programas, projetos e ações que devem ter como objetivo final a universalização de direitos. Assim, o resultado esperado está intrinsecamente relacionado com a concepção de Estado, de classes sociais e de política na qual está embasada. Neste sentido, a avaliação de uma política não deve perder de horizonte a perspectiva de totalidade e dinamicidade da realidade, abrangendo diversas dimensões, momentos, sentidos e movimentos,

trazendo em seu âmago as diversas perspectivas de análise e avaliação inter-relacionadas (Boschetti, 2009).

Ainda segundo a autora, a compreensão dos fenômenos sociais, em suas múltiplas causalidades, perpassa suas relações com as diversas expressões da questão social. Boschetti ressalta que as políticas sociais surgem e se desenvolvem em um contexto socio-histórico definido, com um Estado que tem um papel fundante na sua regulamentação e implementação; sendo necessário, assim, ir além do delineamento da forma com que as políticas se apresentam (Boschetti, 2009).

Em um processo de análise de uma política, faz-se, então, necessário revelar o caráter contraditório da política social; identificando como que se apresentam, no cotidiano, os conflitos inerentes às desigualdades e exclusões do sistema capitalista, devendo associar a análise do processo de construto legal e a do processo de implementação da política, sua operacionalização, articulando tanto as determinações estruturais, quanto as forças sociais e políticas que agem na sua formulação e execução (Boschetti, 2009; Lobato, 2004a).

A luta pelos direitos sociais protagonizada por estes sujeitos coletivos pressupõe a base da cidadania, de dimensão pública dos indivíduos, inspirada na teoria política clássica de separação entre Estado e Sociedade, partindo do desenvolvimento de uma cultura cívica e de um estoque de capital social, com mecanismos de socialização e coerção que garantem a prevalência dos interesses públicos sobre os privados (Fleury, 2018). A autora ressalta que há uma polifonia de sujeitos, que trazem para esta arena uma série de questões que não podem ser desconsideradas.

Por outro lado, Behring (2009) aponta que, no contexto de capitalismo tardio, emerge a lógica da inversão do direito, com a proteção do grande capital, da burguesia, em detrimento aos direitos dos trabalhadores, com naturalização da escassez, com fragmentação da classe que vive do trabalho, mediada por conflitos dos processos de perspectiva identitária e de reconhecimento, sem enfretamento claro da desigualdade.

Com o propósito de apreender o processo de construção das políticas sociais, torna-se necessário assumir que sua funcionalidade não é o seu fim em si mesmo, mas um meio. Desta forma, é importante salientar que a capacidade de intervenção estatal é delimitada por uma dada estrutura econômica, intimamente imbricada com as questões provenientes

da reprodução ampliada da força de trabalho e do capital e com as demandas provenientes das classes, ressaltando que elas estão em constante embate e não são homogêneas em suas demandas, em um processo constante de contradições. Acrescenta-se a esta análise o fato de que o capitalismo se manifesta de forma diferente nos diferentes países e que se faz necessário entender as dinâmicas locais para que se possam analisar as políticas sociais nos países com inserção periférica no mundo do capital.

O processo de organização e disputa da política social de saúde no Brasil acontece imerso em um contexto social e econômico mais amplo. De forma breve, serão apresentados alguns dos elementos dessa discussão. Nesta configuração de nova forma de organização do capital mundial, as políticas públicas no Brasil vêm se alterando a partir do movimento da própria sociedade que “luta” por conquistas efetivas e ampliação dos espaços, mais especificamente, do atendimento às demandas da sociedade.

Atualmente, observa-se um processo mundial de refuncionalização do Estado para servir aos interesses econômicos à custa de uma invulgar desigualdade, onde o mercado passa a pautar as políticas sociais, aumentando as desigualdades sociais (Pereira, 2020).

Pereira (2020) destaca que é preciso descortinar estes paradoxos, reconhecendo sua natureza complexa e contraditória, assumindo os sujeitos imbricados nesta correlação de forças e concepções, indo além do caráter técnico operacional para a apreensão da funcionalidade da política social em curso.

Assim, a hegemonia político-ideológica se firma através da “luta” entre forças antagônicas, existentes na relação estabelecida entre as classes que compõem a sociedade. Para esta, o Estado dirige, regula e elabora políticas que procuram atender as demandas tanto da sociedade organizada como de grupos dirigentes; o que proporciona, em muitos casos, uma crise dos serviços e a caracterização do processo de exclusão. Contudo, a presença deste binômio no interior desta discussão destaca que, apesar da exclusão fazer parte das regras de manutenção do poder econômico e político do Estado, a inclusão baseada nos interesses da força de trabalho também se faz.

Analicamente, não se nega que as Políticas Sociais são mecanismos utilizados pelo Estado para intervir no controle das contradições que a relação capital-trabalho desenvolve, buscando afirmar uma função ideológica na busca do consenso e, assim, garantir a

existência de uma relação de dominação-subalternidade que neutralize as tensões que nesta relação se façam presentes.

As políticas setoriais são ações que se orientam para o cumprimento de determinadas metas em campos, em realidades setoriais concretas, muitas vezes não reconhecendo a complexidade dos problemas sociais e das desigualdades regionais. Constitui-se então em uma arena contraditória, complexa e multifacetada, onde interesses concorrentes competem, gerando consensos, assumindo contradições, delimitando as possibilidades e expressando concretamente a ação do Estado em determinado campo de atuação. Este campo é um espaço de materialização da política social, de conhecimento e práticas específicas: incorporação de tecnologias e mediação do trabalho humano, uma concretização da correlação de forças existentes (Fleury, 2018).

Analiticamente, não se nega que as políticas sociais são mecanismos utilizados pelo Estado para intervir no controle das contradições que a relação capital-trabalho desenvolve, buscando afirmar uma função ideológica na busca do consenso e, assim, garantir a existência de uma relação de dominação-subalternidade que neutralize as tensões que nesta relação se façam presentes. Todavia, devemos considerar que as políticas também se transformam em espaços de articulações, sobretudo dos movimentos sociais, que visam à ampliação, tanto dos atendimentos às necessidades da população usuária, quanto da expressividade de suas reivindicações.

Assim, ao se inserir no campo da política social, a saúde assume características peculiares no Brasil, com alguns aspectos que serão apontados no item a seguir.

2.2. Saúde como Política Social: notas sobre a política de saúde no Brasil

No Brasil, é importante destacar as características da política social conformadas por um país de capitalismo periférico, com alto grau de exclusão e desigualdades sociais, em que o modelo de proteção social implantado no país até os anos 1980 se caracterizou por um padrão dual entre seguro e assistência social, a proteção social restrita a alguns segmentos de trabalhadores formais urbanos e com privilegiamento do setor privado.

O país enfrenta altos níveis de exclusão e desigualdades sociais, moldados por décadas de desenvolvimento desigual e concentração de recursos. Assim, seguro e assistência social coexistiam, mas de forma restrita, deixando uma grande parcela da população à margem.

Este modelo de proteção social adotado no Brasil até os anos 1980 também se caracterizava pelo privilegiamento do setor privado. Isso significava que os benefícios e serviços disponíveis estavam amplamente ligados à condição de emprego formal, deixando de fora vastos contingentes de trabalhadores informais e desempregados. Essa abordagem contribuiu para a perpetuação das desigualdades sociais e econômicas, ampliando divisões profundas na sociedade brasileira.

A dualidade no sistema de proteção social brasileiro gerou uma série de desafios persistentes, incluindo a ampliação das disparidades socioeconômicas e a falta de acesso universal a serviços básicos de saúde, educação e assistência social. A exclusão de grandes segmentos da população dos benefícios sociais contribuiu para a marginalização e agravou as condições de pobreza e vulnerabilidade em muitas comunidades urbanas e rurais. A trajetória histórica da política social no país continua a influenciar as estratégias e os desafios enfrentados na construção de um sistema de proteção social mais equitativo para todos os brasileiros.

... as análises do período apontam evidências sólidas de que a expansão da assistência médica no âmbito da Previdência Social, com a opção pela compra de serviços de prestadores privados, reflete também a pressão de uma parcela mais organizada da corporação médica ligada aos interesses capitalistas no setor saúde – empresas médicas e hospitais –, uma vez que a expansão da rede hospitalar privado-lucrativa criara fortes interesses econômicos já antes da reforma previdenciária. A privilegiação do setor privado pela política de assistência à saúde faz convergir para o Estado pressões crescentes no sentido de ampliar a esfera de atuação privada por meio do financiamento público da produção privada de serviços (Menicucci, 2007, p. 77).

Em relação à política de saúde especificamente, uma dicotomia que não pode deixar de ser assinalada refere-se à definição, até então prevalente, de saúde como ausência de doença, que inclusive serviu como diretriz para a concepção de sistemas de saúde que separavam a saúde pública da assistência curativa, “conformando sistemas de saúde marcados por medidas pontuais, fragmentadas e imediatistas” (Cavalcanti; Zucco, 2006, p. 68).

No Brasil, o campo da política social de saúde é bastante exemplar nesse sentido, considerando-se que essa dualidade foi representada por um sistema de saúde dual, conformado desde o seu início nos anos 1930 e aprofundado na década de 1970. Esse modelo dual se caracterizava pela separação entre, de um lado, as ações de saúde pública, de caráter preventivo e dirigidas à coletividade, direcionadas para o controle de doenças específicas para o conjunto da população; e, de outro, a assistência médica curativa, destinada às pessoas que possuíam vínculo previdenciário, estruturada em bases corporativas, voltada para os trabalhadores do mercado formal urbano. Esse modelo dual levou à exclusão de parcela expressiva da população, com pouca efetividade do modelo de atenção e destaque do setor privado na prestação de serviços, subsidiado pelo Estado (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Assim, essa concepção de saúde atravessa e marca a política social no país, que se insere em uma concepção de Estado voltada para a entrega de serviços sociais ao capital, seja através de privatizações, seja pela abertura de espaços para a expansão de negócios capitalistas. Na saúde, o privilegiamento do setor privado por sucessivos governos e a medicalização da saúde retratavam a junção da política econômica com o sistema político imposto ao país, com ênfase na especialização clínica e na medicina hospitalar, caracterizando uma política de saúde excludente (Rezende; Cavalcanti, 2006).

Alterações nesse padrão começam a ganhar força ao final dos anos 1980, período em que o país atravessava um período de transição democrática que pôs fim a vinte anos de um regime de exceção. A Constituição Federal de 1988 (CF 88) é um marco desse período, trazendo em seu âmago as expectativas criadas pela sociedade no decorrer do processo de luta pela democratização no país em direção à justiça social e aos direitos de cidadania. O texto constitucional reconheceu, pela primeira vez, um conjunto de direitos sociais e dedicou todo um título específico à ordem social, adotando, de forma também inédita, a noção de seguridade social para as políticas de saúde, assistência e previdência social. Apesar da influência dos organismos internacionais e da pressão exercida pelo avanço do receituário neoliberal, a criação do Sistema Único de Saúde representou uma conquista do povo brasileiro, e acabou por incorporar grande parte das demandas do movimento sanitário no que tange à compreensão da saúde como direito universal e dever do Estado.

Desse modo, o SUS rompeu com o modelo dual que conformava a política de saúde, ao mesmo tempo em que trazia a descentralização, a participação social e a atenção integral como diretrizes centrais do desenho do sistema.

Entretanto é preciso ressaltar que a implantação do SUS esbarrou em diversos obstáculos, na medida em que:

“Nos anos 1990, o predomínio de políticas econômicas e de agendas de reforma do Estado de inspiração neoliberal impôs constrangimentos à lógica da Seguridade e à expansão de políticas sociais universais. A ascensão ao poder de governos de esquerda a partir de 2003 levantou expectativas de configuração de um modelo de desenvolvimento redistributivo, mas diversos problemas do sistema de saúde não foram equacionados.”(Machado; Lima; Baptista, 2017, S144).

As autoras apontam que é preciso considerar o papel que os municípios assumem com a CF 88, sendo elevados a entes federativos, recebendo atribuições para implantação e implementação das políticas públicas que lhe eram atribuídas de modo equânime, desconsiderando as enormes diferenças entre eles, com uma diversidade territorial e marcantes desigualdades econômicas e sociais.

Na fase inicial de implantação das diretrizes constitucionais, as políticas sociais brasileiras ficaram centralizadas nos órgãos estatais, sendo propostas pelo governo federal e executadas pelos níveis locais, municipais, com pouca ou nenhuma mediação dos órgãos estaduais. Souza (2019) aponta que os municípios, não os estados, tornaram-se parceiros do governo federal na implementação de políticas sociais. Neste sentido, as políticas públicas são nacionais, o que impõe uma uniformidade central, mas encerram um paradoxo com o federalismo implementado na Constituição de 1988, onde as diversidades locais são valorizadas na constituição dos municípios, em uma constante busca pelo equilíbrio entre a autonomia regional e a autoridade federal. Desta forma, o equilíbrio federativo foi configurado em um formato onde os municípios são colocados como entes federativos não subordinados aos estados, recebendo recursos diretos da União.

Souza (2019) sinaliza, ainda, que as dimensões cooperativas do federalismo no setor saúde se manifestam como desigualdades regionais entre sistemas locais em função das diferentes capacidades fiscais e de autonomia, como falta de coordenação política e de baixa responsabilização entre os três entes em termos de resultados da política pública (Souza, 2019). Na crise fiscal instalada no país desde os anos 1990, o abandono do setor saúde torna-se evidente, provocando uma competição por recursos e a imposição de

barreiras de acesso ao sistema de saúde por segmentos da população (Ribeiro; Moreira, 2016)

O estado neoliberal usa a “descentralização” das políticas públicas como forma de transferir para os estados e municípios as funções e responsabilidades, desincumbindo-se de funções que lhe foram atribuídas constitucionalmente, sem o necessário repasse de verbas a sua execução. Desta forma, ocorreu no Brasil uma descentralização dos serviços e funções, mas não uma desconcentração dos recursos, que continuaram a ser controlados pela União, através da sua política econômica (Arretche, 2001).

Essa ideologia neoliberal se contrapõe ao controle social, que pressiona o Estado por aumento de verbas para as políticas públicas, qualidade no atendimento prestado à população, priorização das ações pelas necessidades locais, questiona e denuncia os desvios de verbas, etc. Assim, o controle social se opõe à ótica da diminuição das funções do Estado, através do repasse para a sociedade civil de funções que lhe seriam próprias, transferindo para o privado, questões públicas.

Souza (2005, p. 111) aponta que o Brasil adotou “um modelo de federalismo simétrico em uma federação assimétrica” destacando que este modelo traz impactos importantes na configuração das políticas sociais, onde o desenho de ações nacionais se impõe às instâncias subnacionais. Mas, estes entes possuem uma autonomia administrativa considerável, assumindo responsabilidades e recebendo recursos do ente federal para a execução das ações. A referência aponta que as desigualdades regionais são históricas e trazem tensões constantes que influenciarão não apenas no desenho, mas também no processo de efetivação destas políticas.

A descentralização ganha um sentido peculiar neste contexto federativo, considerando a coordenação intergovernamental como peça-chave, compreendendo-a como um eixo derivado da trajetória de constituição do federalismo brasileiro. Desta forma, a descentralização foi acompanhada igualmente pela tentativa de democratizar o plano local. Porém, não conseguiu apagar seus problemas, trazendo à tona a questão das desigualdades regionais, que urge a ser enfrentada.

Diversas medidas são tomadas visando minimizar as desigualdades regionais. Entretanto, esta é reforçada pela existência de um grande quantitativo de municípios com

baixa capacidade de sobreviver por recursos próprios em virtude de seu tamanho e atividade econômica.

Souza (2005) traz a discussão de que a divisão do poder favorece o governo local, que vem expandindo sua autonomia ao longo do processo republicano brasileiro. No entanto, ressalta que o papel que os municípios passam a assumir frente às políticas sociais, refere-se à forma como vem sendo implementado, considerando o assentamento do conceito de descentralização e do estabelecimento de relações intergovernamentais, mantendo pouca relação com a discussão teórica acerca do federalismo.

A forma como este federalismo se expressou no país teve implicações diretas para a política de saúde. A compreensão dos condicionantes das políticas sociais aponta que o marco constitucional, os arranjos institucionais e a ação de atores setoriais apresentam limites histórico-estruturais, legados institucionais e a disputa de projetos para o setor que influenciaram a política nacional (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Outro ponto que não foi considerado neste período marcadamente municipalista é que, para a população, as fronteiras político-territoriais não impedem que busquem atendimento em outros lugares para o atendimento de suas necessidades de saúde, independentemente de seu local de moradia.

Desta forma, com o esforço de organizar os fluxos de usuários e a oferta de serviços assistenciais na área da saúde, foram buscadas estratégias para enfrentamento destas adversidades, uma vez que a população tendia a buscar determinados serviços já historicamente estruturados. Outra questão a ser considerada foi a limitação do papel dos estados, principalmente no repasse de verbas, que com a CF 88 passou ser de fundo federal a fundo municipal diretamente, sem depender de análise ou aval estadual para que este financiamento fosse efetivado.

Neste sentido, no início dos anos 2000, observam-se progressivos esforços de fortalecimento do papel dos estados e da regionalização, em contraste com a ênfase municipalista do momento anterior, mesmo com a Estratégia da Saúde da Família (ESF) se destacando na agenda do Ministério da Saúde e do Governo Federal, a partir de 1995.

“na perspectiva de expansão da cobertura dos serviços e da mudança no modelo de atenção. Isso conferiu novo *status* à atenção básica e favoreceu mudanças no financiamento (criação de piso *per capita* e de incentivos específicos), organizacionais (criação do Departamento de Atenção Básica em 2000) e inovações em outras áreas da política, como a de formação. Ressalte-se que a ênfase na atenção básica era compatível com as diretrizes da reforma sanitária referentes ao

modelo de atenção e com propostas de reforma que defendiam uma ação do Estado mais delimitada, emanada de agências internacionais ou mesmo do Governo Brasileiro” (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Desta forma, com a Constituição Federal de 1988, em seus art. 196 a 200, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) acontece, mas não a sua implantação. Isso somente ocorre com a sua regulamentação, em 1990 através das Leis 8080/90 e 8142/ 90, as quais constituíram a Lei Orgânica da Saúde, a LOS. Entretanto, é preciso salientar que a implantação do SUS é processual e nem mesmo com a promulgação da LOS o SUS foi, de fato, implantado. Assim, a diretriz da descentralização só se efetiva ao longo dos anos 1990, quando, após a identificação das lacunas deixadas na legislação, são criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), em 1991, 1992, 1993, 1996; portarias ministeriais que incorporaram à legislação conceitos como a equidade e formas de gestão, financiamento, repasse de verbas, gestão dos municípios e estados, com incentivos financeiros para as ações educativas em saúde.

As NOB's são publicadas com a finalidade de nortear a transferência de recursos financeiros, com o objetivo de contribuir para definição mais clara dos papéis dos gestores federal, estaduais e municipais e disciplinar a organização da gestão apontada na LOS. As de 1991 e 1992 foram editadas ainda sob gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS¹⁰). A primeira e a segunda Normas Operacionais Básicas (NOB-91 e NOB-92) colocaram as Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS) na mesma condição dos prestadores privados contratados pelo SUS, isto é, passando a receber pagamento por produção de procedimentos (Junqueira; Castro, 2002).

Como forma de iniciar uma ampliação da atenção básica, ainda em 1991 ocorre a criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e em 1994, é criado o

¹⁰O INAMPS era o principal instrumento de política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela lei federal 8.689, em 1993. O antigo Instituto era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. Os setores da população que não faziam esta contribuição não podiam acessar estes serviços, devendo buscar atendimento à saúde junto as instituições filantrópicas, na iniciativa privada ou junto as poucas iniciativas de centros municipais de saúde existentes. Com a criação do SUS, o atendimento passou a ser universal, ou seja, qualquer pessoa pode acessar o serviço público de saúde em qualquer parte do país, independentemente de seu vínculo previdenciário. O SUS é preconizado como um atendimento integral, igualitário e universal, ou seja, não faz, e nem deve fazer qualquer distinção entre os usuários.

PSF (Programa de Saúde da Família), posteriormente transformado na Estratégia de Saúde da Família (1998), como estratégia de reorganização da Atenção Primária.

A NOB 01/1996 "Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão" é publicada, visando abarcar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria reorganização do Sistema, entretanto mantém a forma anterior de remuneração por produção das internações hospitalares e de procedimentos de médio e alto custo, assim como as NOBs anteriores (Junqueira; Castro, 2002).

Buscando superar essa barreira de pagamento por procedimento, foram editadas as Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). A NOAS de 2001 pôs em vigor, além da gestão plena do sistema de saúde (GPSM), a gestão plena da atenção básica ampliada (GPABA) por parte dos municípios. Entretanto, as dificuldades para sua implementação levaram, após um período de negociação entre o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a publicação de uma nova versão em 2002.

Um dos grandes avanços para o setor saúde foi a criação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) das ações de saúde entre os três níveis de governo. O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores se realiza mediante negociação na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), cujo resultado é deliberado pelo Conselho Estadual de Saúde.

No decorrer do processo de implementação da regionalização na saúde, é preciso compreender que, neste momento, as instâncias estaduais que participam deste processo assumem um protagonismo, principalmente a partir do Pacto pela Saúde (2006), e buscando uma regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais. Assim, esse processo precisava garantir, para além de um planejamento de fluxos de circulação de usuários de saúde, a busca pelo planejamento de uma rede de atenção integral à saúde¹¹, com organização vinculada à condução política -administrativa do sistema de ações e serviços de saúde no território (Viana; Lima; Machado, 2011).

¹¹Uma rede de atenção integral à saúde constitui-se por um conjunto de unidades, de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que opera de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender as necessidades de saúde de uma população (Viana; Lima; Machado, 2011, p. 13).

O Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8080/90, ou seja, regulamenta o SUS, traz a definição de conceitos que passam a organizar o Sistema Único de Saúde, a saber: o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (art. 1º). O trabalho em rede passa a ser considerado como facilitador de um planejamento em saúde em que as ações sejam voltadas para as necessidades e demandas da população em seus diferentes territórios e como forma de garantir a sustentabilidade dos processos, sendo uma construção e gestão compartilhadas.

O que se observa, nesse breve apanhado histórico, é que por meio de um processo incremental, a implantação descentralizada do SUS passou por vários momentos, sendo possível também identificar ganhos em termos de aprendizado institucional. Inicialmente marcado pela retirada do governo federal (1990-1996), o processo descentralizado da saúde rumou em direção a uma forte onda municipalista, o que levou ao aprofundamento das desigualdades institucionais e fragmentação da atenção à saúde.

A atenção primária em saúde assume o protagonismo das ações em saúde, como coordenadora do cuidado e responsável pelo usuário em sua passagem por diferentes serviços de saúde. No entanto, a integração entre os diferentes níveis de atendimento passa a ser identificada apenas em nível de planejamento das ações e, atualmente, de regulação da oferta de serviços. A comunicação ainda está restrita a encaminhamentos via sistema de regulação, não sendo propostos mecanismos de integração como atividade rotineira na atenção básica. Este descompasso impacta diretamente na não compreensão da oncologia dentro da lógica das redes de atenção à saúde e de suas interfaces com as outras redes de atenção existentes.

A partir da NOB-96 e mais intensamente com as NOAS 01-02, o tema da regionalização entra na agenda governamental, sobretudo com o reforço da APS via ESF. Mas este processo só ganha contornos mais efetivos com o Pacto pela Saúde e a implantação das RAS, como alternativa estratégica para enfrentamento da fragmentação dos serviços, como será discutido no próximo capítulo.

3. A Rede de Atenção à Saúde (RAS): um debate necessário

3.1. A RAS no Contexto internacional

Nas duas últimas décadas, a discussão sobre a construção de redes de atenção à saúde tem adquirido centralidade na agenda de organizações multilaterais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Essa discussão ganha relevo em contexto de crise dos sistemas de saúde em diversos países, expressa em algumas características¹² que vale a pena abordar e após anos de experimentação de reformas pró-mercado postuladas pelo neoliberalismo.

Neste caminho, diversos autores têm demonstrado a importância do trabalho em rede no que tange a racionalização dos custos, do uso de recursos e dos resultados obtidos. Aponta-se, assim, para o êxito de reformas dos sistemas de saúde empreendidas a partir da reorganização desses sistemas com base na integração em rede em diferentes países, tais como na Europa e no Canadá.

Um ponto central sobre o qual a proposta das RAS ganha força é em relação à questão da fragmentação dos sistemas de saúde. Na década de 1990, os sistemas de saúde de diversos países entraram em crise¹³, em grande parte associadas à crise econômica pela qual vem atravessando o mundo capitalista desde o final dos anos 1970 e que pôs fim ao ciclo virtuoso de crescimento econômico e expansão da proteção social que impulsionou a construção de sistemas abrangentes de saúde nos países de capitalismo avançado. Como estratégia para o seu enfrentamento, diferentes processos de reformas dos sistemas de saúde tiveram lugar, premidos pelos dilemas entre racionalização e

¹²Encontramos como principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (Brasil, 2014a).

¹³No rol das diversas reformas setoriais implementadas nos países “em desenvolvimento”, em consonância à própria dinâmica de condução de suas políticas econômicas, buscando reduzir a oferta de serviços sociais, em uma busca para reduzir o déficit público, as propostas de privatização são apontadas como um caminho para diminuir os gastos do setor público, inclusive no âmbito da saúde (Paim, 2008; 2019).

contenção de gastos, de um lado, e busca de maior efetividade e equidade, de outro (Göttems et al., 2021).

Na América Latina, esse contexto foi marcado pela tensa articulação entre a profunda crise econômica e os processos de redemocratização que estavam sendo conduzidos em boa parte dos países da região, cujos sistemas de proteção social se caracterizam por seu caráter frágil, incompleto e excludente. Em meio a esse contexto contraditório, diferentes reformas dos sistemas de saúde tiveram lugar na região, tendo a descentralização e a regionalização como diretrizes centrais. Esse processo foi conduzido, a partir dos anos de 1990, com graus variados de articulação, sendo que a descentralização, ganhou maior destaque, o que contribuiu para a acentuação da fragmentação e segmentação dos sistemas de saúde, com comprometimento do acesso e da continuidade da atenção; características estas centrais nestes sistemas baseados nos modelos de proteção social estabelecidos por estes países (Göttems et al., 2021).

A literatura que analisa esses processos tem destacado a enorme fragmentação da proteção à saúde, com presença de diversos subsistemas e distintas regras de financiamento, que resultam na duplicidade de ações e serviços; a falta de integração e garantia da continuidade do cuidado; a existência de diversas formas de filiação e de acesso a serviços e à rede de serviços, levando à descontinuidade do cuidado e à ineficiência, resultando em uma baixa capacidade de resposta e um fraco desempenho do sistema de saúde. A isso se associa a grande participação da rede privada na prestação de serviços, dificultando a integração destes em rede (Setaro de Oca, 2017; Ocampo-Rodríguez et al, 2013; Mesa-Lago, 2006).

Os sistemas de saúde latino-americanos caracterizam-se pela coexistência de modalidades de serviço público, de previdência social e de provisão privada. As populações mais pobres tendem a ser atendidas em serviços públicos, financiados pelo Estado. A população com inserção formal no mercado de trabalho obtém cobertura por meio da previdência social, com regimes de cobertura variável de acordo com a categoria profissional. Camadas de renda mais elevada tendem a comprar os serviços dos seguros sociais (Setaro de Oca, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva e estimula a criação das redes de atenção à saúde desde o início dos anos 2000 como meio para superar a crise dos sistemas

de saúde a nível global. A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), em documento de 2011, ressalta que esta proposta de constituição de redes de saúde surgiu com o Relatório Dawson, na década de 1920¹⁴, na Inglaterra, servindo de referência para a implantação do serviço de saúde nacional, organizando os serviços para atendimento das demandas de saúde da população, tendo por indicativos: (i) serviços acessíveis, (ii) de carácter preventivo e curativo e (iii) nos âmbitos domiciliar, atenção primária, secundária e hospitalar (OPAS, 2011a).

A OMS sinaliza que, mesmo os sistemas de saúde mais simples são compostos por todas as organizações, pessoas e instituições que produzam ações cujo principal objetivo é promover, restaurar ou manter a saúde, incluindo as ações intersectoriais, para atender objetivos básicos das necessidades de saúde: a prestação de serviços pessoais e populacionais, financiamento do sistema, geração de recursos e insumos básicos (Setaro De Oca, 2017). O desafio é a coordenação de todo o sistema, considerando o elevado grau de integração vertical dos países da América Latina, pautados, principalmente, em programas de saúde focados em problemas de saúde específicos (Conill; Giovanella; Almeida, 2011).

Ocampo-Rodríguez et al. (2013) apontam que, para a OMS, o sistema de saúde de um determinado país é a soma de todas as instituições e recursos cujo objetivo é responder as necessidades de saúde da população. Deste modo, o principal responsável por este sistema é o governo nacional, mas também implica na inserção dos governos regionais e municipais na gestão dos serviços e ações de saúde. A fragmentação dos sistemas de saúde, com a falta de coordenação entre os diferentes níveis de governança, se apresenta com a duplicidade de serviços e/ou com a falta de acesso a outros serviços, considerando também a possibilidade de, ao mesmo tempo, possuir capacidade instalada ociosa, marcada pela dificuldade de manter a continuidade da atenção e a integralidade do cuidado (Ocampo-Rodríguez et al, 2013). Para análise dos sistemas de saúde destacam-se duas

¹⁴Indicado como marco precursor de uma atenção à saúde centrada na atenção primária, o Relatório Dawson foi elaborado em 1920 como proposta de reorganização do setor saúde britânico, definindo a oferta de serviços de saúde no formato de rede, considerando as características de cada região na definição do território de abrangência. Os pontos principais do relatório foram: a integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na APS, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais, possibilitando a circulação pelos níveis de atenção à saúde, de forma não hierárquica (Mendes, 2011).

perspectivas: (i) sistema de saúde baseado na APS e (ii) baseada na atenção individual, com enfoque curativo e tratamento da doença. (Ocampo-Rodríguez et al., 2013).

Mesa-Lago (2005) avalia os impactos das reformas de saúde nos princípios da seguridade social, comparando as reformas de pensões e aposentadorias nos países da América Latina, associadas às reformas dos sistemas de saúde, identificando que nos vinte países que as promoveram, apenas sete estiveram associadas às reformas das pensões. O autor também ressalta que, assim como as pensões e aposentadorias, as reformas de saúde foram influenciadas por organismos financeiros internacionais e regionais (Banco Mundial (BM) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)), mas também foram induzidas por propostas das organizações de saúde internacionais e regionais (OPAS e OMS).

Em geral, na América Latina, os sistemas e modelos de saúde baseiam-se em uma prestação de serviços marcadamente hospitalocêntrica, com uma APS pautada pela fragmentação dos serviços, falta de coordenação entre os níveis de atenção, perda da continuidade da atenção, dificuldade de acesso e não resposta às reais necessidades de saúde da população (Ocampo-Rodríguez et al., 2013). Os autores apontam a necessidade de os sistemas de atenção à saúde conformarem as redes de atenção à saúde e de coordenação social da atenção integral, sinalizando que estes se caracterizam pela falta de coordenação e integração entre os níveis de atenção e perda da continuidade do cuidado.

Os sistemas de saúde fragmentados são apontados por Benevides (2011) como principal causa da crise na área. A autora destaca que estes resultam na duplicidade de ações e serviços sem integração e sem garantia da continuidade do cuidado, acarretando uma baixa capacidade de resposta e um fraco desempenho dos sistemas de saúde.

Em perspectiva adicional, Conill et al. (2011) sinalizam que a implantação da APS se desenvolveu através de programas verticalizados, focados em problemas de saúde específicos. Ao analisarem os sistemas de saúde existentes em países latino-americanos, os autores identificaram três grupos de sistemas em relação à APS, a partir de características próprias descritas a seguir: i) APS seletiva, baseado em programas de saúde materno-infantil: Bolívia, El Salvador e Nicarágua; ii) APS como porta de entrada e eixo estruturante do sistema público: Brasil, Chile e Costa Rica; e iii) APS em experiências

municipais baseadas em seguros: Argentina e Colômbia (Conill; Giovanella; Almeida, 2011).

Para a provisão de uma rede de atenção à saúde são necessárias diferentes formas de organização de recursos, buscando maior eficiência e obedecendo a critérios relacionados a diferentes dimensões - de eficiência/ escala, qualidade, acessibilidade - pautado em bases populacionais - dispendo de diferentes instituições/organizações, capazes de cobrir as necessidades de saúde de sua base populacional, incluindo tanto a baixa, como a média e alta complexidade, dentro da mesma. Uma rede deve ser buscar ser autossuficiente nos recursos a serem disponibilizados, de acordo com as condições locais, com a perspectiva da atenção integral, buscando a garantia do acesso e a diminuição das desigualdades, indo além da APS (Kuschnir et al., 2010).

Na América do Norte, a discussão sobre a organização dos serviços de saúde em redes surge na década de 1990, originada das experiências dos sistemas integrados de saúde, em particular no Canadá. Meira (2019) recupera essa discussão presente na literatura norte-americana, ressaltando conceitos da economia de escala (fusão de unidades de saúde), escopo (conjunto de atividades, funções e ações profissionais), territorialização (definição de área de abrangência das unidades para o planejamento), dando destaque à produção de Enthoven (1999, apud (Meira, 2019, p. 21) que defendeu que os sistemas integrados de saúde são instrumentos para superação da:

“crise do sistema americano de atenção à saúde e afirmou que, do ponto de vista econômico, as vantagens da integração derivaram do sistema baseado em populações definidas, da eficiência da atenção no lugar certo, da integração entre diferentes profissionais de saúde e da coordenação da Atenção Primária à Saúde” (Meira, 2019, p. 21).

Não se pode perder de vista que o Brasil criou um sistema de saúde descentralizado. Entretanto, temos a concentração das decisões no nível central, federal, com poder para formular as regras que vão definir as ações e serviços de saúde nos estados e municípios. Ressalta-se que, desde 1998, as transferências federais automáticas para financiar a atenção básica dos municípios foram sendo reguladas das mais diversas formas, por meio de portarias editadas pelo Ministério da Saúde - as NOBs e posteriormente do Pacto pela Saúde.

Os sistemas integrados cresceram exponencialmente entre as décadas de 1980 e 1990, quando se observa, nas palavras de Castells (1999, p. 41) uma “economia global regionalizada”, levando-o a examinar a “tese da regionalização”, onde, a partir das unificações das economias, busca-se um comércio, para além de internacional, em blocos inter-regionais, formando-se uma “nova forma de Estado, um estado em rede, ..., uma economia unificada”.

A sociedade da informação advém de uma estrutura social em rede, que envolve todos os âmbitos da atividade humana, numa interdependência multidimensional, que depende dos valores e dos interesses subjacentes. As redes passaram a ser analisadas na perspectiva de uma nova estrutura organizacional, com diversas formas de produção e organização, incluindo as características da sociedade contemporânea, onde a informação assume um papel primordial, por via das redes estabelecidas entre as suas características sociais, econômicas e políticas, ligadas pela tecnologia e pela informação. As alterações estruturais da economia mundial são desencadeadas por essas articulações em rede, no qual a informação e o conhecimento são pilares fundamentais nas dinâmicas laborais e empresariais.

Assim, nas palavras de Castells, “para definir uma empresa em rede, ... definição de organização: um sistema de meios estruturados como propósito de alcançar objetivos específicos” (Castells, 1999, p. 232). A rede se constitui em nós, fluxos, ligações, posições, com circulação de informações e conhecimentos, buscando a redução de custos e possibilitando integração e relações de cooperação entre as organizações pertencentes a mesma rede, de modo complexo e complementar.

“Então, o desempenho de uma determinada rede dependerá de dois de seus atributos fundamentais: conectividade, ou seja, a capacidade estrutural de facilitar a comunicação sem ruídos entre seus componentes; coerência, isto é, a medida em que há interesses compartilhados entre os objetivos da rede e de seus componentes” (Castells, 1999, p. 232).

A regionalização em saúde é apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS/OPAS) como estratégia para o enfrentamento da fragmentação dos serviços de saúde, de forma que o sistema de saúde possuísse como características, além da oferta contínua de serviços, uma atenção básica mais resolutiva, delimitando o território de cada serviço e definindo a população a ser atendida, aumentando a responsabilidade de saúde por esta população, tendo por foco a atenção primária à saúde (OPAS, 2011a). Além de

ampliar e qualificar a cobertura assistencial, organizar os serviços e ações de saúde por regiões, essa divisão territorial do conjunto de serviços de saúde em um determinado território também envolve uma série de processos sociais em complexas relações de poder.

De acordo com a OPAS/OMS (2011), as origens das Redes de Atenção à Saúde (RAS) remontam à década de 1920, no Reino Unido, quando o Relatório Dawson foi elaborado como resultado de um grande debate sobre a necessidade de ocorrerem mudanças no sistema de proteção social após a Primeira Guerra Mundial e a crise econômica subsequente. Este documento tornou-se referência e contém a primeira proposta de organização de sistemas de saúde regionalizados, cujos serviços de saúde deveriam ser prestados através de uma organização ampliada que voltada às necessidades da população. Além disso, estes serviços deveriam estar disponíveis para toda a população, oferecendo cuidados preventivos e curativos, tanto no domicílio como em centros de saúde secundários estreitamente ligados aos hospitais. Posteriormente, a discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde segundo a lógica da RAS vai assumindo outros contornos, principalmente decorrentes da reunião de Alma-Ata realizada em 1978 (OPAS; OMS, 2011).

Na década de 1990, houve uma renovação da discussão em saúde, sinalizando um esforço para superar um problema causado pela fragmentação dos sistemas de saúde. Em diversos países, principalmente nos Estados Unidos (EUA), Canadá e parte da Europa Ocidental, foram observados investimentos na oferta de atendimento contínuo à uma população específica, territorialmente definida, voltado para a Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvida de forma interdisciplinar e, assim, com integração entre serviços e sistemas de saúde. O consenso foi alcançado gradualmente de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir o cuidado integral, eficiente e eficaz para as populações apoiadas, a possibilidade de construir vínculos, cooperação e solidariedade entre equipes e níveis de gestão do sistema de saúde (Oliveira, 2016).

A rede de saúde regionalizada, ao se institucionalizar em uma estrutura de sistema de redes, buscando a complementariedade das instituições, estabelece a possibilidade de trocas e a integração entre os diversos atores, com o objetivo de prestar a melhor assistência possível na sua área de atuação. A regionalização em saúde pressupõe a

organização dos serviços em redes dinâmicas, horizontais (entre os indivíduos) e vertical (entre os diferentes níveis e componentes do sistema de atenção) e coordenação assistencial (Ouverney; Noronha, 2013, p. 149).

A adesão a esta forma de estruturação do sistema foi gradativamente acontecendo, ao ser observado que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas apresentou-se como melhor estratégia com vistas ao cuidado integral, eficiente e eficaz para as populações apoiadas, abrindo a possibilidade de construir vínculos de cooperação e solidariedade entre equipes e níveis de gestão do sistema de saúde (Oliveira, 2016). Neste sentido, a governança regional emerge com o objetivo de expressar a gestão de uma rede interorganizacional, envolvendo a interação de diferentes agentes, apresentando os processos de negociação para deliberação de processos decisórios.

“A governança regional é um dos componentes de uma rede regionalizada e é entendida como processo de participação e negociação entre uma ampla gama de sujeitos com diferentes graus de autonomia. Representa diversidades de interesses (público e privado) em um quadro institucional estável que favoreça relações de cooperação entre governos, agentes, organizações e cidadãos, de forma a estabelecer elos e redes entre sujeitos e instituições (Santos; Giovanella, 2014, p. 624).

Com foco na atenção integral ao usuário, a reorganização dos serviços de saúde, em cada região torna-se essencial, para o objetivo de cobrir as necessidades de saúde da população. São necessárias, assim, distintas formas de organização de recursos, tanto financeiros quanto estruturais, obedecendo a critérios relacionados a distintas dimensões, de acordo com as condições locais (Kuschnir et al., 2010). No Brasil, essa reorganização assume características distintas, algumas das quais serão apontadas no item a seguir.

3.2 – As Redes de Atenção à Saúde no Brasil

No Brasil, o conceito de descentralização incorporado à Constituição Federal de 1988 trouxe um novo papel para os municípios, alçados ao papel de entes federativos, levando-os a assumir o protagonismo nas ações em seus territórios, mas, dependentes de repasses financeiros do Governo Federal para a sua efetivação. Sola e Loureiro (2011) destacam que o legado institucional do regime autoritário anterior, associado a situações de crise econômica, serviram como incentivos à redefinição do mix entre Estado e mercado,

que envolveu a formação de consensos mínimos, de negociações e um processo de construção institucional. Esta relação tem impactos significativos no processo de institucionalização das políticas de saúde no país (Sola; Loureiro, 2011).

Com o SUS, observou-se a implantação de um modelo de atenção à saúde piramidal, baseado em três níveis de complexidade (primário, secundário e terciário), porém sem um planejamento conjunto e implantação de redes regionais, acarretando problemas na prestação de serviços e medidas de saúde, mantendo lacunas e dificuldades para os gestores na resolução de problemas estruturais. Tal característica exigiu a avaliação de propostas de modelo e alternativas para que se aproximassem do compromisso da cobertura universal, da igualdade de atendimento e da redução das desigualdades sociais. A hierarquia, nesse sentido, vislumbraria uma prestação de saúde com pouca ou nenhuma flexibilidade para se adaptar às necessidades dos usuários, e o processo de comunicação entre os serviços se daria por meio de canais pré-determinados e pela predominância de poder de um nível de atenção sobre outro (Geremia, 2015).

Ilustrada na Figura 1, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi criada como estratégia para um cuidado integral e direcionada às necessidades de saúde da população, propondo que o sistema de saúde seja entendido como um círculo com múltiplas "portas" localizadas em diferentes pontos do sistema e não mais em uma suposta "base", que seria a constituída pela APS, possibilitando o acesso à rede de serviços por diferentes pontos.

A RAS tem por objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Caracterizando-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma determinada população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Figura 01: Rede de Atenção à Saúde



Fonte: (Oliveira, 2016)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹⁵ se constituem como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, integrando, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, os diversos equipamentos de saúde, visando garantir a integralidade do cuidado, envolvendo serviços tanto públicos quanto privados. Para isso, na sua organização, tem o objetivo de identificar a população e o território sob sua responsabilidade, definindo seus parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável. Entretanto, Albuquerque e Viana (2015) ressaltam que a sua conformação não considera apenas uma perspectiva estatal, mas também a participação e o protagonismo de agentes e instituições do mercado.

Assim, se considerar que uma rede de saúde regionalizada, ao se institucionalizar em uma estrutura de sistema de redes busca a complementariedade das instituições,

¹⁵Portaria de Consolidação n. 3: redes do SUS, Anexo I, Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017b).

observa-se que se estabelece a possibilidade de trocas e a integração entre os diversos atores, com o objetivo de prestar a melhor assistência possível na sua área de atuação.

Conil et al. (2011) ao analisarem a organização de redes coordenadas de cuidado, o fazem partindo da perspectiva do acesso como categoria central de estudo, destacando que, para avançar na direção do monitoramento da qualidade dos sistemas de saúde, implica também em enfrentar as dificuldades do processo de regulação, principalmente desta dupla porta, considerando que os serviços são mercadorias que, podem ou não ter mais demandas ou mais ofertas, e que é preciso tirar o foco da ampliação de ofertas para a garantia de um acesso oportuno. Desta forma, a RAS foi estabelecida com o propósito para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita.

Como apontado por Arretche e Marques (2008):

“Em outras palavras, em 2000, os municípios já eram de longe os maiores provedores de serviços ambulatoriais, detendo em média 84% do total da capacidade instalada para a produção dos serviços de atenção básica. Além disso, ao longo da segunda metade dos anos 90, ocorreu uma nítida tendência de redução das diferenças entre eles no tocante a esses indicadores...[entretanto] No Brasil, esse sistema permitiu a generalização da transferência das funções de oferta de serviços básicos de saúde para os municípios, mas não produziu nem equalização nos padrões de oferta destes serviços nem tendências visíveis nessa direção, [assim, as regras de transferência] estiveram mais orientadas para a promoção da descentralização do que para a promoção da redução de desigualdades [no país]” (Arretche; Marques, 2008, p. 120).

Diversos fatores facilitam ou dificultam o processo descentralização e de regionalização que entram na configuração e conformação das regiões e redes de saúde. Mendes, em seu texto de 2011 que trata da RAS, aponta que a forma como o Brasil implementou este processo em suas políticas sociais, levou a um modelo que combinou a manutenção de áreas próprias de decisão autônoma das instâncias subnacionais, de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios com uma descentralização no sentido forte de transferência de autonomia decisória e de recursos para os governos subnacionais; e a transferência com forte centralização do financiamento na União, e sem a participação primordial dos estados para outras esferas de governo de responsabilidade pela implementação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal, associando uma descentralização acelerada, sem mecanismos de coordenação

que poderiam ser desenvolvidos por meio da normatização e da supervisão e/ou através da adaptação mútua.

Ressalta, ainda, que este modelo se aproxima de uma experiência de federalismo cooperativo, de um municipalismo autárquico, com competição entre os entes federados, em que cada qual pretende a repassar os seus custos aos outros, com tendência à fragmentação de certos setores sociais, podendo levar a uma competição predatória (Mendes, 2011).

Desta forma, considera-se que a descentralização pode favorecer a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, relacionando-se com fatores de natureza histórico-estrutural e as características dos sistemas de saúde dos estados, incluindo o legado prévio de implantação de políticas, assim como os fatores conjunturais, relacionado à ação política de atores envolvidos nesta arena.

Considerando que o processo de regionalização passa pela reorganização da atenção básica, as mudanças nesta política fazem parte deste contexto. Deste modo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2011, modificou conceitos e introduziu elementos para reorganizar o atendimento primário à saúde através das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Em 2011, a revisão da PNAB, partiu dos princípios e diretrizes alinhavadas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, de 2006, para a regulamentação da Atenção Básica, baseando-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS.

O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil foi entremeado por conflitos e atrasos na sua regulamentação. Seu início foi marcado por disputas entre os municípios em busca do estabelecimento de redes locais e autossuficientes, demandando uma alocação cada vez maior de recursos (Santos; Giovanella, 2014). Os autores sinalizam que a gestão de uma rede regionalizada é vital na organização de um sistema articulado, buscando ampliação do acesso e diminuição de desigualdades, fortalecendo os princípios de universalização e equidade.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 busca consolidar a experiência e as normativas até então publicadas, visando o fortalecimento da APS no país,

sendo que, já em 2010, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro (Brasil, 2011c), que institucionaliza a Rede de Atenção à Saúde (RAS), materializava, então, um processo de discussão internacional que buscava reestruturar serviços e processos de saúde, reorganizando a rede de saúde a partir da APS.

Assim, como Arretche e Marques (2008) apontam, o objetivo de se ter um sistema de saúde descentralizado, com um desenho institucional concentrando a autoridade organizacional no governo central deve ser para implementar políticas com finalidades redistributivas, com o objetivo de reduzir as diferenças regionais no acesso aos serviços públicos).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são, então, estabelecidas como estratégia para construção deste sistema integrado de saúde, articulando os níveis de atenção e os diferentes entes governamentais. Objetivou-se, também, como um mecanismo para consolidar os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

“No campo da saúde “rede” e “sistema” são conceitos próximos, mas possuem significados diversos. Um sistema de saúde pode ou não estar organizado em rede. A palavra sistema tem origem no termo grego *synístanai* que significa reunião de partes diferentes ou um conjunto de elementos interconectados, formando um todo. Quando aplicado à área da saúde, o conceito ganha maior amplitude e significado” (Benevides, 2011, p. 60).

Na saúde, o conceito de rede ganha relevância, a partir de então, com o objetivo de produzir mudanças no fluxo de poder e no processo decisório, possibilitando a circulação de ideias, serviços e pessoas. O trabalho em rede passa a ser apresentado como facilitador de um planejamento em saúde em que as ações deveriam estar voltadas para as necessidades e demandas da população em seus diferentes territórios e como forma de garantir a sustentabilidade dos processos, sendo um produto de uma construção e gestão compartilhadas (Benevides, 2011).

Dentro deste conceito, o processo de implementação das RAS busca estabelecer um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Desta forma, surge para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde brasileiras e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Tem por objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como

incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Mendes, 2011).

A RAS caracteriza-se, ainda, pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, coordenadora do cuidado e responsável pela continuidade deste cuidado, mesmo em outros pontos de atenção à saúde da rede, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Neste sentido, a RAS se propõe a superar a fragmentação do sistema de saúde, uma vez que a autonomia dada aos municípios com a CF88, o processo de descentralização, apontado no capítulo anterior desta tese, levou à concepção de um modelo assistencial com cobertura universal, baseado na atenção primária e considerando os demais níveis assistenciais como complementares ao sistema. Assim, a porta de entrada do sistema se daria exclusivamente pela APS, considerando os sistemas de referência e contrarreferência como os mecanismos para garantir os fluxos da população dentro do sistema de saúde, sem outra estratégia de integração entre os níveis. Os municípios que não possuíssem os serviços dentro de suas fronteiras, deveriam, autonomamente, contratá-los de algum outro.

Neste espaço, entretanto, ressalta-se que existe uma limitação à autonomia imposta pela legislação aos entes federativos (governos federal, estadual e municipal), considerando a necessidade de estabelecerem pactuações entre si para a gestão compartilhada das ações. Assim, emergem as instâncias de negociação e pactuação para a definição das regras da gestão compartilhada: Comissão Intergestores Tripartites (CIT), no âmbito do Governo Federal; Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito do estado; e Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional. Estas pactuações precisaram, posteriormente, serem formalizadas através Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)¹⁶, instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada

¹⁶ O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de

região de saúde, definindo as respectivas responsabilidades na contratualização dos serviços.

Neste sentido, pensar a organização e integração dos serviços de saúde tornou-se de extrema importância com vistas a garantir um atendimento mais eficiente e de qualidade aos usuários. Sumarizados no Quadro 03 as principais diferenças quando se configura uma rede de atenção, a seguir detalhamos exemplos sobre os impactos desta implementação, a saber:

(i) O acesso facilitado faz com que os usuários encontrem e acessem os serviços de saúde de forma mais célere, uma vez que como estão organizados e integrados, fica mais fácil para a utilização e a busca pelos cuidados de que precisam. Isso evita atrasos no atendimento, longas filas de espera e dificuldades na marcação de consultas e exames.

(ii) A continuidade do cuidado faz com que a integração dos serviços de saúde possibilite que as informações sobre o histórico de saúde de cada usuário sejam compartilhadas entre os diferentes profissionais e unidades de saúde. Isso garante que o cuidado seja continuado evitando a repetição de exames e tratamentos desnecessários, e possibilitando um acompanhamento mais efetivo e personalizado.

(iii) Com a melhoria da qualidade do atendimento observa-se que a organização e integração dos serviços estabelece protocolos e diretrizes comuns, garantindo que todos os profissionais sigam as melhores práticas e ofereçam um atendimento padronizado e de qualidade.

desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Decreto 7.508 de 28/06/11). O COAP é: Instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada região de saúde. Instrumento que retrata a situação atual e as intervenções necessárias para uma situação futura e expressa a programação geral de ações e serviços de saúde para a região; Instrumento de alocação de recursos das três esferas de Governo. Será elaborado pelos entes federativos em cada Região de Saúde e deve consubstanciar os consensos desses entes na CIT, CIB e CIR; será o resultado da integração dos planos de saúde dos entes signatários, em consonância com o planejamento regional integrado. O prazo de vigência do COAP será preferencialmente de quatro anos, havendo possibilidade de ser estabelecido outro prazo, com a finalidade de adequação aos prazos dos planos de saúde dos entes federados contratantes (CONASS, 2005).

(iv) A troca de informações entre os profissionais permite uma visão mais completa e integrada do paciente, possibilitando um diagnóstico mais preciso e um tratamento mais eficaz.

(v) A otimização dos recursos precisa também ser considerada. A organização e integração dos serviços de saúde permitem uma melhor utilização dos recursos disponíveis, evitando desperdícios e redundâncias. Isso contribui para a sustentabilidade do sistema de saúde, garantindo que os recursos sejam direcionados de forma adequada e equitativa, de acordo com as necessidades da população.

Quadro 03: As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde.

| CARACTERÍSTICAS | SISTEMA FRAGMENTADO | REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE |
|---|---|---|
| Forma de organização | Hierarquia | Poliarquia |
| Coordenação da atenção | Inexistente | Feita pela APS |
| Comunicação entre os componentes | Inexistente | Feita por sistemas logísticos eficazes |
| Foco | Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento | Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS |
| Objetivos | Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos | Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos |
| População | Voltado para indivíduos isolados | Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS |
| Sujeito | Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde | Agente corresponsável pela própria saúde |
| A forma da ação do sistema | Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias | Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa |
| Ênfase das intervenções | Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas | Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas |
| Modelo de atenção à saúde | Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas | Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Modelo de gestão | Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados etc.) | Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede |
| Planejamento | Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores | Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências |
| Ênfase do cuidado | Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos | Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado |
| Conhecimento e ação clínica | Concentrados nos profissionais, especialmente médicos | Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias |
| Tecnologia de informação | Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das Redes de Atenção à Saúde | Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde |
| Organização territorial | Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política | Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção |
| Sistema de financiamento | Financiamento por procedimentos isolados em pontos de atenção à saúde | Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede |
| Participação social | Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora | Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede |

Fonte: (Oliveira, 2016, p. 65)

No entanto, Arretche e Marques (2008) destacam que, apesar do que é preconizado, em sistemas que se estruturam de forma descentralizada, em que a provisão dos serviços é feita com base na delegação, como o SUS, os agentes encarregados da execução, os chamados burocratas de rua (Lipsky, 2019), têm suas próprias agendas locais, que podem diferir das prioridades pactuadas nacionalmente. Desta forma, como esses agentes têm o controle sobre a execução dos serviços definidos no nível central, podem implementar ações compatíveis com suas próprias preferências, priorizando aquelas que melhor se

conciliam com os seus interesses, em detrimento de outras ações (Arretche; Marques, 2008).

Aparecem como fundamentos da RAS, na legislação, a economia de escala (a concentração de serviços racionaliza os custos e otimiza resultados), a suficiência e qualidade dos serviços prestados, a facilidade do acesso (tanto geográfico, quanto econômico, urbanístico, cultural, entre outras barreiras a serem superadas), a disponibilidade dos recursos, a integração vertical entre os níveis de atenção, a integração horizontal viabilizando a junção de serviços, os processos de substituição (reagrupamento contínuo dos recursos, buscando maior efetividade tanto para os serviços quanto para os processos de saúde), delimitação da região de saúde ou abrangência (definição clara do território e espaço de responsabilização sanitária) e abarcar diferentes níveis de atenção.

Como elementos fundamentais, constitutivos das RAS, o Ministério da Saúde identifica: a população definida (que engloba tanto a população, quanto a área geográfica), a estrutura operacional (sendo a APS o gerenciador do cuidado, o centro de comunicação entre os diferentes pontos da atenção à saúde, tanto secundários quanto terciários integrantes, sistemas de apoio (diagnóstico, terapêutico, farmacêutico e informação em saúde), sistemas logísticos e de governança) e o modelo de atenção à saúde (lógica adotada pelos gestores para atender as demandas de saúde) (Brasil, 2011a).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), os modelos de atenção à saúde se diferenciam em dois, podendo ter natureza aguda ou crônica, trabalhando segundo lógicas estruturais e operacionais que variam de acordo com a região e a natureza das condições de saúde da população assistida. O documento destaca, ainda, ferramentas para auxiliar os profissionais nos serviços com vistas a soluções mais integradas de atenção à saúde, chamada de microgestão dos serviços nas RAS, que são: diretrizes clínicas (protocolos), linhas de cuidado (articulando os níveis de atenção), gestão das condições de saúde (foco na comunidade), gestão de caso (foco no indivíduo – plano de cuidado), auditoria clínica (análise crítica da qualidade da atenção prestada) e a lista de espera (Brasil, 2012).

A Portaria nº 4279 de 2011 (Brasil, 2011c), que constitui as redes regionalizadas, deliberou a necessidade, também, de elaboração de um Plano Diretor Regional (PDR) como ponto de partida para a integração e definindo as regiões de saúde como espaços privilegiados para a integração dos serviços de saúde e o papel das Comissões de

Intergestores Regionais (CIR) como instâncias de articulação dos gestores municipais (Santos; Giovanella, 2014).

Santos e Giovanella (2014) apontam as CIR como espaços inovadores, de cogestão, de negociação contínua e permanente entre o estado e municípios, preenchendo um “vazio” na governança regional (p. 624). Ressaltam, ainda, que a “governança depende do desenho institucional e da interlocução com os grupos organizados da sociedade para definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas” (p.624). Neste estudo, identificaram que a CIR passou a balizar as relações intermunicipais ao definir, via negociação e consenso, os sítios para expansão e adensamento da oferta na rede regionalizada, particularmente na definição das redes temáticas (p. 629). Existem, ainda, algumas outras estratégias que a legislação traz que são utilizados enquanto instrumentos para o planejamento da regionalização, sendo os principais o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI).

Com a integração dos serviços, é possível fortalecer ações de prevenção e promoção da saúde, identificando precocemente os fatores de risco e oferecendo intervenções adequadas. Isso contribui para a redução da incidência de doenças e o aumento da qualidade de vida da população. Assim, a organização e integração dos serviços de saúde são fundamentais para garantir um atendimento acessível, contínuo, de qualidade e eficiente. Isso beneficia tanto os usuários, que recebem um cuidado mais adequado, quanto o sistema de saúde como um todo, que se torna mais efetivo e sustentável.

Os principais componentes da Rede de Atenção à Saúde são:

- a. Unidades Básicas de Saúde (UBS): são componentes essenciais da Rede de Atenção à Saúde. Elas são a porta de entrada do sistema de saúde e têm como objetivo oferecer atendimento primário, ou seja, cuidados de saúde básicos e essenciais para a população. Alguns dos principais papéis das UBS na rede são: Atendimento integral: têm a responsabilidade de oferecer atendimento integral à população. Além do atendimento curativo, têm um papel importante na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Elas devem ser capazes de resolver a

maioria dos problemas de saúde da população. Coordenação do cuidado têm um papel importante na coordenação do cuidado dos usuários, encaminhando para serviços especializados quando necessário, e garantir a continuidade do cuidado, devendo estar localizadas estrategicamente, de forma a atender as necessidades da população, especialmente em áreas mais vulneráveis.

- b. Ambulatórios Especializados/Policlínicas - desempenham um papel importante na Rede de Atenção à Saúde, atuando como unidades de referência para o atendimento especializado em diversas áreas da saúde. Na ginecologia, devem ofertar os serviços iniciais para quem teve o resultado de preventivo alterado. Como responsáveis por realizar avaliações mais aprofundadas, diagnósticos precisos e tratamentos específicos para determinadas condições de saúde, sua função é de complementaridade ao atendimento primário.
- c. A atenção terciária é o nível mais especializado da Rede de Atenção à Saúde e desempenha um papel fundamental no cuidado de pacientes com condições de saúde complexas e de alta complexidade. Alguns dos principais papéis da atenção terciária na rede são: Atendimento de alta complexidade responsável por oferecer atendimento de alta complexidade, ou seja, cuidados especializados e avançados para pacientes com condições de saúde graves, crônicas ou que necessitam de intervenções complexas. Assim, atuando como referência para outros níveis de atenção, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os ambulatórios especializados/policlínicas. Outro ponto é quando o tratamento especializado é concluído, o usuário é contra referenciado de volta para o nível de atenção de origem. Realização de pesquisas e ensino: desempenha também um papel importante na realização de pesquisas científicas e no ensino de profissionais de saúde.

Neste sentido, as regiões de saúde são espaços territoriais nos quais devem ser desenvolvidas as ações de Atenção à Saúde após identificadas as suas singularidades e com a situação epidemiológica específica de cada local. A figura 02 ilustra a necessidade de integração do UBS com as diferentes políticas e programas sociais que atuam no mesmo

território, tomando como referência a Rede de Atenção às Pessoas com doenças crônicas, no âmbito da qual se situa a rede de atenção oncológica.

Figura 02: Pontos de Atenção na Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes, 2011

Assim, cada território deve ter atenção específica e especial e, para isso, é importante lembrar que deve necessariamente haver articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados. Somente assim se pode pensar na integração dos níveis de complexidade e na intersetorialidade.

Um dos eixos que se constituem como transversais as Regiões de Saúde são as linhas de cuidados. A Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que

explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais devem descrever as rotinas do itinerário do usuário em uma determinada questão, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde e buscam viabilizar a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um *continuum* assistencial (Brasil, 2022a).

As Redes de Atenção à Saúde temáticas são redes de cuidados definidas segundo a agenda de prioridades da saúde pactuadas nacionalmente (entre gestores nacional, estaduais, municipais) e controle social e institucionalizadas através de portarias. Até o momento, foram organizadas, através de legislação própria, 05 (cinco) destas redes: Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha (pré-natal, parto e puerpério), Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas, que possuem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão buscando aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

As Linhas de Cuidado (LC) integram as RAS, se constituindo como a institucionalização da atenção integral por adoecimento específico. As LC possuem uma estrutura funcional que pode atravessar transversalmente uma ou mais RAS e devem ser organizadas de acordo com as necessidades de saúde do usuário. Segundo Franco e Franco, apud Brasil (2011, p. 43), as linhas de cuidado são:

“... a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social” (Franco e Franco, apud Brasil (2011, p. 43)).

Na tentativa de superar a fragmentação existente entre os níveis assistenciais, o planejamento de linhas de cuidado e o desenvolvimento das RAS, preconizados no Plano Nacional de Saúde 2016-2019, têm como propósito promover a articulação dos serviços desde a atenção básica à especializada, com o objetivo de favorecer o acesso às ações

com equidade e em tempo hábil (Brasil, 2016b). Entretanto, como sinaliza Saldiva e Veras (2018):

“Um dos principais entraves é a não priorização da agenda da saúde pelos prefeitos, a falta de compromisso e o baixo financiamento generalizado no nível das prefeituras [que] compromete toda estrutura do sistema de saúde, prejudicando particularmente a cobertura da assistência. Não é incomum que prefeituras menores desconsiderem a assistência básica e foquem na contratação de ambulâncias para transportar seus pacientes para serviços da região [uma vez que possuem autonomia para alocação dos recursos]. Outra questão relevante é a operacionalização de um sistema em um extenso território e de perfil socioeconômico heterogêneo como o Brasil. A qualificação e o tamanho das equipes de saúde são variados, bem como a disponibilidade de medicamentos e insumos básicos. (Saldiva; Veras, 2018, p. 53)

As atualizações da política e da linha de cuidado aos níveis municipais se fazem prementes, considerando as ações que precisam e estão sendo efetivadas, devendo ser possível a integração entre os diferentes níveis de atendimento identificada em nível de planejamento das ações e de regulação da oferta de serviços.

A PNPCC, que emerge no contexto de conformação da RAS, aprimorando aspectos do trabalho em rede não previstos na PNAO, buscou definir responsabilidades e competências para os diferentes níveis de atenção e gestão, colocando a Atenção Básica no cerne da gestão do cuidado integral do usuário. Esta política incorpora a promoção da saúde, a prevenção do câncer, o rastreamento, o encaminhamento a atenção especializada, o registro dos casos identificados, o acompanhamento do usuário nos diversos níveis de atenção e o compartilhamento do atendimento nos cuidados paliativos, quando não há mais possibilidade de tratamento curativo e se preconiza a qualidade de vida. Define os termos para cada componente da rede de atenção à saúde oncológica, estabelecendo competências e responsabilidades das estruturas operacionais, ressaltando a importância da articulação entre elas, destacando, no componente Atenção Básica a sua função de coordenadora do cuidado aos usuários com câncer, mesmo após o referenciamento para os outros pontos da RAS. Esses aspectos serão tratados no próximo tópico.

3.3 – A Política de Controle do Câncer na Rede de Atenção às Doenças Crônicas

O Brasil iniciou, ainda no começo do século XX, ações voltadas para o diagnóstico e controle do câncer em geral e do câncer do colo do útero, em específico. Essas ações foram caracterizadas, até meados dos anos 1990, por estratégias isoladas e programas pontuais. Não havia uma organização das ações por níveis de atenção, ou mesmo uma rede de instituições e serviços de saúde que permitisse um planejamento integrado. Considera-se o Programa Viva Mulher¹⁷ um marco nas ações, uma vez que buscou uma organização em rede, ampliou a presença do exame citopatológico (o preventivo) no cotidiano das mulheres brasileiras, teve intensa atuação na capacitação de profissionais de saúde e aumentou a visibilidade do câncer do colo do útero na sociedade (INCA, 2018b).

Aponta-se que apesar da elaboração de estatísticas sobre o câncer contendo quesitos sobre a doença já em 1921, com a recomendação de que os atestados de óbito fossem lavrados em impressos apropriados, somente em 1983 foi implantado o Primeiro Registro Hospitalar de Câncer do Brasil (RHC), no Instituto Nacional de Câncer (INCA), de acordo com as normas padronizadas e preconizadas pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), com apoio da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) (Barreto, 2005).

Durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945), a sociedade civil reivindicou algumas ações de combate ao câncer e de atendimento às necessidades da população, assim, como respostas as demandas postas, foi criado, em 1937, o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro), que veio a se constituir no atual Instituto Nacional de Câncer (INCA).

¹⁷ Em 1997, teve início o Viva Mulher, então denominado Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino (PNCCCU), uma estratégia do Ministério da Saúde visando à redução da morbimortalidade por câncer do colo, compromisso assumido pelo governo brasileiro durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China, em 1995. Inicialmente implantado como projeto piloto em cinco cidades brasileiras, o programa Viva Mulher, foram feitas adequações em alguns procedimentos e incorporadas novas tecnologias para rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, como o método de Cirurgia de Alta Frequência (CAF). Gradativamente, a denominação Viva Mulher deixou de ser utilizada e o Programa passou a ser chamado de Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama e, posteriormente, Ações de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (INCA, 2018e).

Em 1956 foi criada uma Unidade da Fundação das Pioneiras Sociais¹⁸, objetivando o atendimento ambulatorial. Vale registrar que com a ditadura militar instalada em 1964, houve o favorecimento da instalação e crescimento de empresas privadas na área da saúde, sem o devido controle por parte das autoridades governamentais militares no poder, fato que contribuiu para a ocorrência de irregularidades na rede privada, cujos hospitais e clínicas recebiam financiamento da Previdência Social e mantinham ênfase na medicina curativa.

Nessa ocasião, em virtude da redução das verbas destinadas ao MS, atingindo diretamente a área da Saúde Pública, foram prejudicados os serviços de controle das doenças endêmicas, alguns dos quais foram desativados ou continuaram a funcionar precariamente. A Saúde Pública viu-se abalada por irregularidades constantes, pela falta de investimentos e gerenciamento inadequado das verbas disponíveis.

Iniciou-se um período de instituição de campanhas para o “combate” a determinadas doenças ao invés de se pensar em uma política pública abrangente. Assim, em 1967, nesse contexto é institucionalizada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) (Barreto, 2005).

Assim, até os anos 2000 não havia uma política nacional única voltada para a atenção oncológica, sendo a primeira apenas em 2005 com a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), embora medidas nesse sentido remontam ao início do século XX, muito por iniciativa de sociedades médicas e outras organizações não governamentais, mas que passaram a estabelecer parcerias com o Estado, talvez pelo alto custo dos procedimentos da atenção oncológica, até então vista quase que exclusivamente como algo do setor de alta complexidade.

A PNAO buscou, neste sentido, congregar as ações e serviços ofertados na área, com o objetivo de planificar de uma forma mais unificada e evitar a sobreposição das atividades, mas ainda abordando a oncologia de forma isolada no SUS, preconizando a estruturação da atenção oncológica nos três níveis de complexidade do SUS (básica, média e alta complexidades) e instituindo a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento,

¹⁸ A Fundação das Pioneiras Sociais foi implantada em 1956 a partir de uma iniciativa da então primeira dama do país, Sarah Kubitschek. Trata-se da primeira obra social direcionada ao câncer do colo uterino no país (TEMPERINI, 2017).

reabilitação e cuidados paliativos em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão.

Ao longo deste período, até a publicação da PNAO, outros diversos projetos, ações e serviços na atenção oncológica foram publicados, de forma pontual, entretanto sem um objetivo ou algo que tenha características de uma política mais abrangente. Por exemplo, eram estabelecidas ações contra o câncer do colo do útero, mas não se implementava o Programa de Controle do Câncer de Mama. O Projeto de Expansão da Assistência Oncológica no Brasil (EXPANDE), criado em 1998 e aprovado pelo Ministério da Saúde em 2000, objetivava implantar vinte Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e, assim, aumentar a capacidade instalada de atendimento integral da rede de serviços do SUS. Os CACON são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência ao paciente oncológico.

Dada a relevância da questão, sobretudo diante da magnitude da incidência e de óbitos por câncer feminino no Brasil, em 2011 foi publicada, pela então presidente da República Dilma Rousseff, o Programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama (Brasil, 2011a).

Novas inflexões ganham corpo no ano de 2013, quando é instituída, por meio da Portaria Ministerial nº 874, de 16 de maio de 2013, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNPC foi, então, promulgada dentro do contexto de organização das redes de atenção à saúde, dando ênfase à atenção integral e buscando garantir o acesso quanti e qualitativo à rede de serviços.

. A PNPC compreende o câncer dentro de uma lógica de um sistema de saúde integrado e não mais setorizado, separado, como anteriormente (em comparação a Política Nacional de Atenção Oncológica, de 2005, vigente até então). Com a sua publicação buscou-se destacar a importância da questão oncológica para a saúde pública, uma vez que o câncer era visto como doença dos países desenvolvidos por um longo tempo, mas, nas últimas décadas, esta caracterização vem mudando, tornando-se uma questão a ser enfrentada também pelos países em desenvolvimento que passam pela chamada transição epidemiológica. É preciso compreender, assim, que esta política sintetiza uma série de

ações isoladas e pontuais que tentavam responder as demandas cada vez mais crescentes neste campo.

Uma das diretrizes que orienta a PNPC, e que, em verdade, tem modelado as políticas sociais no pós-88, é a descentralização. Isso implica que políticas nacionais são implementadas pelos níveis subnacionais de governo, sobretudo os municípios. Ao analisar políticas descentralizadas no Brasil dos anos 1990, Arretche (2001) chama a atenção para a importância de se considerar a adesão e a “obediência” (grifo da autora) dos entes subnacionais aos objetivos de um dado programa ou política social, na medida em que cabe a estes a efetivação da política pensada elaborada pelos formuladores. Esse parece ser o caso da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, cuja implementação envolve um extenso processo de negociações e barganhas entre diferentes atores políticos.

Martha Arretche (1999) evidenciou que o processo de descentralização das políticas nacionais para estados e municípios, assim como das políticas estaduais para municípios, foi substancialmente democratizado pela necessidade e oportunidade dos entes mais vulneráveis decidirem aderir ou não às políticas dos entes mais robustos. Os estudos indicam que a descentralização ocorreu de maneira mais ágil e abrangente quando houve maiores incentivos financeiros, administrativos e políticos implementados pelo governo federal e pelos governos estaduais, associados a menores custos de adesão para municípios e estados (Arretche, 1999).

Neste sentido, como apontado, este modelo de federação assumido no país, as políticas públicas desenvolvidas em nível nacional podem vir a produzir comportamentos não-cooperativos, pois interesses diferentes e até mesmo divergentes entre formuladores e implementadores e mesmo entre os diferentes agentes implementadores permeiam as relações construídas ao longo da implementação, podendo haver uma incongruência básica de objetivos (Lipsky, 2019) (Lotta, 2012).

Destaca-se, ainda, que a oncologia é marcada por uma relação heterodoxa entre o público e o privado. Estes setores possuem um predomínio de prestadores privados que levam um fluxo financeiro da esfera pública para a privada, com um segmento do setor privado cuja oferta de serviços é, muitas vezes, determinada por uma “dupla porta de entrada”, e esta duplicidade pode acarretar em uma relação promíscua, marcada por uma interdependência entre SUS e planos de saúde, repassando ao SUS os custos de

atendimentos que seriam mais elevados, sendo que estes são ofertados pelo mesmo serviço (Santos et al, 2008).

Em 2017, em decorrência do projeto SUS Legis, que tinha o objetivo de consolidar as portarias sobre a estrutura do SUS, buscando a organização e a disponibilização do arco normativo da saúde, foram sistematizadas as normas em vigor do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando aproximadamente 20 mil portarias do Ministério da Saúde. O conteúdo da PNPCC foi incorporado e trabalhado nas portarias consolidadoras¹⁹.

Neste sentido, na atenção oncológica, o foco deve ser na atenção integral ao usuário oncológico, com a reorganização dos serviços de saúde, em cada região, com o objetivo de cobrir as necessidades de saúde desta população alvo, sendo necessárias distintas formas de organização de recursos, tanto financeiros quanto estruturais, obedecendo a critérios relacionados a distintas dimensões, de acordo com as condições locais (Kuschnir et al., 2010).

Com a publicação da PNPCC, a oncologia passa a fazer parte da Rede de Atenção às Doenças Crônicas. Assim, dentro da lógica apontada neste capítulo, a atenção aos usuários com câncer passa a ser compreendida em uma abordagem mais complexa, dentro do conceito de rede de atenção à saúde. Entretanto, por mais que a organização desta rede seja local, as ações devem estar alinhadas com o Ministério da Saúde (MS). Assim como a estruturação da rede de atendimento em oncologia no SUS, o seu financiamento também tem características específicas.

Na oncologia, o componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde é composto por hospitais habilitados como UNACONS²⁰ (Unidades de Assistência em Alta

¹⁹As portarias consolidadoras são em número de seis. A Portaria de Consolidação n. 1 compreende as portarias relativas aos direitos e deveres dos usuários da saúde e à organização e funcionamento do SUS; a Portaria de Consolidação n. 2 trata das políticas nacionais de saúde do SUS; a Portaria de Consolidação n. 3 refere-se às redes de atenção do SUS; a Portaria de Consolidação n. 4 aglutina as portarias que tratam dos sistemas e subsistemas do SUS; a Portaria de Consolidação n. 5 discorre sobre as ações e os serviços de saúde do SUS; e a Portaria de Consolidação n. 6 trata do financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. O conteúdo da PNPCC foi distribuído no conteúdo nessas portarias, de acordo com a temática.

²⁰ São unidades específicas de atendimento em oncologia:

a) Unacon: Unidades de Assistência de Alta Complexidade são centros hospitalares que possuem estrutura e profissionais preparados para oferecer o devido suporte ao usuário da saúde na assistência em oncologia. Sendo assim, constituem unidades comprometidas com a prestação de assistência especializada de alta

Complexidade em Oncologia), pelo CACONS e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica. Diferenciam-se as habilitações dos hospitais pelas suas capacidades de atendimento aos diferentes tipos de cânceres, ambos devendo fazer o diagnóstico definitivo, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), oferecer serviços de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, cuidados paliativos e pronto atendimento em oncologia, sendo que os fluxos de atendimento definidos por Secretarias de Saúde dos Estados (SES) e municípios.

Com relação ao financiamento da PNPC, definiu-se que, além do repasse dos fundos de saúde (nacional, estaduais e municipais), recursos oriundos do ressarcimento dos planos de saúde, da seguridade social, de fundos especiais, para mais de parcerias nacionais e internacionais objetivando o financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS.

Os procedimentos em oncologia, em grande parte, são pagos principalmente através de dois mecanismos: a Autorização para Internação Hospitalar (AIH), onde os serviços de cirurgia, transplante e iodoterapia são cobertos e a Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), para o ressarcimento de quimioterapias e radioterapias. Assim, apesar de se inserir em uma RAS, o financiamento da atenção oncológica continuou diferenciado de outros componentes da mesma rede, uma vez que:

“Em decorrência dessa estruturação do financiamento, os tratamentos são solicitados pelos próprios hospitais oncológicos e não via Componentes de

complexidade, para diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil, principalmente, Coloproctologia, Ginecologia/Mastologia e Urologia. Desta forma, podem, ainda, ter estrutura física para assistência radioterápica. Caso a Unacon não ofereça tratamento radioterápico no próprio local, é necessário que possua um local de referência para o encaminhamento para a realização deste procedimento.

b) Cacon: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia é, assim como a Unacon, uma unidade hospitalar. Entretanto, além da assistência direta ao usuário, configuram-se como Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS no que se refere às políticas de atenção oncológica. Isso significa que este estabelecimento está comprometido com a prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Diferente do que ocorre na Unacon, o Cacon deve, obrigatoriamente, oferecer tratamento assistencial radioterápico na própria estrutura hospitalar.

c) Hospital Geral com Cirurgia Oncológica, de forma exclusiva ou, quando em um mesmo município, formando complexo com outro hospital habilitado como Unacon ou Cacon. Podem também ser habilitados para o serviço de oncologia, devendo observar os seguintes 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 ainda manter uma produção mínima de 80 (oitenta) procedimentos cirúrgicos de câncer principais, especificamente de procedimentos ginecológicos, mastológicos, urológicos e do aparelho digestivo alto e baixo (Brasil, 2023b)

Assistência Farmacêutica do SUS, como ocorre para outras doenças. Assim, por meio da APAC, o MS ressarcir os hospitais que realizaram o tratamento oncológico, seguindo uma tabela que define os valores de cada procedimento. Além disso, é prevista em lei a possibilidade de que os estados suplementem o valor de APAC, o que faz com que algumas unidades da federação obtenham financiamento adicional, o que possibilita a oferta de tratamentos diferentes e, muitas vezes, mais avançados em cada hospital oncológico, contrariando o princípio de igualdade estabelecido pelo SUS” (Mattar Rosa; Marques, 2022).

Dessa forma, a realização do tratamento quimioterápico ou radioterápico pelos CACONs e UNACONs está sujeita à liberação da APAC, pelo complexo regulador, entretanto, como estas unidades são os responsáveis pela solicitação das APACs, eles podem padronizar, adquirir e fornecer livremente os medicamentos oncológicos.

Mattar Rosa e Marques (2022) apontam que, em decorrência desse tipo de sistema de financiamento diferenciado, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)²¹ também publica documentos denominados Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) em oncologia, com o objetivo de direcionar e padronizar o diagnóstico e tratamento da oncologia no SUS. Outro documento produzido refere-se aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs)²², que contém exclusivamente o que oferecido e financiado pelo SUS.

²¹A CONITEC é o órgão do SUS responsável pelas avaliações dos pedidos de incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde. Foi criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Comissão, assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica. Pela lei, a análise deve ser baseada em evidências científicas, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes. A lei estabelece, ainda, a exigência do registro prévio do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa para que este possa ser avaliado para a incorporação no Sistema Único de Saúde. Atualmente é regulada principalmente pelo decreto nº 11.161, de 4 de agosto de 2022, que altera o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, para dispor sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde.

²²“Diferente dos PCDTs, as DDTs de não se restringem apenas ao que está incorporado no SUS, em decorrência do modelo de financiamento via APAC e a autonomia dos hospitais oncológicos na escolha da melhor opção terapêutica. Dessa forma, como diversos centros dispõem de fontes adicionais de financiamento, é extremamente possível que sejam oferecidos tratamentos diferentes para a mesma doença, seja em unidades federativas distintas, seja em hospitais oncológicos da mesma cidade” (Mattar Rosa; Marques, 2022).

Assim, os autores sinalizam que o modelo de repasse financeiro via APAC, à medida que fornece autonomia aos hospitais oncológicos, gera iniquidades de tratamento, uma vez que em determinadas unidades, com acesso a outras fontes de financiamento, previsto em lei, permite que ao usuário acesso a tipos diferenciados de procedimentos que podem não ser necessariamente ofertados em outros. Desta forma, apesar da tentativa de padronização dos tratamentos recomendados pela CONITEC via DDT, em decorrência dos valores defasados das APACs ocorre uma dificuldade de compra das medicações.

Um dos pontos que merece destaque quando se refere à constituição de uma rede de atenção oncológica é a da relação entre os setores público e privado na oncologia. Além da necessidade do serviço público de comprar na rede privada diversos serviços que não dispõe, ainda é preciso ressaltar a existência de planos de saúde que somente cobrem os serviços mais básicos, levando a seus usuários a buscar no SUS os atendimentos mais complexos, explicitando o caráter híbrido do sistema de saúde no país.

Destaca-se que os interesses que impulsionam o entrelaçamento entre o público e o privado no setor da saúde, e em especial a atenção oncológica, são diversos e perpassam diversos campos. Omena (2008) levanta esta discussão em sua dissertação de mestrado, ao apontar que:

“à evolução da política de atenção oncológica no Brasil tem se apresentado sob dois vieses: por um lado, segue em direção à ampliação do acesso aos serviços de saúde; por outro, esta ampliação se dá fortalecendo o setor privado, seja no setor estatal, via compra de equipamentos, insumos e serviços, seja no próprio setor privado. Em ambos os casos o que está em jogo é a lógica mercantilista: o lucro, ou seja, os interesses do capital”(Omena, 2008, p.149).

Assim, sem perder de vista que grande parte da expansão da atenção oncológica ocorre dentro desta lógica do capital, que condiciona grande parte das políticas sociais no Brasil, o acompanhamento da gestão dos recursos destinados ao tratamento do câncer, torna-se primordial no desenvolvimento de estratégias na gestão pública. A necessidade de regulação dessas relações deve ser constante e ser orientada pela lógica pública, salientada no processo de regionalização²³.

²³Poucos autores trabalham esta relação no campo da atenção oncológica (Omena, 2008). Como exemplo de quanto o custo de um tratamento oncológico pesa nos orçamentos públicos tem Kalis et al (2013) que debate sobre este ponto.

Almeida (2017) traz o debate da complexa relação da parceria público-privado e o quanto é complexa a introdução de mecanismos de mercado na gestão dos sistemas públicos de saúde. Essa estratégia foi fortalecida no Brasil a partir de ascensão do projeto neoliberal, com ajustes macroeconômicos, incorporados na reforma do Estado no decorrer da década de 1990.

Essa crescente atuação de atores privados na arena pública teve impacto tanto no âmbito internacional, quanto internamente no Brasil, considerando três processos que contribuíram com o fortalecimento de parceria público privado (PPP) neste período: (i) a pobreza passa a ser encarada como objeto de intervenção internacional, (ii) o descrédito das agências das Organizações das Nações Unidas como capazes de liderar as ações em suas áreas de atuação e (iii) a chamada a participação de todos os atores, públicos e privados, a responsabilidade e atuação frente a complexidade dos problemas globais então em pauta (Almeida, 2017).

Diferentes conceitos e definições de PPP emergem neste período, moldados aos locais, formas de atuação, tipos de parcerias e premissas nos quais se baseiam. Destacam-se, entretanto, características na revisão sistemática das várias definições e que as distinguem de outras formas de cooperação pública e privada configurando-as como longevas, tendo como produto, geralmente, serviços públicos e com ambos os parceiros com metas e estratégias distintas entre si. Entretanto, a autora ressalta a não existência de estudos que comprovem que as PPP são mais eficientes e custo-efetivas que a provisão pública direta de serviços (Almeida, 2017).

Com relação ao Brasil, a autora destaca a preocupação, na área da saúde, com as dificuldades históricas de implantação do SUS que remetem a privilégios do privado quando ocorre o mix público privado e a complexidade do desenvolvimento de projetos PPP, com demanda de diálogo, negociação e regulação, demandando a necessidade de aprimoramento da capacidade de monitoramento contínuo pelo Estado, uma vez que as relações estabelecidas são assimétricas, de acordo com poder decisório de cada parceiro. Deste modo, é preciso atentar para que os atores privados, partindo de um paradigma biomédico, focado na assistência hospitalocêntrica, desqualifiquem outras formas de cuidados em saúde e de proteção social, dentro de uma conjuntura cada vez mais restritiva de direitos sociais.

Santos et al. (2008) discutem a relação entre o público e privado a partir de alguns pontos-chaves. Dentre eles, apontam os diversos subsídios que são disponibilizados para o setor privado através, seja de desonerações fiscais, seja do atendimento pelo SUS de usuários que pagam por planos de saúde privados, sem os devidos repasses previstos em lei. Evidenciando que, apesar de serem considerados como suplementares, acabam se sobrepondo e realizando uma cobertura duplicada para um importante segmento populacional (Santos; Ugá; Porto, 2008).

Os serviços do SUS que aparecem como sendo os mais utilizados por usuários que possuem plano de saúde são os mais especializados, como hemodiálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia, dos quais 11,6% dos atendimentos prestados em 2003 se referiam a pacientes possuidores de planos de saúde (Santos et al, 2008).

É neste sentido que Omena (2008) sinaliza que a política de atenção oncológica sofreu mudanças significativas ao longo do tempo, e que o processo de ampliação do acesso tem privilegiado o setor privado, em detrimento do setor público nesta correlação de forças acentuada neste campo de atuação da saúde.

No item a seguir, será abordado como a atenção ao câncer do colo do útero foi se estruturando ao longo do tempo, no Brasil, tendo sido iniciadas ações em busca do tratamento/cura ainda nos primórdios do século XX.

3.4– A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero

Segundo Thuler (2012, p. 321), a história do controle do câncer de colo de útero tem pouco mais de cem anos. O autor relata que entre o final do século XIX início do século XX, foi demonstrada a possibilidade de cura desse tipo de câncer através de cirurgia de histerectomia radical. O tratamento por radioterapia iniciou-se na década de 1920, possibilitando um gradual afastamento da cirurgia em favor desse procedimento. Até a década de 1940, os exames de citologia e colposcopia, utilizados ainda hoje, também já estavam em pleno uso.

No Brasil, já na década de 1930 teve início o debate em torno da efetividade dos tratamentos então existentes, que valorizavam a terapêutica imediata (leia-se cirurgia), em

detrimento das condutas preventivas. Nesse debate, ganha relevância a perspectiva que preconiza o uso do exame preventivo periódico como método de rastreamento do câncer de colo de útero (Thuler, 2012).

Vale destacar que esse período é marcado por importantes avanços em termos de institucionalização de intervenções públicas voltadas aos cuidados do câncer em geral, com destaque para a criação, em 1942, do Serviço Nacional do Câncer (SNC) e seus dois principais braços: o Instituto Central (que, posteriormente, dará origem ao INCA) e a Campanha Nacional contra o Câncer. Especificamente em relação à questão do controle do câncer feminino (mama e ginecológico), cabe ainda mencionar o importante papel desempenhado pela já mencionada Fundação das Pioneiras Sociais do Rio de Janeiro, que inaugurou, em 1957, um hospital de cancerologia na cidade, com atendimento ambulatorial voltado à prevenção e detecção precoce do câncer feminino e um centro de pesquisas dedicado a esse tipo de câncer.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), o câncer de colo de útero se apresenta como um dos cânceres de mais fácil detecção precoce pelo programa de rastreamento existente, tendo um prognóstico bem alto de cura. O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau (lesões precursoras do câncer do colo do útero) e do câncer do colo do útero é a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). Contudo, essa infecção, por si só, não representa uma causa suficiente para o surgimento da neoplasia, sendo necessária sua persistência.

Além de aspectos relacionados ao HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos, ainda incertos, que determinam a regressão ou a persistência da infecção e sua progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo: a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência é mais frequente. O tabagismo eleva o risco de desenvolvimento do câncer do colo do útero. Esse risco é proporcional ao número de cigarros fumados por dia e aumenta, sobretudo, quando o ato de fumar é iniciado em idade precoce.

Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por algum dos 100 tipos de HPV em algum momento da vida. Trata-se de uma doença

sexualmente transmissível, a mais prevalente do mundo atual, com contágio através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele. Entre as infectadas, 32% serão pelos subtipos oncogênicos 16 e 18 que ocasionam o câncer do colo uterino. Sendo assim, poucos desenvolvem a doença, mesmo infectados. Como a etiologia é viral o combate está intimamente ligado à função do sistema imune do infectado, infecções diagnosticadas sem lesões ao exame de Papanicolau e colposcopia não precisam ser tratadas e chamam-se infecções latentes. O vírus leva em média de 8 a 24 meses para ser eliminado do organismo e as infecções latentes não são contagiosas.

A infecção é assintomática na maioria dos casos. Em homens podem surgir no pênis, bolsa escrotal, região pubiana, perianal e ânus. Essas lesões também podem aparecer na boca e na garganta em ambos os sexos. Quando atingem o colo são chamadas de Lesões Intraepiteliais de Baixo Grau / Neoplasia Intraepitelial grau I (NIC I), que refletem apenas a presença do vírus. As lesões Intraepiteliais de Alto Grau (NIC) NIC II ou III, que se constituem nas chamadas lesões precursoras da neoplasia maligna do colo do útero. Eles estão relacionados ao estado imunológico, presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV), carência nutricional, genética e comportamento sexual, podendo influenciar a persistência ou não da infecção ou a evolução de lesões precursoras (Vidal, 2017).

De acordo com o protocolo do MS (Brasil, 2023a), a atuação da Atenção Básica (AB) se dá nas ações de promoção, prevenção, detecção precoce e controle, estabelecendo uma linha de cuidado no âmbito das ações relativas à Saúde da Mulher. Assim, reforça-se a centralidade da AB no cuidado integral das usuárias, quando é determinado que após o recebimento de um exame "positivo", cabe à AB realizar o acompanhamento dessa usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e para realização do tratamento. Nesse processo, é fundamental a avaliação da usuária, identificando a compreensão que a mesma tem sobre sua doença e estimulando a adesão ao tratamento. O sistema logístico da rede (sistema de informação) deve permitir que a AB tenha acesso a relatórios do tratamento, durante a sua realização, bem como a contrarreferência, quando o serviço especializado realizar a alta dessa usuária. Muitas vezes, mesmo após a alta, a usuária demanda cuidados especiais, principalmente na periodicidade de acompanhamento (Brasil, 2013). Ressalta, ainda, a ação da APS nos cuidados paliativos,

quando o tratamento visa à qualidade de vida, a usuária passará a conviver com a doença por um período variado.

Com o objetivo de estabelecer ações voltadas ao cuidado relacionado ao câncer do colo do útero, diversas estratégias foram pensadas e estabelecidas ao longo do tempo no Brasil, como apresentadas no quadro referencial abaixo:

Quadro 04: Marcos Referenciais da Atenção ao Câncer do Colo do Útero

| ANO | PRINCIPAIS MARCOS |
|------------|--|
| 1919 | Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – coloca o câncer na lógica da saúde pública, marcando o início da ampliação de quesitos específicos nos atestados de óbitos pela doença, com o objetivo de obtenção de dados mais confiáveis para as estatísticas. |
| 1934 | Criação da Liga Brasileira contra o Câncer. |
| 1938 | Criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal - inicialmente funcionou no Hospital Estácio de Sá. |
| 1942 | Criação do Serviço Nacional de Câncer – SNC - o marco de incorporação definitiva da doença à pauta das ações de saúde pública. |
| 1957 | Inauguração da nova sede para o Instituto do Câncer (hoje INCA) na praça da Cruz Vermelha, RJ |
| 1957 | Inauguração pela Fundação das Pioneiras Sociais do Rio de Janeiro, um hospital filantrópico, com atendimento ambulatorial voltado à prevenção e detecção precoce do câncer feminino e um centro de pesquisas Luiza Lemos |
| 1984 | Publicação da Série B: Textos Básicos de Saúde n.6- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que propunha o cuidado para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal, com destaque para a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama. |
| 1986 | Cria a Campanha Nacional de Combate ao Câncer - estabelecida como uma coordenadoria vinculada ao Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde (Pro-Onco) – com foco nos quatro tipos de câncer mais incidentes, entre eles o do colo do útero e o de mama. |
| 1990 | Lei Orgânica da Saúde (LOS) - 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 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. |
| 1997 | Início do Programa Viva Mulher, que posteriormente se tornou o denominado Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo uterino (PNCCCu), uma estratégia do Ministério da Saúde visando à redução da morbimortalidade por câncer do colo. |

| ANO | PRINCIPAIS MARCOS |
|------|--|
| 1998 | Portaria MS /GM nº 3.040, de 21 de junho de 1998. Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. Brasília, 1998. |
| 1999 | Portaria MS /GM n.º 408, de 30 de agosto de 1999. Institui o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), para monitoramento e gerenciamento das ações. |
| 2005 | PNAO – Portaria MS /GM nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. |
| 2006 | Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão - Inclusão de indicadores e metas a serem atingidos referentes ao câncer do colo do útero nos estados e municípios, visando à melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional. |
| 2008 | Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS |
| 2010 | Portaria MS /GM nº 310, de 10 de fevereiro de 2010. Institui Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero |
| 2010 | Lançamento do Caderno de Atenção Primária nº 29 – Rastreamento, do Ministério da Saúde, de 2010. |
| 2011 | Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 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 |
| 2013 | PNPCC - Portaria MS /GM nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). |
| 2013 | Portaria MS /GM n.º 3.388/2013 - Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), que consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero. |
| 2013 | Portaria MS /GM n.º 3.394/13 cria Sistema de Informação de Câncer (Siscan). |
| 2014 | A Portaria MS /GM n.º 189/2014 instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC), com respectivo incentivo financeiro de custeio e de investimento para a sua implantação. |
| 2014 | Início da campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o vírus HPV, que oferece proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), incluindo o lançamento do Guia Prático sobre HPV – Perguntas e Respostas com colaboração do INCA. |

| ANO | PRINCIPAIS MARCOS |
|------------|--|
| 2016 | Lançamento da 2ª edição revista, ampliada e atualizada das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero e também a 2ª edição revista e ampliada do Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia. |
| 2017 | Início da campanha de vacinação contra o HPV para meninos de 12 a 13 anos por meio do PNI. |
| 2017 | PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (a PNPCC está incluída, principalmente no Anexo II). |
| 2017 | Lei nº 13.522, de 27 de novembro de 2017. Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para estabelecer que sejam desenvolvidas estratégias intersetoriais específicas para mulheres com dificuldade de acesso às ações de saúde relativas à prevenção, detecção, tratamento e controle dos cânceres do colo uterino e de mama |
| 2019 | Publicação dos Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero com o objetivo de subsidiar a organização da rede para a detecção precoce do câncer do colo do útero e a integralidade da atenção no SUS. |
| 2020 | Portaria GM/MS n.º 3.712 que institui incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde. |
| 2021 | Publicação do 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. |
| 2021 | Portaria GM/MS n.º 84 - institui a Câmara Técnica Assessora para o enfrentamento do Câncer de Colo do Útero no âmbito da Atenção Primária à Saúde com o objetivo de promover discussões, avaliar e propor medidas, por meio do intercâmbio de conhecimentos e experiências, visando ao aperfeiçoamento de ações estratégicas e ao auxílio técnico científico para a tomada de decisões sobre questões direta ou indiretamente relacionadas ao Câncer de Colo do Útero. |
| 2022 | Ampliação do público-alvo da vacina HPV Quadrivalente, que passa a ser aplicada em crianças e adolescentes entre 9 e 14 anos de idade, independentemente do sexo. |

Fonte: elaboração própria, a partir de diversos autores (Temperini, 2017), (Noronha, 2012), (INCA, 2018b), (Claro, 2020).

A gestão da política de atenção oncológica divide-se entre o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA). O INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil (Brasil, 1988). Essas ações compreendem a assistência ambulatorial e hospitalar, oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos usuários com câncer. Atua

em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa, geração de informação epidemiológica e, ainda, coordena vários programas nacionais para o controle do câncer, além de prestar assistência especializada no atendimento direto a usuários com diagnóstico confirmado de câncer de todo o país, nas diversas especialidades, dependendo da pactuação efetuada; constitui-se como um CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia) (Brasil, 2022b).

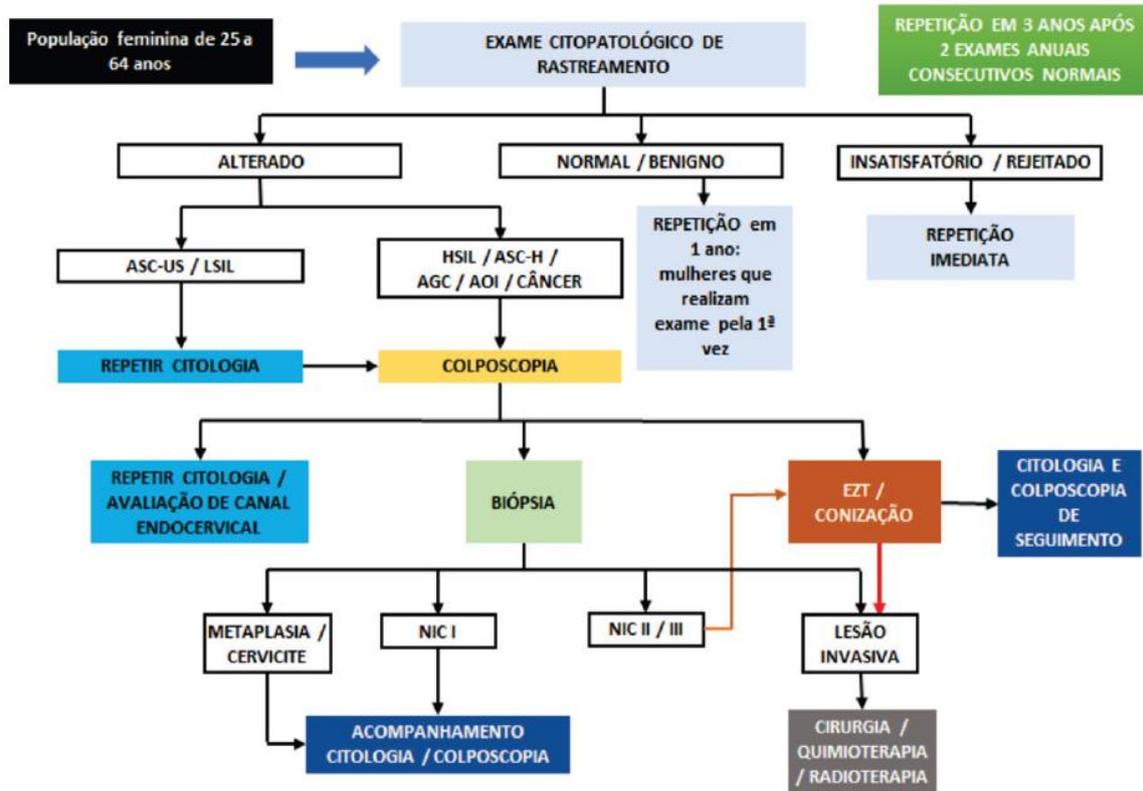
A legislação atual coloca a necessidade de se organizar linhas de cuidados específicas para os agravos à saúde de maior magnitude, sendo através destas linhas a implantação da RAS. A Linha de Cuidado (LC) específica para o câncer busca organizar as ações neste âmbito, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturada por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde.

Uma Linha de Cuidado preconiza o cuidado integral, buscando reorganizar os processos de trabalho, de forma a unificar ações e serviços, proporcionando acesso a todos os níveis do sistema de saúde, reorganizando fluxos entre as unidades e os serviços, de modo que o serviço de saúde passa a ser organizado de acordo com as “necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso” (Franco e Franco, s/, p. 3). Ao centrar a organização do serviço na demanda e não mais na oferta, a LC precisa ser estruturada de forma a garantir o acesso seguro às diferentes demandas do cuidado, pactuando e operacionalizando os fluxos de forma contínua, para que estes não se burocratizem e acabem por dificultar o acesso (Franco e Franco, s/d).

Cabe à unidade de saúde da APS, pela forma como a RAS foi desenhada, a gestão do cuidado integral ao usuário e, por isso, a função de gestor do projeto terapêutico, devendo acompanhá-lo nos fluxos assistenciais, garantindo o vínculo com a equipe básica e facilitando o acesso aos diferentes níveis de atenção, tanto dentro da LC, quanto da RAS.

Na figura abaixo, o INCA, desenhou o caminho preconizado na Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero.

Figura 03: Fluxograma para linha de cuidado do câncer do colo do útero



Fonte: (INCA, 2018c)

Como apontado na figura, a rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano em mulheres com idade entre 25 e 64 anos. Em caso de lesão suspeita de câncer de colo de útero, se faz necessário o encaminhamento para um serviço de referência. Para a organização de serviços de referência para confirmação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, também deve ser observada a estimativa de procedimentos necessários.

Quanto à referência das mulheres que forem diagnosticadas com câncer do colo do útero, seu encaminhamento para os Cacon/Unacon é pactuada junto à Secretaria de Saúde Estadual, conforme a distribuição e regulação dessas unidades no Estado (INCA, 2018c). No próximo capítulo será abordado o processo de constituição das RAS no Estado do Rio de Janeiro, com foco na Rede de Atenção Oncológica.

4 – Redes de Atenção à Saúde no Estado do Rio de Janeiro

A assistência oncológica enfrenta diversos desafios diante das necessidades ocasionadas pela demanda crescente de usuários com doenças neoplásicas. No Brasil, o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica têm contribuído para que as neoplasias se constituam na segunda principal causa de óbitos no Brasil (Silva Jr e Ramalho, 2015).

No estado do Rio de Janeiro, esse quadro não é diferente. Embora seja uma das menores Unidades da Federação, com área total de 43.864,31 km², é a terceira mais populosa do país. Segundo o Censo Demográfico de 2021 (IBGE, 2023), a população total do estado era de 17.463.667 habitantes, a maior parte concentrada na região metropolitana (72,9%). Esta região também concentra grande parte dos serviços de saúde do estado, dentre eles os de diagnóstico e tratamento de câncer.

O presente capítulo se dedica a apresentar e discutir os resultados da pesquisa realizada sobre a conformação da rede de atenção oncológica no estado do Rio de Janeiro, de forma a possibilitar uma visão mais ampla sobre o contexto no qual se organiza a linha de cuidado do câncer de colo de útero na região metropolitana II, a ser tratado no próximo capítulo.

Inicia-se aqui uma breve caracterização do estado do Rio de Janeiro e de suas regiões de saúde, abordando aspectos relativos ao processo de regionalização da saúde nesta unidade federativa. Em seguida, apresenta-se a Política Estadual de Atenção Oncológica em vigência no estado e suas diretrizes para a constituição da Rede de Atenção à Saúde.

4. 1 – Regionalização e o processo de constituição das Regiões de Saúde

O estado do Rio de Janeiro apresenta características bastante peculiares em sua formação sócio-política, que acabam afetando a conformação do SUS nesta unidade federativa. A cidade do Rio de Janeiro foi capital federal por muitos anos, o que trouxe impactos tanto na formação da rede de serviços de saúde, quanto na própria formulação

das políticas estaduais de saúde, considerando o grande aparato de unidades federais (hospitais gerais e institutos nacionais, dentre outros) que se constituiu como uma grande herança de centralização institucionalizada.

Viana et al (2011) sinalizam para a forma como foi conduzido o processo de desenvolvimento econômico do ERJ, que concentrou capital industrial e financeiro nas Regiões Metropolitana e Médio Paraíba, concorrendo para uma forte assimetria de condições institucionais observada entre os municípios para a descentralização política na saúde.

Outro ponto a ser considerado, como salientam as autoras, refere-se ao desenho das regiões de saúde coincidir com a divisão político-administrativa do estado e não incorporar variáveis de saúde. Essa característica torna a regulação um processo frágil, levando a um planejamento regional centralizado na secretaria estadual de saúde. Neste sentido, o processo de regionalização no ERJ é marcado, ainda, pelo “perfil e trajetória dos dirigentes estaduais na política de saúde mais voltados para a gestão da alta complexidade e a participação em unidades federais de saúde” (Viana; Lima; Machado, 2011, p. 159).

A esse respeito, vale mencionar que em 1973, a Lei Complementar Federal nº 14 criou as primeiras regiões metropolitanas no país (Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre), considerando a Região Metropolitana como um recorte complexo, que envolve uma cidade central (Metrópole), a qual polariza e dinamiza as cidades ao redor, influenciando-as econômica, social e politicamente. Neste período, a cidade do Rio de Janeiro, que perdera sua condição de capital federal para a cidade de Brasília em 1960, formava o Estado da Guanabara, ficando de fora desse processo.

Em 1974, durante o governo militar de Ernesto Geisel, a Lei Complementar Federal nº 20 promoveu a fusão do antigo Estado do Rio de Janeiro com o Estado da Guanabara, estabelecendo a primeira delimitação da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ), com os municípios: Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Magé, Mangaratiba, Maricá, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, São Gonçalo e São João de Meriti (Geremia, 2015).

Com a Constituição Federal de 1988, passa a ser atribuição dos Estados, e não mais do Governo Federal, a definição das regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e

microrregiões, o que abriu a possibilidade de desmembramentos e emancipações. Desta forma, a RMRJ passou por uma série de mudanças em suas configurações, tendo sua forma atual definida a partir da Lei Complementar Estadual nº 64 de 21 de setembro de 1991 e da Lei Complementar Estadual nº 21 / 2013. Passa, a partir de então, a ser composta por 22 dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro (ERJ), que são: Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, Queimados, Rio de Janeiro, Seropédica, São Gonçalo, São João de Meriti, Tanguá, Cachoeiras de Macacu e Rio Bonito.

A tese de doutorado de Geremia (2015) teve como objetivo analisar o processo de regionalização no Estado do Rio de Janeiro em interface com o planejamento de saúde. Um ponto que se destaca em sua análise é que a Constituição Estadual do Rio de Janeiro de 1989 diverge da CF 88, ao trazer procedimentos outros para a delimitação da Região Metropolitana, envolvendo os municípios. Como indica a autora,

“Em análise da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, ficou definido que a inclusão ou não dos municípios na RMRJ estaria condicionada à aprovação das Câmaras Municipais. Ou seja, mesmo com a autorização da CF/1988 para que os estados instituassem as RMs, o estado do Rio de Janeiro optou por dividir essa função com os municípios. Tal medida pode gerar problemas para o gestor estadual, pois, na prática, o estado condiciona a criação da RMRJ à aprovação dos municípios, transferindo mais poderes e se ausentando do papel de governança regional. Assim, nos questionamos: qual é a lógica da gestão metropolitana no estado do Rio de Janeiro? Abrangência total ou fragmentada das funções públicas?” (Geremia, 2015, p. 121).

Outro ponto realçado pela autora é que a Constituição do Estado do Rio de Janeiro, de 1989 considera apenas dois serviços públicos a serem institucionalizados na Região Metropolitana: os serviços públicos de transporte e de educação superior, deixando de fora a política de saúde. Ademais, somente em 2008 foi promulgada a Lei Estadual nº 5.192, de 15 de janeiro, que determinava a elaboração de um Plano Diretor Decenal Metropolitano do Estado do Rio de Janeiro, a ser conduzido pelo Poder Executivo estadual, identificando as principais áreas a serem abordadas e trabalhadas em conjunto. Ainda que elaborado, a implantação do plano não foi identificada pela autora (Geremia, 2015), nem durante a elaboração da presente tese.

Os 92 municípios fluminenses encontram-se agrupados político e administrativamente em oito regiões de governo, a saber: Região Baía da Ilha Grande, Centro-Sul, Metropolitana, Médio Paraíba, Noroeste e Serrana. Entretanto, o Plano Diretor

de Regionalização da saúde, elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) no ano 2000, apresentou nova configuração, dividindo o estado em nove 'regiões de saúde', utilizando basicamente a essa mesma divisão geográfica (regiões político-administrativas), com algumas adaptações.

Sabe-se que o processo de regionalização em saúde é relativamente recente no Brasil, ganhando impulso a partir das NOAS (Normas Operacionais de Assistência à Saúde) NOB-SUAS 01/01 e 02/01, no ano de 2001. Essas normas assumiram a regionalização como elemento fundamental para atingir os princípios constitucionais do SUS de equidade e integralidade (Ouverney, 2005), Ao mesmo tempo em que objetivavam promover o uso mais eficiente de recursos no território, ampliar o acesso aos serviços e melhorar a qualidade da atenção. Em 2006, o Pacto de Gestão do SUS deu maior ênfase a esse processo, definindo a regionalização como uma das diretrizes do SUS e propondo a criação de espaços regionais de pactuação entre gestores da saúde, os chamados Colegiados de Gestão Regional (CGR), transformados posteriormente em Comissões Intergestores Regionais (CIR), pelo Decreto nº 7.508/2011²⁴.

Kuschnir e Chorny (2010) destacam que a perspectiva de redes regionalizadas de atenção à saúde está presente na conformação de sistemas universais. Lima et al (2012) acrescentam que nesses sistemas são verificados esforços para correlacionar níveis assistenciais a recortes regionais, com vistas a garantir a provisão de serviços e seu acesso universal à população de uma dada região.

Assim, não se pode perder de perspectiva que as regiões geográficas constituem-se como base territorial para o planejamento de uma rede de atenção à saúde de forma integral, incluindo um conjunto de unidades de saúde com diferentes funções, níveis de complexidade e perfis de atendimento, buscando a autossuficiência do sistema de saúde em determinadas áreas (Viana; Lima; Machado, 2011), mas essa constituição será delimitada pela conjuntura sócio-histórica e política presentes em cada contexto, em cada região.

²⁴ Os colegiados de gestão regional foram criados a partir do pacto de gestão em 2006 através da portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde, que tem por objetivo a consolidação do SUS, aprovando diretrizes operacionais do referido Pacto, tendo por finalidade a qualificação do processo de regionalização e a busca da garantia e do aprimoramento dos princípios do SUS (Delziovo, 2012).

No ERJ, o processo de regionalização da atenção à saúde e a conformação das regiões de saúde têm sido impulsionados desde os anos 2000 pelas diretrizes nacionais, partindo das orientações normativas do MS 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). Esse desenho tem se mantido, apesar de algumas alterações pontuais e temporárias. Vale mencionar que o Decreto nº 7.508/2011, ao dar mais ênfase ao processo de regionalização e saúde, propôs um instrumento de compromisso entre gestores dos três níveis de governo, por meio do estabelecimento do Contrato Organizativo das Ações Públicas (de saúde) – COAP, mas o ERJ não aderiu a esta organização.

Como Ugá et al (2010) argumentam, o estado do Rio de Janeiro se caracteriza por tipos polares de ocupação do território, o que influencia centralmente as configurações para constituição das redes de atenção à saúde. Os autores apontam a impossibilidade de compreender a região Metropolitana em separado do restante do estado, assim como também não é possível que seja tratada em bloco, tanto pelo seu porte, quanto pela centralização de recursos.

Na definição das regiões de saúde, quando da elaboração, em 2001, do primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR), a região Metropolitana foi dividida em duas. O município do Rio de Janeiro integra a Metropolitana I, em conjunto com a Baixada Fluminense, excluindo os municípios de Paracambi e Guapimirim, que são redefinidos como parte das regiões Centro-Sul e Serrana, respectivamente. A Região Metropolitana II é composta por sete municípios, entre os quais Niterói e São Gonçalo. Já os municípios de Rio Bonito e Silva Jardim, definidos político-administrativamente como parte das Baixadas Litorâneas, são transferidos para a região Metropolitana II e Cachoeiras de Macacu para a região Serrana, ao passo que o município de Itaguaí, parte da região da Costa Verde, passa à Metropolitana I (Ugá et Al., 2010).

A divisão seguiu as orientações da NOAS/2001, em função do grande contingente populacional e da capacidade instalada local. Em 2009, o município do Rio de Janeiro suscitou um debate em torno das características de seu território, como o porte populacional e a capacidade instalada, demandando que a capital correspondesse a uma região de saúde, com a sua conseqüente saída da região Metropolitana I. A formalização ocorreu por meio da Deliberação CIB nº 753 de 13 de novembro de 2009, que criou o CGR da capital.

Contudo, um ano após a constituição das 10 regiões de saúde, foram retomadas as discussões sobre essa configuração, considerando aspectos conceituais e jurídicos. As análises e debates realizados no âmbito dos CGR e da CIB concluíram que a capital não deveria permanecer como uma região de saúde de um só município, resultando no retorno do Rio de Janeiro à região Metropolitana I, conforme a Deliberação CIB nº 1.383 de 18 de agosto de 2011. Atualmente a região possui a mesma configuração do PDR de 2001, sem a divisão em microrregiões como havia na ocasião.

Assim, impulsionada pelas legislações e normativas do SUS, a regionalização em saúde ganha forma no Estado do Rio de Janeiro, a partir de 2001. Nele, foram definidas nove Regiões de Saúde (RS), sendo elas: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana (Rio de Janeiro, 2021). Essa delimitação de regiões de saúde encontra-se vigente até o período de elaboração desta tese. No quadro abaixo, é possível observar as diferenças de composição entre as regiões administrativas e de saúde do estado.

Quadro 05. Diferenças entre as Regiões Administrativas e as Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro

| Regiões Administrativas | Municípios | Regiões de Saúde | Municípios |
|--------------------------------|--|----------------------------|---|
| Baixada Litorânea | Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Cachoeiras de Macacu, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio Bonito, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema e Silva Jardim. | Baixada Litorânea | Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema |
| Centro-Sul | Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, OParaíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras | Centro Sul | Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras. |
| Costa Verde | Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty. | Baía da Ilha Grande | Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty |

| Regiões Administrativas | Municípios | Regiões de Saúde | Municípios |
|--------------------------------|---|-------------------------|---|
| Médio Vale do Paraíba | Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda | Médio Paraíba | Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda |
| Noroeste | Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Itaocara, Italva, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai, | Noroeste | Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai |
| Norte | Campos dos Goytacazes, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. | Norte | Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra |
| Serrana | Bom Jardim, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Santa Maria Madalena, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes | Serrana | Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes |
| Região Metropolitana | Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Mesquita, Paracambi, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá | Metropolitana I | Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica. |
| | | Metropolitana II | Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá |

Fonte: elaboração própria, a partir de dados colhidos na página do SES / RJ

Conforme sinaliza Geremia (2015), o processo de constituição das regiões de saúde no ERJ é confuso, uma vez que:

“essa divisão, na sua soma, não corresponde a Região Metropolitana oficial do estado, pois inclui municípios não pertencentes bem como retira da regionalização municípios metropolitanos. A CF/1988 é clara ao outorgar ao estado a função de criar RM não sendo, nesse sentido, delegado ao setor saúde competência para tal. E a Constituição Estadual só a pode criar mediante lei complementar. Ou seja, a RM político-administrativa não se coaduna com a regionalização proposta na perspectiva da organização do sistema de saúde do estado (Geremia, 2015, p. 127).

Assim, mesmo sem amparo na legislação existente, mas em um contexto político-administrativo que permitiu e respaldou essa composição, a Região Metropolitana do ERJ foi dividida em duas regiões de saúde, acarretando em tensões e dificuldades, como analisa Geremia (2015, p.127):

“numa área reconhecidamente metropolitana e com características de metrópole [que] se dá um descompasso entre o fortalecimento necessário para a consolidação da RM, enquanto um locus de planejamento e gestão econômico e social integrado, no sentido de eficientizar o uso do recurso nas funções ditas de interesse comum, e, talvez, uma piora na fragmentação da gestão no que se relacionam com essas mesmas funções, que, em grande medida, respondem por um expressivo grupo dos denominados determinantes sociais da saúde”.

Em 2007, a Secretaria Estadual de Saúde implementou o Programa Saúde na Área²⁵, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a realidade dos municípios, por meio de visitas realizadas por técnicos da SES-RJ às regiões do Estado. Neste mesmo ano, a SES assina o Pacto pela Saúde, por meio do qual assume o compromisso de apoiar e coordenar o processo de regionalização posto pela legislação.

Dando sequência a esse processo, em 2009, foram realizadas diversas oficinas regionais com a participação dos secretários municipais de saúde, do COSEMS-RJ e da SES-RJ para revisão das regiões de saúde. Esse processo tinha como principais objetivos a constituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e o fortalecimento do planejamento regional, por meio do qual foram listados pré-requisitos para o estabelecimento das Regiões de Saúde no estado, a saber: contiguidade intermunicipal; identidade social, econômica e cultural entre os municípios; existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios e as regiões; identificação dos fluxos

²⁵Programa criado pela SES com o objetivo de aproximar a SES-RJ das secretarias municipais de saúde, através de visitas realizadas pelo então Secretário Estadual de Saúde e sua equipe técnica às regiões do Estado (Rio de Janeiro, 2021).

assistenciais; avaliação da disponibilidade de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos em escala adequada à qualidade e ao acesso; e grau de suficiência na regionalização. Posteriormente, foram elaborados Planos de Ação Regionais, construídos de acordo com o diagnóstico situacional de saúde nas respectivas regiões (RIO DE JANEIRO, 2021). Na figura 04 está uma representação cartográfica das regiões de saúde no estado do Rio de Janeiro.

Figura 04: Mapa das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: SES RJ, 2013

Nesse processo também foram pactuadas as seguintes atribuições e responsabilidades pela gestão do SUS: os **municípios** ficaram responsáveis pela Atenção Básica e Ações Básicas de Vigilância em Saúde; enquanto para ser considerada uma **região de saúde**, o conjunto de municípios dessa região deveria possuir suficiência em Atenção Básica e Média Complexidade e ofertar algumas ações de Alta Complexidade (segundo critério de acessibilidade e possibilidade de oferta). Na tabela abaixo, de

distribuição populacional, consegue-se observar a concentração da população em determinadas regiões de saúde no ERJ.

Tabela 01 - População estimada por ano e Região de Saúde/ ERJ, 2019 a 2021.

| Região de Saúde | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Total | 17.264.943 | 17.366.189 | 17.463.349 |
| Baía da Ilha Grande | 291.418 | 295.944 | 300.287 |
| Baixada Litorânea | 839.958 | 855.444 | 870.304 |
| Centro-Sul | 340.526 | 342.078 | 343.570 |
| Médio Paraíba | 913.698 | 918.097 | 922.318 |
| Metropolitana I | 10.497.016 | 10.542.254 | 10.585.667 |
| Metropolitana II | 2.116.506 | 2.131.058 | 2.145.025 |
| Noroeste | 348.191 | 349.417 | 350.591 |
| Norte | 945.425 | 955.122 | 964.428 |
| Serrana | 972.205 | 976.775 | 981.159 |

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, para 2000 a 2021, baseadas nas [Projeções da População 2018](https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=o-que-e). Veja as [Notas metodológicas](https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/POPSVS/NT-POPULACAO-RESIDENTE-2000-2020.PDF) - (RIO DE JANEIRO, 2023c).

No ano de 2011, com a instituição das Comissões Intergestores Regionais (CIR)²⁶, por meio do já citado Decreto Presidencial nº 7.508/11 e da Resolução CIT nº 01 de 29/9/11, o governo do estado do Rio de Janeiro promoveu o Seminário Desafios da Regionalização, com o objetivo de fornecer subsídios teóricos para o aprofundamento da discussão da

²⁶ As Comissões Intergestores Regionais mantêm a ideia preconizada na NOB SUS 01/93 e repetida pelas demais normas que à época tratavam prioritariamente da implantação do SUS, atualizando o conceito neste momento de consolidação do SUS. Fica definido que essas Comissões pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, para efeitos administrativos e operacionais. O Colegiado de Gestão Regional - CGR criado pela Portaria 399 de 22/02/06 passa a ser denominado de Comissão Intergestores Regional – CIR (CONASS, 2011).

temática em âmbito estadual, assim como promover a apresentação de experiências consideradas exitosas. Assim, as Regiões de Saúde foram revistas no âmbito dos órgãos colegiados e pactuadas na 10ª reunião ordinária da CIB, por meio da Deliberação CIB nº 1452 de 09 de novembro de 2011, permanecendo com o desenho de 9 Regiões de Saúde (Rio de Janeiro, 2021).

O Plano Diretor de Regionalização é um dos principais instrumentos de planejamento em saúde, sendo responsável por traçar o desenho final do processo de pactuação das regiões de saúde do estado. Para sua elaboração, foram realizadas Oficinas de Planejamento Regional, em 2012, no âmbito das CIR. Para subsidiar estas oficinas, foi elaborado um consolidado de informações, expressos em um diagnóstico da região de saúde, com base no PES e no PDR. Como produto dessas oficinas, foram elaboradas Matrizes de Planejamento Regional, que devem ter suas ações monitoradas através de grupos de trabalho vinculados as CIR e apresentadas e discutidas periodicamente em suas plenárias.

No ano de 2015 foi criada a Assessoria de Regionalização (AR) na estrutura da SES, a ela ficando vinculadas todas as ações sobre regionalização da secretaria. Em 2016 ocorreu uma reformulação na estrutura da AR, que passou a contar com a inserção de uma equipe técnica à nível central e definição de técnicos de referência para cada região de saúde. Além disso, a assessoria passou a contar com as equipes descentralizadas, que são as Secretarias Executivas das CIR (Dias, 2012).

A partir deste movimento, a SES-RJ adere ao modelo de RAS, buscando a constituição das redes de atenção temáticas propostas pelo Ministério da Saúde, já sinalizadas no capítulo anterior. Além disso, também aderiu ao Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Redes de Atenção à Saúde (QualiSUS-Redes), cujo objeto é o apoio à organização das RAS. No entanto, como sinaliza Geremia (2015):

“O PES-RJ foi elaborado considerando uma visão de rede segmentada com ênfase nas redes temáticas, tais como: para as mães, idosos, homens, crianças, transtornos mentais, urgências, etc.; e não se refere às redes regionais de atenção integral de forma sistêmica, inclusive seu conceito representa essa produção de serviços forma bastante singular” (Geremia, 2015, p. 128)

De acordo com Dias (2012), as CIR passaram a funcionar regularmente nas nove regiões, com reuniões mensais ordinárias e reuniões extraordinárias quando demandadas.

O mesmo ocorre com os Grupos de Trabalho sobre os diversos temas da gestão e da assistência à saúde, instituídos no âmbito das Comissões Regionais (DIAS, 2012).

Em período mais recente, a regionalização da saúde foi objeto de Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, as quais tratam de duas questões centrais: o desenho regional e a governança. A Resolução CIT Nº 37/2018 estabelece diretrizes para o “Planejamento Regional Integrado” e preconiza a conformação de macrorregiões de saúde. A Resolução CIT nº 23/2017 está voltada, principalmente, à “Governança das Redes de Atenção à Saúde”.

A Resolução de 2017 apontou a necessidade de Implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS com a integração regional das ações e serviços de saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012; devendo sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado, sem prejuízo das demais definições presentes na legislação vigente; sendo as CIB os mecanismos de comunicação, PRI e Governança das RAS, visando o fortalecimento das CIR como espaço de governança regional e de gestão, envolvendo os três entes federados para a implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS (Brasil, 2017a).

Já a Resolução de 2018 identifica a necessidade de realizar um processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização de macrorregiões de saúde. Identifica a necessidade do PRI ser instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), devendo o mesmo expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados (Brasil, 2018). No item a seguir será discutido como este processo de regionalização da saúde se materializou no Estado do Rio de Janeiro.

4. 2 – As Redes de Atenção à Saúde no estado do Rio de Janeiro

As regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro são muito distintas, seja em termos de porte populacional, seja quanto a indicadores sociais, econômicos e de oferta de serviços de saúde. A atenção à saúde no âmbito do SUS no estado do Rio de Janeiro é composta por instituições públicas e privadas conveniadas que atuam nos campos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, atendendo a população em diferentes níveis de atuação e com portas de entradas distintas.

As ações são reguladas por normativas e diretrizes definidas por meio de protocolos e portarias estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Vale destacar, neste ponto, que as relações intergovernamentais (RIG) fazem com que “as três esferas de governo, bem como seus legislativos, convivam no instável equilíbrio que implica a gestão de um sistema político onde o poder é ao mesmo tempo dividido e compartilhado dentro do mesmo espaço territorial” (Souza, 2003, p. 149), ou seja, não existe uma hierarquia entre os entes federativos e a tomada de decisões sobre a política de saúde deve ser pactuada nos espaços decisórios existentes: as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

Como mencionado na seção anterior, a constituição das Redes de Atenção à Saúde no estado do Rio de Janeiro data de 2015, decorrente das alterações promovidas pela legislação nacional do SUS vis-à-vis a condução do processo de regionalização no estado. O Plano Estadual de Saúde para o período de 2020-2023 indicou a perspectiva de reorientação da política de saúde no estado em direção à estruturação e fortalecimento das RAS e ressaltou o papel da SES na coordenação e no fomento ao SUS (SES-RJ).

O PES se assenta sobre quatro diretrizes centrais. A primeira (i) refere-se à organização e qualificação da RAS, de modo a consolidar a regionalização e impactar positivamente os indicadores sanitários da população. A segunda diretriz (ii) diz respeito ao fortalecimento da SES/RJ na gestão do SUS e na governança pública. Já a terceira diretriz (iii) trata do desenvolvimento da educação, ciência e tecnologia visando a inovação em saúde, enquanto a quarta diretriz (iv) se volta ao aperfeiçoamento e modernização da gestão organizacional para a valorização das pessoas e qualificação dos processos de trabalho.

Para a diretriz um, que se encontra diretamente relacionada à presente tese, foram elencados 19 objetivos e 106 metas para o quadriênio. O PES destaca, para a organização da RAS no estado, a necessidade de fortalecer as ações de promoção da saúde; de ampliar as ações de vigilância, rastreamento e acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer; e de fortalecer o cuidado integral às pessoas com doenças infecciosas, raras, falciforme e renal crônica.

O SUS no estado do Rio de Janeiro possui uma extensa rede de serviços de saúde, que engloba tanto os da atenção primária à saúde quanto os de média e alta complexidades, sejam eles sob gestão federal, estadual ou municipal, seja ainda os da rede privada conveniada. No entanto, a maior parte dessa rede se concentra nas regiões metropolitanas I e II, em especial na cidade do Rio de Janeiro, o que pode ser creditado, em grande medida, à herança de antiga capital do país.

A cobertura de APS no estado é considerada a pior do país, segundo pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) em matéria divulgada pelo Brasil de Fato (Brasil de Fato, 2023), correspondendo a 57% da população fluminense. Já em termos de necessidade de leitos, estimativa feita SES-RJ em seu PES aponta para um déficit de leitos clínicos em quase todas as regiões de saúde, à exceção da Baía da Ilha Grande. Na RMII há também déficits de leitos de pediatria e de obstetrícia (tabela 02).

É preciso ressaltar que os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. Neste sentido, os indicadores abaixo elencados são os principais utilizados como medidas-síntese que contêm informação relevante sobre a capacidade de desempenho do sistema de saúde do estado do Rio de Janeiro. Vistos em conjunto com os demais dados apresentados ao longo da tese, possibilitam refletir sobre a situação sanitária do estado e apontam as necessidades de saúde, possibilitando a estratificação do risco epidemiológico e a identificação das áreas mais críticas.

Tabela 02. Diferença entre leitos gerais de internação SUS estimados e registrados no CNES, janeiro de 2018.

| Região | | | Obstetria | | Clínicos | | | Cirúrgicos | | Pediatria | | |
|---------------------|---------------|------------|------------|---------------|------------|------------|---------------|------------|------------|---------------|------------|------------|
| | Estim. Neces. | Leitos SUS | Nec. Atual | Estim. Neces. | Leitos SUS | Nec. Atual | Estim. Neces. | Leitos SUS | Nec. Atual | Estim. Neces. | Leitos SUS | Nec. Atual |
| Baía de Ilha Grande | 43 | 67 | - | 131,7 | 161 | - | 59 | 119 | - | 32 | 61 | - |
| Baixada Litorânea | 126,4 | 155 | - | 367,4 | 286 | 81,4 | 186,6 | 248 | - | 82,2 | 124 | - |
| Centro Sul | 54 | 63 | - | 352 | 276 | 76 | 155 | 193 | - | 35 | 50 | - |
| Metropolitana I | 1.265 | 1.583 | - | 5.122 | 3.153 | 1.969 | 3.054 | 3.459 | - | 1.161 | 1.209 | - |
| Metropolitana II | 231 | 225 | 6 | 1225 | 1068 | 157 | 454 | 482 | - | 285 | 178 | 107 |
| Médio Paraíba | 104 | 177 | - | 744 | 683 | 61 | 328 | 411 | - | 105 | 178 | - |
| Norte | 154 | 156 | - | 597 | 541 | 56 | 269 | 445 | - | 128 | 196 | - |
| Noroeste | 44 | 75 | - | 374 | 310 | 64 | 145 | 220 | - | 63 | 99 | - |
| Serrana | 131 | 218 | - | 688 | 645 | 43 | 293 | 325 | - | 125,9 | 201 | - |

Fonte: SCNES, consulta em Jan/2018 apud SES 2020.

Já em relação a leitos de UTI, déficits são estimados para todas as regiões de saúde (tabela 03).

Tabela 03. Diferença entre leitos de UTI estimados e existentes, CNES, 2018.

| Região | UTI Adulto | | | | | UTI Pediátrica | | | | |
|-------------------------|---------------|------------|-----------|-----------|--------------|----------------|------------|-----------|-----------|--------------|
| | Estim. Neces. | Existentes | | | Neces. Atual | Estim. Neces. | Existentes | | | Neces. Atual |
| | | SUS | Não SUS | UTI ADI | | | SUS | Não SUS | UTI | |
| B. de Ilha Grande | 7 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| B. Litorânea | 41 | 46 | 0 | 0 | - | 6 | 4 | 0 | 0 | 2 |
| Centro Sul | 38 | 29 | 0 | 0 | 9 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Metropolitana I | 536 | 426 | 264 | 185 | 110 | 132 | 109 | 34 | 33 | 23 |
| Metropolitana II | 65 | 7 | 30 | 21 | 58 | 15 | 0 | 11 | 10 | 15 |
| M. Paraíba | 78 | 54 | 6 | 0 | 24 | 8 | 2 | 0 | 0 | 6 |
| Norte | 66,7 | 123 | 41 | 0 | - | 11,2 | 12 | 2 | | - |
| Noroeste | 42 | 72 | 0 | 18 | - | 6 | 4 | 0 | 0 | 2 |
| Serrana | 74,6 | 56 | 0 | 10 | 19 | 9,5 | 0 | 0 | 0 | 9 |

Fonte: SCNES, consulta em janeiro de 2018 apud SES 2020.

Observa-se, a necessidade de ampliação de infraestrutura em diversas áreas do setor saúde de modo a buscar impactar positivamente os indicadores sanitários da população. Também se faz necessário a organização da regulação destes serviços, o que será abordado no item a seguir.

4. 2. 1 – Regulação Assistencial

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), referido em nossa Constituição Federal de 1988 (CF 88), o cidadão adquiriu o direito de acessar os serviços de saúde de maneira gratuita, sendo que no Art. 196 da CF 88 é citado que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. A partir deste momento, aconteceu um movimento para organização e implementação de ações e serviços de saúde em todo o país.

Podemos, aqui, citar dois dos Princípios do SUS: universalidade (todo cidadão tem direito à saúde e acesso a todos os serviços públicos de saúde) e integralidade (todas as pessoas devem ser atendidas desde as necessidades básicas, de forma integral). Por que citarmos esses dois princípios? Um dos motivos é para compreender o quão complexo é o “acesso à saúde” do cidadão, ou seja, o governo precisa garantir o acesso a todos os serviços de saúde de maneira integral, em todo o ciclo vital do ser humano, do nascimento até a morte. Para além disso, é preciso ter ações preventivas antes de o ser humano adoecer e precisar de cuidados médicos.

Um grande desafio enfrentado por todos os gestores deste país é garantir o acesso diante de tantas disparidades e desigualdades regionais e sociais. Desigualdades essas em muito decorrentes de nossas heranças históricas, além das conformações econômica e política do país. Ao longo dos anos, assistimos o crescimento dos conglomerados tecnológicos e industriais nos grandes centros metropolitanos, com a concentração das atividades urbanas e produtivas, ampliando a transição rural-urbana. Essa modernização fez com que aumentasse a concentração de recursos em determinados grupos e regiões.

Podemos verificar essa expressão e reprodução das desigualdades regionais do Brasil na configuração territorial do SUS, em que os grandes equipamentos de média e alta complexidades se mantiveram concentrados nas grandes capitais e metrópoles. Logo, os serviços mais complexos de saúde estão nesses espaços, aumentando a desigualdade de acesso a todos os serviços aos quais o cidadão tem direito constituído. Fato contrário a este pode ser observado em relação à expansão dos serviços básicos de saúde com a atenção primária, que se deu mais fortemente nas regiões mais pobres do país (CONASS, 2015).

Esse desenho regional aumentou as disparidades das configurações dos serviços de saúde, com concentração de leitos hospitalares avançados nos grandes centros, assim

como dos complexos de saúde de exames e tratamentos, em contrapartida à ampliação dos serviços de atenção primária nas regiões mais pobres (Rio de Janeiro, 2021). Isso contribuiu com a dificuldade do acesso a esses serviços mais complexos de saúde, localizados nos grandes centros por esses cidadãos moradores dos municípios menos providos de recursos e serviços.

Para além dessa discussão de acesso, há um debate constante e, mais fortemente na última década, sobre a compreensão dos municípios na lógica da configuração de regiões de saúde, onde pode se tornar possível o acesso mais regular a todos os serviços regionais disponíveis de saúde. A constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS foram pensadas no sentido de promover a redução das desigualdades geográficas de acesso a ações e serviços de saúde no SUS, essas desigualdades transcendem a essas dificuldades de acesso. Há dois pontos levantados no que se refere a esta estratégia: o fortalecimento das regiões de saúde e a importância do papel da regulação no acesso dos usuários aos serviços e equipamentos de saúde.

Nesse processo, seria de fundamental importância que a regulação assumisse a racionalidade dos fluxos de pacientes nas regiões e para fora destas, participando das reuniões da CIR, a fim de buscar soluções que aprimorem os desenhos regionais, bem como a distribuição dos serviços. Um desafio a ser enfrentado pelos gestores enquanto região de saúde é a implantação de um Complexo Regulador Regional, pois este poderia facilitar o processo de definição de referências regionais e distribuição dos recursos assistenciais de forma regionalizada, articulada e hierarquizada. Porém, ainda, se nota um papel incipiente ou até mesmo inexistente desta regulação regional, ficando a mesma muito restrita aos municípios e estados (Meira, 2022).

A regulamentação da regulação em nosso país aconteceu em 2008, quando o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Regulação (PNR) e descreveu o conceito ampliado de regulação com os seus três eixos – sobre sistemas, da atenção e do acesso. Além de tratar da operacionalização das centrais de regulação, a PNR tem a função de fortalecer a regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços.

Para tanto, a regulação pode ser vista como uma ação política de garantia de direitos sobre os interesses do Estado. Um setor de regulação organizado em uma entidade de saúde pode resultar em ações e processos de fortalecimento do planejamento, controle,

monitoramento e avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS, além da organização da atuação nos sistemas de saúde, produção direta das ações e serviços de saúde, como também a garantia do acesso a estes serviços pelos usuários.

A regulação busca promover o uso eficiente dos recursos e contribuir para a melhor qualidade da atenção ao tentar reduzir a fragmentação assistencial e a promoção da continuidade do cuidado. Ela tem papel importante na redução das desigualdades geográficas no acesso a serviços de saúde, permitindo maior equidade na alocação dos recursos e uma melhor organização do sistema de saúde como um todo.

Cabe à regulação a compreensão das necessidades de saúde da região/município e a definição de estratégias necessárias para diminuir as barreiras de acesso aos equipamentos e serviços de saúde. Além de enfrentar o desafio de levar os gestores municipais a elaboração conjunta da oferta e organização de serviços em saúde de forma mais cooperativa, operativa e solidária nas regiões de saúde. Para isso, é importante buscar superar a fragmentação e desigualdades em saúde, fortalecendo a base em uma atenção primária forte (com profissionais que exerçam a coordenação do cuidado integral) e desenhar uma rede regional de atenção à saúde estruturada e integrada de serviços (Meira, 2022) (Melo et al., 2021).

Diante do enfrentamento à diminuição das desigualdades em saúde, a regulação deve se envolver no planejamento e na articulação estratégica para emprego eficiente dos recursos, sendo colocada em negociações entre gestores em torno de objetivos comuns, a partir da pactuação de metas, resolução mediada de conflitos e integração, por meio da articulação efetiva de bases de provisões de serviços, gerando arranjos multiorganizacionais, possibilitando espaços de governança em rede, corroborando com a capacidade de desenvolver estratégias e instrumento de promoção e sustentação de redes de atenção fortalecidas em torno de nosso sistema de saúde (Meira, 2022).

Desta forma, observa-se que uma regulação deficitária pode reforçar as dificuldades no acesso (Louvison, 2019), com relação à superposição de instrumentos, fragmentação da informação e falta de recursos especializados. A maior parte dos países atua em processos regulatórios de qualidade e segurança da assistência, e o SUS ainda apresenta processos incipientes de regulação do acesso com foco apenas na gestão da escassez e

das filas. Uma regulação produtora do cuidado nas regiões de saúde exige, de alguma forma, o encontro com as necessidades e o território, utilizando o planejamento, as informações e os protocolos como tecnologias leves, e desenhando mapas de cuidado que considerem projetos singulares de gestão local, alinhados às macroestratégias.

Em um contexto de crise do capitalismo, no âmbito da sua nova fase sob a dominância financeira, a saúde tem sido um espaço cada vez mais propício para o interesse do grande capital em busca de valorização, provocando tempos turbulentos para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Debater a regionalização da saúde significa reconhecer esse contexto amplo em que se insere o nosso sistema universal. Sabe-se que o capital privado tem avançado no interior dos sistemas públicos de saúde no mundo, e tem ameaçado o caráter público e universal, fundamental às lutas sociais realizadas em cada país.

No estado do Rio de Janeiro, a implantação de um Complexo Estadual de Regulação, com sua Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC/RJ) e Centrais Regionais de Regulação (CREG), foram projetos pactuados pelo governo estadual em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, COSEMS e o Ministério da Saúde, em 2013.

Em julho de 2015, foi criada uma nova estrutura no Complexo Regulador Estadual, produto de negociações técnicas e políticas entre as três esferas de governo (MS, Secretaria de Estado de Saúde e a capital do estado, o município do Rio de Janeiro), para fazer frente à regulação dos recursos ambulatoriais de alta complexidade localizados na capital, unificando sob a gestão estadual as ofertas localizadas nos hospitais federais, institutos federais (INCA, Instituto Nacional do Coração, por exemplo), assim como os institutos e ambulatórios estaduais. Foi denominada de REUNI-RJ, e passou a fazer parte do complexo estadual, hoje organizados sob o Sistema Estadual de Regulação (SER).

Segundo o Gestor A, em sua criação a REUNI-RJ teve por objetivo permitir o acesso de todos os munícipes do estado aos serviços especializados e estratégicos da capital. Assim, passou a ter como premissa uma fila única, onde os critérios de gravidade e equidade seriam priorizados. Essa instância regula o acesso do paciente às unidades de saúde através da avaliação e agendamento de consultas de primeira vez em diferentes especialidades e exames.

O REUNI-RJ preconizava que até dezembro de 2015, todos os serviços prestados na área de saúde pelas esferas estadual, federal e municipais do estado do Rio de Janeiro deveriam estar integrados, incluindo ainda as unidades universitárias e filantrópicas, de forma a unificar as ofertas de serviços de saúde das três esferas de gestão em uma única central. Essa perspectiva incluía o planejamento e as referências para este atendimento em saúde de cada Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, inicialmente, para os serviços ambulatoriais das seguintes especialidades: gestação de alto risco, cirurgias bariátricas, radioterapia, hematologia e terapia renal substitutiva (TRS) (Carvalho, 2013).

Neste sentido e buscando instituir ações descentralizadas de regulação, tem sido encaminhada uma política de cogestão entre as Centrais Regionais de Regulação (CREG) da Secretaria de Estado de Saúde com as Centrais Municipais de Regulação (CMReg) das Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios polo²⁷ de cada região.

A Central Estadual de Regulação de Leitos (CER / REUNI) tornou-se responsável pela regulação de um conjunto de leitos disponibilizados nos prestadores públicos estaduais, próprios e contratualizados, universitários e federais disponíveis para o SUS.

Segundo depoimento do Gestor A, a Central Municipal de Regulação Única de Leitos da cidade do Rio de Janeiro e a REUNI coabitavam no mesmo espaço desde janeiro de 2016 até a mudança ocorrida em 2023. A Central de Regulação Única de Leitos no município do Rio de Janeiro foi criada através de um novo acordo judicial²⁸, assinado em 19 de julho de 2018, que determinou a responsabilidade por regular toda a oferta de leitos no município do Rio de Janeiro independentemente da esfera de gestão. Ficou estabelecido no acordo judicial, que 50% da oferta de leitos da rede federal e estadual seriam destinadas não munícipes da capital. Também ficou estabelecido que além do critério de gravidade, o

²⁷ Segundo Lima (2012), a NOAS 2001 define que o município polo em geral deve prestar atenção básica nos diversos módulos assistenciais que a compõem, com atenção de média e alta complexidade, é o que deveria ser. Contudo, estes municípios que poderiam ser “polos”, muitos ainda não estão prontos para prestar este tipo de serviço, e os pacientes acabam indo para centros maiores e mais afastados de suas cidades. A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta importantes desafios, em particular a implantação do PDR, compondo assim municípios polo de atenção. Com a regionalização dos serviços mais complexos, seria indiscutivelmente melhor a acessibilidade para os cidadãos e também suavizaria a demanda para os grandes centros que recebem diariamente, milhares de pacientes, vindos de todos os cantos do Estado (Lima et al., 2012).

²⁸ Em 2013 houve uma ACP – Ação Civil Pública – que levou a criação do REUNI, para regular o acesso as vagas de alta complexidade no Estado do Rio de Janeiro, segundo o Gestor A.

critério de desassistência também deveria ser considerado. Neste acordo, foi estabelecido o perfil da central única definindo as competências entre a equipe da SMS Rio e a equipe de regulação da SES RJ. Ficou ainda definido que a unificação se daria pela utilização de um Sistema Estadual de Regulação (SER) (operada pela SES /RJ e regula a atenção especializada no ERJ) e a Plataforma SMS Rio, operada pelo município do Rio de Janeiro (que regula as unidades de saúde geridas pela SMS/RJ).

Atualmente, o SER encontra-se situado na sede da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro, em um prédio recém-inaugurado (2023), dispondo de um espaço amplo, o que possibilitou um aumento considerável no tamanho da equipe, em mais de 100 componentes (tabela 04).

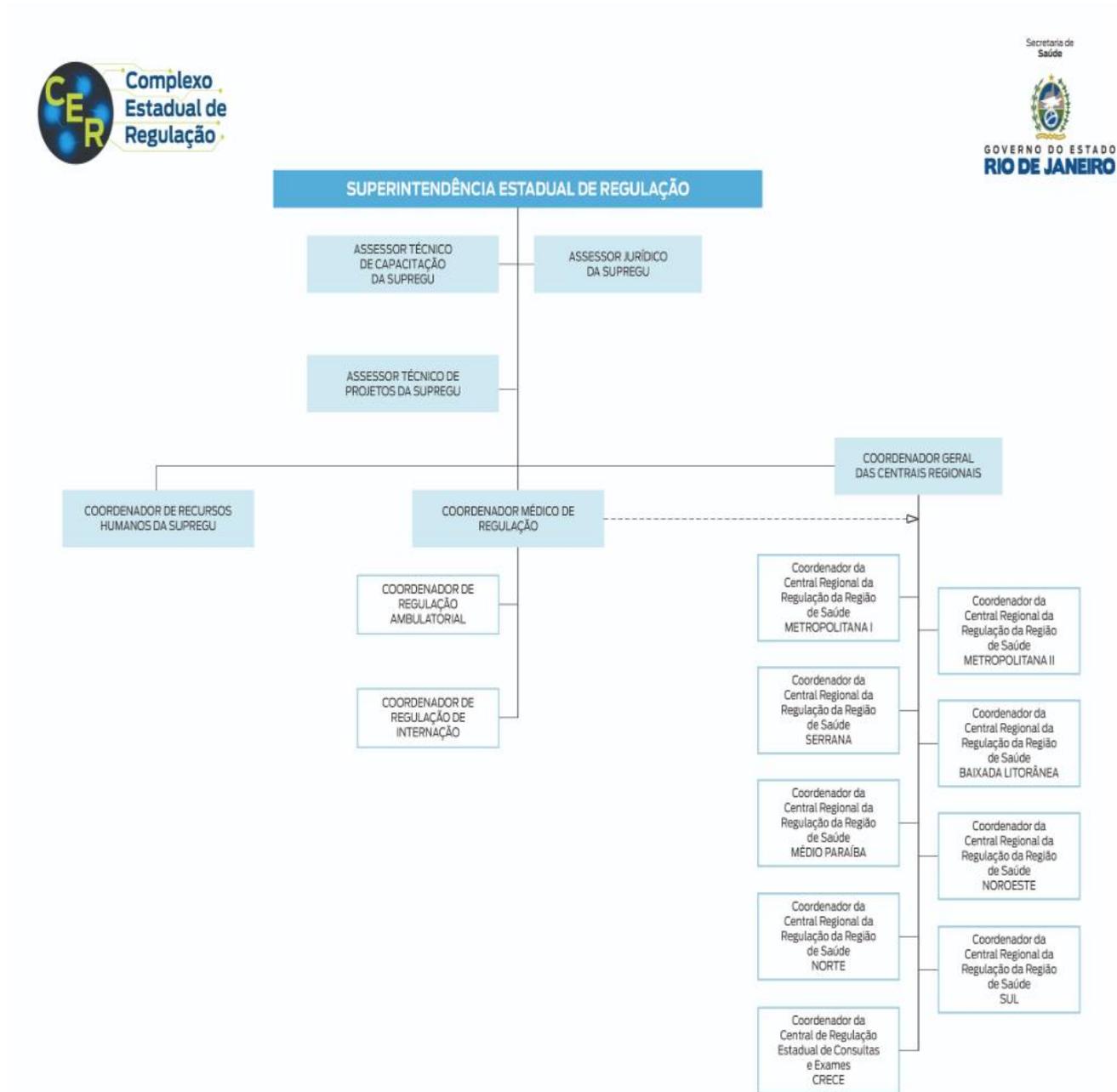
Tabela 04: Quantitativo de Profissionais inseridos no Complexo Regulador do Estado do Rio de Janeiro, 2023

| FORÇA DE TRABALHO | QTD |
|-------------------------------|------------|
| Superintendente de Regulação | 1 |
| Coordenadores | 11 |
| Assessores | 4 |
| Advogados | 5 |
| Médicos | 128 |
| Enfermeiros | 70 |
| Assistentes Sociais | 5 |
| Odontólogo | 1 |
| Administrativos | 240 |
| Sanitarista | 1 |
| Especialista em Gestão | 1 |
| Total de Profissionais | 467 |

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2023b

A figura 05 ilustra o organograma do Complexo Regulador do Estado do Rio de Janeiro, onde se vê que cada região de saúde do estado conta com um coordenador de regulação regional.

Figura 05: Organograma do Complexo Regulador do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2023b

Cabe ainda destacar o crescente processo de judicialização dirigido aos Complexos Reguladores, em especial àqueles localizados na capital do estado do Rio de Janeiro, tanto em ações individuais quanto em ações civis públicas coletivas, movidas por cenários de desassistência reiterados. Tais ações têm orientado a participação da SES-RJ na oferta dos serviços deficitários, fazendo parte de seu planejamento. O financiamento das ações de saúde, que tem também deve ser considerado na definição do planejamento da assistência à saúde no estado do Rio de Janeiro será abordado no próximo item.

4. 2. 2 – A questão do financiamento da RAS no estado do Rio de Janeiro

A implantação de um sistema integrado de regulação de vagas com os municípios que compõem a região metropolitana aponta para uma busca em facilitar o acesso aos serviços. Deste modo, o acesso e o domínio da informação sobre o orçamento e os gastos na assistência à Saúde são fundamentais para garantir a consolidação de seu financiamento. Os recursos orçamentários garantem a implantação e custeio de programas, serviços, benefícios e projetos contidos nos planos municipais, estaduais, federal e nacional. A trajetória de financiamento das ações e serviços de saúde evoluiu do pagamento por procedimentos aos prestadores de serviços, característica da década de 70, passando na década de 80 para as Ações Integradas de Saúde (AIS) e em 1987, para o Sistema Único de Saúde e Descentralização da Saúde (SUDS).

Mecanismos reguladores então foram criados para estabelecer critérios e regulações. Todos esses aspectos deram origem às Normas Operacionais Básicas, fruto de um forte processo político de pactuação entre gestores.

A NOB 01/91 constituiu-se de um conjunto de Portarias (15,16, 17, 19, e 20) da SNAS/MS, de 8 de janeiro de 1991 e da Resolução 158, anexo 2, publicadas pelo Diário Oficial da União em 10/01/1991. Destacam-se a criação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) como forma de pagamento a prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais. Definiram-se ainda nesta NOB as quantidades de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Unidade de cobertura ambulatorial (UCA) a serem distribuídas

mensalmente a cada Estado, segundo critério populacional²⁹. A NOB 01/91 sofreu reformulações com valores ajustados no tempo.

O SUS passou a ser financiado por meio do Orçamento da Seguridade Social, que engloba a saúde, a previdência e a assistência social e, no caso da saúde, as principais fontes de recursos previstas foram a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), pagas pelas empresas à União. No entanto, a perspectiva de construção de um orçamento único para a seguridade social foi esvaziada em meio a disputas com a área econômica do governo e também entre as áreas da seguridade social entre si. Ao longo do processo de implementação do SUS, ele foi sendo permanentemente subfinanciado, merecendo destaque a adoção de mecanismos de remanejamento dos recursos da seguridade social para outros fins, entre eles o Fundo Social de Emergência, posteriormente substituído pela Desvinculação da Receita da União (DRU). Em meio a esse cenário, é aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29/ 2000).

Após a aprovação da EC nº 29, em 2000, e a sua regulamentação em 2012, por meio da Lei Complementar nº 141/2012 e do Decreto lei nº 7.827/2012, foram definidos os percentuais de aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo no SUS e, também, o que são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde para efeito de apuração desses recursos mínimos (Brasil,

²⁹ | – FINANCIAMENTO DO SUS PELO ORÇAMENTO DO INAMPS 1.1. Financiamento das Atividades Hospitalares 1.1.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos de saúde e pelos serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde serão pagas através do Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio AIH (Autorização de Internação Hospitalar). 1.1.2. O quantitativo de Autorização de internação Hospitalar – AIH, a cada unidade executora, será proporcional à população, obedecidas as normas específicas já expedidas sobre a matéria, cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde a sua distribuição entre municípios e prestadores (INAMPS, 1991). O pagamento aos prestadores de serviços de saúde é feito pelo nível de governo responsável pela sua gestão. Independentemente do nível de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para os Serviços Ambulatoriais (SIA) e outro para o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). No caso específico das internações hospitalares, embora o pagamento do serviço prestado seja descentralizado, o processamento das informações pelo SUS é realizado de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Deste modo, todo o sistema público utiliza uma única tabela de preços, definida pelo Ministério da Saúde, para pagamento aos prestadores de serviços de saúde (BRASIL, 2003). Portanto, independentemente do tempo de internação ou dos custos reais incorridos com os pacientes, o valor repassado pelo SUS aos hospitais segue a tabela única para cada procedimento. Na definição desse valor é esperado que o prestador de serviços utilizasse de forma eficiente os recursos disponíveis, entendendo que dessa forma o recurso repassado pelo sistema é adequado para a realização dos procedimentos.

2000, 2012a, 2012b). Quando da aprovação da EC nº 29/2000, ficou estipulado que a União deveria aplicar anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual. Os estados e o Distrito Federal aplicariam no mínimo 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. Já os municípios aplicariam no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal (CONASS, 2015).

Apesar do esforço representado pela EC de garantir maior aporte de recursos para o SUS, manobras foram criadas para drenar recursos da saúde para outros fins. O mais expressivo deles é a desvinculação de receitas da União (DRU) utilizada por sucessivos governos para desfinanciar o sistema.

As regras de vinculação de recursos públicos para o financiamento do SUS, definidas pela EC nº 29/2000, foram mantidas até 2015. Nesse ano, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 alterou o inciso I do §2º do art. 198 da Constituição Federal referente ao valor mínimo e as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde. Pela EC nº 86/2015 a aplicação seria equivalente a 15% da receita corrente líquida, sendo que o percentual seria aplicado de modo gradual a partir de 2016, evoluindo em cinco anos de, no mínimo, 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5%, 15%, incluindo para o compute do montante mínimo 50% das emendas individuais de parlamentares e os recursos dos royalties do petróleo.

A Portaria GM/MS nº 1.073, de 23 de julho de 2015 dispôs sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento dos saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014, desde que fossem cumpridos previamente alguns requisitos. O remanejamento poderia ser realizado para blocos de financiamento distintos daquele no qual houve saldo financeiro disponível, com exceção dos Blocos de Atenção

Básica, de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde e o Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde do Bloco de Gestão do SUS.

A implantação das redes de atenção à saúde nos estados, desde 2014, tem sido significativamente afetada pelos problemas orçamentários do Ministério da Saúde, sendo que nos últimos anos têm-se observado que novos serviços relacionados a essas redes têm seu financiamento feito, cada vez mais, às custas de recursos estaduais e municipais. Desta forma, vários serviços na área de urgência e emergência, saúde mental e materno-infantil estão em funcionamento sem que tenha havido aporte de recursos federais, mesmo que isso esteja previsto nas portarias mencionadas acima. Além disso, a falta de correção dos valores de repasses previstos nas portarias específicas das redes tem aumentado a participação proporcional no financiamento desses serviços para estados e municípios (Marques; Piola; Roa, 2016).

Os repasses sobre os serviços hospitalares e ambulatoriais para os prestadores de serviços privados são feitos por remuneração por serviços produzidos pelas instituições credenciadas no SUS. Elas não precisam ser públicas, mas devem estar cadastradas e credenciadas para realizar os procedimentos pelo serviço público de saúde. O repasse é feito mediante a apresentação de fatura, que tem como base uma tabela do Ministério da Saúde (TabNet) que especifica quanto vale cada tipo de procedimento. A Portaria 544, de 03 de maio de 2023, que estabeleceu os critérios e procedimentos para execução de despesas em ações e serviços públicos de saúde autorizadas na LOA 2023 com base no art. 8º da Emenda Constitucional nº 126, de 2022.

Essa portaria estabelece critérios para a destinação de mais de R\$ 3 bilhões para todos os estados e municípios. Esse recurso foi destinado à pasta pelo relator do orçamento após autorização dada pela emenda constitucional nº 126³⁰, na esteira da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), de dezembro de 2022 que declarou inconstitucional o

³⁰ Que altera a CF 88 para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023 permitindo gastos além do Teto Orçamentário.

chamado “orçamento secreto”³¹. Segundo a portaria do Ministério da Saúde, os recursos poderão ser usados em ações de estruturação ou de assistência emergencial ao custeio de unidades e serviço na atenção primária ou na atenção especializada. Com prazos e procedimentos acessíveis no portal do Fundo Nacional de Saúde (FNS), o instrumento normativo busca garantir transparência ao repasse feito a estados e municípios enquanto orienta os gestores locais do SUS na proposição de projetos.

Os gestores das entidades, ao assinarem o termo aditivo, comprometem-se a executar os recursos dentro do objeto da Portaria GM/MS nº 544/2023, dando prioridade para o custeio dos serviços hospitalares e dos serviços com solicitação de financiamento em tramitação no Ministério da Saúde. Os documentos comprobatórios das despesas permanecerão na entidade, pelo prazo mínimo de 5 anos, podendo ser solicitados para consulta e análise pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), pela Contadoria e Auditoria Geral do Estado (CAGE) ou pelo Tribunal de Contas (TCE).

Os recursos para custeio de serviços da Atenção Especializada estão previstos para propostas apresentadas pelos gestores estaduais, municipais e distrital da saúde para financiamento emergencial de serviços de saúde. As entidades que tiverem suas propostas cadastradas e aprovadas no SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde), e que estiverem sob gestão estadual, receberão os recursos através de termo aditivo ao contrato vigente. A prioridade na execução dos recursos é o custeio dos serviços em funcionamento e daqueles com solicitação de financiamento em tramitação no Ministério da Saúde.

A maioria dos estudos, quando se referem à questão público privado, estudam a duplicidade de cobertura, ou como o impacto da cobertura dos planos de saúde na regulação do público (Santos, 2009). Posto que, se o seguro privado atende a uma demanda específica das pessoas, é importante conhecer como isso se dá na prática do sistema de saúde, de que forma interfere na proteção social e afeta as desigualdades de saúde da nossa população.

³¹Surgiu com a criação de uma nova modalidade de emendas parlamentares. Emendas são recursos do Orçamento da União direcionados por deputados para suas bases políticas ou estados de origem. As verbas devem ser usadas para investimentos em saúde e educação. Em 2019, o Congresso aprovou novas regras, que ampliaram o poder do relator. Ele passou a liberar valores do Orçamento a pedido de deputados e senadores. Nos sistemas do Congresso, não aparecem os nomes dos parlamentares que são beneficiados, somente o nome do relator. Daí a expressão orçamento secreto.

Afinal, se as sociedades têm que conviver com a presença do mix público-privado nos sistemas de saúde, a questão que deve ser colocada é em que base deve se dar esse arranjo para que os objetivos das políticas de saúde sejam preservados. Desta forma, Santos (2009) coloca apontamentos das questões teóricas sobre o mix do tipo complementar e com cobertura duplicada, que diferem dos objetivos da política de regulação que vem sendo destinada ao mercado de seguros privados no Brasil, buscando como este mix se dá na realidade do sistema de saúde brasileiro.

A isso se adicionam os modelos de gestão. Estudo de Barbosa e Elias (2010) teve como objetivo analisar o processo de implementação das organizações sociais de saúde (OSS), no Estado de São Paulo, focalizando o papel desempenhado por fatores como autonomia administrativa e financeira, direcionamento proposto pelo contrato de gestão e o emprego de instrumentos e práticas gerenciais inovadoras, como fatores que condicionam o ganho de eficiência destas (OSS) frente às unidades da administração direta (AD).

Neste, apontaram para a influência positiva da autonomia administrativa e financeira, da direcionalidade imprimida aos processos de trabalho pelas metas estabelecidas no contrato de gestão e de tecnologias gerenciais inovadoras com uso intensivo da informação como base para a tomada de decisão. Este resultado, longe de indicar a completa conversão da AD para a publicização por meio do modelo OSS, aponta para as possibilidades e limites de desenvolvimento da AD, pela incorporação de tecnologias gerenciais implementadas no âmbito das OSS.

Entretanto, Cohn (2003) sinaliza que a perspectiva da desigualdade social implica necessariamente a posição relativa dos distintos segmentos sociais entre si, uma vez que o fator nuclear reside na distribuição comparativa dos indivíduos em gradientes distintos de acesso ao consumo a determinados bens e serviços. Nesses termos, pobreza e indigência, por exemplo, são definidas a partir de parâmetros relativos e não absolutos, possibilitando que se retome a perspectiva dialética da sua superação, ao contrário do caso anterior, que circunscreve a pobreza ao círculo restrito de ações que “aliviem” a condição imediata de vida desses grupos social.

A matriz da pobreza, portanto, é radicalmente distinta da matriz da desigualdade social, tanto no que diz respeito às análises que daí se derivam sobre a própria sociedade

quanto no que diz respeito, conseqüentemente, às formas de se analisar como ela as enfrenta. Restringindo-se à primeira dessas dimensões, ganha destaque a questão dos sujeitos sociais e o lugar que ocupam nas sociedades contemporâneas, para o que a questão dos movimentos sociais e dos novos sujeitos sociais, ou dos segmentos organizados da sociedade, passa a ser de especial interesse.

Em conseqüência, quando se pensa nas implicações sociais e políticas da opção pela pobreza ou pela desigualdade como perspectiva de análise – e conseqüentemente de formulação de políticas –, o que está em jogo é exatamente a opção de se enfrentar ou não a questão proposta por Marshall (1967) já no início dos anos 60: a da tensão irreduzível, no que diz respeito aos direitos sociais, entre o princípio da igualdade que os postula e as desigualdades inerentes ao mercado.

Essa tensão, no entanto, à época compunha uma realidade em que, como aponta Santos (1997), o paradigma capitalista caracterizava-se pela contradição entre os princípios da emancipação, apontando para a igualdade e a integração social, e o da regulação, gerindo os processos de desigualdade e exclusão social produzidos pelo próprio desenvolvimento capitalista; já na atualidade, essa contradição deixa de ser criativa, constituindo-se a emancipação não mais no outro da regulação, mas no seu duplo, gerando uma crise nos padrões de regulação e de gestão controlada do sistema de desigualdade e de exclusão social.

Isso na medida exata em que se verifica nas sociedades contemporâneas o mercado transformando-se no fator central de articulação e organização da sociedade, rompendo-se os contratos sociais de solidariedade que lhe eram próprios e passando a prevalecer os princípios e as regras da esfera privada sobre aqueles inerentes à esfera pública. E, como conseqüência, perde-se a concepção do direito de cidadania, que passa a ser subsumida pela de direito do consumidor (Cohn, 2003).

Neste sentido, divergindo dos objetivos e desafios da política de regulação em saúde, que é proporcionar o cuidado adequado em tempo oportuno aos usuários do SUS, tendo como base os princípios o que norteiam, a universalidade, a equidade e a integralidade, sobressaem-se as regras da iniciativa privada, onde quem tem mais recursos acaba por “furar a fila” realizando exames e consultas complementares “por fora do sistema” fazendo

com que quem os aguarda pelo SUS “fique para traz”, o que traz conflitos nos padrões de regulação da assistência.

Meniccuci (2012), tomando como objeto de estudo a assistência à saúde no Brasil, afirma que o contexto atual é dependente "das políticas ou escolhas anteriores, particularmente a partir da década de 60" (p. 18), quando um padrão de relação com o privado foi aperfeiçoado e institucionalizado, constituindo interesses, organizações e concentrando recursos políticos que estruturaram a dualidade público/privado da atenção à saúde no país.

O estabelecimento e a estruturação de um sistema privado, desde as caixas de aposentadorias e pensões nos anos 30, com as primeiras formulações das políticas de saúde no Brasil, vieram configurando um padrão institucional e cognitivo, fomentando regras e ideias, bem como constituindo grupos de interesses sobre os serviços e ações de saúde. Nos anos 60, quando se instaurou uma assistência médica de caráter empresarial tanto na prestação de serviços públicos quanto na criação de um sistema privado independente - incentivado pelo caráter meritocrático das formas de proteção social - foi estabelecido um padrão de comportamento político e institucional que vem sendo desenvolvido e reforçado, com grande dificuldade de reversão.

Desta forma, aponta que o fortalecimento do setor privado no Brasil:

"não decorre de uma tendência atual de privatização na saúde (...). O crescimento do setor privado - traduzido seja na prestação de serviços por unidades privadas, seja na existência de formas privadas de financiamento, gestão e acesso a serviços de saúde - é anterior ao movimento de valorização do mercado, fruto das reformas econômicas dos anos 90 no país (...). O desenvolvimento recente da política de saúde encontra seus fundamentos no próprio formato institucional da prestação da assistência à saúde no Brasil, caracterizada, desde sua constituição, por formas híbridas, com justaposição ou articulação de mecanismos privados e públicos, quando foram feitas escolhas por formas privadas de assistência" (Menicucci, 2007 p. 45-46).

Goldenberg et al (2003) sinaliza que o estado do Rio de Janeiro, onde a presença das empresas médicas tem sido historicamente proeminente, observa-se sua relevância quantitativa. Esta situação nos confronta com uma mudança significativa na estrutura de interesses relacionados à saúde, uma vez que testemunhamos o recuo de um dos principais agentes sociais (o estado), com influência decisiva no perfil da organização da atenção à saúde. Os autores apontam que esta gestão híbrida leva a um:

“potencial de conflitos ensejados em torno desta iniciativa. Para os hospitais, significa poder beneficiar-se de recursos extras em meio a uma crise financeira

aguda, originada pela drástica queda no patamar de repasse de recursos federais nos últimos anos. Assim, para os que estão à frente da gestão dessas instituições, os contratos com a área privada permitem maior autonomia gerencial, porque os recursos públicos deixam de ser a única fonte de financiamento, ainda que continuem a ser a principal” (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003, p. 25).

O surgimento de novos intervenientes ligados à esfera municipal, no contexto da descentralização político-financeira em andamento, é um elemento que contribui para a reconfiguração do setor privado dentro da arena política setorial. Com a transferência da responsabilidade de gestão para os estados e, sobretudo, para os municípios, verifica-se uma dispersão dos locais de negociação e conflito de interesses relacionados à saúde. Essa dinâmica contrasta com o modelo adotado nas décadas precedentes, quando os arranjos político-clientelistas entre o setor privado contratado e a tecnoburocracia se concentravam primordialmente no âmbito federal (Goldenberg; Marsiglia; Gomes, 2003), o que traz elementos para se pensar o formato de configuração que a RAO vem tomando na RM II no ERJ, que será abordado no ponto seguinte deste capítulo.

4. 3 – A PEAO e a Rede de Atenção Oncológica no estado do Rio de Janeiro

No Estado do Rio de Janeiro, foi publicada a lei nº 5.809, de 25 de agosto de 2010, que cria a Rede de Atenção Oncológica do Estado do Rio de Janeiro, estabelecendo a criação de fluxos de regulação para os atendimentos nesta área, definindo os objetivos da rede e as atribuições do gestor da rede, no caso, o Estado.

O Plano de Atenção Oncológica do Estado do Rio de Janeiro (PEAO) que baliza o planejamento da atenção oncológica no Estado do Rio de Janeiro, de acordo com os eixos, objetivos estratégicos, ações e metas prioritárias definidas no Plano Estadual de Saúde foi publicizado em 2017. Ressalta-se que o próprio Plano Estadual de atenção oncológica aponta que os bancos de dados do Estado do Rio de Janeiro estão desatualizados e que ainda não conta com o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) implantado e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) precisa ser reestruturado. Para ambas as fontes de registro e informação há metas previstas neste Plano. Para o estado, as informações utilizadas no presente documento tiveram como fonte, além das estimativas do INCA, o

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), cuja base estadual é mais atualizada do que aquela disponibilizada pelo DATASUS.

O PEAO aponta que se observa a tendência de crescimento da mortalidade por câncer em todas as regiões, chamando a atenção para a necessidade do estabelecimento de diretrizes para o enfrentamento da doença oncológica em todas as suas vertentes, nos municípios/regiões: prevenção, promoção, rastreamento, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos, além do estabelecimento e aprimoramento dos fluxos inter-regionais para atender as necessidades assistenciais de usuários e familiares.

Em suas diretrizes, aponta as competências para os subcomponentes ambulatorial e hospitalar da Atenção Especializada, constituindo um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado, definindo as orientações estaduais para cuidados em oncologia de forma integrada, de forma a contemplar as diferentes ações necessárias e também as especificidades regionais.

Neste documento, foram elencados eixos prioritários do cuidado da pessoa com câncer no ERJ, que são: 1. Promoção e Prevenção da Saúde (Promoção da saúde e Prevenção ao Câncer, Territorialização e determinantes sociais em saúde e Equipes de Atenção Básica e a promoção da saúde e prevenção ao câncer); 2. Assistência (Detecção Precoce / Diagnóstico, Capacidade instalada na Atenção Básica, Detecção precoce, Rastreamento, Diagnóstico Precoce, Atenção Básica e o acompanhamento do paciente e sua família durante o tratamento e reabilitação, Atenção Especializada, Média Complexidade Ambulatorial, Diagnóstico em oncologia, Projetos de Centros de Diagnóstico em Oncologia, Alta Complexidade, Unidades de referência de alta complexidade, Parâmetros para avaliação da necessidade de serviços de alta complexidade); 3. Assistência Farmacêutica; 4. Cuidados Paliativos (Cuidados Paliativos e o papel da Atenção Básica); 5. Educação; 6. Sistemas logísticos (Registro Hospitalar de Câncer (RHC); Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP); Sistema de Informação do Câncer – SISCAN); 7. Regulação (Regulação na Atenção Básica). A partir destes eixos, foram elencados cronograma, indicadores, metas e prazos, que, no entanto, ficaram prejudicados com a decretação da pandemia de COVID em 2020.

Em 2019, foi publicada a resolução SES nº 1908 de setembro de 2019, que instituiu a Câmara Técnica de Oncologia do Estado do Rio de Janeiro, composta por diferentes instituições³² para propor sugestões / alterações em relação ao PEAQ, que era uma das metas, incluída no objetivo de implantar mecanismos de regulação do acesso à assistência, através de ferramentas de gestão que permitam a operacionalização de centrais de oncologia, coordenadas e articuladas entre si, dentro do eixo:7. Regulação, tendo por atribuições: I - Propor estudos para condução da Política Estadual de Atenção Oncológica no Estado do Rio de Janeiro e II - Atuar como estância consultiva e assessoramento técnico com o objetivo de estudos e análises científicas, para possibilitar a propositura de políticas, legislações, normas, procedimentos, notas técnicas, instruções, atos e ações que afetam, direta ou indiretamente, à atenção oncológica no Estado do Rio de Janeiro. Entretanto, com a pandemia de COVID, o funcionamento da Câmara foi suspenso, tendo sua retomada planejada para o ano de 2024, segundo o Gestor B, na entrevista realizada.

A regulação dos serviços de saúde da Rede de Atenção Oncológica no estado é dividida por níveis de complexidade e por natureza da instituição. A oferta de consultas especializadas e de exames está localizada nos hospitais federais, universitários e estaduais e é regulada pela REUNI. A CREG Metro II realiza a regulação de acesso à Radioterapia no prestador isolado que se localiza em Niterói, como será discutido no próximo capítulo.

Tomam-se aqui para análise os dados de produção de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica a partir de informações disponíveis em (Rio De Janeiro, 2017c),

³²A composição da câmara técnica incluiu a indicação do titular e seu suplente, de Representantes da Secretaria de Estado de Saúde, com a seguinte vinculação:03 (três) representantes da Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação; 01 (um) representante da Superintendência de Atenção Primária à Saúde; 01 (um) representante da Superintendência de Regulação; 01(um) representante da Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; 01 (um) representante da Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde; 01 (um) representante do HEMORIO; 01(um) representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro - COSEMS-RJ; 01(um) representante do Conselho Estadual de Saúde; 01(um) representante do Instituto Nacional do Câncer - INCA; 01(um) representante do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro; 01(um) representante do Instituto Desiderata; 01(um) representante da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia - ABRALÉ; 01 (um) representante do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho; 01 (um) representante do Hospital Universitário Gaffrêe Guinle; 01 (um) representante do Hospital Universitário Antônio Pedro; 01 (um) representante do Hospital Universitário Pedro Ernesto; e 01 (um) representante da Sociedade Brasileira de Oncologia.

calculadas com base no SIHSUS e no SIASUS. Os dados encontram-se sistematizados nas tabelas 05 e 06.

Tabela 05. Produção de procedimentos oncológicos, segundo região de saúde e de ocorrência, novembro de 2016 a novembro de 2017.

| Região de Saúde | Procedimentos realizados ¹ , segundo região de residência | | | Procedimentos realizados ¹ segundo região de ocorrência | | |
|--------------------------|--|---------------|--------------|--|---------------|--------------|
| | Cirurgia | Quimioterapia | Radioterapia | Cirurgia | Quimioterapia | Radioterapia |
| Baía da Ilha Grande | 76 | 2.619 | 10.280 | 0 | 0 | 0 |
| Baixada Litorânea | 419 | 19.128 | 42.477 | 306 | 17.285 | 0 |
| Centro Sul | 135 | 8.338 | 26.700 | 103 | 6.897 | 0 |
| Médio Paraíba | 327 | 19.793 | 79.520 | 172 | 19.994 | 100.199 |
| Metropolitana I | 4.194 | 94.425 | 327.575 | 5.147 | 109.673 | 349.473 |
| Metropolitana II | 799 | 24.291 | 96.089 | 241 | 16.185 | 84.429 |
| Noroeste | 230 | 6.506 | 46.383 | 246 | 6.781 | 48.389 |
| Norte | 555 | 21.122 | 84.833 | 519 | 20.575 | 122.861 |
| Serrana | 660 | 22.084 | 66.830 | 517 | 11.925 | 75.336 |
| Estado do Rio de Janeiro | 7.395 | 218.306 | 780.687 | 7.251 | 209.315 | 780.687 |

Fonte: PEAQ, 2017

Tabela 06. Percentual de procedimentos realizados, segundo os esperados por região de saúde e de ocorrência.

| Região de Saúde | % Procedimentos realizados/esperados para pacientes oncológicos novos da região, segundo região de residência. | | | % Procedimentos realizados/esperados para pacientes oncológicos novos, segundo região de ocorrência. | | |
|--------------------------|--|---------------|--------------|--|---------------|--------------|
| | Cirurgia | Quimioterapia | Radioterapia | Cirurgia | Quimioterapia | Radioterapia |
| Baía da Ilha Grande | 14,3 | 84,8 | 47,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Baixada Litorânea | 28,7 | 436,1 | 49,8 | 20,9 | 394,0 | 0,0 |
| Centro Sul | 21,7 | 229,3 | 73,4 | 16,5 | 189,6 | 0,0 |
| Médio Paraíba | 19,5 | 202,8 | 81,5 | 10,3 | 204,9 | 102,7 |
| Metropolitana I | 21,8 | 84,0 | 29,2 | 26,7 | 97,6 | 31,1 |
| Metropolitana II | 20,8 | 108,2 | 42,8 | 6,3 | 72,1 | 37,6 |
| Noroeste | 35,9 | 174,3 | 124,2 | 38,4 | 181,6 | 129,6 |
| Norte | 32,7 | 213,5 | 85,7 | 30,6 | 207,9 | 124,2 |
| Serrana | 37,1 | 212,5 | 64,3 | 29,0 | 114,8 | 72,5 |
| Estado do Rio de Janeiro | 23,5 | 121,5 | 42,7 | 23,0 | 116,5 | 42,7 |

Fonte: PEAQ, 2017

O número mínimo de procedimentos esperados de quimioterapia para os casos novos de câncer estimados foi superado para os usuários de quase todas as regiões de saúde (de 108,2% a 229,3%, destacando-se a Baixada Litorânea com 436,1%), à exceção

da Baía da Ilha Grande e da Metropolitana I, que tiveram, respectivamente, apenas 84,8% e 84% de seus casos novos estimados alcançados.

Os procedimentos de radioterapia para usuários com câncer da região Noroeste superaram a produção esperada para os casos novos de câncer estimados da região (124%). Para os usuários das regiões Médio Paraíba e Norte, os procedimentos de radioterapia realizados corresponderam a mais de 80% da produção esperada para seus casos novos estimados, enquanto para os usuários das demais regiões foi significativamente abaixo do esperado para seus casos novos (29,2% a 73,4%).

De acordo com a informação da regulação estadual, a maioria dos pacientes regulados no SER com indicação de radioterapia a realiza, embora muitos dos casos em atendimento não sejam casos novos. O atendimento em cirurgia oncológica encontra-se bem abaixo do esperado para os casos novos de câncer em todo o estado (de 14,3% a 37,1%).

A produção dos procedimentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgias oncológicas é heterogênea, segundo a região executora: a Baía da Ilha Grande não ofertou nenhum dos procedimentos e as regiões Baixada Litorânea e Centro Sul não ofertaram radioterapia.

Quanto às regiões executoras de procedimentos de quimioterapia, apenas as Metropolitanas I e II apresentaram produção inferior à necessária para atender aos seus casos novos estimados (97,6% e 72,1%, respectivamente), enquanto todas as demais superaram a produção esperada para os seus casos novos (de 114,8% a 394%).

Na produção de radioterapia, as regiões Metropolitanas alcançaram pouco mais de um terço da demanda esperada para seus casos novos e a Serrana 72,5%, enquanto as regiões do Médio Paraíba, Norte e Noroeste a superaram (102,7 a 129,6%). De acordo com a informação da regulação estadual, a maioria dos pacientes regulados no CER com indicação de radioterapia a realiza, embora muitos dos casos em atendimento não sejam casos novos.

A produção de cirurgias, quando analisada segundo a região executora, variou de 0 a 38,4% do esperado para os casos novos de câncer. Embora haja oferta de vagas para cirurgia geral em oncologia, as muitas restrições existentes impactam nas filas da regulação.

A ausência da oncologia clínica, contribuindo para os critérios de eleição - inclusão e exclusão - à cirurgia, é uma importante questão da regulação oncológica atual. A oncologia clínica não é regulada. É importante ressaltar que o diagnóstico tardio do câncer impacta na eleição à cirurgia. Outro fator que contribui para esse cenário deficitário é a baixa produção de alguns prestadores.

Nas regiões Metropolitana II, Médio Paraíba, Norte, Noroeste e Serrana, os prestadores superaram os parâmetros mínimos de produção de radioterapia estabelecidos em suas habilitações, o que não ocorreu com o prestador da Baixada Litorânea (QUADRO 06). Dos 12 prestadores de serviço em radioterapia localizados na região Metropolitana I, apenas o Hospital Mario Kroeff (UNACON) e o INCA I (CACON) superaram a produção mínima prevista. O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (CACON) não atingiu a produção mínima esperada para os procedimentos cirúrgicos, bem como para a radioterapia. Nas regiões Baía da Ilha Grande e Centro Sul não houve prestador habilitado para radioterapia.

Os procedimentos cirúrgicos em oncologia ficaram abaixo dos parâmetros mínimos estabelecidos para a habilitação dos prestadores de serviços, em todas as regiões de saúde, e apenas os serviços INCA (Hospital do Câncer I, Hospital do Câncer II e Hospital do Câncer III) e Hospital Mario Kroeff (localizados na Metropolitana I) superaram o número mínimo de cirurgias previstas na habilitação.

A Rede de Alta Complexidade em Oncologia no estado do Rio de Janeiro é composta por 28 UNACONs/CACONs, dois serviços de radioterapia isolados em funcionamento e cinco hospitais gerais com cirurgia oncológica, distribuídos em 12 municípios, localizados em oito das nove regiões de saúde do estado.

Cada região, de acordo com a especificidade de sua rede assistencial local, possui necessidades complementares que são atendidas em outras regiões de saúde, ou seja, nenhuma delas possui suficiência na oferta de serviços, seja nas especialidades ou modalidades de tratamento, seja no quantitativo de procedimentos. Esse formato de rede é resultado de um planejamento com base em oportunidades de ofertas de serviço.

Quadro 06. Comparativo da produção da alta complexidade em oncologia, por prestador, segundo parâmetros da habilitação, 2017

| REG | Município | Prestador | Habilitação* | Parâmetros ¹ | Produção 2017 |
|-------------------|----------------|--|-------------------------|--|--|
| Baixada Litorânea | Cabo Frio | Hosp. Santa Izabel (Onkosol) ² | 1707 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 15213 Radiotp - 0 Proc. Cir - 309 |
| Centro Sul | Vassouras | Hosp. Univ. Sul Fluminense ⁵ | 1708 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 6417 Proc. Cir - 105 |
| Médio Paraíba | Barra Mansa | Sta Casa de Misericórdia | 1706, 1707 e 1708 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 5935 Radiotp - 48123 Proc. Cir - 168 |
| | Volta Redonda | HINJA | 1706, 1707 ⁴ | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 12668 Radiotp - 49716 Proc. Cir - 135 |
| Metropolitana I | Nova Iguaçu | Instituto Oncológico | 1704 | Radiotp - 43000 | Radiotp - 38389 |
| | Rio de Janeiro | Clin. de Radiotp. Osolando J Machado (Catete) ³ | 1704 | Radiotp - 43000 | Radiotp - 30473 |
| | Rio de Janeiro | Hospital de Ipanema | 1714 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 0 Radiotp - 0 Proc. Cir - 0 |
| | Rio de Janeiro | Hospital Federal Cardoso Fontes | 1706 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 4475 Proc. Cir - 13 |
| | Rio de Janeiro | Hospital Federal da Lagoa | 1709 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 1390 Proc. Cir - 234 |
| | Rio de Janeiro | Hospital Federal do Andaraí | 1706 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 948 Proc. Cir - 233 |
| | Rio de Janeiro | Hosp. Fed. dos Servid. do Estado | 1707, 1708, 1709 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 2 Radiotp - 0 Proc. Cir - 158 |
| | Rio de Janeiro | Hospital Geral de Bonsucesso | 1708 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 2225 Proc. Cir - 33 |
| | Rio de Janeiro | Hospital Mario Kroeff | 1707 e 1718 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 34093 Radiotp - 98747 Proc. Cir - 845 |
| | Rio de Janeiro | Hosp. Univ. Clementino Fraga Filho | 1712 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 7265 Radiotp - 14599 Proc. Cir - 307 |
| | Rio de Janeiro | Hosp. Universitário Gaffree e Guinle | 1706 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 1858 Proc. Cir - 150 |
| | Rio de Janeiro | Hospital Universitário Pedro Ernesto | 1707, 1708 e 1718 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 6887 Radiotp - 16833 Proc. Cir - 339 |
| | Rio de Janeiro | Inca Hospital do Câncer I | 1713 e 1717 | Quimiotrapia - 5300 | Quimiotp - 21628 |

| REG | Município | Prestador | Habilitação* | Parâmetros ¹ | Produção 2017 |
|------------------|-------------------|--|--------------------------------------|--|--|
| | | | | Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Radiotp - 94389 Proc. Cir - 1220 |
| | Rio de Janeiro | Inca Hospital do Câncer III | 1707 e 1717 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 22444 Radiotp - 11658 Proc. Cir - 716 |
| | Rio de Janeiro | Inca Hospital do Câncer II | 1706 e 1717 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 4537 Radiotp - Proc. Cir - 748 |
| | Rio de Janeiro | Inst. Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti | 1710 | Quimiotp - 5300 | Quimiotp - 10451 |
| | Rio de Janeiro | H. Est. de Transpl. Câncer e Cirurgia Infantil | 1711 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 198 Proc. Cir - 5 |
| | Rio de Janeiro | Inst. de Pueric. e Pediatria Martagão Gesteira | 1711 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 505 Proc. Cir - 2 |
| Metropolitana II | Niterói | CRI Clínica de Radioterapia Ingá | 1704 | Radiotp - 43000 | Radiotp - 76352 |
| | Niterói | Hospital Orêncio de Freitas | 1714 | Cirurgia - 650 | Proc. Cir - 0 |
| | Niterói | Hosp. Universitário Antônio Pedro | 1708 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 9713 Proc. Cir - 207 |
| | Rio Bonito | Hospital Regional Darcy Vargas | 1706 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 5719 Proc. Cir - 66 |
| Noroeste | Itaperuna | Hosp. S. Jose do Avai | 1706, 1707, 1708 ⁶ , 1709 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 5568 Radiotp - 43777 Proc. Cir - 278 |
| Norte | C. dos Goytacazes | Hospital Dr. Beda | 1707 | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 5693 Radiotp - 55488 Proc. Cir - 201 |
| | C. dos Goytacazes | Hospital Escola Álvaro Alvim | 1706, 1707 | Quimiotp- 5300 Radiotp- 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 9473 Radiotp - 56242 Proc. Cir - 230 |
| | C. dos Goytacazes | Soc. Portuguesa de Benef. de Campos | 1706 | Quimiotp- 5300 Cirurgia - 650 | Quimiop - 3537 Proc. Cir - 77 |
| Serrana | Petrópolis | Centro de Terapia Oncológica SC Ltda | 1706 ⁴ , 1715 | Quimiotp- 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiop - 0 Radiotp - 68242 Proc. Cir - 0 |
| | Petrópolis | Hospital Alcides Carneiro | 1706, 1715 ⁴ | Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 11243 Radioterapia - Proc. Cir - 206 |
| | Teresópolis | Hospital São Jose | 1706 | Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650 | Quimiotp - 9332 Proc. Cir - 272 |

Fontes: Produção - SIHSUS/DATASUS; Parâmetros - Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014

¹ Portaria SAS/MS nº140 de 27 de fevereiro de 2014.

² Habilitação em dez/2017. Agenda aberta em março/2018.

³ Fechado em setembro/2017.

⁴ Habilitação em março de 2017.

⁵ Habilitação em novembro de 2017.

⁶ Habilitação em dezembro de 2017.

Habilitações – 1704 - Serviço Isolado de Radioterapia; 1706 - UNACON; 1707 - UNACON com Serviço de Radioterapia; 1708 - UNACON com Serviço de Hematologia; 1709 - UNACON com Serviço de Oncologia Pediátrica; 1711 - UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica; 1712 – CACON; 1713 - CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica; 1714 - Hospital Geral com Cirurgia Oncológica; 1715 - Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar; 1717- Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A; 1718- Oncologia Cirúrgica Hospital Porte B.

Obs.: Os procedimentos assinalados em verde correspondem àqueles que superam a produção mínima prevista na PT 140/2014.

Fonte: PEA0, 2017

Considerando-se apenas os casos incidentes (novos), e com todos os serviços habilitados apresentando a produção mínima esperada na Portaria SAS/MS nº 140 de 2014, o cenário ainda seria deficitário: produção de cirurgias menor que a necessária, em todas as regiões do estado do Rio de Janeiro; produção de quimioterapia insuficiente nas regiões Metropolitanas; e apenas as regiões Centro Sul e Noroeste atendendo à demanda de radioterapia. Portanto, o número de serviços habilitados em oncologia em todas as regiões de saúde do estado não supre a demanda populacional esperada para os casos prevalentes de oncologia de acordo com o PEAO. Considerando-se uma cobertura assistencial SUS na oncologia para 80% da população, há a necessidade de 11 novos serviços, com a seguinte distribuição por região de saúde (Quadro 07):

Quadro 07. Distribuição e suficiência de UNACON/CACON por Região de Saúde

| Região de Saúde | População Total 2018 | População SUS 2018 | Parâmetro UNACON/CACON SUS (1/365.106 hab.) | UNACON/CACON existentes | Déficit |
|--------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|---------|
| Baía da Ilha Grande | 286.726 | 229.381 | 0,6 | 0 | -0,6 |
| Baixada Litorânea | 823.899 | 659.119 | 1,8 | 1 | -0,8 |
| Centro Sul | 338.913 | 271.130 | 0,7 | 1 | 0,3 |
| Médio Paraíba | 909.136 | 727.309 | 2 | 2 | 0 |
| Metropolitana I | 10.450.114 | 8.360.091 | 22,9 | 15 | -7,9 |
| Metropolitana II | 2.101.414 | 1.681.131 | 4,6 | 2 | -2,6 |
| Noroeste | 346.923 | 277.538 | 0,8 | 1 | 0,2 |
| Norte | 935.369 | 748.295 | 2 | 3 | 1 |
| Serrana | 967.466 | 773.973 | 2,1 | 2 | -0,1 |
| Estado do Rio de Janeiro | 17.159.960 | 13.727.968 | 37,6 | 27 | -10,6 |

Fonte: PEAO, 2017

Ainda se faz necessário assinalar que no ERJ, a última pactuação completa, envolvendo todas as Regiões de Saúde do Rio de Janeiro, realizada na CIB, para as referências da Rede de Alta Complexidade Oncológica, conforme relacionado no ANEXO 01 foi publicada em 2014, republicada em 2019, o que denota para a necessidade de negociação constante para a contratualização de novos prestadores, o que pode ser observada nas atas das reuniões da CIB analisadas no período, assunto que será discutido no Capítulo 05 desta tese, juntamente com as entrevistas realizadas com os gestores da Linha de cuidado ao Câncer do Colo do Útero responsáveis pela Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

5. A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro

Este capítulo aborda a organização da Rede de Atenção Oncológica na região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, tendo como foco central a linha de cuidado do câncer de colo de útero. Conforme já sinalizado anteriormente e em consonância aos objetivos traçados pela pesquisa, os resultados foram sistematizados e analisados com base nas três macrodimensões propostas por Meira (2019) em sua pesquisa sobre a conformação da rede de urgências e emergência no Estado de São Paulo. A abordagem realizada buscou triangular as informações obtidas por meio da análise documental, dos dados primários e secundários coletados e das entrevistas realizadas com membros das equipes de gestão que concordaram em participar desta pesquisa.

Os capítulos anteriores desta tese procuraram trazer elementos para subsidiar o debate que emerge em torno do processo de implementação da Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero, abordando aspectos sobre as políticas sociais, a política de saúde enquanto política social e, mais especificamente, sobre as características que a Rede de Atenção Oncológica assume ao se conformar no Estado do Rio de Janeiro, que possui características tão distintas. Assim, neste capítulo, quando será trabalhado as macrodimensões da LCCCU, convém caracterizar a RMII, lócus do estudo realizado.

5.1 O cenário do estudo: algumas características da RMII

Conforme mencionado anteriormente, no processo de estabelecimento das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, foi criada a Região Metropolitana II, composta pelos seguintes municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá³³. A figura 06 ilustra os municípios da região.

³³Relembrando o Quadro 05, no Capítulo 04, onde se caracteriza a Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio de Janeiro, em que se apresenta os municípios que pertencem a Região Metropolitana Administrativa e quais pertencem a Região Metropolitana de Saúde II, relembra-se que os municípios de Rio Bonito e Silva Jardim pertencem a Região Administrativa da Baixada Litorânea.

Figura 06: Mapa da Região de Saúde – Metropolitana II

Fonte: (RIO BONITO, 2022)

Como discutido no capítulo 04 desta tese, o Estado do Rio de Janeiro dividiu, para fins de planejamento em saúde, a Região Metropolitana em duas: a Região Metropolitana I, que congrega a capital do estado e os treze municípios da Baixada Fluminense e a Região Metropolitana II. As diferenças regionais são marcantes e características de um estado que congrega sua população na região metropolitana administrativa.

A Região Metropolitana II configura-se como a segunda maior concentração de população estadual, com mais de 2 milhões de habitantes, o que corresponde a aproximadamente 12% da população total do estado do Rio de Janeiro. Sua área territorial representa aproximadamente 6,2% do total do estado e é formada por municípios com características bastante diversas. Encontra-se muito próxima dos grandes centros urbanos da região Metropolitana I e possui localidades também marcadas por intensa urbanização e elevada densidade demográfica, como Niterói e São Gonçalo. Os dados que aqui serão apresentados baseiam-se, principalmente, no PRI de 2020 da Metropolitana II, considerando que este se encontra em consonância com os dados que foram utilizados

para pautar a Política Estadual de Atenção Oncológica, analisada nesta tese³⁴. A distribuição da população residente pelos municípios da região encontra-se na tabela 07.

Tabela 07. População estimada e densidade de ocupação dos municípios da região Metropolitana II.

| Território | População estimada | | | | Densidade demográfica (hab/km ²) | |
|---------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|---------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Em áreas urbanizadas | Líquida |
| Região | 2.021.674 | 2.034.548 | 2.046.751 | 2.101.414 | 3.571,59 | 840,99 |
| Itaboraí | 229.007 | 230.786 | 232.394 | 238.695 | 1.535,01 | 541,38 |
| Maricá | 146.545 | 149.876 | 153.008 | 157.789 | 1.295,94 | 495,88 |
| Niterói | 496.695 | 497.883 | 499.028 | 511.786 | 5.462,30 | 4.519,23 |
| Rio Bonito | 57.615 | 57.963 | 58.272 | 59.814 | 3.146,74 | 125,19 |
| São Gonçalo | 1.038.079 | 1.044.058 | 1.049.826 | 1.077.687 | 6.267,95 | 4.200,60 |
| Silva Jardim | 21.306 | 21.279 | 21.253 | 21.773 | 2.152,44 | 29,30 |
| Tanguá | 32.427 | 32.703 | 32.970 | 33.870 | 1.855,70 | 228,98 |
| Estado | 16.550.009 | 16.635.996 | 16.718.956 | 17.159.960 | 4.211,99 | 433,26 |

Fonte: SES, 2020

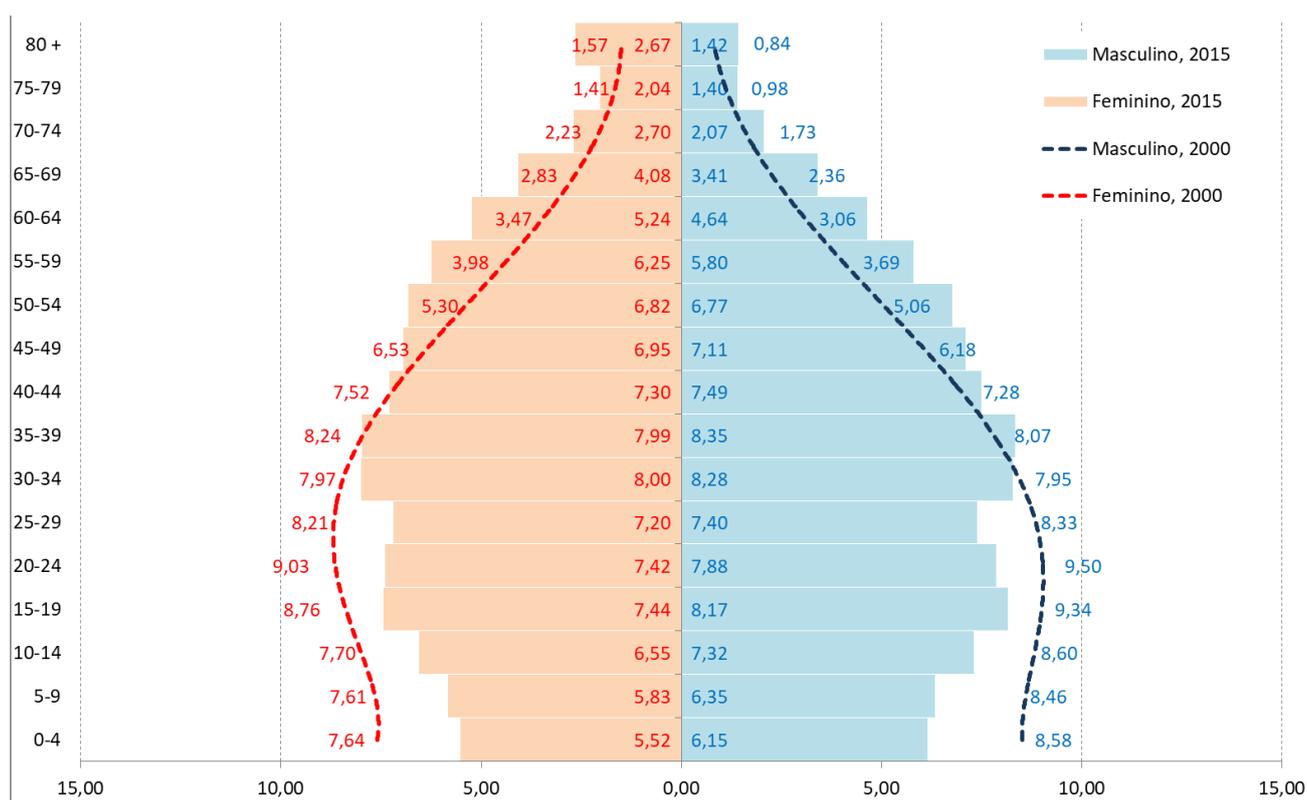
Existe uma variabilidade intermunicipal considerável na razão de sexos, com forte tendência à feminização nos municípios de Niterói e São Gonçalo, enquanto o contrário é observado em Silva Jardim. O mesmo ocorre em relação à densidade demográfica, que oscila entre extremos nestes três municípios. Em média, a concentração da população no território da Metropolitana II supera a média estadual.

Com relação ao incremento populacional, a região também supera a média observada para o estado, com alguns municípios funcionando como polos atrativos de migrantes (Itaboraí e Maricá, este último em grande escala). A taxa de crescimento anual de Maricá supera a média estadual por um fator de até cinco vezes. O município de Niterói, por outro lado, em função de uma fecundidade muito baixa e migratória também reduzida, tende

³⁴Conforme Deliberação CIB-RJ nº 6.250, de 10 de setembro de 2020, o estado do Rio de Janeiro adotou as estimativas populacionais elaboradas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, para o período de 2000 a 2021, baseadas nas Projeções até que houvesse dados mais recentes disponíveis. A Deliberação Conjunta CIB-RJ Nº 27, de 09 de novembro de 2023, pactua o uso da população do Censo de 2022 a partir de 2024, ficando, então, prorrogado o uso da população estimada para 2021 para os anos de 2022 e 2023. Neste sentido, considerando o período definido para esta tese utilizaremos os mesmos parâmetros.

à estabilização do crescimento populacional e, caso se mantenha este comportamento demográfico, à retração populacional em médio prazo, pois apresenta uma idosos e um envelhecimento extremamente altos. A etária regional (gráfico 1) reflete estes resultados.

Gráfico 01. Estrutura etária da região Metropolitana II, 2000 - 2015



Fonte: SES, 2020

Vale registrar que dada sua proximidade territorial, a Metropolitana II conforma uma macrorregião com estreitas relações com a Metro I e com a Baixada Litorânea. Desta forma, Ugá et al (2010) sinalizam a importância de que, mantidos os princípios básicos de organização de redes, os modelos concretos de provisão da assistência devem ser adaptados às realidades específicas locais e os recursos previamente existentes, assim como a estreita relação mantida entre as regiões.

O município de Niterói, que já foi capital do antigo Estado do Rio de Janeiro, antes da fusão com o Estado da Guanabara, configura-se como o que possui maior infraestrutura na Região. A economia é movimentada principalmente pela prestação de serviços, pela área industrial e uma crescente arrecadação de royalties do petróleo, sendo atualmente a

segunda cidade do estado com maior volume de royalties, atrás apenas de Maricá, também localizada na RMII. Isso porque é referência territorial para o campo de Lula, área de exploração de petróleo localizada na Bacia de Santos, a aproximadamente 230 km da costa de Niterói. Com contradições, possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal alto (IDHM), 0,837 em 2010 (IBGE, 2021), mas com cerca de 15% da população residindo em áreas de vulnerabilidade social. Neste sentido, apresenta um contexto de crescimento urbano desigual, com bairros nobres de rendas médias e altas em situações díspares aos assentamentos informais e bairros pobres, com padrão habitacional precário e concentração de população de baixa renda (Niterói, 2020).

A cidade de Itaboraí passou por mudanças substanciais na economia nas últimas décadas. Atualmente, a maior concentração das atividades é verificada nos setores de comércio e serviços. O município passou por um “boom” econômico partindo do processo de implantação do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ), cuja expectativa no empreendimento levou a impactos tanto no setor primário, que se encontrava em declínio por conta de perdas na produção da laranja, e quanto à indústria cerâmica, principais fontes da economia no município até o ano de 2006. Com o processo implementado pela “Lava a Jato”³⁵, esse crescimento econômico foi interrompido, levando ao fechamento de milhares de postos de trabalho e o declínio do crescimento socioeconômico até então vivenciado.

Atualmente, a “nova” economia do município, ancorada no petróleo, se ampara na obra que substitui o antigo Complexo, o qual passou a ser celebrado como Polo GasLub Itaboraí, cujo local abrigará uma Unidade de Processamento de Gás Natural (UPGN) e um gasoduto, em uma perspectiva de recuperação de parte dos empregos perdidos anteriormente (Itaboraí, 2022).

Contexto do processo de emancipações na década de 1990, um distrito do município de Itaboraí passa a ser município com denominação de Tanguá, em 1995, após o desmembramento. Considerado um centro local de baixa influência nos municípios vizinhos,

³⁵ O processo de investigação de corrupção na empresa Petrobrás denominado de “Lava a Jato” levou ao fechamento de diversas empresas ligadas ao ramo da construção, denominadas empreiteiras, que resultou na paralização das obras do Complexo. Para aprofundar na discussão sobre a Lava a Jato e seus impactos no município de Itaboraí ver (Guerra, 2018).

possui um dos PIB mais baixos da região, sendo que 49,4% do valor adicionado advém da administração pública. Na sequência, aparecem as participações dos serviços (40,5%), da indústria (7,4%) e da agropecuária (2,7%). Com esta estrutura, o PIB *per capita* de Tanguá é de R\$ 17,9 mil, valor bem inferior à média do estado (R\$ 43,4 mil) (IBGE, 2021a).

Em contrapartida, o município de Maricá, distante apenas 58 km da cidade do Rio de Janeiro, mantém estreita relação com a Região de Saúde da Baixada Litorânea, com um litoral composto por muitas praias e com o crescimento populacional que a cidade vem vivenciando, juntamente com o grande aporte de royalties de petróleo, que tem retornado ao município com grande investimento em infraestrutura e saúde, entre outros.

O significativo crescimento populacional verificado no município de Maricá parece decorrer predominantemente da imigração verificada de forma progressiva, provavelmente em decorrência da proximidade de grandes centros (Niterói, Rio de Janeiro e São Gonçalo) e pelo aumento da oferta de loteamentos populares. Além disto, na condição também de polo turístico, sendo a cidade mais próxima de Niterói e do Rio de Janeiro (principalmente após a construção da ponte Rio – Niterói), com cerca de 17.558 domicílios particulares de uso ocasional, o município de Maricá recebe expressiva população flutuante durante o verão, nos feriados e nos fins de semana (MARICÁ, 2022).

A cidade de São Gonçalo é a segunda mais populosa do Estado do Rio de Janeiro. Reconhecida como cidade-dormitório, tem o IDHM (0.739) mais baixo que o do Estado (0.761), com uma infraestrutura precária. A própria prefeitura municipal (São Gonçalo, 2021) identifica que possui um índice de apenas 28,7% de urbanização de vias públicas. Entretanto, sua proximidade a cidade do Rio de Janeiro e a facilidade de acesso a capital, considerando que o município é cortado por diversas rodovias, coloca uma grande circulação de mercadorias e pessoas. As atividades econômicas de São Gonçalo são marcadas pelo funcionamento de fábricas, ao mesmo tempo possui produção agrícola, além de empresas de comércio e prestação de serviços, com uma diversidade econômica.

O município de Rio Bonito, que possuía características predominantemente rurais, hoje apresenta uma estrutura bastante diversificada, entre os setores primário (agropecuária), secundário (indústria) e terciário (comércio e serviços), com destaque para o Condomínio Industrial que vem atraindo considerável número de indústrias para a cidade. Em 2020, o PIB *per capita* era de R\$ 28.558,78. Na comparação com outros municípios do

estado, ficava nas posições 46 de 92 municípios do estado e na 1832 entre todos os 5570 municípios do país. Já o percentual de receitas externas em 2015 era de 77,2%, o que o colocava na posição 41 entre os 92 municípios do estado e na 4046 de 5570 municípios brasileiros (IBGE, 2023).

A região de saúde Metropolitana II se caracteriza, neste sentido, por possuir renda *per capita* mais baixa, menor infraestrutura e menor capacidade instalada em equipamentos de saúde do que a Metropolitana I, tendo uma relação de dependência desta. Outra característica é o aumento dos adensamentos em aglomerados subnormais em passado recente, associado à crise econômica. Tanguá é um dos municípios com maior disponibilidade de área livre para a ocupação humana na região.

Indicadores sociais e de saúde da região expressam a heterogeneidade dos municípios. Em relação a ao saneamento básico (tabela 08), observa-se uma discrepância entre o município de Niterói, com 100% da população residente abastecidos com água pela rede geral e 95% com rede de esgotamento sanitário, ao passo que o município de Maricá apresentava os índices de 57% e 11% respectivamente (dados referentes ao ano de 2016).

Pode-se dizer, em verdade, que o abastecimento de água pela rede geral é precário em praticamente todos os municípios que compõem a região Metropolitana II, fazendo com que uma expressiva parcela da população dependa de poços e nascentes para o abastecimento. Alguns municípios, por excessiva degradação de sua cobertura vegetal e/ou esgotamento dos lençóis freáticos, dependem da captação de águas pluviais em cisternas (caso de Itaboraí, Maricá e São Gonçalo). Em casos extremos, a opção é adquirir água de carros-pipa. Itaboraí e Maricá convivem ainda com o agravante da população flutuante nos períodos de verão (Rio de Janeiro, 2020b).

Tabela 08. Saneamento básico: Metropolitana II

| Território | Abastecimento de água ¹ | | Esgotamento sanitário ² | | Coleta direta de lixo ³ | |
|--------------|------------------------------------|--------|------------------------------------|-------|------------------------------------|--------|
| | 2010 | 2016 | 2010 | 2016 | 2010 | 2016 |
| Itaboraí | 25,55 | 79,85 | 40,45 | 41,54 | 86,94 | 72,87 |
| Maricá | 17,42 | 56,99 | 12,38 | 11,23 | 80,92 | 100,00 |
| Niterói | 95,47 | 100,00 | 87,01 | 94,78 | 79,81 | 100,00 |
| Rio Bonito | 52,77 | 86,06 | 57,49 | 75,39 | 83,23 | 99,00 |
| São Gonçalo | 77,48 | N/I | 68,28 | N/I | 86,95 | N/I |
| Silva Jardim | 40,67 | 79,47 | 38,98 | 46,66 | 88,26 | N/I |
| Tanguá | 28,80 | 67,23 | 55,87 | 30,56 | 87,41 | 100,00 |

Fonte: IBGE / Microdados da Amostra do Censo Demográfico 2010 e Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental – SNSA, 2018

1 Percentual da população residente que dispõe de rede geral.

2 Percentual da população residente que dispõe de coleta de esgoto por rede geral.

3 Percentual da população residente que dispõe de coleta direta de lixo.

Fonte: PEAO, 2017

Quanto ao esgotamento sanitário, as situações mais críticas são as de Itaboraí, Maricá, Silva Jardim e Tanguá, havendo alto risco de contaminação do lençol freático pelo esgoto doméstico. A queima do lixo, também intensamente praticada nestes municípios, é outro agravante para o quadro (Rio de Janeiro, 2023a).

No aspecto geral da condição de salubridade ambiental da região Metropolitana II registra-se baixa cobertura de domicílios urbanos em vias públicas com a infraestrutura necessária para conjugação do lançamento de esgotos na drenagem, aliada à deficiência da coleta de resíduos sólidos e ainda a insuficiente limpeza de galerias pluviais, o geram a propagação de insetos e mau-cheiro. Durante o período chuvoso ocorre o entupimento de bueiros e canais pluviais, aumentando a ocorrência de inundações e os problemas gerados pelas deficiências dos sistemas de saneamento (Rio de Janeiro, 2020b).

No item a seguir, são apresentados dados que compõe o perfil da oferta de serviços de saúde para os residentes da região Metropolitana II. Os indicadores utilizados caracterizam as unidades de saúde existentes, embora possam não refletir a totalidade, bem como o perfil nosológico da população da região.

5.2 Perfil da oferta de serviços de saúde nos municípios da RMII

Compreender como se conformam os serviços de saúde nos municípios da região permite olhar e apreender como eles se organizam para prestar assistência a sua população. Considerando a heterogeneidade dos municípios, cabe apresentar algumas características da organização do SUS em cada um deles.

O município de Niterói, possui uma das redes de saúde mais complexas da RM II. O Plano Municipal de Saúde de Niterói (PMSN) conta com a administração central da Secretaria Municipal de Saúde/Fundação Municipal de Saúde (SMS/FMS) é composta pelo Secretário de Saúde, que também é o presidente da FMS. A FMS descentraliza a gestão do SUS em duas Vice-Presidências, a Vice- Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF) e a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar (VIPAHE). Possui ainda a Central de Regulação (CREG) e a Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde) (Niterói, 2020), sendo a distribuição dos seus serviços de saúde, elencados no quadro 08:

Quadro 08: Serviços de Saúde SUS do município de Niterói

| | |
|--|---|
| Atenção Hospitalar (vice-presidência de atenção hospitalar (VIPAHE)) | Maternidade Alzira Reis Vieira Ferreira (MMARVF); Hospital Municipal Oceânico (HO); Hospital Orêncio de Freitas (HOF); Unidade de Pronto Atendimento Dr. Mário Monteiro; Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT); Hospital Getúlio Vargas Filho (HGVF); SAMU (Regional); Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ). Centro de Imagem. |
| Média Complexidade (vice-presidência de atenção coletiva, ambulatorial e da família (VIPACAF)) | sete ambulatórios de Saúde Mental; quatro Unidades Básicas de Saúde (apesar de serem atenção primária encontram-se vinculadas a esta gestão, apresentando algumas especialidades); um Centro de Especialidades Odontológicas; oito Policlínicas Regionais (dois Serviços de Pronto Atendimento - SPA); duas policlínicas de especialidades e três laboratórios. |
| Atenção Primária (Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde)) | dois CAPS adulto; CAPS infantil; um CAPS álcool e outras drogas; quarenta e três Módulos do Programa Médico de Família ³⁶ ; uma unidade de acolhimento infanto-juvenil; dez módulos de Residência Terapêutica (RT) e um Centro de Cultura e Convivência. |

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados extraídos de Niterói, 2020.

³⁶Em 1991 concretizou-se um conjunto de decisões políticas para adaptar em Niterói a experiência cubana de medicina familiar e, a partir dessa etapa, foram desenvolvidos estudos preliminares que culminaram com a inauguração do primeiro Módulo do município em setembro de 1992. Para melhor compreensão da modalidade, que depois absorveu a ESF mais ainda manteve as características primeiras, sugerimos o artigo de Teixeira; Monteiro; Miranda, 1999 .

Além dos pontos de atenção, ainda no âmbito da atenção primária, há duas equipes de Consultório na Rua, vinte e sete equipes de Saúde Bucal e cinco equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família/Atenção Básica (NASF-AB). Destaca-se que nenhuma equipe da APS possui por farmacêutico. O Programa de Saúde Mental também conta com o Programa de Redução de Danos e uma equipe de referência infanto-juvenil de álcool e outras drogas. A Central de Regulação (CREG) municipal opera dois sistemas: um estadual (SER) e o outro municipal (RESNIT). Já a rede ambulatorial opera um sistema próprio (KLINIKOS), que não é integrado com os sistemas da CREG. Os fluxos de marcação e regulação de vagas são distintos e nem todos os procedimentos e consultas estão disponíveis nos sistemas (Niterói, 2020).

Em seu próprio plano municipal de saúde (2020-2023) (Niterói, 2020), o município aponta que a sua atenção básica está dividida em duas vice-presidências diferentes, o que dificulta a articulação e a identificação de ações conjuntas, assim como a policlínica também está em uma unidade administrativa diferenciada que congrega grande parte das unidades de saúde da família. Para assegurar o funcionamento adequado da RAS, é fundamental a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviço.

O SUS no município de Itaboraí está organizado por meio de uma Fundação de Saúde, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde. Diretamente vinculados ao Secretário Municipal, encontram-se a Subsecretaria de Atenção Básica e o HMDL. O município conta com uma estrutura de serviço, elencadas no quadro 09.

Além dos pontos de atenção, o município conta com um laboratório municipal de saúde pública (Itaboraí, 2022). A rede possui, ainda, estabelecimentos de saúde privados, credenciados e contratados do SUS no município, que prestam serviços complementares ao sistema público próprio.

Quadro 09: Serviços de Saúde SUS do município de Itaboraí

| | |
|--------------------|--|
| Atenção Hospitalar | Hospital Municipal Desembargador Leal Jr (HMDL) Hospital Municipal São Judas Tadeu (HMSJT). Unidades geridas pela SES/RJ – os Hospitais Estaduais Prefeito João Baptista Caffaro (HEPJBC), Tavares de Macedo (HETM) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). |
| Média Complexidade | Francisco Nunes da Silva, policlínica de especialidades, que se encontra subordinada ao HMDL. um ambulatório de Saúde Mental, um Centro de Especialidades de Saúde de Família; um Centro de Especialidades de Saúde de Criança, Adolescente e Mulher, um Centro de Especialidades de Saúde; um Centro de Especialidades Odontológicas; duas unidades de pronto atendimento (SPA); uma Policlínica de especialidade; um Centro Cardiológico Municipal; três CAPS adulto; um CAPS infantil; uma Unidade de acolhimento infanto-juvenil; dois Centros de Atenção de Especialidades (AIDS e Tuberculose). |
| Atenção Primária | cinco Unidades Básicas de Saúde; trinta e três Unidades de Saúde de Família |

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados extraídos de Itaboraí, 2022.

O município de Rio Bonito possui os serviços de saúde, sendo um dos que possui a rede de saúde própria mais restrita, apesar de ser nele que está alocado um dos serviços mais especializados da Região Metropolitana II, conveniado ao SUS, o Hospital Regional Darcy Vargas. Os serviços vinculados a rede municipal estão elencados no quadro a seguir:

Quadro 10: Serviços de Saúde SUS do município de Rio Bonito

| | |
|--------------------|---|
| Atenção Hospitalar | Não possui hospital próprio |
| Média Complexidade | um laboratório municipal, um CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, três Residências Terapêuticas (RT), duas unidades mistas - ambulatório municipal e centro de saúde do coração; três clínicas/centros de especialidades - ambulatório municipal, centro odontológico e centro de especialidades odontológicas, uma policlínica, que se constitui também em um ambulatório municipal de saúde mental, dois postos de saúde, duas unidades de apoio, diagnose e terapia (sadt isolado) – Centro Municipal de Reabilitação Maria Tais Santos Tavares e o Laboratório Municipal de Rio Bonito; um centro municipal de hemoterapia; um centro pediátrico municipal, uma UPA (unidade de pronto atendimento e unidade móvel de nível pré-hospitalar de urgência), além do SAMU – serviço de atendimento móvel de urgência. um Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. |
| Atenção Primária | dezoito equipes de ESF distribuídas em vinte e sete Unidades de Saúde; uma equipe de saúde bucal |

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados extraídos de (Rio Bonito, 2022).

O município de Tanguá, no ano de 2024, anunciou um convênio com a Caixa Econômica Federal para a construção do novo hospital municipal. Em pesquisa, não foi localizado de forma pública e acessível, o plano municipal de saúde do município. As unidades de saúde existentes no município estão elencadas no quadro na seguir:

Quadro 11: Serviços de Saúde SUS do município de Tanguá

| | |
|--------------------|--|
| Atenção Hospitalar | Hospital Municipal Dermeval Garcia De Freitas (HMDGF); Samu |
| Média Complexidade | um CAPS, um Central Municipal de Regulação, um Centro De Especialidades; um Centro De Saúde Mental; um Centro Odontológico |
| Atenção Primária | onze Unidades De Saúde Da Família, além da Vigilância Sanitária |

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados extraídos de (Tanguá, 2024).

No município de Silva Jardim também não possível localizar o plano municipal de saúde, mas o plano de contingência de COVID, elaborado em 2020, que informa que a cidade conta com 100% de cobertura de ESF. Não conta com laboratório municipal, listado no CNES. O município também não disponibiliza, via internet, a sua rede de saúde. A política de saúde do município está associada à de assistência social, estando ambas sob a coordenação de uma mesma secretaria. Os serviços de saúde identificados estão no quadro abaixo.

Quadro 12: Serviços de Saúde SUS do município de Silva Jardim

| | |
|--------------------|---|
| Atenção Hospitalar | Não possui |
| Média Complexidade | Possui um serviço de SAMU, um CAPS e um Serviço de Atenção Domiciliar |
| Atenção Primária | Dezesseis equipes de ESF |

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados extraídos de (Silva Jardim, 2023).

Em Maricá, o Plano Municipal de Saúde aponta para uma Rede de Atenção à Saúde organizada de forma hierarquizada, sendo a Atenção Primária em Saúde a porta de entrada no sistema local. A Rede SUS conta os serviços elencados no quadro a seguir.

Quadro 13: Serviços de Saúde SUS do município de Maricá

| | |
|--------------------|--|
| Atenção Hospitalar | dois Hospitais Gerais, sendo um deles com Serviço de Maternidade de Risco Habitual, três Unidades de Pronto Atendimento |
| Média Complexidade | Ambulatório de Especialidades, um Serviço de Assistência Especializada, um Centro de Diagnóstico e Tratamento, três Unidades Móvel Pré Hospitalar na Área de Urgência, uma Central de Regulação do Acesso, além da Rede de Atenção Psicossocial que conta com um CAPS II, um CAPSI, um CAPS-AD, dois Serviços de Residência Terapêutica e quatro Ambulatórios multiprofissionais de Saúde Mental. Uma equipe de Consultório da Rua, uma equipe Multidisciplinar Saúde Indígena, duas equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar, uma Equipe Multidisciplinar de Apoio a Atenção Domiciliar, treze equipes de Saúde Bucal, uma equipe de Consultório na Rua, seis equipes de NASF com serviços de Práticas Integrativas e Complementares |
| Atenção Primária | com vinte e quatro Unidades Básicas de Saúde, além de um Posto de Saúde; cinquenta e cinco equipes Saúde da Família |

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados extraídos de Maricá, 2022.

O território da cidade encontra-se dividido em quatro áreas distritais onde os serviços de atenção primária têm crescido nos últimos anos gradualmente. Dados do município indicam que em dezembro de 2021 a cobertura de atenção primária municipal alcançou 89,98% da população, considerando que são ordenadoras do processo de cuidado em saúde, responsáveis pelo atendimento dos usuários de seu território assistencial (Maricá, 2022).

Por fim, o município de São Gonçalo não disponibilizou publicamente o seu Plano Municipal de Saúde. No entanto, foi possível obter dados sobre a oferta de serviços no município por meio da dissertação de mestrado de Campos (2021), que teve por objetivo

analisar as melhorias decorrentes do processo de aquisição de uma nova ferramenta tecnológica para gestão da saúde pública, com a intenção de estudar o fluxo de pacientes oncológicos e seus processos de acesso à rede. O autor aponta para a Estratégia de Saúde da Família como o modelo de atenção básica prioritário da gestão, sendo os serviços de saúde elencados no quadro abaixo.

Quadro 14: Serviços de Saúde do município de São Gonçalo

| | |
|--------------------|--|
| Atenção Hospitalar | Hospital Luiz Palmier (HMLP) e Hospital Infantil Darcy S. Vargas Maternidade Municipal Dr. Mario Niajar. |
| Média Complexidade | Pronto Socorro Central, Banco de Sangue, Clínica da Criança, PAM Neves, Clínica Municipal Zerbini, PAM Coelho, PAM Alcântara a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), cinco Polos Sanitários (policlínicas), um Núcleo de Atenção às Pessoas Ostomizadas, um Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) - Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem – CMDI; Laboratório Municipal, uma Central De Regulação; um serviço de Atenção Especializada na Saúde da Mulher - Espaço Rosa |
| Atenção Primária | duzentos e três equipes atuando em cento e dezessete unidades físicas de saúde dentro de cinco Regiões Administrativas Sanitárias. oitenta e nove equipes de Saúde Bucal e vinte e cinco NASF (Núcleos de Atenção à Saúde da Família) |

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados extraídos de (Campos, 2021).

O serviço de Atenção Especializada na Saúde da Mulher - Espaço Rosa, abrange serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento, que busca atender o público feminino em suas especificidades, em conjunto com as demais esferas da RAS, ofertando serviço de pré-natal de alto risco, serviços de apoio diagnóstico (por imagem e laboratorial), prevenção

de câncer de mama e colo uterino, planejamento familiar (estendido também a homens), além de grupos de apoio e atividades relacionadas ao tema.

A tabela abaixo identifica o quantitativo de Equipes de Saúde para a RM II, identificado no CNES, que divergem das informações colhidas nos materiais disponibilizados pelos municípios. Apesar da análise desta tese ser do período de 2017-2020, período referente ao PEAO, foi incluído o ano de 2021 na tabela para demonstrar o crescimento das ESF na região, que deu um salto de 2019 para 2020 e que continuou a crescer em 2021, à exceção do município de Silva Jardim que informa ter conseguido atingir a cobertura de 100% da sua população, no ano de 2020.

Tabela 09. Equipes de Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana II

| CNES - Equipes de Saúde – Brasil Quantidade por Município e Ano/mês competência Unidade da Federação: Rio de Janeiro Município: ITABORAI, MARICA, NITEROI, RIO BONITO, SAO GONCALO, SILVA JARDIM, TANGUA Período:2015-2021 | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Município | 2015/Dez | 2016/Dez | 2017/Dez | 2018/Dez | 2019/Dez | 2020/Dez | 2021/Dez |
| ITABORAI | 44 | 45 | 43 | 46 | 46 | 67 | 68 |
| MARICA | 22 | 24 | 28 | 30 | 43 | 75 | 90 |
| NITEROI | 101 | 95 | 100 | 101 | 107 | 145 | 146 |
| RIO BONITO | 24 | 6 | 25 | 23 | 25 | 42 | 43 |
| SAO GONCALO | 157 | 232 | 245 | 250 | 250 | 372 | 393 |
| SILVA JARDIM | 12 | 12 | 14 | 14 | 14 | 22 | 22 |
| TANGUA | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 15 | 20 |
| Total | 371 | 425 | 466 | 475 | 496 | 738 | 782 |

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Os dados colhidos dos documentos oficiais dos municípios, ou de fontes referenciais nos permitem ver como os municípios se constituem ou acreditam como estão constituídas suas redes de atenção à saúde primária. Entretanto, quando acessamos os dados oficiais, observamos que os municípios possuem habilitações não descritas, ou seja, podem existir

equipes atuando na APS, inclusive na saúde prisional, que podem não estar sendo consideradas ou registradas as suas produções nos sistemas oficiais de produção.

No que tange à atenção hospitalar, a RM II possui três hospitais estaduais - Hospital Estadual João Batista Cáffaro, em Maricá, Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT), em São Gonçalo e Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL), em Niterói. Todos com perfil de hospital geral, além de Urgência e Emergência, Centro de Trauma (HEAT) e atendimento ao alto risco obstétrico (HEAL). A região conta também com o Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IETAP), de pneumologia sanitária e quatro UPAs estaduais. A rede hospitalar da região é ainda possui por instituições municipais, apresentada na tabela 15.

Apesar dessa oferta, a rede de atenção à saúde da RMII é extremamente dependente da capital. A única estrutura federal da região, o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), que ainda oferta poucos serviços à regulação. Há negociações em andamento para essa expansão, segundo o Gestor D, em entrevista. O quadro abaixo especifica a rede hospitalar da RM II, no CNES, enquanto Rede de Atenção Hospitalar.

Quadro 15. Rede hospitalar dos municípios da RM II - 2024

| UF | Município | Estabelecimento | Esfera | Tipo |
|----|--------------|---|-------------------------|-------------|
| RJ | Niterói | Hospital Getúlio Vargas Filho | Municipal | Pediátrico |
| RJ | Niterói | Hospital Municipal Carlos Tortelly | Municipal | Geral |
| RJ | Niterói | Hospital Orêncio De Freitas | Municipal | Geral |
| RJ | Niterói | Hospital Estadual Azevedo Lima | Estadual | Geral |
| RJ | São Gonçalo | Hospital Dr Luiz Palmier | Municipal | Geral |
| RJ | São Gonçalo | Hospital Municipal Dr Mario Niajar | Municipal | Maternidade |
| RJ | São Gonçalo | Hospital Estadual Alberto Torres | Estadual | Geral |
| RJ | Itaboraí | Hospital Municipal Desembargador Leal Junior | Municipal | Geral |
| RJ | Itaboraí | Hospital Estadual Pref. Joao Baptista Caffaro | Estadual | Geral |
| RJ | Marica | Hospital Municipal Conde Modesto Leal | Municipal | Geral |
| RJ | Rio Bonito | Hospital Regional Darcy Vargas | Privado, conveniado SUS | Geral |
| RJ | Silva Jardim | Policlínica Municipal Aguinaldo Moraes | Municipal | Geral |

Fonte: Elaboração Própria, a partir do Relatório RAS CNES, 2024

Observa-se, pelo quadro acima, que os municípios da Região Metropolitana II possuem algumas referências hospitalares pactuadas enquanto RAS, que acabam por se constituir como pronto-atendimentos, mas com poucos leitos, em sua maioria para observação e atendimentos de emergência. O município de Tanguá não possui referência hospitalar enquanto RAS. Todas são dependentes de leitos específicos da SES-RJ disponibilizados pelo SER para internações e aqueles contratualizados por ela, em especial os leitos de terapia intensiva neonatal e pediátrica.

Outro ponto que chama a atenção na consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é a falta de atualização de dados da RAS, com a última tendo acontecido em 2012. Unidades que passaram a compor a rede posteriormente não foram incluídas no relatório, tais como o Hospital Municipal Dr. Gilson Cantarino, em Niterói, Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara, em Maricá e o Hospital Municipal Dermeval Garcia de Freitas, em Tanguá, Hospital do Câncer e do Coração, em São Gonçalo.

Nos itens a seguir, este estudo utilizou, para análise dos dados, três macrodimensões: política, estrutural e organizacional, buscando compreender a conformação da rede de atenção oncológica, a partir da linha de cuidado de mulheres com câncer de colo de útero (Meira, 2019), conforme sinalizado no item 1.2 desta tese, do desenho metodológico.

5.3 Macrodimensão estrutura

Com base em Meira (2019), entende-se nesta tese que a macrodimensão estrutura diz respeito à disponibilidade e à suficiência de recursos e serviços presentes na política de regionalização na região. Sabe-se que os serviços de Atenção Primária à Saúde possuem importante função na linha de cuidado do câncer de colo de útero.

Sendo um tipo de câncer em que as lesões precursoras podem ser diagnosticadas por meio do exame citopatológico cérvico vaginal, a coleta do material deste exame é considerada um procedimento de atenção primária. Assim, para além do esperado papel de ordenador do cuidado, é no nível da APS que são coletados os exames para detecção desta neoplasia. A realização desse exame pela APS possui longa tradição nos protocolos da área programática da Saúde da Mulher.

Conforme já sinalizado anteriormente, o estado do Rio de Janeiro lidera o ranking das unidades federativas com o menor índice de cobertura de APS do país. A identificação dos motivos para a baixa cobertura precisa ser mais bem discutida, mas foge aos objetivos desta tese. Apesar disso, dados divulgados pela SES-RJ, calculados a partir da metodologia proposta pelo Ministério da Saúde em 2017 (Ficha de Indicadores da Pactuação Interfederativa 2017-2021), indicam que houve aumento da cobertura da Atenção Básica na região e todos os seus municípios apresentaram cobertura maior que a média estadual. Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá apresentaram 100% de cobertura da sua população, enquanto Itaboraí e Maricá apresentam as menores coberturas da região, embora ainda maiores que a média estadual (tabela 10).

Tabela 10: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

| Região de Saúde/Município | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Gráfico |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Estado do Rio de Janeiro | 45,25 | 45,60 | 48,04 | 53,90 | 58,17 | 57,93 | 60,31 | 60,61 | 66,56 | 68,55 | |
| Metropolitana II | 84,00 | 79,88 | 78,46 | 76,30 | 78,23 | 79,74 | 77,22 | 67,87 | 78,62 | 81,55 | |
| Itaboraí | 87,93 | 85,35 | 87,91 | 88,22 | 87,75 | 86,13 | 80,51 | 78,84 | 77,09 | 72,60 | |
| Maricá | 65,10 | 67,94 | 60,25 | 60,72 | 70,34 | 70,94 | 70,21 | 66,47 | 69,50 | 79,97 | |
| Niterói | 87,72 | 88,04 | 86,42 | 74,94 | 70,14 | 74,65 | 78,50 | 74,54 | 74,64 | 76,86 | |
| Rio Bonito | 100,00 | 86,82 | 89,54 | 94,94 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 73,47 | 100,00 | |
| São Gonçalo | 82,10 | 74,91 | 72,94 | 74,08 | 78,76 | 80,32 | 74,40 | 58,99 | 81,33 | 84,02 | |
| Silva Jardim | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | |
| Tanguá | 85,27 | 91,58 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 83,12 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | |

Fonte: SES, 2020

Uma questão a problematizar é se, de fato, os serviços existentes realizam periodicamente os exames de rotina para controle do câncer de colo de útero. Também é preciso considerar, por outro lado, a existência de uma grande quantidade de consultórios médicos privados onde o exame citopatológico pode ser coletado, sem que seja um procedimento exclusivamente realizado pelo SUS. A pesquisa que deu origem a essa tese não conseguiu obter dados sobre a quantidade de exames realizados pelo setor privado na região, mas segundos dados disponibilizados na página da SES/RJ sobre os Indicadores de Saúde do ERJ, a taxa de cobertura de saúde suplementar nesta Região de Saúde é

bastante significativa nos municípios de Niterói, de 56,3%, destoando da média nacional, que é considerado em torno de 20%.

Quadro 16: Cobertura Saúde Suplementar - Taxa de cobertura (%) da população por planos privados com assistência hospitalar por município da RM II

| UF | Município | Cobertura de Saúde Suplementar |
|----|--------------|--------------------------------|
| RJ | Itaboraí | 16,1% |
| RJ | Maricá | 26,2% |
| RJ | Niterói | 56,3% |
| RJ | Rio Bonito | 15,1% |
| RJ | São Gonçalo | 22,6% |
| RJ | Silva Jardim | 7,1% |
| RJ | Tanguá | 7,9% |

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados no RIO DE JANEIRO, 2024.

No âmbito da Rede de Atenção Oncológica, a análise do material coletado nos exames do citopatológico cérvico vaginal é feita em laboratório especializado, que deve seguir critérios para habilitação na Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito) do Ministério da Saúde. De acordo com o PEAQ, existem, em todo o estado do Rio de Janeiro, dezesseis laboratórios habilitados, sendo que na Região Metropolitana são identificados quatro laboratórios, um deles também habilitado para controle externo de qualidade (quadro 17).

Quando alterações são detectadas nos exames citopatológicos, é fundamental a garantia ao acesso aos serviços de diagnóstico confirmatório e tratamento das lesões precursoras, sendo estas responsabilidades do município onde a usuária reside.

No entanto, em entrevista, o Gestor B sinalizou que os exames citopatológicos da Região Metropolitana II estão sendo todos encaminhados a um laboratório situado na Região de Saúde da Baixada Litorânea. Este dado foi constado no PES /RJ (2020-2023)

onde identifica o mesmo laboratório para as duas regiões de saúde, o Laboratório Miguelote Viana³⁷, localizado no município de Cabo Frio.

Quadro 17. Laboratórios habilitados no Qualicito / MS para realização de exames citopatológicos do colo de útero na região metropolitana II³⁸

| Laboratório | Tipo | Município | Natureza |
|--|------|----------------|------------|
| LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS ANATOMY | I | Itaboraí | Conveniado |
| LABORATORIO DR PABLUS GRION LTDA | I | Itaboraí | Conveniado |
| LABORATORIO SAO JOAO BATISTA | I | Itaboraí | Municipal |
| MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA | II | Rio de Janeiro | Público |

Fonte: SCNES, 2023

O próprio PEAO aponta que não se pode confiar nos dados do registro do Sistema de Informação Ambulatorial do tipo de lesão avaliada, se mais precocemente ou avançada. O módulo de seguimento do SISCOLO, que traria tal especificação, tem sido pouco alimentado. Além disso, outras patologias podem ter indicação para esses procedimentos e, portanto, concorrem com aqueles indicados para diagnóstico de câncer, o que apontaria para uma necessidade de ampliação dessa oferta.

A expectativa é de que, ampliando a cobertura dos procedimentos de coleta de exames citopatológicos, a demanda para colposcopias, tratamento de lesões precursoras e biopsia para confirmação de câncer também aumente. Segundo o Gestor D, o serviço de

³⁷ O Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels (LACEN-RJ) integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), instituído pela Portaria GM/MS nº 2031/2004, que constitui um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades - compreendendo a Vigilância Epidemiológica, Sanitária, em Saúde Ambiental e a Assistência Médica. Dentro da estrutura do SISLAB, o LACEN-RJ atua como Laboratório de Referência Estadual (LRE), atendendo a todo o estado do Rio de Janeiro, coordenando as Redes de Laboratórios (RIO DE JANEIRO, 2020^a, p. 44).

³⁸ Participam da QualiCito os laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, classificados em Tipo I e Tipo II.

§ 1º São considerados Laboratórios Tipo I os laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, e que realizam exames citopatológicos do colo do útero.

§ 2º São considerados Laboratórios Tipo II os laboratórios públicos responsáveis por realizar as ações no âmbito do MEQ, além de poderem realizar as ações dos Laboratórios Tipo I.

Art. 6º Os Laboratórios Tipo I e Tipo II serão obrigatoriamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2013a)

saúde disponibilizado no Espaço Mulher, no município de São Gonçalo é um bom exemplo da possibilidade de ampliação desta rede.

Segundo este gestor, no espaço são realizados os exames preventivos e, caso se identifique alterações no exame, a usuária é referenciada para o atendimento na unidade de alta complexidade referência no município, o Hospital do Câncer e do Coração (HCC). Ele informou que se trata de uma negociação própria do município, conseguindo assim um atendimento em tempo hábil e conseguindo realizar intervenções mais eficientes e diminuindo o tempo decorrido até o início do tratamento, o que possibilita o aumento da expectativa de cura. Ainda não foram realizados estudos mais aprofundados que identifiquem esta observação, mas segundo o gestor D, no município de São Gonçalo não há fila de espera para ginecologia oncológica.

As referências de alta complexidade e oncologia do estado devem ser pactuadas regularmente na CIB, sendo a mais recente a Deliberação CIB 2.795, de 18 de março de 2014. É interessante assinalar que esta Deliberação, apesar de datada de 2014, faz referência à Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) de 2005, muito embora esta tenha sido revogada com a publicação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer em 2013, e atualizada pela Portaria de consolidação n 02 (BRASIL, 2017c).

De acordo com o PEAO, a Região Metropolitana II possuía, em 2016, 05 unidades habilitadas em oncologia. No município de Rio Bonito está localizada uma UNACON, o Hospital Regional Darcy Vargas. No município de Niterói, encontram-se uma UNACON com Hematologia, o Hospital Universitário Antônio Pedro³⁹; uma unidade habilitada como Hospital Geral com Cirurgia Oncológica - o Hospital Municipal Orêncio de Freitas (que não vem apresentado produção cirúrgica, nem ofertando vagas para atendimento oncológico); e duas unidades habilitadas como Serviço Isolado de Radioterapia, a CRI - Clínica de Radioterapia Ingá, com 01 aparelho de Radioterapia e a Radioisótopos, que se encontra desativada, ambas privadas, contratualizadas ao SUS. Assim, efetivamente, a região contava com dois UNACONS⁴⁰ e um serviço de radioterapia isolado em funcionamento. No quadro abaixo, encontra-se a relação das unidades habilitadas em oncologia na RM II.

³⁹Segundo informações colhidas com o Gestor A no decorrer da entrevista para esta pesquisa o HUAP não oferta serviços para ginecologia oncológica, estando em negociação para que esta oferta ocorra.

⁴⁰ São unidades específicas de atendimento em oncologia:

Quadro 18: Unidades habilitadas como referência oncológica da RM II

| Habilitações | Vínculo | Estabelecimento | Município |
|--|------------------------------|--------------------------------------|------------|
| Hospital Geral Com Cirurgia Oncológica | Municipal | Hospital Orêncio De Freitas | NITEROI |
| Serviço Isolado De Radioterapia | Privado, conveniado SUS | Cri Clínica De Radioterapia Ingá | NITEROI |
| Serviço Isolado De Radioterapia | Privado, conveniado SUS | Radioisótopos | NITEROI |
| Unacon Com Serviço De Hematologia | Federal | Hospital Universitário Antônio Pedro | NITEROI |
| UNACON | Filantrópico, conveniado SUS | Hospital Regional Darcy Vargas | RIO BONITO |

Fonte: PEAO, 2017

Analisando a oferta desses serviços e considerando a cobertura de 80% da população SUS dependente, o PEAO apontava a necessidade de mais duas novas unidades nesta região, de forma a atender o disposto na portaria SAS/MS nº 140/2014, que colocava a radioterapia como obrigatório para CACONs e facultado para UNACONs (Rio de Janeiro, 2017c).

a) Unacon: Unidades de Assistência de Alta Complexidade são centros hospitalares que possuem estrutura e profissionais preparados para oferecer o devido suporte ao usuário da saúde na assistência em oncologia. Sendo assim, constituem unidades comprometidas com a prestação de assistência especializada de alta complexidade, para diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil, principalmente, Coloproctologia, Ginecologia /Mastologia e Urologia. Desta forma, podem, ainda, ter estrutura física para assistência radioterápica. Caso a Unacon não ofereça tratamento radioterápico no próprio local, é necessário que possua um local de referência para o encaminhamento para a realização deste procedimento.

b) Cacon: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia é, assim como a Unacon, uma unidade hospitalar. Entretanto, além da assistência direta ao usuário, configuram-se como Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS no que se refere às políticas de atenção oncológica. Isso significa que este estabelecimento está comprometido com a prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Diferente do que ocorre na Unacon, o Cacon deve, obrigatoriamente, oferecer tratamento assistencial radioterápico na própria estrutura hospitalar.

c) Hospital Geral com Cirurgia Oncológica, de forma exclusiva ou, quando em um mesmo município, formando complexo com outro hospital habilitado como Unacon ou Cacon. Podem também ser habilitados para o serviço de oncologia, devendo observar os seguintes 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 ainda manter uma produção mínima de 80 (oitenta) procedimentos cirúrgicos de câncer principais, especificamente de procedimentos ginecológicos, mastológicos, urológicos e do aparelho digestivo alto e baixo (BRASIL, 2023b).

Segundo a Portaria SAES/MS nº 688, de 28 de agosto de 2023, que 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, quando for solicitada habilitação com estimativa de atendimento inferior a mil casos novos de câncer anuais, a solicitação deve ser justificada. No estudo técnico deve constar a produção esperada para aquele novo serviço, incluindo, se for o caso, a redistribuição de recursos de outras habilitações vigentes, sendo que este estudo deve estar incluído no Plano de Atenção para o diagnóstico e o tratamento do Câncer.

No PEAQ, datado de 2017, o estudo apontava um déficit de UNACON/CACON em várias regiões de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Para a Região Metropolitana II este déficit era de duas unidades, considerando as duas já existentes, conforme o quadro abaixo demonstra. Assim, ao iniciar a pesquisa de campo fomos com estes dados em perspectiva. Entretanto, ao adentrar ao campo, identificamos duas novas unidades em funcionamento (o HCC e o HMO), solicitando habilitação, mas identificamos também que os existentes não estavam ofertando vagas em ginecologia oncologia, como apontado no quadro abaixo.

Quadro 19 – Necessidade de UNACON

| Região de Saúde/Município | População Total 2015 | População SUS dependente | Parâmetro UNACON/CACON (1/338.830 Hab.) | Parâmetro UNACON/CACON (1/338.830 Hab.) | UNACON/CACON Existentes | Déficit UNACON/CACON |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|---|---|-------------------------|----------------------|
| Baía da Ilha Grande | 269.533 | 215.626 | 0,64 | 0 | 0 | 0 |
| Baixada Litorânea | 768.941 | 615.153 | 1,82 | 2 | 1 | (1) |
| Centro-Sul | 327.784 | 262.227 | 0,77 | 1 | 1 | 0 |
| Médio Paraíba | 879.181 | 703.345 | 2,08 | 2 | 2 | 0 |
| Metropolitana I | 10.118.003 | 8.094.402 | 23,89 | 24 | 13 | (11) |
| Metropolitana II | 2.021.681 | 1.617.345 | 4,77 | 4 | 2 | (2) |
| Noroeste | 336.571 | 269.257 | 0,79 | 1 | 1 | 0 |
| Norte | 892.046 | 713.637 | 2,11 | 2 | 3 | 0 |
| Serrana | 936.284 | 749.027 | 2,21 | 2 | 2 | 0 |
| Total | 16.550.024 | 13.240.019 | 39,08 | 39 | 25 | (14) |

Fonte: PEAQ, 2017.

Nessa mesma direção, o PEAO identificou, a partir de estudo da produção de procedimentos de oncologia, uma forte migração da população da RM II para o município do Rio de Janeiro (MRJ)⁴¹, identificando, inclusive, que em 2016, cerca de 65% das cirurgias oncológicas e 43% da Hematologia oncológica da região foram realizadas neste município. É importante aqui ressaltar que o município do Rio de Janeiro se constitui um vértice de análise da RAO na RM II, na medida em que ele é responsável pela oferta de vagas na atenção terciária para a região, como sinalizado no PEAO.

A cidade do Rio de Janeiro, capital do Estado e onde se concentra a maioria dos equipamentos de saúde, sediando inclusive o Instituto Nacional do Câncer (INCA), reúne a maior oferta de serviços oncoginecológicos do estado, tendo pactuado a disponibilização de vagas nesta clínica para os demais municípios da região metropolitana, inclusive da Região Metropolitana II na Comissão Intergestores Bipartites (CIB), por intermédio do Sistema Estadual de Regulação de Vagas (SER) (Carvalho, 2013).

No entanto, no decorrer da pesquisa, segundo dados coletados no SER e das entrevistas com os gestores, identifica-se que esta migração deixou de existir com a oferta de vagas em ginecologia oncológica no HCC e no HMO. O Gestor D sinalizou que a partir do PEAO foram mapeados os recursos existentes na RM II e identificados os gargalos existentes. O Gestor C ressaltou que a superintendência de oncologia trabalha na captação de novos serviços todo o tempo para serem ofertados no SUS, uma vez que não tem como definir previamente o número de vagas que cada serviço vai ofertar mensalmente. Essa fala foi corroborada pelo Gestor A que afirmou que o quantitativo de vagas ofertadas pode variar mensalmente, de acordo com cada prestador de serviço. Quem define o quantitativo de vagas que pode ofertar, em determinado mês, é o próprio prestador do serviço.

O Gestor B apontou que, referente ao câncer do colo do útero, como assumiram a coordenação há pouco tempo, ainda estão identificando gargalos onde possam atuar. Em pesquisa ao SCNES, em 2023, identificamos uma relação de unidades habilitadas para o

⁴¹O município do Rio de Janeiro se constitui na capital do Estado do Rio de Janeiro, possuindo 1.260 km². A administração da cidade encontra-se dividida em subprefeituras, áreas programáticas e regiões administrativas. Para organização da rede de saúde a cidade foi dividida em dez áreas programáticas, sendo que cada uma possui coordenação própria (denominada de CAP – Coordenadoria de Área Programática), vinculada diretamente à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo responsável por uma determinada área de abrangência, respondendo tanto por questões administrativas da rede quanto sobre questões epidemiológicas desta.

atendimento oncológico, entre públicos e privados, que ofertam seus serviços na RM II, que estão listados no quadro 20.

O quadro 20 apresenta a rede privada e pública elencada no SCNES, como habilitadas para o atendimento oncológicos na RM II. Observa-se o que já foi apontado, da concentração de serviços privados em Niterói e São Gonçalo, que é compatível com o dado de saúde suplementar apontado no Quadro 16. O município de Maricá, apesar de possuir uma adesão a saúde suplementar acima de 20% não oferta serviço privado no que se refere à linha de cuidado do câncer. Esse o município identificou seu hospital municipal na rede de atenção oncológica, apesar de não ter sido identificado oferta de vagas nesta unidade referente a ginecologia oncológica.

Ao mesmo tempo que o Gestor A afirma que o ERJ não tem o mapeamento da patologia cervical, para onde os municípios encaminham seus exames, o Gestor B identificou e sinalizou o laboratório, o que aponta a necessidade de retomada de discussão interna sobre a LCCCU de forma integral na SES/RJ e a necessidade de espaços de discussão permanente.

Quadro 20: Indicadores - Serviços Especializados: SERVIÇO DE ONCOLOGIA

| Município | Estabelecimento | Vínculo |
|-------------|---|---------------------|
| Maricá | ERNESTO CHE GUEVARA SMSM | Municipal |
| Niterói | COI NITEROI | Privado |
| Niterói | CON ONCOLOGIA HEMATOLOGIA CENTRO DE INFUSAO | Privado |
| Niterói | CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA INGA | Privado |
| Niterói | HOSPITAL DE CLINICAS DO INGA | Privado |
| Niterói | HOSPITAL MUNICIPAL OCEANICO DR GILSON CANTARINO HMOGC | Municipal |
| Niterói | HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS | Municipal |
| Rio Bonito | HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS | Privado, conveniado |
| São Gonçalo | ONCO DAY CLINIC | Privado |
| São Gonçalo | ONCOMED SAO GONCALO | privado |
| São Gonçalo | CENTRO ONCOHEMATOLOGICO LTDA | Privado |
| São Gonçalo | CLINICA LESTE FLUMINENSE | Privado |
| São Gonçalo | HOSPITAL DO CANCER E DO CORACAO HCCOR | Municipal |
| São Gonçalo | HOSPITAL DR LUIZ PALMIER | Municipal |
| São Gonçalo | CON ONCOLOGIA HEMATOLOGIA CENTRO DE INFUSAO | Privado |

Fonte: SCNES, 2023

Outro ponto que é preciso destacar, que aparece na fala do Gestor A é a falta referência para braquiterapia na RM II, um gargalo, a ser sinalizado, pois é importante para complementar um dos tratamentos indicados para o câncer do colo do útero em estadiamentos mais avançados.

Um ponto que todos os gestores convergem é a falta de referência de serviços implicados em cuidados paliativos. Os cuidados paliativos desempenham um papel crucial no manejo integral do paciente oncológico, oferecendo suporte físico, emocional e espiritual. Segundo Gomes e Otero (2016) eles se diferenciam-se fundamentalmente da medicina curativa por focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida. Esse conceito se aplica, de fato, ao usuário e seu entorno, que adoece e sofre junto – familiares, cuidadores e também a equipe de saúde.

Além disso, os cuidados paliativos em oncologia contribuem para uma abordagem mais humanizada da doença, valorizando a comunicação aberta e empática entre profissionais de saúde, pacientes e familiares. A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos Cuidados Paliativos em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter interprofissional, que conta com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo usuário (Gomes; Otero, 2016).

Por fim, os cuidados paliativos em oncologia desempenham um papel fundamental na promoção da dignidade e na garantia de uma morte com conforto e respeito. Seguindo os preceitos da bioética, a morte é uma questão implícita na prática e na formação dos profissionais da saúde. Há, todavia, uma tendência dos profissionais de saúde de restringir sua discussão aos aspectos meramente técnicos, seja na assistência à saúde, seja nas ações de saúde pública, sendo a implementação dos cuidados paliativos importantes na qualidade no fim de vida como norteador das práticas assistenciais, respeitando as diferenças e comprometidos com o diálogo (Rego; Palácios, 2006).

Assim, para integrar os cuidados paliativos à prática oncológica, torna-se necessária essa inclusão na saúde pública, para oferecer uma assistência mais humanizada e compassiva, que reconheça a singularidade de cada usuário e sua jornada de enfrentamento da doença.

No próximo item, será discutido como a dimensão da organização permite identificar critérios de conformação e planejamento, dentre outros, junto aos serviços de atenção à saúde na RM II, como apontado no desenho metodológico desta tese.

5.4 Macrodimensão organização

No modelo de análise proposto por Meira (2019), a macrodimensão organização buscou identificar os critérios de conformação, o planejamento, a gestão, a integração sistêmica entre serviços, a regulação, os instrumentos de monitoramento e avaliação e o acesso da população aos pontos de atenção à saúde. De forma mais modesta, na presente tese essa macrodimensão foi avaliada a partir de alguns parâmetros para a configuração da atenção oncológica, tais como os mecanismos e instrumentos para integração da assistência e coordenação de cuidado, além do papel da regulação. Entende-se que esses aspectos contribuem para a análise dos fatores condicionantes na implementação da Linha de Cuidado do câncer de colo de útero no interior da RAO.

São diversos os procedimentos para investigação de lesão suspeita de câncer de colo de útero. A partir da coleta de exames citopatológicos, diretamente relacionados temos a colposcopia e a biopsia para confirmação de câncer, que deveriam ser ofertados proporcionalmente nas diferentes regiões de saúde do Estado.

A quadro abaixo, retirada da PEAO, aponta a baixa cobertura dos exames de rastreamento no ERJ e em especial nas RM I e II. Igualmente, demonstra o quanto ela vem caindo ao longo dos anos, o que deve chamar a atenção por dois motivos: ou a coleta vem sendo relegada a segundo plano pelas ESF, ou os dados não estão sendo lançados no sistema, o que é apontado por alguns dos entrevistados como um fato que deve ser considerado como uma ação a ser desenvolvida com todos os municípios no sentido de reforçar a importância da alimentação dos bancos de dados.

Quadro 21 – Razão de exames citopatológicos no ERJ (2008 – 2017)

| Região de Saúde | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Baía da Ilha Grande | 0,79 | 0,79 | 0,72 | 0,68 | 0,61 | 0,52 | 0,49 | 0,36 | 0,46 | 0,35 |
| Baixada Litorânea | 0,69 | 0,64 | 0,64 | 0,49 | 0,50 | 0,54 | 0,47 | 0,45 | 0,38 | 0,31 |
| Centro Sul | 0,72 | 0,51 | 0,47 | 0,48 | 0,58 | 0,53 | 0,50 | 0,46 | 0,45 | 0,43 |
| Médio Paraíba | 0,50 | 0,55 | 0,58 | 0,55 | 0,60 | 0,60 | 0,60 | 0,48 | 0,49 | 0,46 |
| Metropolitana I | 0,29 | 0,26 | 0,28 | 0,27 | 0,26 | 0,10 | 0,08 | 0,08 | 0,09 | 0,06 |
| Metropolitana II | 0,30 | 0,23 | 0,24 | 0,21 | 0,25 | 0,16 | 0,19 | 0,16 | 0,17 | 0,18 |
| Noroeste | 0,37 | 0,42 | 0,41 | 0,33 | 0,32 | 0,28 | 0,30 | 0,27 | 0,31 | 0,35 |
| Norte | 0,41 | 0,39 | 0,40 | 0,36 | 0,31 | 0,42 | 0,34 | 0,32 | 0,28 | 0,35 |
| Serrana | 0,40 | 0,36 | 0,33 | 0,25 | 0,32 | 0,35 | 0,32 | 0,25 | 0,33 | 0,35 |
| Est. do Rio de Janeiro | 0,35 | 0,32 | 0,33 | 0,30 | 0,30 | 0,20 | 0,19 | 0,17 | 0,17 | 0,17 |

Fonte: SES, 2020

A regulação da oferta destes serviços acontece por meio do Sistema Nacional de Regulação de Vagas (SISREG). A regulação assistencial tem como principal objetivo promover a equidade do acesso, assegurando a integralidade da assistência e gerenciando a oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão.

Cabe destacar que a despeito de esforços governamentais recentes, não se logrou ainda uma articulação ampla e duradoura entre desenvolvimento econômico e social. Tampouco foram consolidadas políticas regionais efetivas para a diminuição da desigualdade socioespacial. Diante do exposto, é possível que uma estratégia voltada para o desenvolvimento territorial integral que viabilize a integração intra e inter-regional envolva uma

“dinâmica multiescalarmente articulada, fundada em uma base de coalizão social e territorialmente alternativa. Nessa dinâmica, o desenvolvimento da conectividade regional e frações que consolidam as formas oxigenadoras de *bottomup* de base territorial devem se complementar com as formas de coordenação, ordenamento e fortaleza antifragementadora próprias da lógica *top down* de base nacional” (Viana; Iozzi, 2019, p. 318).

A contratualização e o empresariamento trazem o desafio de como envolver outros agentes de grande relevância para a consolidação das regiões de saúde e das redes de atenção nas relações público-privadas. Há uma tendência incremental da migração de estabelecimentos estatais de Administração Indireta de Direito Privado para as novas modalidades de estabelecimentos agenciados para Organizações Sociais (OS).

A organização do acesso aos serviços de assistência à saúde no sistema público brasileiro ocorre por meio da regulação, que atua pelo lado da oferta – otimizando o uso dos recursos em saúde disponíveis – e pelo lado da demanda – buscando oferecer a melhor

alternativa assistencial para as necessidades de atenção e assistência à saúde da população.

Na oncologia, a regulação da assistência à saúde deve organizar o acesso aos serviços habilitados – como aqueles oferecidos nos CACONs e UNACONs -, priorizando consultas médicas, exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos aos usuários com maior risco ou necessidade, encaminhados pelos diversos pontos de atenção.

A linha de cuidado do câncer colo de útero prevê que a atenção integral seja compartilhada entre os diferentes níveis de atenção, principalmente com a atenção primária e secundária, evitando consultas e/ou procedimentos desnecessários, otimizando o uso dos recursos em saúde e proporcionando maior eficiência à gestão das solicitações.

Os sistemas de regulação, como o SISREG, pela atual legislação, devem gerenciar as vagas disponíveis e definir onde será realizado o atendimento, conforme a complexidade do caso e a proximidade com o local de residência do paciente. A perspectiva, dessa forma, é reduzir as filas de espera e evitar grandes deslocamentos para acesso ao cuidado.

Conforme já sinalizado no capítulo anterior, a regulação é um processo essencial na garantia ao acesso universal e integral dos cidadãos aos cuidados de saúde, assegurado pela Constituição de 1988. A ação regulatória, quando aplicada de maneira adequada, otimiza os recursos disponíveis e favorece a devida entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Isso é particularmente fundamental no caso da oncologia, onde muitas vezes há desinformação sobre os caminhos a serem percorridos para conseguir o atendimento adequado e o fator tempo constitui um elemento importante para o bom prognóstico da usuária.

No estado do Rio de Janeiro, segundo o Gestor A, a regulação é feita desde 2015 pela Reuni, que é a parte ambulatorial do complexo regulador estadual referente à alta complexidade. Conforme já informado, a REUNI foi criada a partir de uma ACP – Ação Civil Pública⁴². Segundo o Gestor A, “a ACP possibilitou o acesso de todos os usuários aos serviços oncológicos. Possibilitou a contratação de prestador [de serviços oncológicos]”.

⁴² O ERJ tem um diferencial na questão da radioterapia. Em 2014, a regulação era feita pelo município do Rio de Janeiro, então quem era do Rio de Janeiro conseguia fazer a radioterapia, mas quem era da Região Metropolitana I – ficava dependente única e exclusivamente do Instituto Oncológico de Nova Iguaçu. Com uma fila enorme de acesso, de primeiro acesso, e que não era regulado. Então a gente tinha pouco conhecimento dessa demanda reprimida. Através da ACP, a regulação veio justamente pra gente entender

Consiste em uma central virtual para acesso aos recursos assistenciais de alta complexidade que estavam alocados na capital, com o objetivo de possibilitar a todos os municípios do ERJ os serviços que eram geridos pelo município do Rio de Janeiro (gestor pleno). Inicialmente, a REUNI gerenciava apenas os recursos da capital, mas com a necessidade, foi incorporando os recursos de outros municípios. Em relação à oncologia começou regulando apenas a radioterapia, e no ano seguinte assumiu a oncologia como um todo, em todo o ERJ.

Segundo o PEAO (2017), o município de Niterói pactuou que atenderia sua própria população para Oncologia Clínica e Cirurgia Oncológica. No entanto, cerca de 56% dos procedimentos de cirurgia oncológica e 27% de oncologia clínica dos municípios de Niterói foram realizados no município do Rio de Janeiro. O município de São Gonçalo teve sua demanda de Oncologia Clínica e Cirurgia Oncológica referenciada para Rio Bonito e Niterói. Entretanto, observa-se uma migração para o município do Rio de Janeiro de cerca de 76% no total dos procedimentos de cirurgia oncológica e 37% de oncologia clínica

Quanto à Radioterapia, todos os municípios da Região Metropolitana II colocaram como referência o município de Niterói. Todavia, ao analisar o estudo de migração, observa-se que a demanda de Radioterapia da Região foi atendida, em cerca de 75% no município de Niterói e 25% no MRJ. Para os serviços de Hematologia, apesar de Niterói ser a referência da região, 43% dos procedimentos foram realizados no MRJ. Os serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Oncologia Pediátrica são referenciados para o município do Rio de Janeiro, considerando a ausência das especialidades nos demais municípios. Esse conjunto de dados foi obtido do Plano Estadual de Atenção Oncológica elaborado em 2017 até 2020.

Entretanto, na pesquisa realizada, observou-se uma mudança nesta realidade demarcada, pactuada nas atas da CIB. Assim, esta análise corrobora a necessidade de revisão da atual Deliberação de Rede e do papel do município do Rio de Janeiro como Polo de toda a Região Metropolitana, em face dos fluxos migratórios vigentes, considerando o

essa demanda reprimida e poder até gerenciar as políticas públicas de aquisição de prestador, de contratação de prestador, com chamamento público para contratação de serviços na rede privada. A ACP continua desde então. Em 2019, teve um retrocesso de diminuição de prestador de serviços públicos, teve então um novo chamamento público, com novas habilitações. Hoje o ERJ tem uma fila controlada pelo REUNI, uma fila única, pública, disponibilizada na página própria da SES.

funcionamento de novos CACONs, que ainda aguardam a sua habilitação junto ao Ministério da Saúde, mas que já encontram-se absorvendo uma parte desta demanda.

Os municípios de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá têm como referência pactuada para Oncologia Clínica e Cirurgia Oncológica o município de Rio Bonito, apesar de haver uma importante migração para outros municípios. Nesse contexto, é possível visualizar que 18% dos procedimentos de oncologia clínica de residentes dos municípios mencionados foram realizados no município do Rio de Janeiro e 12% em Niterói. Já nos procedimentos de cirurgia oncológica, observa-se uma migração de 56% para o município do Rio de Janeiro e 10% para Niterói.

O ERJ estabeleceu no final do ano de 2019 a criação da Câmara Técnica de Oncologia do Estado do Rio de Janeiro e, no âmbito da SES, o Grupo Condutor da Rede de Atenção Oncológica do ERJ (Resolução SES/RJ n 1908 de setembro de 2019 e Resolução SES/RJ n 1909 de 18 de setembro de 2019). Entretanto, com o advento da COVID em 2020 as atividades destes grupos ficaram com suas atividades em suspenso. Segundo o Gestor C no ano de 2024 as atividades devem ser retomadas, considerando, inclusive a necessidade de elaboração de um novo PEAO.

A Central Estadual de Regulação definiu o protocolo a ser seguido em caso de suspeita de câncer durante consulta na atenção primária, o procedimento inicial é solicitar alguns exames. Confirmando-se a suspeita, a equipe encaminha o paciente à unidade de saúde de atenção secundária para avaliação de um especialista, para verificar se há, de fato, diagnóstico de câncer. Até este ponto, o atendimento e a regulação são realizados em nível municipal, que é pelo Sistema de Regulação de Vagas (Sisreg).

De posse do exame histopatológico e do encaminhamento médico, a solicitação de atendimento nas especialidades oncológicas é inserida no Sistema Estadual de Regulação (SER). E, a partir disso, a regulação passa a ser realizada em nível estadual e é o SER que regula estas solicitações de consulta de primeira vez para ginecologia oncológica. Somente depois disso, é que o tratamento é iniciado.

Caso haja necessidade por atendimento de urgência, o atendimento oncológico também poderá acontecer em uma unidade de emergência. Neste caso, normalmente, o hospital geral é que avalia o paciente, podendo realizar cirurgia ou exames de tomografias e ressonância. Uma vez confirmado o câncer, é solicitada a transferência ou a avaliação de

pacientes em “oncologia paciente internado” no SER para unidade especializada. Essa regulação também é de competência estadual.

O atendimento na atenção especializada, após a confirmação diagnóstica, passa pelo Sistema Estadual de Regulação de Vagas (SER). O caminho a ser percorrido tem início na atenção básica ou em locais de atendimento de média complexidade (onde é realizado a biópsia/ definido o diagnóstico) para que, seja agendado o atendimento e a usuária possa ser encaminhada para a atenção oncoginecológica.

Conforme já sinalizado no capítulo anterior, no estado do Rio de Janeiro, o SER iniciou suas atividades em junho de 2015, com o objetivo de organizar procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, com base em acordos pactuados com as secretarias municipais e estadual, considerando as Regiões de Saúde. Com essa estrutura pretendeu-se organizar o atendimento, orientando o tratamento de acordo com a disponibilidade de vaga, local de residência e complexidade do caso (Carroll; Gomide, 2020a).

Em relação aos exames, a solicitação de radioterapia é feita pela Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou pelo Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que assistem o paciente diretamente no SER. A radioterapia é classificada como "entrar" em fila única e alguns tumores acabam por receber prioridade no agendamento da radioterapia em função das características de evolução do tumor.

Ressalta-se que este é um tipo de câncer em que as lesões precursoras podem ser diagnosticadas, por meio do exame citopatológico cérvico vaginal, e tratadas. A coleta do material deste exame é considerada um procedimento de atenção primária. Já a análise deste material é feita em laboratório especializado, que deve seguir os critérios e se habilitar na Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito) do Ministério da Saúde. A ampliação da cobertura da coleta bem como a qualificação dos laboratórios de citopatologia constitui-se ainda um desafio aos gestores de saúde no estado do Rio de Janeiro. Quando alterações são detectadas nos exames citopatológicos, é fundamental a garantia ao acesso aos serviços de diagnóstico confirmatório e tratamento das lesões precursoras. A tabela 11 mostra a quantidade de exames realizados, segundo o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, por município de residência da RM II, 2015- 2021, mais uma vez destacando o que foi apontado no item

anterior que, ou os dados não estão sendo inseridos no sistema, como apontado pelo Gestor D, ou os exames não estão sendo coletados na rede pública, fazendo com que a população busque alternativas fora SUS ou diretamente a outras portas de entrada para a atenção oncológica no que se refere ao câncer do colo do útero. Ao analisar a tabela 11, observamos uma inconsistência nos dados, uma vez que, no ano de 2015, o município de São Gonçalo, na Região Metropolitana II, que possui 6,3% da população estimada do Estado, contabilizava 13.354 exames citopatológico do colo uterino e a capital do Estado, que possui 38,38% da população registrou apenas 2.656 exames, exemplificando a fragilidade nos dados estatísticos que ainda possuímos.

Tabela 11 - Procedimentos de exame citopatológico cérvico-vaginal (2015-2021)

| SISCAN - Cito do colo - Por local de residência | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Exames por Ano competência - segundo Munic.de residência | | | | | | | | |
| Munic. de residência | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Total |
| ITABORAI | 5.852 | 3.266 | 4.954 | 7.156 | 7.252 | 3.780 | 4.916 | 37.176 |
| MARICA | 3.928 | 4.455 | 4.485 | 4.939 | 5.525 | 1.703 | 398 | 25.433 |
| NITEROI | 377 | 394 | 503 | 685 | 641 | 313 | 3.680 | 6.593 |
| RIO BONITO | 163 | 120 | 125 | 194 | 183 | 147 | 211 | 1.143 |
| SAO GONCALO | 13.354 | 12.490 | 13.944 | 15.910 | 16.303 | 11.259 | 19.338 | 102.598 |
| SILVA JARDIM | 1.591 | 1.599 | 1.516 | 1.699 | 1.925 | 910 | 1.479 | 10.719 |
| TANGUA | 37 | 37 | 60 | 99 | 104 | 84 | 121 | 542 |
| Total | 25.302 | 22.361 | 25.587 | 30.682 | 31.933 | 18.196 | 30.143 | 184.204 |

Fonte: Ministério da Saúde - **SISCAN**

Seguindo os parâmetros traçados no Caderno de Atenção Primária nº 29 (BRASIL, 2010) e considerando o percentual de 80% da população projetada para a RM II de 2.101.4141 habitantes, o PEAO estimou o quantitativo de 1.981.131 exames citopatológicos para o ano de 2018. Como visto na tabela acima, o número de exames naquele ano não chegou a 2% do estimado.

A tabela a seguir apresenta diferentes exames existentes no campo ginecológico em que podem ser realizadas biópsias e identificar o câncer do colo do útero. Como o câncer é diagnosticado após o exame, a usuária pode ter se submetido a um exame sem este objetivo e ter sido identificado o câncer no material colhido que foi enviado para análise

laboratorial. Os municípios que não aparecem aqui é porque não realizam esses procedimentos, encaminhando as usuárias para outros, para a realização destes.

Tabela 12 – Série histórica por procedimentos para controle do câncer de colo de útero da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro – 2015 a 2023*

| Procedimento: 0409060097 EXERESE DE POLIPO DE UTERO | | | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|-----------|
| Município gestor | 2015 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
| Itaboraí | - | - | - | - | - | - | 4 | 5 | 9 |
| Maricá | - | 1 | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Niterói | - | 1 | - | 2 | 4 | 1 | 6 | 28 | 42 |
| São Gonçalo | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | 2 |
| Tanguá | 6 | - | - | - | - | - | 2 | 3 | 11 |
| Total | 6 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 12 | 36 | 65 |
| Procedimento: 0201010666 BIOPSIA DO COLO UTERINO | | | | | | | | | |
| Município gestor | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Total | |
| Itaboraí | 40 | - | 9 | 55 | 86 | 9 | 8 | 207 | |
| Niterói | 11 | 29 | 17 | 66 | 59 | 21 | 20 | 223 | |
| Rio Bonito | 17 | - | - | - | - | - | - | 17 | |
| São Gonçalo | - | - | - | - | - | - | 27 | 27 | |
| Tanguá | 13 | - | - | - | - | - | - | 13 | |
| Total | 81 | 29 | 26 | 121 | 145 | 30 | 55 | 487 | |
| Procedimento: 0201010666 BIOPSIA DO COLO UTERINO, 0201020033 COLETA DE MATERIAL DO COLO DE UTERO PARA EXAME CITOPATOLOGICO | | | | | | | | | |
| Município gestor | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Total | |
| Itaboraí | 5386 | 2353 | 2563 | 711 | 1478 | 590 | 318 | 13399 | |
| Maricá | 6365 | 6258 | 6042 | 7510 | 3987 | 3886 | 7763 | 41811 | |
| Niterói | 9236 | 10082 | 14936 | 4286 | 5060 | 1593 | 2563 | 47756 | |
| Rio Bonito | 2941 | 2808 | 1571 | 919 | 854 | 345 | 795 | 10233 | |
| São Gonçalo | 19199 | 19212 | 22647 | 20951 | 21450 | 15480 | 25474 | 144413 | |
| Silva Jardim | 1624 | 1268 | 73 | - | - | - | - | 2965 | |
| Tanguá | 1135 | 298 | 130 | - | 26 | - | - | 1589 | |
| Total | 45886 | 42279 | 47962 | 34377 | 32855 | 21894 | 36913 | 262166 | |
| Procedimento: 0309030048 CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO, 0416060013 AMPUTACAO CONICA DO COLO DO UTERO EM ONCOLOGIA | | | | | | | | | |
| Município gestor | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2021 | Total | | |
| Itaboraí | 2 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 12 | | |
| Maricá | - | - | 1 | 1 | - | - | 2 | | |
| São Gonçalo | - | - | 3 | - | - | - | 3 | | |
| Tanguá | 25 | - | - | - | - | - | 25 | | |
| Total | 27 | 1 | 5 | 2 | 6 | 1 | 42 | | |

Fonte: Ministério da Saúde - (SIA/SUS) - *Quantidade aprovada

As tabelas acima apresentam os procedimentos para investigação de lesão suspeita de câncer de colo de útero, por região de saúde de residência, no período de 2015 a 2021 na Região Metropolitana II, reforçando as informações colhidas com os gestores de não atualização dos sistemas oficiais de informação⁴³.

Neste caso é importante destacar que ainda não temos o registro no Sistema de Informação Ambulatorial do tipo de lesão avaliada, se mais precocemente ou avançada. O módulo de seguimento do SISCOLO, que traria tal especificação, tem sido pouco alimentado, conforme apontado pelo gestor D em entrevista.

Além disso, outras patologias podem ter indicação para esses procedimentos e, portanto, concorrem com aqueles indicados para diagnóstico de câncer, o que apontaria para uma necessidade de ampliação dessa oferta. Ressalta-se que o quantitativo de produção de colposcopia não pode ser incluído no total dos procedimentos de coleta de material, pois este se trata de procedimento que permite a visualização do colo de útero para realização da biopsia.

Encontram-se em avaliação três possíveis novas habilitações de serviços oncológicos para os próximos anos: um UNACON no município do Rio de Janeiro (Fundação do Câncer); um UNACON no município de Duque de Caxias (Complexo Hospital Moacir do Carmo + HINJA Caxias); e um UNACON no município de Angra dos Reis (Hospital de Japuíba), segundo o gestor A.

No quadro abaixo, demonstramos em um mês do ano de 2023 a disponibilização do quantitativo de vagas para a ginecologia na RM II, que aponta a não oferta de vagas tanto pelo Hospital Regional Darcy Vargas (HRDV), quanto pelo Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), que são as unidades que constam no CNES como cadastradas como CACON. O Hospital Orêncio de Freitas (HOF) também não oferta vagas há um tempo tão considerável que nem consta mais no sistema como ofertante, apesar de estar cadastrado no CNES como Hospital geral com oncologia. A oferta de vagas passou a ser somente nas

⁴³ Exames Anatomopatológicos para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biopsia de colo uterino. Este é um item fundamental na estruturação do fluxo diagnóstico em oncologia. As coletas podem ser realizadas em pontos estratégicos de acesso e os materiais encaminhados para os laboratórios de referência, que podem concentrar essa produção e aumentar sua escala.

unidades que são solicitantes de habilitação como UNACON, o Hospital Municipal Oceânico (HMO) e o Hospital do Câncer e do Coração (HCC)⁴⁴, e, ainda um quantitativo de vagas no Hospital Luís Palmier, que aos poucos foi deixando de ofertar vagas, como será observado na tabela seguinte.

Tabela 13: SER - Disponibilização de Vagas por Unidade Executante (agosto de 2023)

| Recurso | Mês da pesquisa | Unidade executante | Ofertas de vagas |
|--|-----------------|--------------------|------------------|
| Ginecologia- 1 vez em oncologia | Agosto / 2023 | HUAP | 0 |
| | | HRDV | 0 |
| | | HMO | 15 |
| | | HLP | 10 |
| | | HCC | 20 |
| Total de vagas ofertadas no mês para a RM II | | | 45 |

Fonte: elaboração própria, a partir da página do SER, agosto/2023

A pesquisa foi realizada diretamente na página na internet do Sistema Estadual de Regulação de Vagas. Observou-se a não oferta de vagas pelo HUAP ao longo do período estudo e até os dias atuais, assim, esta unidade foi excluída da pesquisa. Não conseguimos dados de 2015 a 2020, mas os dados coletados de ofertas de vagas para a Região Metropolitana II, nos anos de 2021 a 2023, segundo os gestores A e D, são confiáveis e é de onde eles colhem informações para o pagamento extrateto.

A tabela abaixo demonstra uma ampliação no número de vagas na Região Metropolitana II ao longo dos últimos 03 anos (2021-23), reduzindo significativamente a fila de espera na RM II, segundo os entrevistados:

⁴⁴ Segundo o Gestor C, o projeto de expansão da oncologia no município de São Gonçalo, que pela portaria comportaria dois UNACONS segundo o gestor, começou junto ao Hospital Luís Palmier (HLP), que é um hospital geral. Em 2023, o serviço de oncologia é transferido para o Hospital do Câncer e do Coração (HCC), que a princípio foi destinado ao atendimento a COVID, sendo adaptado para o atendimento oncológico.

Tabela 14: Oferta de Vagas - Ambulatório 1 vez - ginecologia (oncologia)

| Complexo Estadual de Regulação - Sistema Estadual de Regulação | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------------|------------|------------|
| Painel Público - Painel Ambulatório | | | | | | | | | |
| CIR - Metropolitana II | | | | | | | | | |
| Ambulatório 1 vez - ginecologia (oncologia) - vagas | | | | | | | | | |
| Unidade Executora | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Hospital Municipal Oceânico | | | | | | | | 101 | 217 |
| HRDV | | | | | | | 362 | 22 | 35 |
| HCC | | | | | | | | | 256 |
| Hospital Luís Palmier | | | | | | | | 25 | 340 |
| Total | | | | | | | 362 | 148 | 848 |

Fonte: elaboração própria, a partir do SER, 2024

Observa-se a importância da existência de espaços onde os gestores vinculados a linha de cuidado do câncer pudessem interagir, uma vez que, como sinalizado Gestor D “os protocolos são definidos pela regulação, meu papel é a oferta das vagas a serem disponibilizadas no sistema” e reforçado pelo Gestor A “compete ao gestor estadual a organização da oferta de vagas”, é, segundo o Gestor B “no GT da área técnica os municípios podem trazer demandas a serem trabalhadas conjuntamente”.

Enquanto o Gestor C coloca que “a linha de Cuidado do colo uterino ainda não foi definida em estratégia”, o Gestor B aponta que “toda a linha de cuidado, do rastreio ao diagnóstico, compete à APS, com os fluxos sendo definidos na SES/RJ [com] “necessidade de treinamento constante das equipes”. Para este gestor, “toda a parte de promoção (vacinação, cuidados e colpocitológico) está vinculada à atenção primária e está dentro da área técnica”, sendo que “na APS, os fluxos são orientados pela SES [e] estão sendo reorganizados agora com a nova gestão” e a SES/RJ “atua em conjunto com a APS dando suporte aos municípios”.

Assim, como assinalado pelo Gestor D, prestador de serviço “tem relação direta com o setor de regulação, [sendo que] a regulação funciona como ponte entre os serviços, tanto com a regulação geral como com a regulação específica da RMII”. No entanto, como sinaliza o Gestor C, a área técnica “trabalha mais sob demanda do que com planejamento. Tem dois serviços solicitando habilitação como UNACON na RM II: o Hospital Oceânico e o HCC, que estão em funcionamento e atendendo a população, sendo financiados com verba estadual”.

Apesar de estar em perspectiva a elaboração de um novo PEAO que contemple o próximo quadriênio, os prestadores de serviços não foram chamados a participar desta discussão, como assinalado pelo Gestor D, ao que ele declara “não está participando do processo de elaboração do próximo PEAO” e “não tem acesso direto aos serviços (reuniões sistemáticas), somente via encaminhamento”. O prestador do serviço “somente disponibiliza as vagas ao sistema regulador”. Já o Gestor C afirma que “o HUAP é um hospital excelente, de alto nível, mas não consegue ofertar vagas suficientes para a demanda” e não participam do processo de discussão também.

Com relação aos fluxos estabelecidos na LCCCU, o Gestor A esclarece que “os fluxos estão disponibilizados na página do SER. A fila é única e padronizada. Não há fluxo definido para a atenção secundária, cada município se organiza. Toda radioterapia tem que ser solicitada em fila única no sistema. O solicitante tem que colocar no sistema as informações do usuário. O fluxo se dá pelo perfil da unidade prestadora do serviço”, sendo uma fila única estadual, não tendo diferencial para a Região Metropolitana II.

Outro ponto a ser assinalado refere-se à importância das novas habilitações na RM II, pois, como assinalou o Gestor D – “os CACON existentes atendem da definição diagnóstica até os cuidados paliativos, sem retorno para parceria com a atenção primária para o desenvolvimento de atuação conjunta com os municípios. A RM II era considerada um vazio sanitário”. Compete à SES, segundo o Gestor C, “acompanhar e dar suporte para novas habilitações, gerenciamento das informações dadas”. Entretanto o setor de regulação das vagas, segundo o Gestor A, “não realiza captação, somente organiza as vagas disponibilizadas”, cabendo a área responsável pela oncologia, como apontado pelo Gestor C, “a superintendência trabalha na captação de novos serviços”.

O pagamento extrateto pelo governo do Estado é imprescindível para o funcionamento destes novos serviços. Mesmo assim, o Gestor C aponta que “a tabela de custeio é muito defasada e crescente da população como diagnóstico de câncer, o que dificulta a manutenção da oferta e o cofinanciamento das unidades já habilitadas”. Para o Gestor A, “o aumento no número de vagas ofertadas”, fez com que “na RM II não há fila de espera para o acesso à atenção terciária, no momento, mas não pode falar sobre o acesso ao diagnóstico porque este compete à APS”. Ainda assim, o Gestor C aponta a necessidade de novas habilitações e necessidade de readequação da tabela de pagamento dos serviços.

Já especificamente com relação a linha de cuidado integral ao câncer do colo do útero, “a APS acompanha o percorrer da mulher na rede até a definição do diagnóstico. Toda a organização dos protocolos sai da SES para os municípios” (Gestor B). No entanto “os municípios têm clínicas de especialidade de média complexidade que absorvem, mas não têm uma estrutura de diagnóstico, competindo “a cada regulação municipal (SISREG) estabelecer este protocolo, o fluxo [para o diagnóstico]”. (Gestor C). O Gestor C aponta que a SES/RJ tem “dificuldade de custear os polos de diagnóstico. [Assim] cada município traça o seu curso de diagnóstico”. O Gestor D aponta o município de São Gonçalo tem “referência e contrarreferência. Alguns exames são poucos procurados pelos usuários. Existem serviços ociosos porque tem uma rede bem estruturada na atenção terciária. Os demais municípios não têm clareza como estão organizados os protocolos”.

Assim, segundo os gestores entrevistados, o município de São Gonçalo, dentro da RM II, traçou seu plano de atenção integral, sendo “estabelecido um protocolo de considerar as lesões precursoras (NIC) como câncer. Assim, essas usuárias são referenciadas diretamente para a atenção terciária (não precisam passar pela atenção secundária) na RM II.” Por outro lado, identificam a “necessidade de ampliar polos de atenção para o câncer”, o que é um diferencial dentro dos demais municípios que não tem o mesmo protocolo estabelecido.

Ressalta-se que, segundo o Gestor A, “foram criados protocolos, que estão disponíveis publicamente na página da internet da SES/RJ. Na página do Reuni tem a disponibilização do manual do solicitante, com os protocolos para acesso para solicitação”. Assim, os protocolos de acesso ao tratamento de câncer são claros (Gestor D), com “uma fila única para acesso a oncologia no ERJ” (Gestor A), o que destaca mais ainda o diferencial do município de São Gonçalo.

A prefeitura de Niterói anunciou em sua página oficial o projeto Niterói Vencendo o Câncer, celebrado entre a Prefeitura de Niterói e a Fundação do Câncer, em 2022. O programa deveria estar estruturado em três eixos – Plano Municipal de Atenção Oncológica, Registro Municipal de Câncer e Navegação em Oncologia - objetivando planejar, implantar e acompanhar as ações de diagnóstico e tratamento, para otimizar a assistência ao paciente com câncer de mama, colo de útero, próstata, reto e pulmão, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em 2021 foi iniciado, o Programa Niterói Mulher, um conjunto de ações

para organizar uma rede de saúde capaz de identificar e diagnosticar precocemente o câncer de colo de útero e de mama e garantir o respectivo tratamento, ofertando cirurgia, quimioterapia e radioterapia para as mulheres. O atendimento está acontecendo no Hospital Oceânico, segundo dados colhidos na pesquisa de campo. Até a redação desta tese o Plano Municipal não havia sido disponibilizado (NITEROI, 2023). O PMSN não coloca o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) como componente de sua estrutura de saúde, nem como retaguarda de atendimento.

Como dificuldades, os gestores elencam que “os registros estão defasados e são pouco alimentados” (Gestor D), há uma necessidade de “aumento no treinamento das equipes, aumento na captação e definição diagnóstica” e “estabelecimento de cursos de qualificação para a APS para a coleta e importância do acesso” (Gestor B) e de “necessidade de uma maior padronização nas vagas ofertadas” (Gestor A).

O próximo item, o terceiro a ser analisado dentro das macro dimensões, abarca a dimensão política da conformação da rede de atenção oncológica no tocante ao câncer do colo do útero da RM II. Neste item, buscou-se identificar, principalmente, a condução da política e o que mais impacta nas decisões sobre saúde na região.

5.5 Macrodimensão política

Nessa macrodimensão, o foco está nos espaços de atuação, negociação e conflitos na região; nos processos e fluxos decisórios; na condução da política e nas funções exercidas pelas instituições nas decisões sobre saúde na região (Meira, 2019). Entende-se que uma análise mais profunda sobre essa macrodimensão foi prejudicada pela resistência de muitos dos gestores em conceder as entrevistas para a tese.

Quando a pesquisa de campo foi iniciada, foram identificados outros locais que estavam recebendo usuários para atendimento em oncologia que não constam nem no PEAO, nem na RAS do CNES⁴⁵. Quando as atas da CIB foram analisadas foram identificadas que unidades de saúde foram contratadas e estão sendo pagas via extrateto

⁴⁵ Como sinalizado no capítulo anterior, a RAS no CNES não é atualizada desde 2012 não permitindo analisar por estes dados.

MAC pelo Fundo Estadual de Saúde⁴⁶, estas pactuações foram sendo refeitas ao longo do tempo desde 2019. As atas da CIB pactuaram o cofinanciamento, aos municípios gestores de unidades e/ou estabelecimentos de Assistência de alta complexidade em oncologia que possuem habilitação junto ao Ministério da Saúde, como Unidades ou Centros Estaduais de Assistência Especializada em Oncologia (UNACON ou CACON).

A Secretaria Estadual da Saúde (SES/RJ), realiza através do Fundo Estadual de Saúde, pagamentos extrateto aos prestadores do SUS, em produção ambulatorial e hospitalar para as unidades, através dos denominados procedimentos FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação). Para compreender como ocorreu este processo de inclusão, foram analisadas as atas da CIB, nas quais se identifica que o extrapolamento do teto é geral, mas a oncologia recebe atenção especial. Novas solicitações de habilitação em oncologia devem priorizar a oferta em regiões caracterizadas como vazios assistenciais. Os hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia devem realizar, de acordo com o perfil assistencial do estabelecimento e pactuação com o gestor municipal e estadual sugestivamente, conforme o tipo de habilitação. Segundo o Gestor C, para a realização de novas habilitações, segundo os critérios do MS, o hospital deve estar em funcionamento e atendendo, mas o município sozinho não consegue arcar com os custos, sem o repasse federal, enquanto aguarda a habilitação. Então, a estratégia de cofinanciamento do ERJ para estas unidades foi a saída encontrada para este entrave. Todos os pagamentos são autorizados e pactuados na CIB, conforme as atas disponibilizadas.

Com base no contexto acima configurado, pode-se observar que SES/RJ é o principal condutor no processo de regionalização da RM II, tendo um papel ativo neste processo tanto da implementação, quanto na pactuação de novos atores / prestadores de serviços.

⁴⁶Em situações em que a produção seja maior do que a média do último ano, os gestores municipais e estaduais de saúde, é possível o acesso ao recurso extra teto de Média e Alta Complexidade (Teto MAC). Os procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade (extra teto MAC - PPI) e o incremento estadual serão pagos mediante produção. O encontro de contas será efetuado mensalmente conforme deliberações nas CIB e suas atualizações. Os procedimentos de alta complexidade serão custeados pela SES mediante encontro de contas mensais a partir da produção aprovada com faixa AIH específica para acompanhamento. As demandas por procedimentos cirúrgicos eletivos, tanto de média complexidade quanto de alta complexidade, serão extraídas da fila de espera da Regulação Estadual. A busca pelo acesso ao serviço executante será iniciada dentro da Região de Saúde, após na Macrorregião de Saúde e se necessário em outras Macrorregiões, conforme a disponibilidade de prestadores (CGU; IPEA, 2020).

O processo de regionalização na condução política de saúde, com uma maior atuação do Estado, trouxe várias contribuições até o momento, principalmente nos quesitos de organização do sistema de saúde público, facilitando a relação do público-privado, o que levou a ampliação de vagas.

No âmbito da gestão da oncologia, várias ações e estratégias estão sendo implementadas pelos gestores responsáveis. No contexto das pactuações, o Gestor A destaca que elas ocorrem dentro do grupo condutor da oncologia, evidenciando a importância de um espaço específico para alinhar estratégias e direcionamentos. Já o Gestor B ressalta a importância da área técnica de saúde da mulher (SER) estar dentro da atenção primária, reconhecendo-a como o local de vínculo mais adequado para a mulher. Com isso, estabelece grupos de trabalho com representantes municipais para pactuar as ações a serem desenvolvidas, promovendo uma abordagem participativa e colaborativa.

Por sua vez, o Gestor C propõe uma reorganização na SES/RJ com o estabelecimento de uma superintendência com vistas a dar suporte aos municípios na habilitação e manutenção dos hospitais estaduais, bem como na definição de fluxos de referência e contrarreferência e no desenvolvimento de ações para o custeio do programa oncológico. Destaca-se também a importância do Grupo de Trabalho (GT) de oncologia, onde os setores da SES, COSEMS e alguns municípios das regiões metropolitanas I e II se reúnem para definir fluxos e estratégias. Apesar dos desafios, como a interrupção do fórum devido à pandemia de COVID-19, há um esforço contínuo para realinhar as ações e garantir a efetividade das políticas de saúde em oncologia.

No que diz respeito à regulação e oferta de vagas, o Gestor A destaca que todas as pactuações são realizadas na CIB, enquanto o Gestor D menciona a resolução estadual que possibilitou o pagamento de serviços fora do teto, ampliando o atendimento no interior. No entanto, a oferta de vagas e o controle sobre o quantitativo mensal ofertado são desafios enfrentados, conforme apontado pelo Gestor A.

Ainda sobre a atuação em oncologia, o Gestor C destaca a retomada das discussões sobre cuidados paliativos, inclusive com a criação de um projeto piloto de hospitais de retaguarda. Existem profissionais que atuam nas unidades, mas não foi estabelecida a linha de cuidado para este tipo de atenção. A atenção básica tem uma resistência em absorver, principalmente devido à instabilidade de recursos humanos. A falta de adequação na tabela

de pagamento é apontada como uma das maiores dificuldades, como evidenciado pelo Gestor C.

Além disso, o Gestor B destaca a importância do Grupo de Trabalho (GT) com os municípios para mapear e organizar os serviços existentes, buscando uma maior eficiência na gestão dos recursos e na oferta dos cuidados oncológicos. Enquanto o Gestor D ressalta o contato mantido com outros prestadores via SER, enfatizando a importância da comunicação e da colaboração entre os diversos atores envolvidos na gestão da oncologia.

Na gestão da linha de cuidado do câncer do colo do útero, os gestores enfrentam diversos desafios. O Gestor A destaca que todas as pactuações são realizadas na CIB, que, por sua vez, autoriza os pagamentos, promovendo uma centralização nos processos decisórios. Por outro lado, o Gestor B, frente à nova gestão da área técnica, busca se aproximar mais dos municípios, estabelecendo espaços para trocas constantes e promovendo uma maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Enquanto isso, o Gestor D sinaliza a relevância da resolução estadual que possibilitou o pagamento pelo ERJ dos serviços oncológicos, ampliando o atendimento especialmente nas regiões do interior. No entanto, tanto o Gestor A quanto o Gestor D ressaltam desafios relacionados à oferta de vagas e ao financiamento dos serviços. A resolução extrateto, conforme mencionada pelo Gestor D, visa atender às necessidades do tratamento do câncer, identificando a necessidade de criar polos de atenção. No entanto, a falta de adequação na tabela de pagamento é apontada como uma das maiores dificuldades, afetando desde o fornecimento de materiais até o processo diagnóstico, que muitas vezes é realizado em estágios avançados da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A persistência da alta incidência de câncer de colo de útero no Brasil e os ainda elevados índices de mortalidade por essa neoplasia entre as mulheres brasileiras demonstram que é preciso avançar em direção à melhoria do acesso e qualidade da atenção à saúde. De fato, sendo uma doença prevenível e de fácil detecção, esses indicadores são alarmantes, realçando o caráter socialmente determinado do câncer de colo de útero. Sabe-se que o câncer de colo de útero atinge mais as mulheres pobres, negras e pouco escolarizadas, o que pode ser um fator que contribui para a histórica falta de prioridade política de medidas de controle desse tipo de neoplasia. Abordagens sobre esse aspecto, sob uma perspectiva interseccional, precisam ser aprofundadas, o que fugiu aos objetivos da presente tese.

Verifica-se, nas últimas décadas, um investimento, no âmbito do SUS, na ampliação da oferta e da cobertura dos serviços de saúde em geral, especialmente no nível da Atenção Primária. Essa ampliação encontra-se em conformidade à compreensão da saúde como direito universal, buscando romper, desse modo, com o caráter excludente da política de saúde conformada historicamente no Brasil. Ao mesmo tempo, o acúmulo propiciado pela descentralização desde a Constituição Federal de 1988 trouxe importantes aprendizados no sentido de estabelecer ações integradas entre os diferentes entes federativos, na perspectiva de enfrentar a fragmentação que caracteriza a atenção à saúde.

Nessa direção, o estabelecimento de processos de regionalização, do Pacto pela Saúde e das Redes de Atenção à Saúde representa um avanço na construção de um SUS universal, equânime e integral. Mas esses processos enfrentam um conjunto de desafios, dentre eles o ainda recente exercício de relações intergovernamentais cooperativas, a tendência de subfinanciamento e desfinanciamento do setor saúde e o legado prévio das interseções entre os setores público e privado.

No caso da atenção oncológica, é preciso considerar ainda a crescente incorporação de novas tecnologias, aumentando constantemente o já alto custo dos procedimentos. Sobre esse aspecto, convém destacar que por muito tempo, a atenção

oncológica foi vista como uma questão a ser assistida somente pela alta complexidade, ficando, de certa forma, descolada dos demais níveis de atenção.

Esta tese se propôs a realizar um estudo avaliativo sobre o processo de implementação da linha de cuidado do câncer do colo do útero no interior da Rede de Atenção Oncológica na Região Metropolitana II. Da perspectiva pretendida pelo estudo, foi crucial compreender, inicialmente, o processo de regionalização no contexto do estado do Rio de Janeiro. Entende-se que esse contexto permite analisar as particularidades da conformação e funcionamento da rede de atenção oncológica na RM II do Rio de Janeiro. Isso porque, conforme discutido na tese, a implementação de uma política pública não se reduz à execução das diretrizes traçadas no desenho dessa política. Ao contrário, trata-se de um processo envolto em decisões contínuas, em que o contexto marca as possibilidades de construção da política.

Diferentemente de outras unidades da federação, em que o processo de regionalização da saúde possui um longo lastro, tal como São Paulo e Minas Gerais, no estado do Rio de Janeiro, tal processo só foi implantado no início dos anos 2000, impulsionado pelas diretrizes nacionais e simultaneamente ao estabelecimento das regiões de saúde. Um aspecto que merece destaque é que, a comparação entre a delimitação da região metropolitana e das regiões de saúde revela a complexidade dos fluxos e de questões que são particulares à própria configuração do estado do Rio de Janeiro.

Como discutido na tese, a conformação das regiões de saúde seguiu mais a divisão político-administrativa do estado, com poucas adaptações, do que considerou as características epidemiológicas e de oferta de serviços de saúde de cada localidade. No caso específico da região metropolitana, o planejamento da saúde no estado do Rio de Janeiro adotou a inédita divisão dessa região em duas, mas com diferenças cruciais em termos de capacidade instalada entre elas. Essa divisão traz repercussões importantes para a atenção oncológica, contribuindo para aprofundamento das assimetrias existentes. Além disso, os municípios que compõem a Metro II são desiguais em termos de porte populacional, indicadores econômicos e sociais e trajetórias e estratégias da política de saúde.

No que diz respeito ao mapeamento dos serviços existentes na linha de cuidado do câncer de colo de útero, a pesquisa identificou que a região apresentou ampliação da rede de atenção primária à saúde, por meio principalmente da Estratégia Saúde da Família. Apesar disso, conforme pesquisa realizada por Melo (2021) e apresentada nesta tese, o estado do Rio de Janeiro é um dos que apresentam a menor taxa de cobertura ESF no país. Como discutido, a APS possui importante papel tanto em termos das ações de prevenção e rastreamento da neoplasia, quanto na responsabilidade de ordenadora do sistema em direção à atenção integral. Aqui, outra questão a saber é se, de fato, esses serviços estão cumprindo seu papel em termos de rastreamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero, na medida em que não foram localizados registros oficiais que possibilitem a análise dessa questão.

No decorrer da pesquisa foram identificados dados e informações sobre unidades de saúde que não constavam no CNES como integrantes da RAO, bem como serviços cadastrados de atendimento oncológico não elencados na PEAQ, assim como não se identifica a produção destes atendimentos, ou os dados relativos a esses atendimentos estão defasados, no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), não possibilitando uma análise confiável da base de dados governamental, que deveria servir de ponto de partida para a elaboração de programas e políticas.

Por outro lado, a região carece de referências para exame diagnóstico e laboratorial. A parca existência de oferta de serviços de média complexidade pelo SUS na região tende a levar ao aumento da procura pelo setor privado pela própria população, sendo esse um nó górdio do SUS em geral, conforme já sinalizado pela literatura. Na pesquisa realizada na RMII, verificou-se a existência de intensa migração de pacientes para outros municípios a fim de realizar os exames. Vale registrar que, como apontado na tese, outros procedimentos realizados no âmbito da assistência ginecológica podem resultar em confirmação diagnóstica de câncer de colo de útero.

No que tange à alta complexidade, a pesquisa de campo permitiu reconhecer uma ampliação da oferta de serviços em oncoginecologia na região, antes marcada por um grande vazio assistencial, já que grande parte desses serviços ficava concentrada na capital, onde, inclusive, está sediado o INCA. Por outro lado, embora haja distinção entre RMI e RMII no planejamento das ações de saúde, a persistência de concentração histórica

da oferta de serviços de saúde na cidade do Rio de Janeiro, com destaque aqui para o INCA e o hospital Mario Kroeff, conduz, dentre outros fatores, ao importante papel desempenhado por esse município na conformação da RAO para além de sua região formalmente estabelecida, Há que se chamar atenção também para a defasagem na alimentação dos dados nos sistemas relativos ao câncer no DATASUS, o que acaba por dificultar uma compreensão mais profunda desse processo, sendo essa uma questão que exige atenção da parte dos gestores.

Quando da elaboração do PEAO em 2017, havia um déficit de procedimentos de alta complexidade na linha de cuidado do câncer de colo de útero, indicando a necessidade de implantação de duas novas UNACON. Esse déficit levava, inclusive, a uma grande migração da população usuária aos serviços localizados na capital do estado. No entanto, a pesquisa de campo possibilitou identificar que houve ampliação da oferta desses serviços, por meio de pagamento extrateto por financiamento estadual, de duas novas UNACON, localizadas nos municípios de Niterói e São Gonçalo, ainda em fase de habilitação pelo SUS.

Em relação aos fluxos estabelecidos no interior da Linha de Cuidado do câncer de colo de útero, o que se observou é que cada município estabelece um fluxo próprio referente às ações da média complexidade, inclusive adotando uma central de regulação municipal. Aqui se observa um grande obstáculo na construção de uma rede de atenção integral para o controle do câncer, na medida em que cabe aos municípios a coleta de material para exames, que são encaminhados, por meio de pactuação estabelecida no Plano Estadual de Saúde, para um único laboratório sediado no município de Cabo Frio, na região da Baixada Litorânea. Isso mesmo nos municípios da RMII que possuem laboratórios habilitados. Apenas o município de São Gonçalo apresentou um fluxo definido para a média complexidade.

Já na alta complexidade, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro possui importante papel na coordenação e contratualização dos serviços, por meio de seu Complexo Regulador e da Superintendência de Oncologia, essa última responsável pela captação de vagas, pela habilitação de UNACON e pelo pagamento dos procedimentos. Um aspecto que aqui merece atenção é a inexistência de contratualização dos serviços de

alta complexidade na região com metas a serem cumpridas. Por meio de pactuação entre os gestores firmada na CIB, os serviços de alta complexidade para o câncer de colo de útero são pagos por meio de financiamento do Fundo Estadual de Saúde temporário de custeio da produção extrateto. Encontram-se entre esses procedimentos as cirurgias oncológicas, a quimioterapia e a radioterapia.

Essa forma de financiamento foi impulsionada por uma Ação Civil Pública inicialmente dirigida ao procedimento de radioterapia, mas que logo foi estendida ao conjunto de procedimentos oncológicos de alta complexidade. Pode-se dizer que esse processo tem favorecido o mix entre o público e privado, na medida em que a Linha de Cuidado incorpora a atenção prestada pelo setor público, mas gerida por organizações privadas.

Assim, a pesquisa de campo possibilitou conhecer uma realidade distinta da disponibilizada no PEAO e nos bancos de dados oficiais. Reconhecer que a burocracia de nível de rua muitas vezes se manifesta em interações com instituições governamentais locais, como prefeituras e agências reguladoras. Na prática, reconhecer a sua existência e a forma de atuação de seus agentes possibilitou compreender dimensões que se mostraram muito próprias da Região Metropolitana II, assim como de alguns municípios, que buscaram estabelecer protocolos próprios, para além dos disponibilizados e pactuados a nível estadual, e que se encontram em funcionamento e acessando outras formas de pagamento para além das previamente pactuadas. Mas, importa destacar, chama atenção a pouca participação dos gestores municipais da região no debate da PNAO, ainda que os mesmos tenham participação representativa nas reuniões da CIB. Essa lacuna impõe limites à organização da rede.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a relação entre agentes não governamentais e o setor privado desempenha um papel crucial na prestação de serviços de saúde à população. Muitas vezes, hospitais, clínicas e profissionais de saúde privados são contratados pelo SUS para fornecer atendimento médico, exames e procedimentos cirúrgicos. Essa parceria é estabelecida através da contratualização, que envolve a negociação de diversos aspectos, incluindo a tabela de pagamento SUS, que estabelece os valores a serem pagos pelos serviços prestados pelos agentes não governamentais e

setor privado. A estratégia de pagamento extrateto dos serviços em ginecologia oncológica e o financiamento dos serviços para que estes possam estar em funcionamento e, desta forma, solicitar a habilitação em oncologia não estava regida em nenhum documento, mas foi se descortinando na pesquisa de campo e nas análises das atas da CIB.

No entanto, a definição dos valores na tabela de pagamento SUS muitas vezes é alvo de debates e negociações entre o governo e os prestadores de serviços de saúde privados, sendo, de acordo de todos, tanto dos gestores do SUS quanto dos prestadores de serviço, a necessidade de atualizá-la, considerando a incorporação de tecnologias e, principalmente, o alto custo do tratamento oncológico.

Mais do que uma questão de ordem estritamente técnica, a construção da RAO no que tange à conformação da linha de cuidado do câncer do colo de útero aponta para uma dimensão política importante. Aqui se observou um intenso debate no interior da CIB para definição do financiamento da produção extrateto, em que a SES-RJ assume um inegável papel condutor da política, mas bastante dependente da negociação com o prestador dos serviços que é quem, no final das contas, consegue estabelecer os rumos da conformação da rede de serviços.

Por fim, a discussão das estratégias de enfrentamento do câncer do colo do útero na região metropolitana II incluiu desafios como a dificuldade de diagnóstico, a associação com a pobreza, a negligência da doença e os gargalos de acesso. São fatores que requerem análise das relações intergovernamentais, dos pactos regionais e das estratégias de pagamento extrateto, tanto no âmbito público quanto privado, visando aprimorar a assistência e reduzir as disparidades no tratamento do câncer do colo do útero.

A dimensão política, ao identificar os espaços de atuação e os processos decisórios na região, está intimamente ligada à forma como os recursos são alocados e os serviços são distribuídos, o que é abordado pela dimensão da estrutura. Por exemplo, as decisões políticas influenciam a alocação de recursos financeiros, a distribuição de profissionais de saúde e a implementação de programas de prevenção e tratamento, afetando diretamente a disponibilidade e a suficiência desses recursos e serviços.

Assim, apesar de apontado a baixa cobertura da APS e as dificuldades de se enfrentar um dos gargalos da saúde que é a atenção secundária (acesso a exames de

diagnósticos – tanto de imagem, quanto laboratoriais), esta região teve um crescimento exponencial da atenção terciária, no que refere ao câncer do colo do útero.

Por sua vez, a dimensão da organização é impactada tanto pela dimensão política quanto pela dimensão da estrutura. As decisões políticas e a disponibilidade de recursos determinam os critérios de conformação dos serviços de saúde, o planejamento e a gestão desses serviços, bem como a integração sistêmica entre eles. Além disso, a regulação e os instrumentos de monitoramento e avaliação são influenciados pelas políticas e pelos recursos disponíveis na região. Assim, a retomada do grupo gestor é premente, que se debruce sobre a RAO como um todo, com o objetivo de se constituir um cuidado integral para a usuária da atenção oncológica.

Portanto, ao analisar a política de saúde em uma determinada região, é essencial considerar não apenas os aspectos políticos e de gestão, mas também a infraestrutura e a organização dos serviços de saúde, pois todas essas dimensões estão interligadas e influenciam a qualidade e a acessibilidade dos cuidados de saúde oferecidos à população.

Apesar das limitações que marcam qualquer produção científica e daquelas relativas às dificuldades encontradas ao longo da presente pesquisa no que tange ao acesso às informações e aos informantes chave, esperamos que a presente tese contribua para o avanço do conhecimento sobre a conformação da rede de atenção oncológica e seus dilemas, possibilitando traçar subsídios ao fortalecimento do SUS e da atenção integral como um direito de todo cidadão brasileiro.

Neste sentido, é preciso destacar que, as análises desenvolvidas nesta tese apontam diferentes dimensões que influenciam diretamente a eficácia e a equidade da política de saúde oncológica, no que tange ao câncer do colo do útero, na região estudada. Enquanto no debate da dimensão política, a questão que se concentra nos espaços de atuação, negociação e condução da política de saúde, que foi muito reconfigurada nos últimos anos, conforme os dados apontam, ao abordar a dimensão da estrutura, que diz respeito à disponibilidade e suficiência de recursos e serviços na região identificou-se uma melhora assimétrica nos recursos, com uma concentração na alta complexidade e um parco investimento na atenção secundária e nos demais componentes, que perfazem um conjunto de serviços em uma rede de atenção à saúde de fato.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D'ÁVILA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 28–38, 2015.

ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, 2017.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo. . V.14, N. 40, 1999., n. 40, 1999.

_____. Uma Contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. Em: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. DO C. B. (Eds.). **Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais**. São Paulo: IEE/PUC, 2001.

ARRETCHE, M. T. S.; MARQUES, E. C. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. Em: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. T. DA S.; MARQUES, E. C. (Eds.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2008. p. 398.

BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 267–275, 30 set. 2005.

BENEVIDES, I. Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate. Em: **Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate**. NAVIGADORSUS. Brasília: OPAS, 2011. p. 126.

BOSCHETTI, I. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Em: CONSELHO FEDERAL SERVIÇO SOCIAL (CFESS) (Ed.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília--DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

BOTTARI, C. M. S.; VASCONCELLOS, M. M.; MENDONÇA, M. H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s111–s122, 2008.

BPPCM. Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos, **Tipos de revisão de literatura**. Faculdade de Ciências Agrônômicas, UNESP, 2015.

BRASIL DE FATO. Disponível em: < (<https://www.brasildefatorj.com.br/2023/10/18/rio-de-janeiro-tem-a-pior-cobertura-de-atencao-primaria-de-saude-do-pais-segundo-estudo#:~:text=Uma%20pesquisa%20elaborada%20pelo%20Instituto,%20C2%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20fluminense.>)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. CONASS. **Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde - COAP - NOTA TÉCNICA - 03/2015**, 2015.

_____. **NOTA TÉCNICA 25 | 2011** -. CONASS,2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-25-_201_decreto_7508.pdf>

_____. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde – Brasília: CONASS**, 2015

_____. **Legislação Estruturante**. Coleção Para Entender o SUS v. 13, 2015. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOII>. Acesso em: 25 maio. 2022

BRASIL, M.S. **Programa-Nacional-de-Controle-do-Câncer-do-Colo-do-Útero-e-de-Mama - NT-n.-0911-**., 2011a. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-n.-0911---Programa-Nacional-de-Controle-do-Câncer-do-Colo-do-Útero-e-de-Mama.pdf>>

_____. **CIT Nº 1 - 2011.pdf**. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2021

_____. / GM. PORTARIA Nº1375. 2012 a.

_____. / GM RESOLUÇÃO 23, DE 17 DE AGOSTO DE 2017. 2017 a.

_____. /GM. RESOLUÇÃO Nº 37, DE 22 DE MARÇO DE 2018. 2018.

_____. /GM. PORTARIA Nº 3.388, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. 2013 a.

_____. /GM. Portaria nº 2439. Política de Atenção Oncológica. 2005.

_____. /GM. Pacto pelo Vida - Portaria n 399. 2006.

_____. /GM. PORTARIA Nº 4.279. Rede de Atenção à Saúde. 2010.

_____. /GM. PORTARIA Nº 2.488. Política Nacional de Atenção Básica. 2011 b.

_____. **Manual Operacional do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede - ADESÃO AO PROJETO E FORMULAÇÃO DAS PROPOSTAS DOS SUBPROJETOS**, 2012b.

_____/ **SAS Caderno de Atenção Básica - CAB 13**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica., 2013b. Acesso em: 16 set. 2019

_____. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. /GM. PORTARIA SAES/MS Nº 1399, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2019. 2019.

_____. **Linhas de cuidado. Ministério da saúde**, 20 maio 2022a. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>>

_____. **Boletim Temático da Biblioteca do Ministério da Saúde - Câncer do Colo do Útero**. Biblioteca do Ministério da Saúde, mar. 2023a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/cancer_colo_uterio_marco_2023.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2023

_____. /GM. Portaria Nº 4279. Rede de Atenção à Saúde. 2011 c.

_____. /GM. PORTARIA Nº 2.993. Fortalecimento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. . 2012 c.

_____. /GM. portaria n 874. Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC. . 2013 c.

_____. /GM. PORTARIA Nº 140. Estabelece regras para CACON/UNACON. . 2014 b.

_____. /GM. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3. . 2017 b.

_____. /GM. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2. . 2017 c.

_____. /GM. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO nº 5. . 2017 d.

_____. / G.M. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. . 2021.

_____. / G.M. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1. . 2022 b.

_____. / SAS. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. 688. PORTARIA SAES_MS Nº 688, DE 28 DE AGOSTO DE 2023. . 2023 b.

_____. **Fundo Nacional de Saúde. Gestão financeira do Sistema Único de Saúde : manual básico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Fundo Nacional de Saúde, , 2003.

_____. INAMPS. RESOLUÇÃO Nº 273, DE 17 DE JULHO DE 1991. NORMA OPERACIONAL BÁSICA/SUS Nº 01/91. . 1991.

_____. INCA. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. INCA. **Histórico das ações para o controle do câncer do colo do útero no Brasil**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/historico-das-acoes>>. Acesso em: 16 jan. 2022a.

_____. INCA. **Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação**. [s.l.] Inca, 2013.

_____. INCA. **Viva mulher 20 anos: história e memória do controle dos cânceres do colo do útero e de mama no Brasil - catálogo de documentos**. Rio de Janeiro: Inca, 2018b.

_____. INCA. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero**. [s.l.] Inca, 2018c.

_____. INCA. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2018d.

_____. INCA. **Estimativa 2023 : incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

_____. INCA. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006.

_____. INCA. **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

_____. /SAS, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. / Presidência da República. Decreto nº 7508. Regulamento do SUS. .2011 d.

_____. / DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. [s.l: s.n.].

_____. /GM.. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. [s.l: s.n.].

_____. QUALISUS. **PROPOSTA DO SUBPROJETO QualiSUS – REDE PARA A REGIÃO METROPOLITANA I DE BELÉM**. , 2012.

CANO, I. **Introdução à avaliação de programas sociais**. 3. ed ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CARROLL, C. B.; GOMIDE, M. Análise de redes na regulação do tratamento do câncer do aparelho digestivo. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, 2020.

CARVALHO, D. L. **A organização dos serviços de atenção ao controle do câncer de colo de útero a partir da atenção primária à saúde: um estudo no Município do Rio de**

Janeiro – RJ. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Política Social)—Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2013.

CASTELLS, M. **A Sociedade em rede.** 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO, L. P. Política de saúde e serviço social. Em: REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. F. (Eds.). **Serviço social e políticas sociais.** Série Didáticos. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

CGU; IPEA. **Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade - MAC - Ciclo CMAP 2020.** , 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/planejamento/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/gastos-diretos/relatorio_avaliacao-cmag-2020-mac.pdf>

CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; HARTZ, Z. M. A. Análise da Implementação. Em: **Avaliação em Saúde – dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 49-88.

CLARO, I. B. Sistemas de saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero: Brasil e Chile em perspectiva comparada. Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 09–18, 2003.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. DE. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2783–2794, 2011.

DELZIOVO, C. R. Colegiado de Gestão Regional Desafios e Perspectivas: Relato de Experiência. **Saúde & Transformação Social**, v. v.3, n. n.1, p. 102–105, 2012.

DIAS, R. L. **Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba: uma proposta para avaliação da implantação do serviço.** Dissertação (Mestrado Acadêmico)—[s.l.] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

DPERJ. **Assistência Oncológica do Estado do Rio de Janeiro durante a Pandemia de Covid - 19.** Rio de Janeiro, RJ: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

FLEURY, S. A Seguridade Social Inconclusa. Em: ROCHA, D.; BERNARDO, M. (Eds.). **A Era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília: INESC, 2018.

GEREMIA, D. S. **Federalismo e gestão metropolitana: subsídios para o planejamento territorial dos serviços de saúde.** Tese de doutorado—Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2015.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRIANELLI, V. R.; GAMARRA, C. J.; AZEVEDO E SILVA, G. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 459–467, 2014.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.; GOMES, M. H. DE A. (EDS.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2003.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155–166, 2016.

GÖTTEMS, L. B. D. et al. As reformas dos sistemas de saúde da América Latina: influências neoliberais e desafios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4383–4396, out. 2021.

GOYA, N. et al. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 902–919, 2016.

GUERRA, W. D. S. D. Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro e Crise Político-Econômica no Brasil: o Município de Itaboraí pós-2014 / The Petrochemical Complex of Rio de Janeiro and Political-Economic Crisis in Brazil: Itaboraí Municipality after 2014. **Espaço Aberto**, v. 8, n. 2, p. 187–205, 22 dez. 2018.

IARC. **Cervix cancer screening: IARC Working Group on the Evaluation on Cancer-Preventive Strategies which met in Lyon, France, 20 - 27 April 2004**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2005.

IBGE. PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO BRASIL POR SEXO E IDADE PARA O PERÍODO 2000/2060 - PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO POR SEXO E IDADE PARA O PERÍODO 2000/2030. p. 21, 2013.

_____ **Projeção da População**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>.

_____ **Estimativas de população enviadas ao TCU**. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022b.

_____ Censo Demográfico 2022. . 2022.

_____ **Panorama da Cidade de Rio Bonito**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-bonito/panorama>>.

ITABORAÍ, SMS. **Plano-Municipal-de-Saúde-de-Itaboraí-2022-2025.pdf**. , 2022.

JUNQUEIRA, V.; CASTRO, RACEMA E. DO N. As Normas Operacionais e a construção do SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 28, 2002.

KUSCHNIR, R. et al. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. Em: UGÁ, M.A.D., ET AL., (ORGS.) (Ed.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro [online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 215–240.

LIMA, S. B. S. et al. Regionalização dos serviços de saúde - municípios pólo: revisão bibliográfica de 2000-2010. **Saúde (Santa Maria)**, v. 38, n. 2, p. 95–106, 19 nov. 2012.

LINDBLOM, C.; WOODHOUSE, E. **The Policy making process**. [s.l.] Prentice Hall, 1993.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. Brasília: Enap, 2019.

LOBATO, L. DE V. C. Avaliação de políticas sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, p. 95–106, 2004.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. Em: **FARIA, C. A (org). Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática**. Belo Horizonte: PUCMINAS, 2012.

LOUVISON, M. C. P. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00116019, 2019.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE; BAPTISTA, T. W. DE F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00129616, 2 out. 2017.

MARICÁ, S. M. S. **PMAS-2022-2025.pdf**. Disponível em: <<https://marica.rj.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMAS-2022-2025.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2023.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (EDS.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro, RJ: Opas, 2016.

MATTAR ROSA, R.; MARQUES, M. C. D. C. Impacto do modelo de financiamento da oncologia sobre a equidade de acesso ao tratamento e respostas clínicas obtidas por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 14, n. spec, p. e038, 19 out. 2022.

MATTOS, R. A. ; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2011.

MAURIEL, A. P. O. Pobreza, seguridade e assistência social: desafios da política social brasileira. **RevistaKatálysis**, v. 13, n. 2, p. 173–180, 2010.

MAZMANIAN, D. A.; SABATIER, P. A. A framework for Implementation Analysis. Em: **Implementation and Public Policy with a New Postscript**. 2aEd. ed. Maryland: Lanham, 1989.

MEIRA, A. L. P. **A conformação da rede de urgência e emergência dentro do contexto da regionalização do SUS: estudo de caso em cinco regiões de saúde no estado de São Paulo**. Doutorado em Saúde Coletiva—São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2019.

MEIRA, A. L. P. **Acesso à saúde e as desigualdades regionais: um olhar para regulação**. Disponível em: <<https://radar.ibegesp.org.br/acesso-a-saude-e-as-desigualdades-regionais-um-olhar-para-regulacao/>>. Acesso em: 10 dez. 2023.

MELO, E. A. et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e310109, 2021.

MENDES, E. V. **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 2007.

MESA-LAGO, C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social. **Cepal/GTZ**, n. Santiago do Chile, 2006.

MIGOWSKI, A. et al. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 2, p. 247–250, 2018.

MINAYO, M. C. DE S. (ED.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. DE S. AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS. **Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP)**, v. 5, n. 7, p. 01–12, abr. 2017.

NITEROI. **Prefeitura assina convênio para desenvolvimento do Programa Niterói Vencendo o Câncer**. , 2023. Disponível em: <<https://niteroi.rj.gov.br/tag/plano-municipal-de-atencao-oncologica/>>. Acesso em: 20 out. 2023

NITEROI, SMS. **Plano Participativo Saude niteroi.pdf**. , 2020.

NOGUEIRA, A. C. C.; SILVA, L. B. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. **Revista VÉRTICES**, v. 11, n. 1/3, p. 7–17, 2009.

NORONHA, C. P. **O câncer no Brasil: passado e presente**. [s.l.] Outras Letras, 2012.

OCAMPO-RODRÍGUEZ, M. V. et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, v. 12 (24), n. Bogotá (Colômbia), p. 114–129, 2013.

OLIVEIRA, N. R. DE C. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: Edufma, 2016.

OMENA, V. C. D. **A RELAÇÃO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: OS INTERESSES DO CAPITAL NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA**. Dissertação (Mestrado Acadêmico)—Alagoas: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2008.

OMS. **The top 10 causes of death**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

_____/OPAS **HPV e câncer do colo do útero - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. OPAS. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: 4 jan. 2022.

_____/OPAS **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011a.

_____/OPAS **Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate**. [s.l.] OPAS, 2011b.

OUPERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Administração em Diálogo**, v. n. 7, n. São Paulo, p. 91–106, 2005.

OUPERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. DE. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. Em: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Ed.). **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3p. 143–182.

PAIM, J. S. Introdução. Em: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 356 p.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 15–28, 2019.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2020.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318–325, ago. 1995.

REGIÃO E REDES. **O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da Covid-19: Novos Caminhos**, n.18. [s.l.] Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, 2020. Disponível em: <<https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2020/05/NT18.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2021.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1755–1760, ago. 2006.

REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. F. (EDS.). **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, J.M. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, V. 40, N. Especial, P. 14-24, Dez 2016. DOI: 10.1590/0103-11042016S02

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. DE S. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev e ampl ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO BONITO, S. M. DE S. **PMS - 2022-2025**. 2022.

RIO DE JANEIRO. **SUBPROJETO REGIONAL METROPOLITANA I - qualisus-RJ**. Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Saúde, 2012. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/qualisus-rede/subprojetos/subprojeto-qualisus-rj-web.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

_____. **CIB Deliberação de 18 de março de 2014**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/403-2014/fevereiro/3196-deliberacao-cib-n-2-795-de-18-de-marco-de-2014.html>>. Acesso em: 15 jul. 2015a.

_____. **Plano Estadual de Atenção Oncológica**. 2017

_____. CIR RJ, A. **ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL– CIR/METROPOLITANA**. , [s.d.].

_____. **CIB. Referência da Rede de Alta Atenção Oncológica - Deliberação CIB nº 2.883 de 12 de Maio de 2014**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/405-2014/abril/3292-deliberacao-cib-n-2-883-de-12-de-maio-de-2014.html>>.

CEPESC - Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro - Controle do Câncer e Atenção Oncológica no SUS do Estado do rio de Janeiro - Documento-base para o Boletim nº 3**. Observatório de Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do Rio de Janeiro. mar. 2022. . Acesso em: 18 ago. 2022

_____. **CIB. Pesquisa em saúde**. 2023a. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/educacao-e-formacao-em-saude/solicitacao-de-pesquisa>>. Acesso em: 1 dez. 2023

_____. **CIB. Boletim CIB Plano Estadual de Atenção Oncológica**. [s.l: s.n.].

_____. **Plano Diretor de Regionalização**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao/federal.pdf>.

_____. **Plano Estadual de Atenção Oncológica**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2228-planoatencaooncologicafinal-centrosregionaisdiagnostico-052017/file.html>>.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mjk2Nzk%2C>>. Acesso em: 9 dez. 2021a.

_____. **O processo de Regionalização no Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br:443/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 9 dez. 2021.

_____. **DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA II**. , 2020b. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzU%2C>>

_____. **Painel Regulação**. Disponível em: <<https://painel.saude.rj.gov.br/PainelRegulacao/regulacaoestadual.html#>>.

_____. **Indicadores demográficos**. Disponível em: <https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?populacao/indicadores_demograficos.def>.

_____. **Saúde Suplementar Metroplitana II Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?taxas/sib_texas.def>.

SALDANHA, R. DE F. et al. Estudo de análise de rede do fluxo de pacientes de câncer de mama no Brasil entre 2014 e 2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. e00090918, 2019.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, p. 47–61, abr. 2018.

SANTOS, A. M. DOS. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Salvador: EDUFBA, 2018.

SANTOS, A. M. DOS; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622–631, 2014.

SANTOS, W. G.. A trágica condição da política social. Em: ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G. DOS; COIMBRA, M. A. (Eds.). **Política social e combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987. p. 33–63.

SANTOS, I. S. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. Doutorado—Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431–1440, 2008.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1281–1289, abr. 2017.

SANTOS, W. M. S. et al. O Relacionamento em Redes no Campo Oncológico na Perspectiva dos Usuários. **Rev. bras. cancerol**, v. 67, n. 1, p. e-021119, 2021.

SAO GONÇALO, P. M. **PENRSG.pdf**. Disponível em: <<https://www.saogoncalo.rj.gov.br/plano-estrategico/assets/arquivos/PENRSG.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2023.

SETARO DE OCA, M. Bienestar y salud: un marco para el análisis comparativo sobre el origen y desarrollo de los Sistemas de Salud. **KeraYvoty: reflexiones sobre la cuestión social.**, v. 2, 2017.

SILVA, B. L. A. DE O.; BARROS, R. A. DE A.; LOPES, I. M. R. S. O impacto da pandemia da COVID-19 no rastreamento do câncer de colo uterino em Teresina – PI. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e2091010118768–e2091010118768, 8 ago. 2021.

SILVA, G. R. DA. O SUS e a crise atual do setor público da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 4, p. 15–21, 1995.

SILVA, I. M. DA et al. Trabalho da Equipe Multiprofissional no contexto da COVID-19: Diversos olhares, um só objetivo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e53210313439, 25 mar. 2021.

SILVA JARDIM, S. M. DE S. **PLANO-DE-CONTIGENCIA-COVID**. , 2023. Disponível em: <<https://www.silvajardim.rj.gov.br/index.php/plano-de-contingencia-covid-19/>>. Acesso em: 20 dez. 2023

SOLA, L.; LOUREIRO, M. R. G. (EDS.). **Democracia, mercado e Estado: o B de Brics**. 1a edição ed. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: FGV Editora, 2011.

SOUZA, S. P. DE; BRONZO, C. Os desafios da gestão territorial na proteção básica em uma metrópole. **Serviço Social & Sociedade**, n. 137, p. 54–73, 2020.

TANGUÁ, S. M. DE S. **Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Tanguá**. , 2024. Disponível em: <<https://tangua.rj.gov.br/home/index.php/saude/>>. Acesso em: 23 fev. 2024

TEIXEIRA, S. C. S.; MONTEIRO, V. D. O.; MIRANDA, V. A. Programa médico de família no município de Niterói. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 147–155, 1999.

TEIXEIRA, S. M. F.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. 1a ed. (2007), 1a reimp. (2011) ed. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Editora FGV, 2011.

TEMPERINI, R. S. D. L. **Fundação das Pioneiras Sociais: contribuição para o controle do câncer do colo do útero no Brasil 1956-1990**. Tese de doutorado—Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2017.

THULER, L. C. S. Câncer do Colo do Útero no Brasil: Estado da Arte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 321–337, 2012.

TOFANI, L. F. N. et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769–4782, 25 out. 2021.

TOMAZELLI, J.; RIBEIRO, C. M.; DIAS, M. B. K. Cobertura dos Sistemas de Informação dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama no Brasil, 2008-2019. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, p. e-121544, 2022.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. Em: GIOVANELLA, L. ET AL. (ORG.), **SEGUNDO (Ed.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 183–206.

UGÁ, M. A. D. et al. **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2010 Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/c2hxb/pdf/uga-9788575415924-11.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

VIANA, A. L. D. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 413–422, jun. 2015.

VIANA, A. L. D. et al. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. **Novos Caminhos**, Novos Caminhos, n.15. v. 15, p. 48, 2017a.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. D'ÁVILA et al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, p. S7–S16, 2017b.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; BAPTISTA, T. W. DE F. Análise de Políticas de Saúde. Em: GIOVANELLA, L.; ET ALL (Eds.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00022519, 2019.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; LIMA, L. D. DE. **AVALIAÇÃO NACIONAL DAS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITES (CIBs): AS CIBs E OS MODELOS DE INDUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO NO SUS**. [s.l.] DMP/FM/USP & DAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2010. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/pdf/RelatorioTeorico_Metodologico_Pesquisa_CIBsRegionalizacao.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2022.

VIDAL, M. L. B. **ACESSO AO TRATAMENTO DE NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO NO SUS**. Tese de doutorado—Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, FioCruz, 2017.

WHO. **IARC: Home**. Disponível em: <<https://www.iarc.who.int/>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

WHO, **Human papillomavirus vaccines: WHO position paper (2022 update)**. WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, NO 50, 16 DECEMBER 2022

WILLIAMS, S. B. et al. Impact of Centralizing Care for Genitourinary Malignancies to High-volume Providers: A Systematic Review. **EurUrolOncol**, v. 2, n. 3, p. 265–273, 2019.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e método**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO 01

Deliberação CIB-RJ nº 5.892 de 19 de julho de 2019 Republicada

Pactuar as referências da Rede de Alta Complexidade em Oncologia, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, conforme relacionado no Anexo desta Deliberação.

REPUBLICADA NO D.O DE 27 DE AGOSTO DE 2019

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATO DO PRESIDENTE**

*DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 5.892 DE 19 DE JULHO DE 2019.

PACTUA AS REFERÊNCIAS DA REDE DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições,

CONSIDERANDO:

- A Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- A Portaria SAS/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, que 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);
- A necessidade de atualizar a oferta dos serviços de referências em atenção de alta complexidade em oncologia no Estado do Rio de Janeiro;
- A 7ª Reunião Ordinária da CIB/RJ realizada em 11/07/2019.

DELIBERA:

Art. 1º- Pactuar as referências da Rede de Alta Complexidade em Oncologia, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, conforme relacionado no Anexo desta Deliberação.

Art. 2º - Esta Deliberação entrará em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 19 de julho de 2019.

EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS

Presidente

ANEXO

Referências da Rede Estadual de Alta Complexidade em Oncologia

| Região | Município encaminhador | Quimioterapia | Radioterapia (Teleterapia) | Radioterapia (Braquiterapia) | Cir. Oncológica | Cir. Cabeça e Pescoço | Pediatria | Hematologia |
|-------------------|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| Baixada Litorânea | ARARUAMA | | | | | | | |
| | ARMAÇÃO DE BUZIOS | | | | | RIO DE JANEIRO | | |
| | ARRAIAL DO CABO | | | | | | | |
| | CABO FRIO | | | | | CABO FRIO | | NITERÓI |
| | CASIMIRO DE ABREU | CABO FRIO | CABO FRIO | RIO DE JANEIRO | CABO FRIO | | RIO DE JANEIRO | |
| | IGUABA GRANDE | | | | | RIO DE JANEIRO | | |
| | RIO DAS OSTRAS | | | | | | | RIO DE JANEIRO |
| | SAO PEDRO DA ALDEIA | | | | | | | NITERÓI |
| Baía IG | SAQUAREMA | | | | | | | NITERÓI |
| | ANGRA DOS REIS | | | | | | | |
| Centro Sul | MANGARATIBA | VOLTA REDONDA | VOLTA REDONDA | RIO DE JANEIRO | VOLTA REDONDA | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO |
| | PARATI | | | | | | | |
| | AREAL TRES RIOS | PETROPOLIS/VASSOURAS | | | | | | |
| | COMENDADOR LEVY | | PETROPOLIS | | | | | |
| | GASPARIAN ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN | | | | | | | |
| | MENDES MIGUEL PEREIRA | VASSOURAS | VOLTA REDONDA | RIO DE JANEIRO | VASSOURAS | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO | VASSOURAS |
| | PARACAMBI | | | | | | | |
| | PARAIBA DO SUL | | PETROPOLIS | | | | | |
| | PATY DO ALFERES | | VOLTA REDONDA | | | | | |
| | SAPUCAIA | | PETROPOLIS | | | | | |
| Médio Paraíba | VASSOURAS | | VOLTA REDONDA | | | | | |
| | BARRA MANSA | | | | | | | |
| | BARRA DO PIRAI | | | | | | | |
| | ITATIAIA | | | | | | | |
| | PINHEIRAL | | | | | | | |
| | PIRAI | BARRA MANSA/VOLTA REDONDA | BARRA MANSA/VOLTA REDONDA | BARRA MANSA | BARRA MANSA/VOLTA REDONDA | BARRA MANSA | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO |
| | PORTO REAL | | | | | | | |
| | QUATIS | | | | | | | |
| | RESENDE | | | | | | | |
| | RIO CLARO | | | | | | | |
| RIO DAS FLORES | | | | | | | | |
| VALENCA | | | | | | | | |
| VOLTA REDONDA | | | | | | | | |

| Região | Município encaminhador | Quimioterapia | Radioterapia (Teleterapia) | Radioterapia (Braquiterapia) | Cir. Oncológica | Cir. Cabeça e Pescoço | Pediatria | Hematologia |
|------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| Metropolitana I | BELFORD ROXO | | | | RIO DE JANEIRO | | | |
| | DUQUE DE CAXIAS | NOVA IGUACU | NOVA IGUACU | | RIO DE JANEIRO /VOLTA REDONDA | | | |
| | ITAGUAI | | | | BARRA MANSA /RIO DE JANEIRO | | | |
| | JAPERI | BARRA MANSA | BARRA MANSA | | | | | |
| | MAGE | | | | | | | |
| | MESQUITA | | | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO |
| | NILOPOLIS | NOVA IGUACU | NOVA IGUACU | | RIO DE JANEIRO /VOLTA REDONDA | | | |
| | NOVA IGUACU | | | | | | | |
| | QUEIMADOS | | | | | | | |
| | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO | | RIO DE JANEIRO | | | |
| Metropolitana II | SAO JOAO DE MERITI | NOVA IGUACU | NOVA IGUACU | | RIO DE JANEIRO /VOLTA REDONDA | | | |
| | SEROPEDICA | | | | | | | |
| | ITABORAI | | | | | | | |
| | MARICA | RIO BONITO | | | NITEROI /RIO BONITO | RIO DE JANEIRO | | |
| | NITEROI | NITEROI | | | NITEROI | NITEROI | | |
| | RIO BONITO | RIO BONITO | NITEROI | RIO DE JANEIRO | NITEROI /RIO BONITO | | RIO DE JANEIRO | NITEROI |
| | SAO GONCALO | NITEROI / RIO BONITO / | | | NITEROI/RIO BONITO | RIO DE JANEIRO | | |
| | SILVA JARDIM | RIO BONITO | | | NITEROI/RIO BONITO | | | |
| | TANGUA | | | | | | | |
| | APERIBE | | | | | | | |
| Noroeste | BOM JESUS DO | | | | | | | |
| | ITABAPOANA | | | | | | | |
| | CAMBUCI | | | RIO DE JANEIRO | | | | |
| | CARDOSO MOREIRA | | | | | | | |
| | ITALVA | | | | | | | |
| | ITAOCARA | | | | | | | |
| | ITAPERUNA | | | ITAPERUNA | | | | |
| | LAJE DO MURIAE | ITAPERUNA | ITAPERUNA | | ITAPERUNA | RIO DE JANEIRO | ITAPERUNA | CAMPOS DOS GOYTACAZES |
| | MIRACEMA | | | | | | | |
| | NATIVIDADE | | | | | | | |
| Norte | PORCIUNCULA | | | | | | | |
| | SANTO ANTONIO DE PADUA | | | RIO DE JANEIRO | | | | |
| | SAO JOSE DE UBA | | | | | | | |
| | VARRESAI | | | | | | | |
| | CAMPOS DOS GOYTACAZES | | | | | | | |
| | CARAPEBUS | CAMPOS DOS GOYTACAZES | CAMPOS DOS GOYTACAZES | CAMPOS DOS GOYTACAZES | CAMPOS DOS GOYTACAZES | CAMPOS DOS GOYTACAZES | ITAPERUNA | CAMPOS DOS GOYTACAZES |
| | CONCEICAO DE MACABU | | | | | | | |
| | MACAE | | | | | | | |
| | QUISSAMA | | | | | | | |
| | SAO FIDELIS | ITAPERUNA | ITAPERUNA | | ITAPERUNA | | | |

| Região | Município encaminhador | Quimioterapia | Radioterapia (Teleterapia) | Radioterapia (Braquiterapia) | Cir. Oncológica | Cir. Cabeça e Pescoço | Pediatria | Hematologia |
|----------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| | SAO FRANCISCO DE ITABAPOANA | CAMPOS DOS GOYTACAZES | CAMPOS DOS GOYTACAZES | | CAMPOS DOS GOYTACAZES | | | |
| | SAO JOAO DA BARRA | | | | | | | |
| | BOM JARDIM | | | | | | | |
| | CACHOEIRAS DE MACACU | | | | | | | |
| | CANTAGALO | | | | | | | |
| | CARMO | | | | | | | |
| | CORDEIRO DUAS BARRAS | TERESÓPOLIS | | | TERESOPOLIS | RIO DE JANEIRO | | |
| | GUAPIMIRIM | | | | | | | |
| | MACUCO | | | | | | | |
| | NOVA FRIBURGO | | | | | | | |
| Serrana | PETROPOLIS SANTA MARIA MADALENA | PETROPOLIS | PETROPOLIS | RIO DE JANEIRO | PETROPOLIS | PETROPOLIS | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO |
| | SAO JOSE DO VALE DO RIO PRETO | | | | | | | |
| | SAO SEBASTIAO DO ALTO | TERESOPOLIS | | | TERESOPOLIS | RIO DE JANEIRO | | |
| | SUMIDOURO | | | | | | | |
| | TERESOPOLIS | | | | | | | |
| | TRAJANO DE MORAIS | | | | | | | |

*Republicada por incorreção no original, publicada no D.O. de 29 de julho de 2019.

ANEXO 02

Roteiro de Entrevista - Gestor

I - Dados de Identificação

- 1- **Título do Projeto:** A Rede de Atenção Oncológica no estado do Rio de Janeiro: estudo avaliativo sobre a atenção ao câncer do colo do útero
- 2- **Pesquisador Responsável:** Debora Louzada Carvalho
- 3- **Nome do entrevistado:** _____
- 4- **Função que exerce:** _____
- 5- **Data do contato:** _____
- 6- **Forma do contato:** _____
- 7- **Data da entrevista:** _____
- 8- **Local da entrevista:** _____
- 9- **Formação Profissional:** _____
- 10- **Tempo de atuação no cargo:** _____

II - Roteiro da Entrevista – Questões a serem abordadas

- 1 – Qual é a cobertura das ações desenvolvidas?
- 2 – Quais as ações desenvolvidas?
- 3 – Quais as ações planejadas com relação a esta Linha de Cuidado?
- 4 – Quais as dificuldades para implementação das ações planejadas?
- 5 – Quais os principais desafios e demandas para a implantação das ações?
- 6 – Quais as principais barreiras para o planejamento e execução das ações?
- 7 – Qual a relação com o SER?
- 8 – Qual a relação com as demais componentes na Linha de Cuidado?
- 9 – Existem ações para cuidados paliativos?
- 10 – Houve alteração no planejamento das ações existentes após a publicação da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 (que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde)? E da Portaria Consolidadora nº 3? Se sim, qual?
- 11 - Há alguma coisa importante que, do seu ponto de vista, não foi abordada nesta entrevista?