



UEA

UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

Universidade do Estado do Amazonas

Escola Superior de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



PPGSC
Programa de Pós-graduação
em Saúde Coletiva - UEA

Zenóbia dos Santos de Almeida Lima

**Rede de Atenção Oncológica: uma análise na Região de Saúde – Manaus,
Entorno e Alto Rio Negro**

Manaus

2024

Zenóbia dos Santos de Almeida Lima



Rede de Atenção Oncológica: uma análise na Região de Saúde – Manaus, Entorno e Alto Rio Negro

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gláucia Maria de Araújo Ribeiro
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Alessandra Valle Salino

Manaus
2024

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a). **Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.**

L732r

Lima, Zenóbia dos Santos de Almeida

Rede de Atenção Oncológica: uma análise na Região de Saúde –
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro / Zenóbia dos Santos de Almeida
Lima . Manaus : [s.n], 2024. 155 f.: color.; 21,0 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPGSC-
Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

Inclui Anexo.

Orientador: Glaucia Maria de Araújo Ribeiro. Coorientador:
Alessandra Valle Salino.

1. Rede de Atenção Oncológica. 2. Política Nacional para a Prevenção
e Controle do Câncer. 3. Políticas Públicas de Saúde. 4.
Amazonas . I. Glaucia Maria de Araújo Ribeiro (Orient.) II .
Alessandra Valle Salino (Coorient.) III. Universidade do Estado do
Amazonas. IV. Título

CDU(1997)614(043.3)



PPGSC Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - UEA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO

Aos 27 dias do mês de setembro de 2024, às 08h:30min, de forma presencial, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é "Rede de Atenção Oncológica: uma análise na Região de Saúde – Manaus, Entorno e Alto Rio Negro", apresentada por **Zenóbia dos Santos de Almeida Lima**, sob orientação da Prof.^a Dra. Glauca Maria de Araújo Ribeiro e coorientação da Prof.^a Dra. Alessandra Valle Salino. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição da discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof.^a Dra. Glauca Maria de Araújo Ribeiro – Orientadora

Aprovada () Reprovada

Assinatura.....



Prof.^a Dra. Socorro de Fátima Moraes Nina – Membro Titular

Aprovada () Reprovada

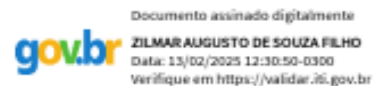
Assinatura.....



Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho – Membro Titular

Aprovada () Reprovada

Assinatura.....



Parecer Final:

Aprovada () Reprovada

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof.^a Dra. Glauca Maria de Araújo Ribeiro, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 27 de setembro de 2024.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, por tudo que fizeram por mim ao longo de minha vida (*in memoriam*), com todo o meu amor e gratidão, e ao meu esposo Flávio, minhas filhas Fernanda e Flávia pelo incondicional apoio de todos os dias, amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a este momento sem o precioso apoio de várias pessoas.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus em todos os momentos que não me deixou desistir, me dando forças para alcançar um sonho que tinha desde há muitos anos.

À minha família, esposo e filhas que antes, durante e sempre me apoiaram e motivaram, me ajudaram em cada etapa, dizendo...tudo vai dar certo e também se não der estaremos aqui, sempre juntos!

À Edna Auzier Félix, minha irmã, amiga de tantos anos. Uma amiga que sempre está aqui, e que sempre disse que o estudo é um bem grande em nossas vidas! Primeiro o estudo depois o lazer!

À Dra. Kátia Luz Torres e a Dra. Leidiane Mendes Brito Cacciola que há dois anos e meio quando peguei meu projeto com os olhos brilhando e com uma vontade grandiosa de querer recomeçar a escrever, estiveram mais que presentes, me receberam, me orientaram e disseram...vá em frente, vai dar tudo certo!

À FCECON! Quando pequena, via minha mãe, técnica de enfermagem indo trabalhar lá. E sempre eu falava para mim mesma, um dia irei trabalhar “lá!”. E foi neste lugar grandioso de amor, de luta contra o câncer, que aprendi que podemos nos doar e melhorar cada vez no nosso fazer profissional e como ser humano. Gratidão à FCECON por tantos aprendizados!

Às minhas orientadoras, Prof.^a Dr.^a Glaucia Maria de Araújo Ribeiro, Prof.^a Dr.^a Alessandra Valle Salino, sempre me mostrando o melhor caminho a seguir. Gratidão por todos os ensinamentos a mim doados, a paciência e compreensão durante esses dois anos e meio de trajetória acadêmica. Gratidão!

À Professora Dr.^a Socorro Nina, pela incondicional acolhida, carinho e incentivo para que eu não desistisse! Gratidão professora também pelas fundamentais contribuições na banca avaliadora!

Ao Professor Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho, pela acolhida em aceitar compor a banca examinadora, nos trazendo sua valorosa contribuição e ensinamentos para o trabalho!

Aos meus amigos que ganhei no Mestrado, Yone Almeida da Rocha, Andréa Cristina Guimarães, Lara Suellen, Keven de Oliveira Cosme, por tantos momentos bons e alegres, seguirmos sempre nos apoiando nos fortaleceu até aqui!

Às profissionais da Atenção Básica, Hevelen Silva, D. Odete, D. Olívia, que doaram parte do seu tempo com atenção e valiosas contribuições para o desenvolvimento do trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse trabalho se realizasse, minha gratidão.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, sendo de fundamental importância durante todo o processo do projeto de pesquisa.

RESUMO

LIMA, Zenóbia dos Santos de Almeida. **Rede de Atenção Oncológica: uma análise na Região de Saúde: Manaus, Entorno e Alto Rio Negro.** 2024. 155f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

A redefinição da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas – RASPDC no SUS, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção Oncológica (RAO), dentro da RASPDC e fortaleceu os direitos fundamentados principalmente no princípio da integralidade da saúde. O presente estudo objetivou analisar a composição da RAO, no estado do Amazonas, com foco na Região de Manaus, Entorno, e Alto Rio Negro, à luz das diretrizes da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), a fim de identificar suas potencialidades e/ou fragilidades nos três níveis de atenção. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo e quantitativo com abordagem descritiva de análise documental, realizada a partir da pesquisa de documentos governamentais, resoluções da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/AM, planos estaduais de saúde, web sites de informações na saúde no SUS – DATASUS, artigos, livros, dissertações e teses para o embasamento da fundamentação teórica. Os resultados permitiram evidenciar, no decorrer de 10 anos, as fragilidades e potencialidades de ações para a construção da RAO no Amazonas: na atenção básica aponta-se a necessidade de fortalecimento das ações de rastreamento organizado e busca ativa das mulheres na prevenção do câncer de colo de útero - CCU, em substituição ao modelo oportunístico e intensificação das campanhas e educação permanente para alcance da cobertura da vacinação contra o HPV. Quanto à atenção secundária evidencia-se a condição de preencher as lacunas na composição dos sistemas de apoio, principalmente do suporte diagnóstico e terapêutico ambulatorial, com implantações de mais Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do câncer de colo do útero - SRC's; e dos Serviços de Referência para Diagnóstico de câncer de mama - SDM's, nos municípios estratégicos do Amazonas, como também a necessidade de qualificar os exames citopatológicos e ampliar a oferta de biópsias e conizações descentralizando a atenção oncológica da capital. Nos sistemas logísticos, descreve-se a ausência de um sistema de informação unificado aos pacientes durante o percurso na RAO, bem como um mecanismo de integração dos sistemas de informação do SUS. Na alta complexidade, reforça-se a carência de mais Unidades de Alta Complexidade em Oncologia - UNACONS no estado. As potencialidades se revelaram no esforço de implantar ações, estratégias de enfrentamento ao câncer, a exemplo dos projetos: Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD, integrando como suporte ao Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos da FCECON; Projeto “Ver e Tratar”, o “CEPCOLO”; Conclui-se portanto, que o desenvolvimento da RAO no Amazonas encontra-se em construção, havendo a necessidade de organizar a estrutura do modelo de prevenção de forma ativa, viabilizar a oferta dos serviços, principalmente de diagnóstico e médicos especialistas na atenção secundária, com a integração das informações e da comunicação durante todo o percurso do paciente até a contrarreferência, pois a prevenção e o diagnóstico precoce e oportuno reduzem os casos de câncer e a mortalidade deste agravo de saúde.

Palavras-chave: Rede de Atenção Oncológica. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Políticas Públicas de Saúde. Amazonas.

ABSTRACT

LIMA, Zenóbia dos Santos de Almeida. **Oncology Care Network: An Analysis in the Health Region: Manaus, Surrounding Area, and Alto Rio Negro.** 2024. 155 pages. Dissertation (Master's in Public Health) – State University of Amazonas, Manaus, 2024.

The redefinition of the Chronic Disease Care Network (RASPDC) within SUS established guidelines for organizing the Oncology Care Network (RAO) within RASPDC and strengthened rights primarily based on the principle of comprehensive health care. The present study aimed to analyze the composition of RAO in the state of Amazonas, focusing on the Manaus Region, Surrounding Area, and Alto Rio Negro, in light of the guidelines of the National Policy for Cancer Prevention and Control (PNPCC), in order to identify its strengths and/or weaknesses at the three levels of care. This is a qualitative and quantitative research with a descriptive documentary analysis approach, carried out through the study of governmental documents, resolutions from the Bipartite Inter-Management Commission (CIB/AM), state health plans, health information websites in SUS – DATASUS, articles, books, dissertations, and theses for theoretical foundation. The results highlighted, over the course of 10 years, the strengths and weaknesses in the construction of RAO in Amazonas: at the primary care level, there is a need to strengthen organized screening actions and active search for women in the prevention of cervical cancer, replacing the opportunistic model and intensifying campaigns and ongoing education for achieving HPV vaccination coverage. Regarding secondary care, it is evident that there is a need to fill gaps in the support systems, especially diagnostic and therapeutic outpatient support, through the establishment of more Reference Services for Diagnosis and Treatment of Precursor Lesions of Cervical Cancer (SRCs) and Reference Services for Breast Cancer Diagnosis (SDMs) in strategic municipalities of Amazonas. There is also a need to improve cytopathological exams and increase the availability of biopsies and conizations by decentralizing oncological care from the capital. In the logistical systems, the absence of a unified information system for patients throughout their journey in RAO is described, as well as a lack of integration between SUS information systems. In high complexity care, there is a need for more High Complexity Oncology Units (UNACONS) in the state. Strengths were revealed in the efforts to implement actions and strategies to address cancer, such as the following projects: Home Care Service (SAD), integrating as support to the Pain Therapy and Palliative Care Service of FCECON; “See and Treat” project, “CEPCOLO.” It is concluded that the development of RAO in Amazonas is still under construction, with the need to organize the prevention model structure actively, ensure the offer of services, especially diagnostics and specialist physicians in secondary care, with the integration of information and communication throughout the patient's journey and referral back, as prevention and early diagnosis reduce cancer cases and mortality from this health issue.

Keywords: Oncology Care Network, National Policy for Cancer Prevention and Control, Public Health Policies, Amazonas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estrutura Operacional da RAS.....	58
Figura 2 -	Estrutura operacional da RASPDC.....	65
Figura 3 -	Limites do Estado do Amazonas.....	67
Figura 4 -	Regionalização da Saúde no Amazonas.....	67
Figura 5 -	Estrutura Territorial da Região de Saúde Manaus, Entorno e Alto Rio Negro.....	69
Figura 6 -	Pirâmide Etária – Manaus.....	71
Figura 7 -	Pirâmide Etária – Entorno e Alto Rio Negro.....	72
Figura 8 -	Tabela de distribuição de óbitos por neoplasias nos municípios mais incidentes do Amazonas, 2012 a 2022.....	79
Figura 9 -	Contribuição das Neoplasias Malignas mais frequentes diagnosticadas no sexo masculino, segundo a localização primária. FCECON – 2023.....	84
Figura 10 -	Contribuição das Neoplasias Malignas mais frequentes diagnosticadas no sexo feminino, seg. a localização primária. FCECON – 2023.....	84
Figura 11 -	Cobertura de Atenção Primária da Região de Saúde Manaus e Entorno de 2023.....	88
Figura 12 -	Histórico de habilitações HUGV.....	93
Figura 13 -	Localização da RAO para tratamento no Amazonas.....	94
Figura 14 -	Indicadores de habilitações - 1719 - Serviço de Referências para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero – SRC no AM.....	95
Figura 15 -	Estabelecimento 2011832 Castelo Branco.....	96
Figura 16 -	Indicadores de qualidade do exame citopatológico cérvico-vaginal, Região Norte do Brasil – 2022	98
Figura 17 -	Habilitações - 3203- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos de colo do útero – Tipo II.....	100
Figura 18 -	Habilitações 3202 - Laboratórios habilitados em exames citopatológicos do colo de útero – Tipo I – Amazonas.....	100
Figura 19 -	Habilitações FCECON.....	110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Projeção da população do Amazonas até 2060.....	68
Gráfico 2 – Crescimento populacional, Manaus, Entorno e Alto Rio Negro – 2010 a 2022...	70
Gráfico 3 – Características da população raça/cor – Manaus, 2022.....	73
Gráfico 4 – Total de óbitos por neoplasias no Amazonas, Manaus, Entorno e Alto Rio Negro 2012 a 2022	78
Gráfico 5 – Distribuição das 15 neoplasias com mais óbitos – Amazonas, 2012 a 2022.....	81
Gráfico 6 – Distribuição das 15 neoplasias com mais óbitos – Manaus, 2012 a 2022.....	81
Gráfico 7 – Estimativas para o estado do Amazonas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.....	82
Gráfico 8 – Estimativas para Manaus para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo do percurso metodológico.	28
Quadro 2 – Síntese das principais legislações da PNPCC no período de 2013 a 2023	41
Quadro 3 – Principais ações na Política Pública de Saúde no Amazonas: 1967-1991.....	47
Quadro 4 – Principais marcos legais das ações de saúde no Amazonas (CIB/AM), no período de 1991 a 2012	51
Quadro 5 - Divergências entre os modelos de atenção hegemônico e a RAS.....	55
Quadro 6 - População e território do município de Manaus.....	70
Quadro 7 - Características dos domicílios de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro.....	74
Quadro 8 – Morbidade hospitalar do SUS, por local de Residência, internações por neoplasias segundo capítulo CID-10, no Amazonas, RAG. 2018-2022.....	85
Quadro 9 – Síntese do Plano Estadual de Saúde do Amazonas - 2012 – 2015.....	102
Quadro 10 – Metas Executadas – Relatório Anual de Gestão – 2012 a 2015.....	105
Quadro 11 – Síntese das Principais Ações de Planejamento na Atenção Oncológica. PES-AM 2020 – 2023.....	114
Quadro 12 – Atividades não realizadas e justificativas.	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Amazonas de 2019 a 2021.....	76
Tabela 2 – Quantidade de documentos consultados na pré-análise e os selecionados para a pesquisa.....	86
Tabela 3 – Painel indicador de desempenho – proporção de mulheres com coleta de exames citopatológicos na APS – Região do Entorno, Manaus, Entorno e Alto Rio Negro.....	89
Tabela 4 – Produção ambulatorial – biópsia da mama no SUS, por local de atendimento – RS – AM - 2023.	101
Tabela 5 – Quantidade segundo RS. Tipo de equipe: 23 EMAP – Equipe multidisciplinar de apoio. Amazonas	108
Tabela 6 – Quantidade segundo RS. Tipo de equipe: 22 EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo I	109
Tabela 7 – Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área da Urgência – SAMU por Região de Saúde.....	120
Tabela 8 – Procedimentos aprovados segundo Município. Procedimento: 0409060089 – Excisão Tipo I do Colo Uterino. 2023.....	123
Tabela 9 – Procedimentos aprovados segundo Município. Procedimento: 0409060305 – Excisão Tipo II do Colo Uterino. 2023.....	123

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACF	<i>Advocacy Coalition Framework</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CCU	Câncer de Colo de Útero
CECON	Centro de Controle de Oncologia
CEPCOLU	Centro Avançado de Prevenção do Câncer do Colo do Útero do Amazonas
CIB	
CIT	Comissões Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Tripartite
CQG	Comissão Intergestores Regionais
CRFB	Centro Qualificador em Ginecologia
	Constituição da República Federativa do Brasil
COOPREVCC	Coordenação dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECAV	Departamento de Controle e Avaliação
DPCC	Departamento de Prevenção e Controle do Câncer
FCECON	Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas
FHEMOAM	Fundação Hospitalar e Hematologia e Hemoterapia do Amazonas
FSESP	Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
GEPROG	Gerência dos Programas de Controle do Câncer
HPV	Sigla em inglês para Papilomavírus Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
MEQ	Monitoramento Externo de Qualidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBS	Norma Operacional Básica de Saúde
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PDI	Plano Diretor de Regionalização
PDR	Plano Diretor de Investimento
PES	Plano Estadual de Saúde
PIUMI	Programa de Implantação de Unidades Médicas no Interior
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNPCC	Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer

SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDECTI	Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação
SDM	Serviço de Referência para Diagnóstico de câncer de mama
SES/AM	Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas
SESP	Serviço Especial em Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama
SISAB	Sistema de Informação à Saúde para Atenção Básica
SISTER	Sistema de Transferência de Emergência Regulada
SRC	Serviço de Referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero
STDCP	Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAO	Rede de Atenção Oncológica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RASPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
RS	Região de Saúde
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
ZFM	Zona Franca de Manaus

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1 OBJETIVOS	21
1.1 Geral	21
1.2 Específicos	21
2 METODOLOGIA	22
2.1 O Percurso Metodológico da Pesquisa	23
2.1.1 Referencial Teórico	23
2.1.2 Levantamento dos documentos e informações (Pré-análise).....	24
2.1.3 Organização e análise dos dados.....	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1 A Política Pública como Área do Conhecimento Científico	28
3.1.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil	34
3.1.2 Políticas para a Prevenção e Controle do Câncer no Brasil.....	38
3.1.3 Política Pública de Saúde no Amazonas e a Instituição da Atenção Oncológica	44
3.2 Rede de Atenção à Saúde	54
3.2.1 Dos Sistemas Fragmentados a Mudança de Paradigma na Atenção à Saúde.....	55
3.2.1.1 Os Elementos Constitutivos da RAS	57
3.2.2 A Regionalização como Eixo Estruturante de Organização das Regiões de Saúde no SUS	60
3.3 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC)	62
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1 Local de Estudo	66
4.1.1 Manaus e sua Localização na Região de Saúde	68
4.1.2 Caracterização de Manaus: População e Território	70

4.2 Dados do Câncer no Amazonas	77
4.2.1 Óbitos por neoplasias no Amazonas, Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	77
4.2.2 Análise das neoplasias que mais levam à óbito no Amazonas e Manaus	80
4.2.3 Incidência de câncer no Amazonas e em Manaus – Estimativa INCA.....	82
4.2.4 A configuração da RAO na RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro – a partir da das resoluções da CIB/AM - 2013 a 2023.....	86
4.3 O Incremento da Atenção Básica no Amazonas	87
4.4 A Atenção Especializada e a Ampliação da RAO no Amazonas	91
4.5 Habilitação dos Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM)	94
4.6 Os Sistemas de Apoio na RAO.....	97
4.6.1 Laboratórios tipo I e tipo II com Qualificação Nacional de Citopatologia – QUALICITO, habilitados no Amazonas	97
4.6.2 Serviço Diagnóstico de Mama – SDM.....	100
4.7 O Planejamento da Atenção Oncológica no Amazonas nos Planos Estaduais de Saúde 2013 a 2023	102
4.7.1 Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) – suporte ao Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos (STDPC)	107
4.8 FCECON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.....	109
4.8.1 Plano de Atenção Oncológica – 2016 – 2019.....	111
4.8.2 Plano Estadual de Saúde 2020-2023 - a RASPDC, norteadora para a organização do cuidado em oncologia – fragilidades e potencialidades no Amazonas.....	116
4.8.3 Coleta de Exames Citopatológico do Colo do Útero e a Vacina para HPV no Amazonas	116
4.8.4 Os Entraves para a Habilitação dos SRC’s e SDM’s na construção das Linhas de Cuidado	117
4.8.5 Serviços de Média e Alta Complexidade a serem Implantados na RAO no Amazonas	118

4.8.6 Sistemas Logísticos – Prontuário unificado do paciente e os sistemas de informação do SUS	120
4.8.7 Regulação - implantação dos processos regulatórios (protocolos de acesso e de serviços na atenção oncológica	121
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS.....	130
ANEXO A - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA DE 2013 A 2018	143
ANEXO B - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA EM 2023 (continua).....	144
ANEXO C - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE 2014 A 2023 (continua)	147
ANEXO D - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES DOS SISTEMAS DE APOIO DE 2014 E 2023	149
ANEXO E - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES DOS SISTEMAS LOGÍSTICOS DE 2013 A 2023.....	150
ANEXO F - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES DO COMPONENTE DA REGULAÇÃO DE 2019 E 2020.....	151
ANEXO G- QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES DO COMPONENTE DA GOVERNANÇA DE 2013 A 2022.....	152
ANEXO H - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES DO COMPONENTE DA RAS DE 2013 A 2023.....	153
ANEXO I - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES DO COMPONENTE LINHA DE CUIDADO DE 2020 E 2022.....	154
ANEXO J – PLANO DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO AMAZONAS – 2016 A 2019	155

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública em âmbito nacional e global, representando a segunda causa de morte por doenças no Brasil, segundo Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão responsável pela coordenação e desenvolvimento de ações integradas para o controle do câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estimativas do mesmo órgão, demonstram que somente entre 2023 e 2025, devem surgir cerca de 704 mil novos casos de câncer em todo o país, o que representa um crescimento de 12,64% em relação à estimativa anterior referente ao triênio 2020-2022 (Brasil, 2019; 2022).

No Amazonas, as neoplasias estão entre as cinco principais causas de mortalidade do estado, apontando 2.696 mortes no período de 2021 (Brasil, 2023; DATASUS, 2023).

O reconhecimento do câncer como um problema sanitário, no Brasil, ocorreu em 2005, quando foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), estabelecida pela Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005 e revogada pela Portaria nº 874/GM/MS de 16 de maio de 2013 orientando o foco de atuação da rede pública de saúde ao diagnóstico precoce e à prevenção do câncer, em vez de concentrar todos os esforços no tratamento de fases avançadas da doença (Brasil, 2005; 2013).

Este reconhecimento no Brasil foi tardio, visto que o direito à saúde é um dos principais direitos sociais previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) e regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1988; 1990).

Apesar da proteção constitucional e legislativa, em 2009, foi aprovada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, com o objetivo de garantir aos cidadãos brasileiros acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2009; 2011).

Posteriormente, em 2013, foi instituída a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), através da Portaria GM/MS nº 874/13, que registrou a consolidação das diretrizes e atribuições sobre os componentes da Rede de Atenção Oncológica (RAO), bem como as responsabilidades e pactuações da governança, trazendo maior ênfase às questões relacionadas a integralidade do cuidado e informação à saúde (Silva *et al.*, 2017).

No âmbito da atenção ao câncer, além da PNPCC, o SUS constituiu outras normativas específicas com o objetivo de garantir os direitos das pessoas com câncer. A Lei nº 12.732/2012 estabeleceu o prazo de 60 dias para que o paciente oncológico receba o primeiro tratamento,

visando garantir o acesso rápido e eficiente à assistência necessária e, posteriormente, a Lei nº 13.896/2019 determinou um prazo de 30 dias para que sejam realizados exames confirmatórios em pacientes que apresentem neoplasia maligna como principal suspeita diagnóstica, com o objetivo de garantir um diagnóstico preciso e um tratamento adequado (Brasil, 2012, 2019).

Além do direito à saúde, os pacientes oncológicos têm outros direitos garantidos, preconizados pela Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021, na qual institui o Estatuto da Pessoa com Câncer dispondo outras providências, dentre eles: direitos previdenciários, tributários, financeiros, acesso a medicamentos de alto custo, entre outros, visando minimizar as vulnerabilidades decorrentes do adoecimento (Brasil, 2021).

No entanto, apesar dos avanços na legislação e nas políticas públicas para o tratamento do câncer, ainda existem desafios a serem superados no Brasil, como a falta de acesso a serviços de saúde a partir da organização da RAO, além da desigualdade no acesso.

Nesse sentido, em um estudo sobre estratégias para a garantia dos direitos da pessoa com câncer no SUS, três dimensões - assistencial, judicial e social podem ser refletidas a partir dos resultados da pesquisa:

Destacaram-se: a necessidade de expansão e organização da rede assistencial diagnóstica e terapêutica; a preocupação com o grande número de demandas judiciais, tanto pela sustentabilidade econômica do sistema de saúde, quanto pela promoção de iniquidades; a pouca resolutividade dos benefícios sociais, uma vez que não atendem a todos aqueles que necessitam. A percepção é de que as medidas adotadas são insuficientes para garantir os direitos da pessoa com câncer no sistema de saúde brasileiro (Silva e Osorio-de-Castro, 2022, p. 399).

Não obstante e mesmo havendo linhas de cuidados já estabelecidas, como a do câncer de colo uterino, existe ainda a necessidade de investigação das dificuldades com relação ao rastreio e cobertura da assistência nos pontos de atenção; identificação das falhas no percurso dos usuários, em virtude das baixas coberturas na vacinação, procedimentos de prevenção e diagnóstico, o que poderia diminuir os índices de cânceres avançados e da mortalidade no Amazonas (Sousa *et al.*, 2021).

Neste contexto, o presente estudo apresenta as seguintes perguntas norteadoras: Como se configura a RAO no Amazonas? A RAO, no Amazonas, segue as diretrizes da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer? Quais são as potencialidades e/ou fragilidades da RAO na Região de Saúde Manaus, Entorno e Alto Solimões?

Os questionamentos a serem desvelados pela pesquisa surgiram a partir da hipótese: existem lacunas no território amazônico que dificultam o acesso e a integralidade da RAO?

Dessa forma, a análise da temática vincula-se à linha de pesquisa “Política, Planejamento e Gestão em Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas – PPGSC/UEA, a qual se debruça na compreensão e discussão teórica dos estudos relativos ao sistema de saúde nos seus diversos aspectos.

É válido salientar que a relevância social da pesquisa, está voltada para a contribuição sobre o entendimento da operacionalização da RAO dentro de uma territorialidade peculiar e complexa como a Amazônia, buscando identificar as potencialidades e fragilidades na cobertura assistencial oncológica diante dos desafios de ofertar o cuidado integral, universal e igualitário.

O Ministério da Saúde (MS) aponta em estudos recentes o câncer de colo de útero como sendo a maior causa de mortes prematuras de mulheres em todo país, e prevê uma estimativa de mais de 1.800 casos novos até o ano de 2026, o que demanda um esforço contínuo das políticas públicas e do cuidado integral dentro da RAO (BRASIL, 2023a).

Nessa perspectiva, o estudo se propôs em apresentar resultados científicos, obtidos por meio de um percurso metodológico documental e descritivo, a fim de apresentar um arcabouço teórico sobre a implementação da RAO no espaço amazônico, corroborando para estudos nesta temática.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Analisar a Rede de Atenção Oncológica na Região de Saúde: Manaus, Entorno e Alto Rio Negro perante as diretrizes da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

1.2 Específicos

Descrever a composição da Rede de Atenção Oncológica na Região de Saúde Manaus, Entorno e Alto Rio Negro;

Verificar, sob a perspectiva da PNPCC, o desenvolvimento da Rede de Atenção Oncológica no estado do Amazonas;

Identificar potencialidades e/ou fragilidades na Rede de Atenção Oncológica no Amazonas.

2 METODOLOGIA

Na temática em discussão, utilizou-se um método misto: quantitativo e qualitativo. Para a pesquisa documental descritiva a abordagem foi qualitativa. Segundo Cellard, 2008 a utilização dos documentos nos permite agregar a história dos fatos a partir do tempo em que foi escrito à compreensão do social. Os documentos, nos possibilitam refazer algumas reconstruções, concebendo-se como uma fonte importante e rica nas pesquisas em ciências sociais. O percurso metodológico qualitativo foi realizado por meio de pesquisa e análise documental da PNPCC e a caracterização da RAO no Amazonas como objeto norteador. O componente quantitativo descritivo do estudo foi coletado através do *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dos sistemas de informações do SUS.

O recorte temporal da pesquisa foi de 2013 a agosto de 2023, a partir das Resoluções da CIB/AM e Planos Estaduais de Saúde do Amazonas. A escolha do período inicial se deu por se instituir a PNPCC em 2013, contudo, foi incluído o ano de 2012 do Plano Estadual de Saúde do Amazonas por conta de dar início ao quadriênio de 2012 a 2015. Baseado neste contexto, a construção da dissertação foi dividida em 03 capítulos: a partir das Resoluções da CIB/AM e Planos Estaduais de Saúde no período de 2012 a 2023.

O Capítulo I versa sobre: a) A política pública de saúde no Brasil, conceitos sobre o desenvolvimento de políticas públicas e a contextualização da saúde no período anterior ao SUS e após a sua criação. O SUS – conceitos, abrangência, princípios, entes federativos e atores principais que integram o sistema. b) A Política Nacional para a Prevenção e Controle ao Câncer - como surgiu, como se estruturou, do que se trata, a quem abrange e como foi implementada.

O Capítulo II desenvolve a narrativa sobre a constituição da Rede de Atenção à Saúde no Brasil a contar da transição de um modelo fragmentado de saúde, a estrutura operacional da RAS e suas diretrizes perante a Portaria nº 4.279/10. Discorre também sobre a regionalização e sua função na organização das Regiões de Saúde. Por fim, a apresentação da Rede de Atenção

às Pessoas com Doenças Crônicas – RASPDC, a qual incorpora dentro da Rede Temática os pacientes oncológicos, além da observância da linha de cuidado no fluxo assistencial.

O Capítulo III descreve e analisa, a partir dos resultados obtidos na pesquisa, a caracterização socioeconômica da população do território estudado; dados sobre o câncer no Amazonas; o desenvolvimento da RAO por meio da RASPDC no Amazonas e Regiões de Saúde; e por conseguinte, as considerações finais acerca do percurso desenvolvido no trabalho científico.

2.1 O Percurso Metodológico da Pesquisa

Mediante a gama de documentos examinados é válido ressaltar, a importância e a atenção na hora de selecionar as descrições da busca da pesquisa para não negligenciar tópicos importantes.

Em uma pesquisa científica que realiza tendo como fonte de dados documentos diversos, três aspectos merecem atenção especial por parte do investigador: a escolha dos documentos, o acesso a eles e a sua análise. Ao eleger os documentos, o pesquisador deverá se atentar aos processos de codificação e análise dos dados. Para isso, faz-se necessário que ele mantenha o foco sobre um determinado aspecto do estudo realizado e busque entender em profundidade a mensagem que os dados dispostos nos documentos revelam (Junior *et al.*, 2021, p.44).

Para organização e sistematização da trajetória do estudo, elencaremos abaixo as etapas realizadas para o levantamento do referencial teórico, bem como, da coleta dos dados:

2.1.1 Referencial Teórico

Para fundamentação do referencial teórico, foi realizada busca bibliográfica de artigos, teses, livros e dissertações nas bases de dados de referências científicas (BVS, LILACS, SCIELO) tendo como descritores os termos: “política de saúde”, “câncer”, “neoplasia”, “Amazonas”, “rede de atenção à saúde”, “política nacional para a prevenção e controle do câncer” “rede de cuidados continuados de saúde”, “assistência oncológica”, “rede de atenção oncológica”.

2.1.2 Levantamento dos documentos e informações (Pré-análise)

Constitui-se na classificação dos documentos pertinentes ao objeto do estudo de acordo com o recorte temporal, sendo estes:

- a) Documentos do Ministério da Saúde, Resoluções da CIB/AM 2013-2023, Planos Estaduais de Saúde do Amazonas (2012-2015, 2016-2019, 2020-2023), Portarias de consolidação da 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 Saúde¹, Protocolo de acesso às consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade revisado em janeiro/2020 e Plano do Complexo Hospitalar;
- b) Documentos da Organização Mundial da Saúde – OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS;
- c) Documentos do IBGE (população e área geográfica);
- d) A coleta das informações acerca da RAO, teve como diretriz a Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014, registrando-se nela três elementos fundamentais constitutivos da RAS: população; estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (Brasil, 2014; Oliveira *et al.*, 2016).

Com relação aos dados demográficos do Amazonas, foi feita a pesquisa para descrição da população realizada no *site* do IBGE. Neste tópico buscou-se também identificar e conhecer a Região de Saúde pesquisada - Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, como parâmetro em relação à população do estado e cobertura assistencial.

¹ Foram estudadas Portarias, Decretos e Resoluções pertinentes a atenção oncológica a partir- da instituição da Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013, a ser detalhada no decorrer da dissertação.

Foram descritos dados sobre o câncer no Amazonas, Manaus, Entorno de Manaus e Alto Rio Negro, a saber: total de óbitos (coletados no Sistema de Informação de Mortalidade – SIM)², no período de 2012 a 2022; as neoplasias com maior incidência no Amazonas e Manaus, referente ao ano de 2023, com dados coletados por meio da estimativa de câncer no Brasil, referente ao triênio 2023-2025 (INCA, 2022). Também foram descritos os cânceres mais frequentes e registrados no Hospital de Referência para tratamento oncológico no Amazonas, coletados no Relatório de gestão da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON (Amazonas, 2023, pg. 103). Para o presente estudo foram destacados os cânceres de mama e de colo do útero por estarem no topo das neoplasias mais incidentes para o nosso estado para o sexo feminino segundo a Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil (Brasil, 2022, p.74) e os que mais levam à óbito conforme o Relatório de Gestão da FCECON (Amazonas, 2023, p. 107).

Para descrever a estrutura operacional da RAO, observou-se sua divisão em seis componentes: 1. Atenção Primária (centro de comunicação da rede); 2. Atenção especializada (ambulatorial especializado; hospitalar; urgência e emergência); 3. Sistemas de apoio; 4. Sistemas logísticos; 5. Regulação; o componente Governança não será abordado na presente pesquisa.

Na Atenção Primária foi pesquisada a cobertura da APS no Amazonas, no período de 2023, o estudo foi feito no *site* E-Gestor (cobertura da atenção básica) no menu relatórios públicos; cobertura da Atenção Primária (PNS 2020-2023); histórico da cobertura – APS por Região de Saúde (Manaus, Entorno e Alto Rio Negro).

Foi selecionado também para a pesquisa na Atenção Primária, informações sobre o indicador de desempenho: “proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS”³, feita através da consulta ao *site* SISAB, indicadores de desempenho por municípios da Região de Saúde Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, referente ao ano de 2022 (quadrimestre 1,

² O Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1975, é resultado da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde.

³ Nota Técnica nº 3/2022-CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS. Apresentação do indicador: "Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS" é um indicador que mede a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram ao menos 1 coleta de exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município. 3.2. A recomendação é a realização do exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos que já tiveram ou têm atividade sexual, a cada 3 anos, após 2 exames anuais negativos. Para mulheres com mais de 64 anos que nunca se submeteram ao exame, recomenda-se realizar dois exames com intervalo de 1 a três anos, no caso de resultado negativo, elas podem ser liberadas de novos exames visto que não há evidências sobre a efetividade do rastreamento após os 65 anos.

quadrimestre 2 e quadrimestre 3) e 2023 (quadrimestre 1, quadrimestre 2 e quadrimestre 3), a fim de caracterizar a atuação da APS no rastreamento do câncer de colo de útero na região estudada (SISAB, 2024).

Na Atenção Especializada (média e alta complexidade) foi realizada a descrição e análise da RAO no Amazonas e a descrição das habilitações dos estabelecimentos: de Alta Complexidade no tratamento do câncer, coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e INCA; Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM), coletados no *site* do CNES.

Com o objetivo de identificar e caracterizar os municípios na RAO que ofertam os procedimentos para o rastreamento do câncer de mama, foram coletados dados sobre a produção ambulatorial dos procedimentos: 1. punção aspirativa de mama por agulha fina⁴ (código SIGTAP – 0201010585); 2. punção de mama por agulha grossa⁵ (código SIGTAP – 0201010607), a busca pelas informações foi feita com consulta ao site do TABNET/DATASUS, assistência à saúde, produção ambulatorial (SIA/SUS), por local de atendimento, a partir de 2008, abrangência geográfica: Amazonas por região de saúde (Manaus, Entorno e Alto Rio Negro) (DATASUS, 2023).

Voltado para o câncer de colo de útero na atenção especializada, foi selecionada a análise do painel de indicadores de qualidade do exame citopatológico cérvico-vaginal da região Norte, realizado pelo INCA, e o demonstrativo da distribuição dos laboratórios com qualificação QUALICITO⁶ no Amazonas, a partir das informações contidas no CNES (INCA, 2024).

Para a exposição das informações sobre os sistemas logísticos quanto ao acompanhamento do cuidado ao paciente, buscou-se verificar se existe um sistema único para

⁴ Procedimento indicado não só para as displasias, mas principalmente na suspeita de neoplasia maligna (c50) e para diagnóstico de neoplasia benigna (d24), que comumente se apresentam como lesão única. O resultado do exame citológico pode, em uma minoria de casos, não ser de malignidade. Quantidade máxima 02 quando precedida em ambas as mamas.

⁵ Procedimento cirúrgico ambulatorial, sob anestesia local, indicado para o diagnóstico de lesão mamária impalpável ou palpável com mais de 02 (dois) cm, com suspeita de câncer que utiliza agulha grossa, específica, descartável, acoplada a pistola dedicada a esta finalidade e fornece fragmentos tissulares (04 no mínimo), para exame histopatológico, cujo resultado de exame patológico pode em uma maioria de casos não ser de malignidade. Quantidade máxima 02(dois) quando precedida em ambas as mamas.

⁶ Consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS. A QualiCito será executada pelo cumprimento dos critérios estabelecidos para avaliação da qualidade e contratação dos laboratórios, nos termos dos Capítulos V e VII da Portaria 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, e por meio do Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) e do Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ).

o prontuário do usuário na rede de atenção do Amazonas, com intuito de identificar se a condução dos casos clínicos é feita de forma fragmentada nos níveis de atenção ou interligada nos pontos de atendimento ao paciente oncológico, a pesquisa foi realizada a partir da leitura dos Planos Estaduais de Saúde (2012 a 2015; 2016 a 2019; 2020 a 2023).

Com relação à regulação do acesso para o tratamento do câncer, foram verificados quais são os protocolos de acesso regulados já estabelecidos, direcionados para os pacientes que buscam o atendimento na Alta Complexidade. Foram coletadas as informações nos Planos Estadual de Saúde (2012 a 2015; 2016 a 2019; 2020 a 2023) e nos protocolos de acesso no site do Complexo Regulador do Amazonas, pelo *link*: documentações (downloads), opção protocolo 2020 (protocolo de Acesso Consultas e Exames 2020) (Amazonas, 2024).

2.1.3 Organização e análise dos dados

Nesta fase, já com os documentos e dados selecionados, a organização se deu por temática de busca para a escolha dos elementos-chaves que compuseram a caracterização da rede de atenção oncológica do Amazonas. Para tanto, foi elaborada uma ficha para catalogação e consolidação das informações encontradas e pertinentes à pesquisa, etapa em que se realizou a triagem de inclusão e exclusão do que era relevante.

Destacamos que tomamos como critérios de inclusão todos os documentos relativos a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e as políticas no âmbito nacional implementadas no Amazonas a partir de 2013, com ênfase nas redes de atenção à saúde e estruturação do cuidado integral. Foram excluídos, os documentos com enfoque em outras diretrizes como por exemplo, temáticas voltadas para a educação, ciência e tecnologia.

Considerando que a pesquisa utilizou somente dados secundários de domínio público, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Quadro 1. Resumo do percurso metodológico

Referencial teórico - busca dos documentos relacionados ao tema nas bases de dados “SCIELO, LILACS, BVS” utilizando os descritores: “política de saúde”, a “câncer”, “neoplasia”, “estado do Amazonas”, “sistemas de assistência à saúde”, “rede de cuidados continuados de saúde”, “atenção à saúde”, rede de atenção oncológica;

Levantamento dos documentos e informações (Pré-análise) - classificação dos documentos pertinentes ao objeto do estudo de acordo com o recorte temporal (2013 a 2023); coleta de dados quantitativos nas plataformas do Ministério da Saúde (TabNet-DATASUS), SISAB, E-GESTOR, CNES.

Organização das informações e análise - organizado por temática de busca para a categorização dos elementos-chaves que compuseram a caracterização da rede no Amazonas, para tanto, foi elaborada uma ficha para consolidar as informações encontradas e pertinentes a pesquisa, realizando uma triagem de inclusão e exclusão ao que era relevante. A categorização foi norteada a partir dos componentes da estrutura operacional da RAS e dos objetivos da pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Política Pública como Área do Conhecimento Científico

Neste capítulo, contextualiza-se a pesquisa a partir da fundamentação teórica do conceito de política pública, seu objeto de ação, considerado como problemas e condições que se apresentam num determinado momento; como se projeta a relevância de um específico problema dentro das pautas nas agendas públicas tomadas como prioridade; a implementação e a avaliação de uma política pública. Não obstante, sabe-se o quão vasta são as ponderações, teorias e metodologias, e não esgotaremos nesta pesquisa todo fundamento teórico acerca do processo de elaboração de uma política pública. Contudo, é fundamental a importância de compreendê-la com sustentação literária e científica, o que nos possibilitará analisar o processo de implementação e como ocorre a comunicação mediante os diversos fatores e atores que a compõem.

A área de conhecimento e disciplina acadêmica das “políticas públicas” teve sua origem nos Estados Unidos da América (EUA), na segunda metade do século XX, não seguindo a tradição da Europa que tinha um enfoque maior na análise do Estado e suas instituições do que

propriamente na formulação de políticas públicas adotadas pelos governos. Os resultados dessas pesquisas se baseavam em teorias explicativas sobre o Estado e o papel do governo, que é considerado o principal responsável pela criação de políticas públicas. Por outro lado, nos EUA, os estudos sobre Política Pública, emergiram no cenário acadêmico sem uma conexão imediata com as bases teóricas sobre o papel do Estado, direcionando-se diretamente para a análise da ação governamental (Souza, 2006).

Com referência para a consolidação dos estudos sobre Política Pública, como subárea da Ciência Política nos EUA dentro do mundo público, tomando-se como teoria, estudos que abordam o fato de que em países de democracias estáveis, as ações que o governo exercia ou deixava de exercer poderia ser: a) elaborado por meio da ciência; b) analisados por pesquisadores independentes. Destacam-se também três abordagens dentro da ciência política norte-americana: a primeira se baseia nas ideias de Madison, que foca na análise das instituições como forma de limitar o poder e as paixões humanas; a segunda, fundamentada no pensamento de Paine e Tocqueville, que enfatizavam a importância das organizações locais na promoção de governo eficiente e virtuoso e a terceira abordagem representada pelas políticas públicas como subárea da ciência política, cujo objetivo é entender as ações dos governos (Souza, 2006).

Agum Riscado e Menezes (2015) discutiram sobre teóricos que se destacaram na formulação de conceitos das Políticas Públicas e o campo de estudo que deveriam ser pesquisados no âmbito da Ciência Política, sendo estes:

Em 1936, Harold Dwight Lasswell (1956) apresentou, pela primeira vez, a expressão análise de Política Pública (Policy Analysis). O autor procurou estabelecer contato entre a produção de ações governamentais no conhecimento científico e acadêmico em torno do tema. Herbert Simon (1957) traz para o debate o conceito Policy Makers, entendido como a criação de um meio racional de estruturas que pudesse satisfazer as necessidades próprias dos tomadores de decisão. Para isso seria preciso a criação de um arcabouço teórico prático com a finalidade de dar suporte às ações que deveriam ser racionais, embasadas em um conjunto de informações a respeito do assunto a ser fruto da ação política (Agum, Ricardo e Menezes, 2015, p. 14).

No final da década de 1950, Charles Lindblom (1959) apresentou críticas aos trabalhos de Lasswell e Simon. Ele argumentava que ao enfatizar demais o racionalismo das ações em políticas públicas, eles negligenciavam outros atores e instituições envolvidos no processo de formulação e tomada de decisão política (Souza, 2006).

No tocante à formulação de políticas públicas, a (*agenda-setting*) se refere ao fenômeno pelo qual certas questões se tornam proeminentes na discussão política e passam a ser consideradas relevantes pelo governo. Nessa análise, a atenção está voltada para entender como exatamente esse processo ocorre e como uma questão específica consegue ganhar destaque na

agenda governamental. Um outro ponto de importância a ser trabalhado na definição de uma política, diz respeito ao projeto de pesquisa e elaboração de um plano para executá-la (Capella, 2018).

É válido enfatizar que a compreensão em relação aos problemas sociais no decorrer do século XX, abordavam a perspectiva positivista/funcionalista, a qual, considerava que os problemas sociais eram fatos mensuráveis e que podiam ser resolvidos ou tratados como disfunções dentro do sistema social, de acordo com o pensamento de Parsons (2007). No entanto, as críticas a essa perspectiva foram apresentadas pelos chamados “interacionistas simbólicos”, que se originaram principalmente da Escola de Chicago e realizaram estudos sobre a sociologia dos problemas no início do século 20. Para esses interacionistas, a existência de uma situação objetiva, mesmo que considerada disfuncional, não era suficiente para definir um problema social. Eles argumentavam que os problemas sociais eram construções sociais, envolvendo não apenas condições objetivas, mas também avaliações subjetivas. Ou seja, um problema social não era apenas algo mensurável, mas também dependia das interpretações e percepções das pessoas envolvidas (Capella, 2018).

Dois modelos têm relevância significativa no contexto das teorias de Políticas Públicas quando se trata da criação e modificação das agendas públicas: 1) o Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Model*) elaborado por John Kingdon (2003); 2) e o Modelo de Equilíbrio Pontuado (*Punctuated Equilibrium Model*) proposto por Frank Baumgartner e Brian Jones (1993). Kingdon procurava compreender a razão pela qual determinados problemas se tornam prioritários para um governo, de tal modo a se tornar uma Política Pública. Para Kingdon, a Política Pública é construída de quatro seguimentos: “o estabelecimento de uma agenda pública; a consideração das alternativas para a formulação de Políticas Públicas, a partir das quais as escolhas são realizadas; a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis e a implementação da decisão” (Capella, 2007, p. 110).

Na análise de Gottens *et al.* (2013), Kingdon corroborou nos estudos sobre as Teorias para a formulação das Políticas Públicas, nos principais seguimentos:

Em linhas gerais, as contribuições do modelo dos múltiplos fluxos para a análise de políticas públicas podem ser divididas em quatro eixos: 1) no estudo da macropolítica e sua influência nas políticas setoriais; 2) na análise das influências das relações intergovernamentais e dos governos com a sociedade civil na formação da agenda; 3) no exame da atuação dos atores e empreendedores na implantação da política; 4) no estudo dos processos decisórios dos governos locais e nacionais (GOTTEMS *et al.*, 2013, p. 518).

O Modelo de Equilíbrio Pontuado (*Punctuated Equilibrium Model*) proposto por Frank Baumgartner e Brian Jones (1993), tinha como teoria de que as percepções dos governantes poderiam sofrer mudanças no decorrer de um período ou época, uma vez que os orçamentos como incentivos são passivos de descontinuidade, podendo sofrer alterações em uma determinada área num específico momento (Galdino e Andrade, 2020).

Quanto à implementação de Políticas Públicas, os comportamentos realizados pelos gestores podem resultar em diferentes resultados, podem servir como um mecanismo efetivo para superar desigualdades sociais, ou, ao contrário, pode contribuir para a reprodução de modelos baseados em desigualdades. Em outras palavras, a forma como as políticas são implementadas e os comportamentos dos envolvidos podem influenciar tanto a redução quanto a perpetuação das desigualdades na sociedade (Lotta, 2019).

Sobre o papel de reduzir as desigualdades quando implementada uma determinada política pública, entre os diferentes grupos sociais é vista como um desafio significativo, exigindo um estudo detalhado sobre como intervenções podem ser implementadas. Essas intervenções são partes das responsabilidades de um Estado democrático e são consideradas políticas públicas em todas as suas fases (Spinola e Ollaik, 2019).

Nesse contexto, o processo de implementar políticas públicas é descrito como um ciclo que engloba quatro etapas principais: formação da agenda, formulação de objetivos e metas, implementação e avaliação/monitoramento. A formação da agenda envolve identificar e definir os problemas que precisam ser abordados. A formulação de objetivos e metas ocorre na próxima etapa, na qual o planejamento é realizado para determinar o que se deseja alcançar. As autoras destacam que ao atender todas as metas e objetivos propostos, a política pública é cumprida. Em essência, a ideia é que para que uma política pública seja considerada bem-sucedida é necessário alcançar todos os objetivos e metas definidos ao longo do ciclo de implementação. Todavia, a maneira de como a realidade responde aos instrumentos não é absolutamente previsível perante o planejamento, tem-se resultados indiretos em virtude da variedade de condições que se apresentam inúmeras na prática (Spinola e Ollaik, 2019).

Mais recentemente, os estudos de implementação abordaram questões relacionadas a novos cenários de aplicação. Isso incluiu aspectos como a governança pós-burocrática e multinível, bem como as novas formas de estruturação e organização das entidades envolvidas na implementação. Além disso, houve mudanças na dinâmica entre o Estado e os cidadãos nesse contexto. Estudos também sugerem que o campo dos estudos de implementação passou por uma recontextualização, influenciado por abordagens teóricas como a análise institucionalista, governança e gestão de redes (Mota, 2020; Schofield e Sausman, 2004; O'leary Jr, 2004).

Mota (2020), ainda complementa que os estudos avançados sobre implementação (*advanced implementation studies*) são caracterizados pela aplicação de abordagens metodológicas mais complexas. Esses estudos podem ser divididos em duas categorias principais: aqueles com abordagem *top-down*, que avaliam a realização dos objetivos no nível prático, e aqueles com abordagem *bottom-up*, que buscam compreender as variações empíricas nos resultados e impactos entre diferentes casos.

Por conseguinte, sobre a etapa de avaliação estudos apontam esta fase forma uma subdisciplina separada. Por exemplo, a avaliação de resultados é apenas uma, dos vários tipos de avaliação, que pode ser definida por tempo (por exemplo, *ex ante ex post*) ou por níveis de complexidade da avaliação (por exemplo, monitorar as tarefas diárias ou avaliar o impacto sobre o problema) (Resende, 2014).

O interesse primordial na avaliação das ações governamentais deriva principalmente da preocupação com a eficácia, isto é, a medição dos resultados planejados e imprevistos alcançados por meio da execução dos projetos. Um segundo motivo é compreender o processo pelo qual os programas atingiram ou deixaram de atingir esses resultados, analisando a maneira como a intervenção estatal ocorreu e os desafios concretos surgidos durante a implementação. Outras razões pertinentes abrangem o aprendizado organizacional das entidades públicas a respeito de suas atividades, a tomada de decisões sobre a continuidade dos programas e, adicionalmente, a promoção de transparência, qualidade e responsabilidade na administração dos recursos públicos (imputação de responsabilidade aos gestores por suas decisões e ações executadas) (Silva, 1999).

Arretche (2013), assinala por sua vez a diferença e os conceitos por ela descritos para a avaliação política e a análise de políticas públicas onde considera que os processos de avaliação e análise não podem ser unicamente “instrumental, técnico ou neutro”. Dessa forma, é imprescindível o uso apropriado dos dispositivos de análise e avaliação para que não se deixe as deduções pessoais se misturarem aos resultados das pesquisas. A autora destaca que a literatura sobre a avaliação de políticas públicas é caracterizada por três vertentes sendo elas: a efetividade, eficácia e eficiência, concentrando diferentes aspectos de avaliação:

- a) Efetividade: na avaliação da efetividade se descreve os resultados e/ou impactos de um específico programa, verificando se houve mudanças positivas ou se não obteve o sucesso dos objetivos, a dificuldade que se apresenta quando se investiga a efetividade de uma política está em identificar a partir do sucesso ou do fracasso na sua implementa, se houve associação aos produtos (serviços)

oferecidos, ou seja, buscar por meio da análise estabelecer a causalidade dos resultados (Arretche, 2013);

- b) Eficácia: a mais utilizada nas avaliações de políticas públicas, é realizada por meio das análises dos objetivos estabelecidos em relação as metas alcançadas, também pode ser feita analisando os instrumentos planejados para a sua implementação. A dificuldade neste modelo de avaliação segundo a autora, se revela na dificuldade em alcançar dados confiáveis (Arretche, 2013);
- c) Eficiência: A avaliação consiste em analisar a relação entre o esforço investido na implementação de uma determinada política e os resultados obtidos (Arretche, 2013).

Outrossim, a avaliação da eficiência nas políticas públicas, mesmo por muitas vezes deixada de lado, ela ao mesmo tempo se obriga a ser realizada, por se constituir instrumento democrático de avaliação, uma vez que os recursos utilizados na execução de uma política são oriundos da população que contribui por meio dos tributos arrecadados. Sendo assim, a eficiência, o bom uso dos recursos destinados às políticas, são avaliados a fim de identificar a probidade pública, ou ineficiência da utilização dos recursos incorridos em atos de corrupção e outras improbidades que se tornam obstáculos na implementação de uma política (Cohen, 1995; Arretche, 2013).

Destarte, observa-se a dificuldade em se fazer uma avaliação de eficiência. Primeiro em virtude da redução dos recursos públicos nas políticas o que demanda uma crescente racionalização das despesas nos programas; segundo que, no Brasil, com a dificuldade dos recursos financeiros, as amostras populacionais para a cobertura dos programas são grandiosas (Arretche, 2013).

Modelos de avaliação são registrados por Lima e Ascenzi (2019, p. 130). Vejamos:

Tomemos os tipos de avaliação, por exemplo. As avaliações de processo teriam por objetivo “detectar os fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem que um programa atinja seus resultados” (Draibe, 2001, p. 20).

As avaliações de resultado verificariam “em que medida o programa alcançou os objetivos” [...] As avaliações de impacto, por sua vez, atentariam para a “existência de um nexos causal entre os resultados [da implementação] [...] e as alterações nas condições sociais da população” (Ramos e Schabbach, 2012, p. 1278).

Consequentemente, o Estado atua na execução das políticas públicas como regulador, na oferta dos serviços e de recursos financeiros, devendo planejar as metas para obter o sucesso nos resultados. Tais ações, demandam atenção para que tenha uma governança positiva preconizada na ética e eficiência (Ribeiro, 2022).

No Brasil, com a imposição da reforma do Estado brasileiro e suas relações com a sociedade, e por meio da instituição da CRFB/88, após o regime autoritário, as pesquisas sobre políticas públicas surgem oriundas deste período de transição democrática no país. Os estudos tinham como objetivo buscar compreender os sentidos, as oportunidades e desafios perante as propostas de mudança dos governos. Tal mudança, acarretava a proximidade com a agenda política, juntamente com a pesquisa focada para entender as mudanças e a divisão das responsabilidades e competências dos entes federativos do governo (Almeida, 2007; Bucci, 2019).

Em suma, a literatura acerca de alguns dos modelos teóricos sobre a formulação da agenda pública, implementação e avaliação, traz a percepção da complexidade do engendramento de uma política pública perante suas potencialidades e fragilidades, sendo necessário o cuidado sobre o objeto que será descrito e analisado, de maneira a observar todos os fatores externos e internos no processo da implementação, e a prudência em não deixar que as opiniões pessoais interferiram na pesquisa em tela.

3.1.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil

A política pública é um campo de estudo multidisciplinar que busca compreender e analisar o processo de tomada de decisão no âmbito governamental em relação às questões que afetam a sociedade como um todo. Ela pode ser definida como o conjunto de ações e decisões tomadas pelo Estado para lidar com problemas públicos específicos (Souza, 2006). Dentre as principais abordagens teóricas no estudo da política pública, destaca-se a abordagem institucionalista, que enfatiza o papel das instituições governamentais na formulação e implementação de políticas públicas. As instituições estabelecem as regras e normas que orientam o comportamento dos atores envolvidos no processo político, influenciando, assim, a forma como as políticas são formuladas e implementadas (Hall & Taylor, 2003).

Por outro lado, a abordagem de *advocacy coalition framework* (ACF) destaca a importância das coalizões de interesses na formulação e implementação de políticas públicas. Para Sabatier e Jenkins-Smith (1993), as coalizões de interesses são grupos que compartilham uma visão comum sobre um determinado problema e que trabalham para influenciar as políticas públicas em sua direção (Ma *et al.*, 2020).

No Brasil a intervenção do estado nas ações sociais, registram-se nas décadas de 1920 a 1930, ocasião em que os direitos civis e sociais foram concedidos aos trabalhadores, período marcado pelas emergências das questões sociais e de saúde, na qual a assistência à saúde era oferecida de forma compensatória pela previdência social, caracterizada pela dicotomia da saúde pública e previdência social, uma vez que a saúde pública ainda era focada para as campanhas sanitaristas e a previdência atuava de forma excludente e não de forma coletiva (Paim *et al.*, 2011).

As políticas de saúde passaram por diversas mudanças ao longo do tempo, refletindo os avanços na compreensão dos problemas de saúde da população e a evolução do sistema político. A partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, o país avançou gradualmente em direção a um sistema de saúde mais amplo e inclusivo, culminando na criação do SUS em 1990 (Santos *et al.*, 2020).

A partir da década de 30 do século passado ou Era Vargas, ocorre no Brasil, a intensificação da industrialização, principalmente nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte e com o processo de migração das zonas rurais para as zonas urbanas aumentam as condições precárias de moradia e de trabalho, expandido os riscos e os problemas de saúde (Aguilar, 2015).

Para combater as condições de insalubridade que levavam muitos indivíduos a adoecerem, e principalmente os trabalhadores, em virtude da industrialização e imigração, Vargas, por meio do Decreto n. 19.402, em 1930, institui o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública e começa a trabalhar as Políticas de Saúde voltadas para o saneamento básico e higiene da população (Silva, 2018). Em 1932, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) foram criados para unificar as diversas CAPs existentes, o que representou a ampliação da proteção social aos trabalhadores, especialmente aos trabalhadores urbanos (Santos *et al.*, 2020).

No período de 1930 a 1945, houve outras ações deflagradas no âmbito da política de saúde como a institucionalização da saúde pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, com a incorporação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920; campanhas contra febre amarela e a tuberculose; a criação das Delegacias Federais de Saúde; os Serviços Nacionais; instituição das Conferências Nacionais de Saúde e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942 (Hochman, 2005; Paim *et al.*, 2011).

A atuação da gestão dos IAP's, estruturadas por categorias profissionais, mesmo tendo estendido sua cobertura a outras classes operárias desde sua origem, seu recurso financeiro,

fruto da contribuição dos trabalhadores, não é visto na ampliação da prestação dos serviços em saúde (Ribeiro, 2018).

Destarte, o modelo de governo adotado por Getúlio Vargas, consolidava uma administração centralizada e vertical, juntamente com o Ministério da Educação e Saúde, realizando suas ações em âmbito nacional de forma hierarquizada nos estados e nos municípios. Esse arranjo administrativo é coordenado através de várias ações instaladas nos polos centrais dentro do Ministério, e posteriormente com outros serviços, como os Serviços Nacionais de Saúde, as Delegacias Federais de Saúde e o Serviço Especial de Saúde Pública (Ribeiro, 2018).

No período de 1964 a 1985, o Brasil foi comandado pelo governo militar - fase em que se destaca a repressão dos movimentos sociais - e pela fragmentação das articulações políticas. Nos últimos anos da década de 70, tem início a abertura política e democrática no país. Com relação às ações na saúde, os IAPs são unificados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde a partir de 1966; aumento da cobertura da medicina previdenciária às classes mais vulneráveis, com a inclusão dos acidentes de trabalho em 1967, a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), em 1971, cobertura previdenciária às empregadas domésticas e para os autônomos em 1973 e em 1977 o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), que incluía o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Paim *et al.*, 2011, p.16; Teixeira & Paiva, 2018; Santos *et al.*, 2020).

Observa-se na construção das Políticas de Saúde no Brasil, um foco voltado para a economia e as condições produtivas do trabalhador, bem como a centralidade do Estado na gestão das ações de saúde.

Outra característica herdada na área social é a tradição de políticas altamente centralizadas e hierarquizadas entre as esferas federadas, cabendo aos estados e municípios pouca autonomia na definição das prioridades na área social e sua grande dependência de recursos e das prioridades definidas na esfera federal. Os programas e as políticas sociais, à época, desconheciam o exercício do controle público (comumente denominado de controle social pela literatura especializada hoje corrente), expressando-se as demandas sociais por meio de partidos políticos, organizações sindicais e alguns movimentos sociais externos aos espaços institucionais então existentes (Cohn, 2020, p. 136).

Na tentativa de superar a fragmentação do sistema de saúde brasileiro, buscando maior articulação entre as diferentes esferas de governo, em 1982, foi lançado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que teve como principais características os instrumentos de regionalização e hierarquização, configurando o início de propostas que alterasse o sistema de saúde vigente seguindo às recomendações da reforma sanitária. Em 1986, a VIII Conferência

Nacional de Saúde (CNS), contou com a participação de representantes dos governos, profissionais de saúde, usuários e movimentos sociais, resultou na aprovação da "Carta de Alma-Ata", que defendia a saúde como direito de todos e dever do Estado (Paiva & Teixeira, 2014).

É válido ressaltar que a VIII CNS foi um marco importante para o sistema de saúde brasileiro, pois representa a evolução dos métodos de um movimento com objetivo de redemocratizar a saúde no país. Esse momento contribuiu para evidenciar diversas percepções do conceito de saúde e novas organizações do sistema vigente à época (Rosário *et al.*, 2020). Possibilita então a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, representou uma mudança significativa na gestão dos serviços de saúde, já que tinha como objetivo a descentralização administrativa que passaria a cargo dos municípios e promoveria a integração das ações de saúde (Giovanella *et al.*, 2012, p. 611).

A promulgação da CRFB/88 foi um marco importante, o direito à saúde passou a ser estabelecido como um direito fundamental e universal criando as bases para a regulamentação do SUS, através da Lei nº 8.080/90, que consolidou a universalização da saúde e estabeleceu as diretrizes para a gestão do sistema. A criação do SUS foi fruto de grande mobilização social, cujo objetivo central é a garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde de toda a população brasileira. Tem como princípios doutrinários - universalidade, integralidade e equidade⁷ e é financiado com recursos públicos provenientes das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (Santos *et al.*, 2020).

A abrangência do SUS é ampla e inclui desde o atendimento básico de saúde, como consultas médicas e exames laboratoriais, até o tratamento de doenças complexas e graves, como o câncer e as doenças crônicas. Os três entes federativos estão envolvidos na gestão e financiamento do SUS e têm responsabilidades específicas: a União é responsável por garantir os recursos financeiros para o funcionamento do sistema e coordenar as políticas nacionais de saúde; os estados têm o encargo de coordenar as ações de saúde em seus territórios e garantir o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade; os municípios são responsáveis pela gestão dos serviços de saúde básicos e realização de ações de vigilância em saúde (Aguiar, 2015).

⁷ A universalidade significa que todos os brasileiros têm direito ao acesso aos serviços de saúde, independentemente da sua condição socioeconômica, de raça, de gênero ou de idade; a integralidade implica que o SUS deve oferecer uma atenção à saúde que contemple todas as necessidades dos indivíduos, desde a prevenção até o tratamento das doenças; e a equidade é o princípio que busca reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A participação da sociedade na gestão do SUS foi consolidada na Lei nº 8.080/90 e regulamentada por meio da Lei nº 8.142/90, a qual preconiza a participação social por meio das Instâncias deliberativas: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. Contudo, mesmo sendo estabelecidos espaços de decisões compartilhadas, não há de fato o controle social no SUS, pois a população não tem sido representada com efetividade nas instâncias colegiadas, o que dificulta a gestão das ações de forma democrática com a participação da coletividade (Gomes & Órfão, 2021).

Após trinta e três anos de implantação do SUS, sistema de saúde que transformou por meio de seus princípios e diretrizes a forma de conceber a saúde e de como promovê-la, é irrefutável os avanços para a sociedade brasileira, antes não detentora de um direito universal e igualitário, e que diante da criação do SUS começa a possuir assistência de qualidade.

Em contrapartida, a literatura nos traz que os desafios existentes na atualidade em muito não diferem daqueles debatidos na Reforma Sanitária.

Antes de tudo, é necessário que se diga que os desafios éticos contemporâneos do SUS são em boa medida aqueles mesmos que a reforma sanitária tomou como plataforma política para transformar a saúde no Brasil: a construção de um sistema público promotor de justiça social e solidariedade, dotado de capacidade de evitar e lidar e resolver problemas e agravos de saúde. Um sistema para todos e com qualidade e com financiamento público. Nada mais atual, portanto. (Pasche, 2013, p. 82).

Ainda no plano macropolítico, é considerado que a organização em rede tem a atenção básica como sendo a base da rede, contudo, precisa ter seus conceitos culturais e de luta política transformados em relação à sua colocação e suas ações no sistema de saúde. Para que esse processo de mudança seja alcançado é também necessário que a gestão da saúde e do cuidado se deem a partir de encontros de pessoas e dos processos na sua realidade vivida, ou seja, não menosprezar estes espaços como sujeitos das transições das práticas na gestão da saúde e de transformação social (Pasche, 2013).

3.1.2 Políticas para a Prevenção e Controle do Câncer no Brasil

Até a criação do SUS, as políticas de prevenção ao câncer se concentravam em campanhas e programas de informação, embora tenha havido uma significativa ampliação do número de estabelecimentos destinados ao tratamento, contudo dentro de uma estrutura liberal

e privatista, o que não favoreceu, até aquela data, a organização de um sistema público satisfatório e eficiente para o controle e combate ao câncer (Teixeira *et al.*, 2012).

A literatura registra, na primeira década de implantação do SUS, que as aplicações das normativas não correspondiam as diretrizes de integralidade, estas se concentravam na estruturação de hospitais especializados e programas isolados de combate ao câncer. A atenção oncológica foi regulamentada, em 1998, por meio das Portarias GM/MS nº 3.535 e nº 3.536. Na primeira, encontravam-se critérios de cadastro de unidades de oncologia, o que corroborou para a formação do acesso ao tratamento oncológico. A segunda, versava sobre a autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais oncológicos. Contudo, nas duas Portarias, observa-se a fragilidade temática sobre a estrutura e organização do fluxo assistencial (Migowski *et al.*, 2018; Gadelha, 2018).

As legislações posteriores culminaram na concepção da Política Nacional de Atenção Oncológica, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.439/2005 (Brasil, 2005), posteriormente revogada pela Portaria GM/MS Nº 874/2013, cujo texto traz a fundamentação normativa para as ações e organizações da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Dentre os princípios gerais da PNPPCC em seu artigo 5º, destaca-se:

I - Reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; II - organização de redes de atenção regionalizada e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo (Brasil, 2013, p. 2).

A Portaria nº 874/13, estabelece a expansão referente as diretrizes sobre a responsabilidade e operacionalização das Redes de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, dispondo sobre os componentes que integram a RAS e suas competências para a efetivação deste modelo de atenção, sendo estes: atenção básica, atenção domiciliar, atenção especializada, sistemas de apoio, regulação, sistemas logísticos e governança (Brasil, 2013).

Registra-se a alteração da Portaria nº 741/2005, sobre as diretrizes e parâmetros para a habilitação na alta complexidade em oncologia que nove anos depois foi revogada pela Portaria nº 140/2014, onde destaca-se a evolução da legislação com relação à organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde em oncologia, de igual modo são estabelecidas as condições de estrutura e de recursos humanos no SUS. Em 2019, o MS estabelece os critérios para a habilitação de estabelecimentos na alta

complexidade em Oncologia no âmbito do SUS, por meio da Portaria SAES/MS nº 1.399/19 (Brasil, 2014, 2015, 2019; Gadelha, 2018).

Destarte, após a implementação do SUS, as políticas de atenção ao câncer desenvolvidas no país foram aos poucos sendo estruturadas e segundo Silva *et al.*, (2017), podem ser classificadas a partir de quatro recortes analíticos cronológicos, quais sejam:

Fase de Definição: entre 1990, com a própria implementação do SUS, até a publicação da Portaria GM/MS nº 3.535 de 1998, que estabeleceu os critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia no país; **Fase de Organização:** entre 1998 até a publicação da Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005, que instituiu 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; **Fase de Expansão:** entre 2005 até a publicação da Portaria GM/MS nº 874 de 2013, que criou 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); e **Fase de Integração:** a partir de 2013 aos dias atuais (SILVA *et al.*, 2017, p. 178).

Destaca-se que a PNAO em 2005 já trazia no seu texto as diretrizes voltadas para a organização da Atenção Oncológica articulada com os entes federativos e o MS e, de forma a constituir conforme descrito no seu artigo 2º, incisos II e III, “linhas de cuidado que perpassa todos os níveis de atenção” e a “constituição de redes estaduais ou regionais de Atenção Oncológica”. Todavia, é somente na Portaria nº 874/2013, que se consolida o estabelecimento de forma detalhada as responsabilidades das Esferas de Gestão do SUS, MS, Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, bem como, a estrutura operacional da RAS (Brasil, 2013).

A PNPCC estabeleceu uma série de diretrizes para a prevenção e controle do câncer no país, incluindo a promoção da saúde, a prevenção do câncer, o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos. Com maior ênfase na organização de redes de atenção regionalizadas para o câncer, descentralização das ações e serviços de saúde, descreve a composição dessas redes por unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade que devem estar integradas para garantir um atendimento adequado e eficiente aos pacientes com câncer, caracterizando-se como marco na Política volta para esta temática (Brasil, 2013).

Recentemente, as ações da PNPCC, se concentram na ampliação da Radioterapia no SUS e na revisão dos procedimentos cirúrgicos oncológicos com melhoria da nomenclatura e atualização contínua dos protocolos clínicos. Os debates na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Consultivo do INCA (CONSINCA), têm sido nesse bojo de movimentos e ações normativas visando a consolidação da atenção oncológica no SUS, com serviços e

pontos de atenção integrados para que sejam alcançados desfechos positivos no combate ao câncer (Gadelha, 2018).

A partir de 2013, aponta-se nos documentos legislativos, a continuidade de normativas dentro da Atenção Oncológica, com vistas a organização, controle, estrutura da assistência, implantação de sistemas de informação, atualização de protocolos clínicos, incentivos financeiros e qualificação para o exame citopatológico, aspectos que vem fortalecer a PNPCC, conforme descrito no Quadro 2.

A PNPCC conquistou avanços quanto à organização da Política Pública, estabelecendo as condutas para articular a atenção ao paciente oncológico, destacando-se a responsabilidade compartilhada nos três níveis de atenção inserida na RAS, instituída em 2010, onde a APS tem a atribuição de coordenadora do cuidado e responsabilidade pelo paciente.

Quadro 2. Síntese das principais legislações da PNPCC de 2013 a 2023 (continua)

Classificação/Definição	Normativas/Legislações
Protocolos Clínicos	Portaria SAS/MS nº 03, de 15/01/2018 (câncer de estomago); Portaria SAS/MS nº. 312, de 27/3/2013 Leucemia linfóide aguda Ph+ - adultos; Portaria SAS/MS nº. 357, de 8/4/2013 (melanoma cutâneo); Portaria SAS/MS nº. 1.219, de 4/11/2013 (Leucemia mieloide crônica – adultos); Portaria SAS/MS nº. 494, de 18/6/2014 (Tumor do estroma gastrointestinal); Portaria SAS/MS nº. 1.439, de 16/12/2014 (Câncer de esôfago); Portaria SAS/MS nº. 1.440, de 16/12/2014 (Câncer de rim); Portaria SAS/MS nº. 1.501, de 10/10/2014 (Linfoma folicular); Portaria SAS/MS nº. 7, de 3/1/2014 Carcinoma diferenciado de tireoide; Portaria SAS/MS nº. 705, de 12/8/2014 (Leucemia mieloide aguda – adultos); Portaria SAS/MS nº. 840, de 10/9/2014 (Leucemia mieloide aguda - crianças e adolescentes); Portaria nº 957, de 26/09/2014 (Câncer pulmão); Portaria SAS/MS nº. 498, de 11/5/2016 (Câncer de próstata)
Rede de Atenção	Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014 - Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Quadro 2. Síntese das principais legislações da PNPC de 2013 a 2023 (continuação)

Incentivo Financeiro	<p>Portaria GM/MS nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020 – Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do câncer no SUS</p> <p>Portaria GM/MS nº 3.426, de 14 de dezembro de 2020 - Altera atributos de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC dos municípios, estados e Distrito Federal.</p>
PNPCC	Portaria GM/MS 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 SUS).
SRC e SDM	Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014 - Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação)
Estatuto do Paciente com câncer	Lei nº 14.238 de 19 de novembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências
Navegação do Paciente	Lei 14.758/2023 - Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).
Organização e Avaliação	Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 - 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 SUS.
Primeiro tratamento	Portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2014 - Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do SUS.
Habilitação de estabelecimentos em Oncologia	Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019 - Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS)

Quadro 2. Síntese das principais legislações da PNPPC de 2013 a 2023 (conclusão)

Mamografia	Lei 14.335/2022 ampliou o texto da Lei da Mamografia (11.664/2008), que trata da prevenção, detecção, tratamento e controle dos cânceres de colo de útero e de mama pelo SUS, com ampliação dos exames mamográficos nas mulheres que era a partir dos 40 anos, agora, poderá ser feita por todas as mulheres a partir da puberdade.
Sistema de informação	Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013 (institui o sistema de informação de câncer (SISCAN ⁸) no âmbito do SUS).
Qualificação Citopatológico	Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013 (Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero)

Fonte: Elaborado pela autora

A PNPPC, descreve como diretriz para as ações voltadas para o câncer que a assistência deve ser realizada de forma integral, regionalizada e descentralizada. Para tanto, as RAS são estabelecidas com o objetivo de organizar os serviços na atenção no SUS, sendo observada, a densidade tecnológica de cada nível de atenção, interligadas por meio dos componentes de sua estrutura operacional. Nesse sentido a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, estabelece a organização e composição da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, na qual a rede temática para pacientes oncológicos, define as linhas de cuidado do paciente com neoplasia no Brasil (Friestino, 2022; Brasil, 2014).

Dentre as normativas de garantir o direito às pessoas com câncer no SUS, destacam-se três legislações: a PNPPC; a Lei nº 12.732/2012 que estabelece o prazo de 60 dias para que o paciente com câncer inicie seu primeiro tratamento; e a Lei nº 13.896/2019 que estabelece o prazo de 30 dias para realização dos exames que confirmem o diagnóstico para as pessoas que apresentarem suspeita para neoplasia.

Nessa conjuntura, a normativa sobre a implantação de Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, reforça e impulsiona as secretarias dos estados e municípios a se organizarem dentro do escopo de atenção integrada inserida numa rede de atendimento contínua e universal.

⁸ Plataforma web que integra o SISCOLO E SISMAMA, registra exames de rastreamento e investigação diagnóstica dos cânceres do colo do útero e de mama, informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relativas ao seguimento dos casos positivos e/ou alterados. Função: sistematizar e arquivar as informações referentes aos exames de rastreamento e investigação diagnóstica dos cânceres do colo do útero e de mama; fornecer laudos padronizados; selecionar e arquivar amostras dos exames citopatológicos do colo do útero para monitoramento externo da qualidade; facilitar o processo de seguimento de mulheres com exames alterados, além de fornecer dados para monitoramento e avaliação das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama.

3.1.3 Política Pública de Saúde no Amazonas e a Instituição da Atenção Oncológica

A evolução da política de saúde no Amazonas, teve seu contexto transformado com implementação da Zona Franca de Manaus (ZFM) que resultou na diminuição das atividades extrativistas e na adoção de um novo modelo econômico desencadeando um movimento de migração das áreas rurais e a atração de indivíduos de diferentes partes do país para Manaus.

Criada mediante a lei nº 3173, de 6 de junho de 1957, é o resultado de uma política de integração nacional do período dos governos militares, basicamente para atender a duas propostas: uma era a intenção de criar regiões com uma infraestrutura capaz de atrair pessoas a lugares pouco povoados, e a outra era a de dinamizar o processo de industrialização que estava alocado mais na região sudeste do país. Logo, o modelo ZFM serviria como solvente para essas necessidades a fim de promover e estimular a associação produtiva e social da região amazônica (Silva *et al.*, 2012).

No período que se estendeu do início do século XX até os anos 1960, a taxa de crescimento populacional situava-se entre 20% e 25% a cada década. Entretanto, nos dez anos subsequentes, essa taxa saltou para valores entre 80% e 100%. De 173 mil habitantes em 1960 para 312 mil nos primeiros anos de 1970. Já na década de 1980, a cidade contabilizava aproximadamente 634 mil habitantes (Schweickardt *et al.*, 2017).

O crescimento expressivo da população amazonense com o advento da ZFM, fez com que novos rumos e ações fossem tomadas com relação à política de saúde, com o estabelecimento de instituições de saúde no estado e no interior. Registra-se que em 1971 a rede de saúde na capital era constituída por três instituições com atendimento especializado, cinco hospitais e cinco postos de saúde:

Dispensários para atendimento especializado: Alfredo da Matta para hanseníase, Cardoso Fontes para Tuberculose, Eduardo Ribeiro para Saúde Mental. Os hospitais eram os seguintes: Hospital Geral Getúlio Vargas, o Hospital Colônia Antônio Aleixo, Hospital Infantil Dr. Fajardo, Hospital de Isolamento Chapôt Prevost, Maternidade Ana Nery. Os Postos de Saúde estavam localizados nos seguintes bairros: Adrianópolis, Boulevard Amazonas, Glória, São Raimundo, Santa Luzia e São Jorge (Schweickardt *et al.*, 2017, p. 29).

Contudo, a atenção à saúde, não dava conta da abrangência de cobertura na capital e a assistência ao interior também era insuficiente em virtude ainda de uma atenção básica limitada e hospitalar. A prevenção não tinha continuidade na sua execução dada o grande número de instituições que davam a assistência médica – período em que o Estado buscou por meio de parcerias com as igrejas Católicas, Serviço Especial em Saúde (SESP) – instituições

filantrópicas, Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e instituições de gestão federal⁹, a exemplo do Hospital da Tuberculose. A dificuldade devido à grande expansão territorial amazônica, a falta de estrutura socioeconômica, e a ausência de profissionais preparados, davam-se como argumento para a limitação de assistência no interior (Schweickardt *et al.*, 2017).

Resgata-se na literatura que a Amazônia era habitada por indígenas, seguida da colonização portuguesa no século VIII, com registro da escravidão e a redução da população indígena. Por conseguinte, a disseminação de endemias como a gripe, sarampo e tuberculose. Com o ciclo da borracha e a obra da ferrovia Madeira-Mamoré entre o final do XIX e início do XX as ações públicas se agrupavam nos centros urbanos da cidade, contribuindo para a desigualdade de oportunidade para atendimento na saúde, para a educação, saneamento básico da população menos favorecidas (Gonçalves e Domingos, 2019).

Como o objetivo de alcançar as comunidades ribeirinhas na atenção à saúde e manter os seringueiros no interior, o Estado promoveu um planejamento de atendimento com o Programa de Unidades Móveis Flutuantes, esses programas tinham convênio a Superintendência da Borracha, justamente com a proposta de incentivar a produção da borracha na Amazônia (Schweickardt *et al.*, 2017).

Nota-se que a utilização de barcos na atenção à saúde no Amazonas, data-se desde a década de 20, período em que o Serviço de Profilaxia Rural realizava suas ações de controle às doenças endêmicas nos Trópicos. Na década de 1980, este meio de assistência à saúde fluvial foi muito empregado. Com o advento do SUS e a descentralização do sistema de saúde, as embarcações continuaram a ser implementadas pelas Secretarias Municipais de Saúde em atenção as comunidades ribeirinhas no interior do estado (Kadri *et al.*, 2019).

Ainda de acordo com Kadri e seus colaboradores (2019) no trabalho intitulado “Unidade básica de saúde fluvial: Um novo modelo da atenção básica para a Amazônia”, os modelos das equipes de saúde integrantes das embarcações fluviais são descritos:

Além de todos os outros arranjos de equipes do restante do país, os municípios da Amazônia Legal e do Pantanal podem contar também com duas outras modelagens: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), que está ligada a uma Unidade fixa, mas seu acesso às comunidades se dá por via fluvial; e Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF), que desempenha atividades nas Unidades Básicas Fluviais (UBSF) móveis. Minimamente em ambos os casos, as equipes são compostas por: um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um médico e doze Agentes Comunitários de Saúde. Em regiões endêmicas, também pode fazer parte da equipe

⁹ Rede Unida – Nossa História. A partir da década de 1990, a Rede redefiniu suas atribuições, passando a interferir nas políticas públicas de recursos humanos de saúde, principalmente, na formação dos recursos humanos de nível de graduação para aprimorar a difícil articulação dos serviços de saúde com as universidades.

um microscopista. As equipes fluviais credenciadas em Saúde Bucal devem incluir ainda, na equipe mínima, um cirurgião-dentista e um técnico/auxiliar em saúde bucal” (Kadri *et al.*, 2019, p. 4).

No tocante ao saneamento básico¹⁰, o Brasil no final da década de 1980 registrava um déficit, principalmente em relação a coleta e tratamento de esgotos, isso porque as ações se concentravam na distribuição da rede de abastecimento de água. Um outro fator que também prejudicou as Políticas de Saneamento, é que estas eram realizadas de forma centralizada pelos governos estaduais, bem como os serviços ficavam a cargo das Companhias Estaduais (Oliveira, 2011).

De acordo com o Instituto Trata Brasil (2017), o saneamento básico é o serviço mais atrasado do país, tal ineficiência se agrava nas regiões de norte e nordeste. Em 2017, o Brasil ficou em 112ª posição no ranking de saneamento (participaram 200 países), com base no estudo desenvolvido pelo referido instituto em parceria com o Conselho Empresarial Brasileiro para o Desenvolvimento Sustentável. Também se verifica que o país obteve queda no ritmo da expansão do saneamento, em razão do déficit fiscal das contas públicas. Por outro lado, a população passará de 168,4 milhões para 204,8 milhões no ano de 2035, o que requer cada vez mais esforços do governo para políticas públicas de infraestrutura, tratamento de esgoto e ações voltadas para a saúde da população. (Hessel, 2017).

No Amazonas, durante a década de 80, o movimento da política de saúde continuava se projetando no combate às endemias rurais e das doenças transmissíveis, patologias que eram consideradas como entraves ao desenvolvimento no estado, ao mesmo tempo em que se observa o aumento de investimentos para a expansão das redes de hospitais, criação de postos, ambulatórios, treinamento e a contratação de pessoal especializado (Schweickardt *et al.*, 2017).

Souza (2017), destaca o papel do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP¹¹ no Amazonas, posteriormente transformada em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). O estado do Amazonas foi um dos primeiros a receber as ações de saúde desse serviço

¹⁰ Rúben Miranda Gonçalves e Isabela Moreira Domingos descrevem no trabalho: População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde (2019), sobre o saneamento básico no Brasil, é que “Atualmente, o que se verifica é que o Brasil ainda possui problemas de saneamento e de doenças oriundas do período de colonização, com o retorno de enfermidades que já foram erradicadas em países desenvolvidos através de políticas públicas sociais e sanitárias.

¹¹ Sousa (2017), destaca que o SESP passou a existir no país a partir do ano de 1942 por meio de um acordo entre os EUA e o Brasil. Inicialmente planejado para ser provisório, estendeu-se após a Segunda Guerra, permanecendo atuante no país até o ano de 1960, quando foi substituído pela FSESP, que, enquanto fundação subordinada ao Governo Central, continuou existindo até o ano de 1990. O acordo que originou o SESP definia que o mesmo seria custeado com recursos americanos e em parte com recursos nacionais. Na ocasião de sua implantação havia interesses, tanto americanos quanto nacionais, favoráveis ao SESP. Enquanto, no âmbito nacional, as políticas públicas priorizavam centralizar os cuidados com a saúde no país, por outro lado os EUA buscavam uma forma tanto de garantir a produção de borracha, quanto de manter sua influência comercial sobre o Brasil.

a partir de 1942. O serviço teve a responsabilidade de implantar a primeira rede permanente de atenção à saúde, com registros das primeiras obras onde funcionavam as unidades de saúde, alocando profissionais de saúde de nível superior. Nas localidades onde o SESP funcionava, em sua grande maioria eram implantados os serviços de saneamento público e o fornecimento de água potável. Também se registra “introdução da profilaxia do câncer de útero, a montagem de bancos de sangue simplificados e o aperfeiçoamento dos indicadores de saúde foram inovações trazidas pela instituição [...]” (Souza e Schweickhardt, 2013, p. 50).

Na história da política de saúde pública no Amazonas, o SESP/FSESP, representou um ponto de mudança no decorrer de cinco décadas (1942-1992), corroborando para a educação de vários profissionais em saúde, desenvolvendo referências na atenção à saúde no interior do Brasil e da Amazônia. O FSESP teve seu funcionamento até 1990, sendo extinta neste ano e suas tarefas, acervos e financiamento transferidos para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), recentemente fundada (Sousa e Schweickhardt, 2013).

Na década de 80, a SESAU – Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas, realiza uma avaliação do processo de adaptação do sistema de saúde do estado, identificando ajustes que precisam ser efetuados. No que diz respeito ao serviço de câncer, observou-se que a maioria dos atendimentos ocorria praticamente exclusivamente na instituição de referência, evidenciando uma falta de eficiência na operação da rede de atenção básica, período em que destaca a sinalização para a proposta para a regionalização dos serviços na saúde, com a organização do sistema de referência e contrarreferência de todos os programas que estavam sendo realizados no estado (Nicida e Schweickhardt, 2017).

Dentre os principais movimentos sobre a Política Pública de Saúde no Amazonas até o ano de 1991, obedecendo a criação do SUS em 1988, através da CRFB/88 e sua recém regulamentação por meio da Lei Orgânica do SUS, Lei nº 8.080/90, destacam as ações elencadas no Quadro 3, a seguir:

Quadro 3. Principais ações na Política Pública de Saúde no Amazonas: 1967-1991(continua)

Ano	Ações
1967 – 1971	Implantação do Sistema Estadual de Saúde: controle e acompanhamento das unidades de saúde; programa de implantação de Unidades Médicas no Interior (PIUMI), com instalação de estruturas sem leitos e com leitos; são descritos obstáculos como a ausência de pessoal técnico para a execução das atividades e funções, sobretudo para as estruturas com 10 (tipo III) e 30 (tipo IV) leitos.

Quadro 3. Principais ações na Política Pública de Saúde no Amazonas: 1967-1991(conclusão)

1975	Somente 01 unidade de saúde com 30 leitos (tipo IV) em funcionamento; as estruturas de tipo I (sem leitos) foram alocadas predominantemente na capital e em outros municípios do interior; até março desse ano foram registrados dos 43 municípios existentes, 13 já tinham alguma estrutura de saúde; além dos leitos implantados pelo programa do estado, documenta-se a abertura de leitos por outros órgãos a exemplo do SESP, Comando Militar da Amazônia, Prelazia Nullius; nesse período Manaus concentrava 57% dos estabelecimentos Hospitalares e 91% dos leitos. O Centro de Controle do Câncer com 32 leitos; criação da Central de Medicamentos.
1978	Implantação das Unidade Móveis flutuantes
1980	O estado do Amazonas adotou o modelo de Fundações de saúde, de modelo jurídico, transformando as Unidades existentes em Fundação, sendo estas: Fundação Alfredo da Matta, Fundação de Hemoterapia do Amazonas, Fundação Centro de Controle de Oncologia, Fundação de Medicina Tropical e Fundação Adriano Jorge
1983	Criação do Programa de Desenvolvimento Rural Integrado – PDRI. Objetivo: redução da mortalidade geral e infantil e doenças transmissíveis.
1984	Início do processo de regionalização de alguns programas e serviços de saúde, com o objetivo de racionalizar, disciplinar e operar a rede de serviços; Foram implantadas nove regiões de saúde, entre 1984 e 1986, no Estado do Amazonas
1991	Implantação do Sistema Integrado de Atendimento de Emergência (SIATE); 52 termos de adesão ao SUS e 33 termos aditivos, oficializando o processo de descentralização da atenção à saúde.

Fonte: Elaborado pela autora a partir da obra: História e Política Pública de Saúde na Amazônia

No Amazonas, conforme descrito no quando anterior, antes mesmo da CRFB/88 que institui a regionalização da saúde nos estados brasileiros, aponta-se que o estado do Amazonas entre os anos de 1984 e 1986, já implantará nove regiões de saúde, com estabelecimento de serviços como Postos e Centros de Saúde até os mais complexos prestados em Hospitais de Base e de Especialização, para a implantação da política de gestão eram realizados seminários nas regiões, com a integração dos técnicos das unidades participantes:

Foram implantadas nove regiões de saúde, entre 1984 e 1986, no Estado do Amazonas: 1) Regional Metropolitana de Saúde com sede em Manaus; 2) Regional Solimões/Purus com sede em Manacapuru; 3) Regional Médio Amazonas com sede em Itacoatiara; 4) Regional Madeira com sede em Novo Aripuanã; 5) Regional com sede em Barcelos; 6) Regional Solimões/Jutai/Juruá com sede em Tefé; 7) Regional com sede em Lábrea; 8) Regional Juruá com sede em Eirunepé; 9) Regional Alto Solimões com sede em Benjamim Constant (RELATÓRIO, 1985). As regiões seguiram a lógica de calha de rios, tendo uma estrutura administrativa e com a proposta de adequar a política estadual para a realidade em cada região. (Schweickardt e Martins, 2017, p. 37).

Entretanto, Kadri (2019) sinaliza que o primeiro documento sobre a definição das regiões de saúde no estado do Amazonas foi estabelecido somente em 2003 por meio do Plano

Diretor de Regionalização (PDR)¹², em conformidade com as normativas da NOAS 01/2002. Também enfatiza que o Amazonas foi o último estado a integrar o Pacto da Saúde, o qual tinha como objetivo não só a regionalização da assistência, mas além disso que correspondesse à atenção integral à saúde, sendo que para a realização desse processo era necessário a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)¹³. Com o Decreto nº 7.508/2011, a partir de 2012, dá-se o início dos planejamentos de ação para a implantação da RAS autorizadas pela Comissão Intergestores Regionais (CIR), período em que o Estado começa a agir para implementar e realizar as condutas nacionais referentes a regionalização e implantação da RAS.

Em suma, a política pública de saúde no estado do Amazonas a partir da implantação da ZFM até a criação do SUS, executou suas ações com ênfase principalmente na redução das endemias e das doenças transmissíveis, por se considerar como entraves ao desenvolvimento do estado, observando-se o aumento do atendimento ambulatorial, porém de forma majoritária no estabelecimento de hospitais e leitos para a internação, com maior concentração na capital do que no interior. Criação de unidades de referência a exemplo do Centro de Oncologia do Amazonas e a Fundação de Medicina Tropical. Registra-se também a busca pela descentralização de programas de prevenção às doenças, como a hanseníase, tuberculose e câncer, contudo, não ultrapassaram de ações pontuais de poucos gestores. Destaque para as primeiras projeções de regionalização da saúde, com a implantação de nove Regiões de Saúde e o Sistema Integrado de Atendimento em Emergência (SIATE). A atenção básica no Amazonas só teve sua concreta implantação nos municípios do interior a partir do ano de 2000 (Schweickardt e Martins, 2017).

No tocante à Atenção Oncológica no Amazonas, sua representatividade institucional data-se anteriormente a década de 80, com a criação do Centro de Controle de Oncologia (CECON) em 21 de dezembro de 1974 na capital amazonense, instituído pela Portaria nº 64, através de convênio assinado entre o Governo do Estado do Amazonas, Secretária de Saúde e

¹² O Plano Diretor de Regionalização, estabelecido pela NOAS/01, é parte integrante do Plano de Saúde estadual e tem como função organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. O processo para a aprovação do PDR é baseado no pacto entre os gestores, sendo que a iniciativa do mesmo cabe às secretarias estaduais de saúde. A elaboração do Plano Diretor de Regionalização consiste em um processo de planejamento integrado, coordenado pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde, que envolve um conjunto específico de municípios que comporão uma região de saúde do estado. Dessa forma, todo o estado será coberto por regiões de saúde, com enfoque territorial-populacional, que garantirá níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população (Brasil, 2002).

¹³ Para qualificar o processo de regionalização e garantir o exercício da ação cooperativa entre os gestores, em cada Região de Saúde é constituído um CGR, com a participação de todos os municípios da região e da representação do estado (Brasil, 2009).

o MS. Sua estrutura com relação aos serviços era composta por laboratório especializado, salas com colposcópios para detectar os cânceres ginecológicos, salas de biópsias, centro cirúrgico e 20 leitos para observação dos casos, equipamento de radioterapia. Após dezesseis anos, em 20 de dezembro de 1989, por meio da Lei nº 1.935, o CECON seria transformado em FCECON (Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas - FCECON), personalidade jurídica de direito privado (Nicida, 2017).

Importante destacar que naquele período, ainda em meados de 1973, já se observava a Atenção Oncológica sendo inserida com a criação do CECON e sua vinculação a outras unidades para cooperação no cuidado da doença. “Os exames para detecção dos casos iniciais serão feitos não só nessa unidade, como também em todas as redes hospitalares e sanitárias da rede estadual, bem como das redes particulares” (Nicida, 2015, p. 123).

Para auxiliar na gestão do CECON junto aos pacientes e perante o número de casos novos registrados na década de 1970, instituições filantrópicas como a Liga Amazonense de Combate ao Câncer (LACC) e, posteriormente, a criação da Rede Feminina de Combate ao Câncer, somaram forças como suporte de recursos financeiros na compra de medicamentos, realização de exames e doações entre outras ações na continuidade do tratamento dos pacientes, quando o CECON não pudesse atender tais demandas no tratamento dos pacientes na capital (Nicida, 2015, p. 123).

“Com a regulamentação do SUS em 1990, é reforçado pelo MS ao INCA a incumbência sobre a elaboração de Políticas de Controle do Câncer no País”. (Teixeira *et al.*, 2007, p. 143-144).

Assim, no Amazonas, na década de 90 se evidenciava, conforme registros de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o aumento das mortes por neoplasias, com registro de 827 óbitos em 1996 para 1.039 em 1999 (DATASUS, 2023).

Por conseguinte, em 1997 é lançado o programa nacional intitulado Ação Viva Mulher, voltado para a prevenção e controle do câncer de colo do útero (Fiocruz, 2023). No Amazonas, para maior alcance da população ribeirinha a execução do programa teve como uma das estratégias a adaptação à realidade local a exemplo das unidades móveis fluviais. Nesse período também inicia a implantação do sistema de informação do colo do útero. O relatório do PES do Amazonas, destaca a preocupação nesta década com as doenças crônico-degenerativas, ressaltando a mudança do perfil demográfico com o envelhecimento da população, estando o câncer do colo uterino com 29,5% dos casos novos no estado (Amazonas, 2012).

Passados quase 50 anos desde a criação do CECON, a FCECON, habilitada como UNACOM, conta atualmente com serviço especializado na atenção terciária no tratamento do

câncer no Amazonas (FCECON, 2022), com extensão de vários serviços (cirúrgicos, clínicos, laboratoriais e desenvolvimento do Ensino e Pesquisa no âmbito do câncer) (Amazonas, 2022).

É importante frisar que as ações para a atenção oncológica no Amazonas que teve como grande marco a criação do CECON, entrelaçam até os dias atuais e no decorrer dos anos, permeadas das normativas e leis que as impulsionaram e mudaram as vertentes que dirigiam a saúde nacional até a década de 90. A Lei 8.080/90 trouxe dentre seus princípios fundamentais¹⁴, a orientação de uma política de saúde integral, universal, com equidade e justiça, participação da comunidade, a regionalização e a descentralização político administrativa, entre outros princípios não menos importantes, se registra a inclusão das diretrizes para os gestores interfederativos organizarem e realizar a gestão da saúde no Brasil, nos estados e municípios (Nicida e Schweickardt, 2017; BrasiL, 1990).

Nesse contexto, abaixo descreve-se no Quadro 4, uma síntese dos principais movimentos das ações realizadas na Política Estadual de Saúde no Amazonas no período de 1991 a 2012:

Quadro 4. Principais marcos legais das ações de saúde no Amazonas (CIB/AM), no período de 1991 a 2012 (continua)

Atos Normativos	Descrição
Resolução nº 007/1996	Dispõe sobre o Projeto de investimento que será apresentado ao REFORSUS da Fundação HEMOAM, que visa dotar os laboratórios de sorologia e Imuno-hematologia de novos equipamentos bem como otimizar a Modernização Gerencial daquela Fundação
Resolução nº 008/1996	Dispõe sobre o Plano de Interiorização Estadual da Fundação HEMOAM, que visa implantar Unidades de Coleta e Transfusão nos Municípios que contam com rede hospitalar.
Resolução nº 006/1997	Dispõe sobre a aquisição de 04 (quatro) ambulâncias fluviais, para atendimento à população ribeirinha do Município de Manacapuru-AM.

¹⁴ Lei 8.080/90. Capítulo II. Princípios e Diretrizes. I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Quadro 4. Principais marcos legais das ações de saúde no Amazonas (CIB/AM), no período de 1991 a 2012 (continuação)

Resolução nº 007/1997	Dispõe sobre o Projeto de construção de um Hospital Modelo, com capacidade para 25 (vinte e cinco) leitos intitulados: Hospital da Mulher, que será executado no Município de Manacapuru-AM.
Resolução nº 005/1999	Dispõe sobre o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica para o ano de 1999.
Resolução nº 025/1999	Dispõe sobre o cadastramento do Serviço Isolado de Quimioterapia da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas FHEMOAM.
Resolução nº 051/1999	APROVAR o cadastramento da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – Fundação HEMOAM no Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS
Resolução nº 001/2000	Dispõe sobre o Manual Estadual de Tratamento Fora do Domicílio €“ TFD.
Resolução nº 005/2001	Dispõe sobre o Projeto de implantação dos serviços de Patologia Clínica nos Centros de Saúde Megumo Kado, Armando Mendes, Deodato de Miranda Leão e Bairro da Paz.
Resolução nº 006/2001	Dispõe sobre os três Mamógrafos cedidos pelo Ministério da Saúde nos Municípios: Manaus, Parintins e Tabatinga.
Resolução nº 045/2002	Dispõe sobre garantia da cota de atendimento no SUS nas áreas de referência de atendimento em Hematologia, Hemoterapia e Análises Clínicas, solicitada pela Fundação HEMOAM.
Resolução nº 046/2002	Dispõe sobre o aumento de Teto Físico/Financeiro da FCECON e viabilização do financiamento de seus procedimentos através do FAEC.
Resolução nº 020/2002	Dispõe sobre o Plano Diretor de Regionalização.
Resolução nº 069/2006	Dispõe sobre Proposta de organização da Rede Estadual.
Resolução nº 019/2007	Dispõe sobre o Credenciamento de Leitos de UTI na FCECON.
Resolução nº 007/2008	Dispõe sobre o termo de cooperação técnica firmado entre a Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Amazonas e a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas, como interveniente a Secretaria de Estado da Saúde.
Resolução nº 015/2008	Dispõe sobre a proposta de Implantação de serviços de Internação Domiciliar.
Resolução nº 066/2008	Dispõe sobre as pactuações para operacionalização do Complexo Regulador do Estado do Amazonas.
Resolução nº 033/2009	Dispõe sobre o Mamógrafo e a Processadora instalados no Hospital de Guarnição no município de Tabatinga.
Resolução nº 035/2009	Dispõe sobre o aumento da ajuda de custo aos pacientes que precisam se deslocar para outros estados através do TFD.
Resolução nº 066/2009	Dispõe sobre a proposta de alteração do PDR e novo Desenho Regional para Saúde do Estado do Amazonas
Resolução nº 083/2009	Dispõe sobre aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada

Quadro 4. Principais marcos legais das ações de saúde no Amazonas (CIB/AM), no período de 1991 a 2012 (conclusão)

Resolução nº 088/2009	Dispõe sobre a Proposta de implementação do Complexo Regulador e Informatização das Unidades de Saúde da Rede Assistencial de Saúde do Estado do Amazonas
Resolução nº 009/2010	Dispõe sobre a proposta de projeto para captação de recursos no Portal de Convênios - SICONV, para aquisição de materiais de consumo e médico-hospitalar à FUNDAÇÃO CECON
Resolução nº 022/2010	Dispõe sobre o Plano de Ação para o Controle do Tabagismo no Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas
Resolução nº 114/2010	Dispõe sobre a substituição da Resolução CIB/AM nº 066 de 26 de outubro de 2009, que dispõe sobre o Novo Desenho Regional de Saúde do Estado do Amazonas
Resolução nº 117/2010	Dispõe sobre a distribuição das Especificidades Regionais para o Estado do Amazonas no ano de 2010
Resolução nº 146/2010	Dispõe sobre a Proposta de Projeto de Cirurgias Eletivas de Média e Alta Complexidade do Estado do Amazonas'
Resolução nº 151/2010	Dispõe sobre o Plano Operativo para implantação dos serviços de regulação assistencial nas Microrregiões: entorno de Manaus, Itacoatiara e Manacapuru - Fase II do Projeto de Implantação do Complexo Regulador do Amazonas
Resolução nº 147/2010	'Dispõe sobre as Cotas para Solicitação de procedimentos de Alta Complexidade nas áreas de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética para o município de Manacapuru'
Resolução nº 167/2010	Dispõe sobre as propostas de projeto para aquisição de 01 (um) Mamógrafo destinado ao município de Apuí/AM e de equipamentos e materiais permanentes para a rede estadual de saúde, incluindo 01 (um) Mamógrafo para o município de Itacoatiara/AM
Resolução nº 073/2011	Dispõe sobre a Proposta do Projeto para captação de recursos junto ao Ministério da Saúde por meio do Fundo Nacional de Saúde para a Fundação Centro de Controle de Oncologia - FCECON/AM
Resolução nº 087/2011	Dispõe sobre os Projetos de Cursos de Técnico em Radiologia Para os Municípios do Estado do Amazona
Resolução nº 108/2011	Dispõe sobre a Instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Amazonas
Resolução nº 152/2012	Dispõe sobre a Proposta de Construção de 01 (um) Centro Especializado em Reabilitação Tipo IV para Implantação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado do Amazonas.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da SES/AM.¹⁵

O Quadro 4, demonstra um resumo dentre os vários atos normativos voltados para a saúde que foram empreendidos no Amazonas no período de 1994 a 2012. As ações direcionadas para a atenção oncológica no estado neste período de quase 20 anos, configura-se com a implementação de serviços que respondiam as legislações que as precediam no âmbito do SUS,

¹⁵ Disponível em: <http://ses.saude.am.gov.br/cib/index.php>.

à luz da Lei nº 8.080/90, Lei nº 8.142/90, NOBs-SUS 01/93¹⁶, NOAS-SUS 01/2001¹⁷, Portaria MS/SAS nº 741/05 (Política Nacional da Atenção Oncológica), posteriormente revogada pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, o Pacto pela Saúde em 2006, Portaria nº 4.279/10 e o Decreto nº 7.508/11. As ações se constituem nesta fase de gestão da saúde local, de forma pontual em cada nível de atenção, com expressivo volume de atos normativos que resultam no total de 1.220 resoluções da Comissão Intergestores Bipartite no Amazonas neste período. (Brasil, 1990; Brasil, 2001; Brasil, 2005; Brasil, 2006; Brasil, 2011).

Contudo deve-se considerar a relevância da gradativa incorporação de ações que vem constituir aos poucos a formação das RAS, bem como, as Redes Temáticas de Saúde que registram seus primeiros sinais nas décadas de 2011 e 2012. Nessa trajetória ainda não se evidencia a integração das ações com os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), por meio de linhas de cuidado, protocolos assistenciais e das contratualizações pactuadas dos serviços assistenciais de assistências preconizado principalmente na Portaria nº 4.279/10 para a implementação das RAS. (Brasil, 2010).

Nesse interim, a implantação da RAS no Amazonas, é descrita no relatório de gestão de 2012 com orientações para sua implementação no exercício de 2012, a ser contemplado o novo modelo de organização dos serviços de saúde. Neste relatório, se identifica que serão criadas quatro redes temáticas prioritárias (Cegonha, Urgência e Emergência, a Rede Psicossocial e a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência). Nesta fase inicial, não foi evidenciada a implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Melo *et al.*, 2018).

3.2 Rede de Atenção à Saúde

¹⁶ Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93; estabelece os mecanismos de financiamento das ações saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor; institui a CIB e a CIT, como foros de decisão entre os entes federativos (BRASIL, 1993).

¹⁷ A NOAS-SUS 01/2001, regimentou as normativas gerais para a formação regionalizada do sistema de saúde no Brasil. Em sua segunda versão (NOAS-SUS 01/2002), as pactuações entre os entes federativos, consideram prioritariamente as necessidades assistenciais de cada estado, sendo subdividido em regiões e microrregiões de saúde a serem estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização (GUIMARÃES, 2005).

3.2.1 Dos Sistemas Fragmentados a Mudança de Paradigma na Atenção à Saúde

A transição epidemiológica¹⁸, associada a outras causas como o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da economia, define a transição da atenção à saúde.

Nesse sentido, nas diretrizes apresentadas pelo SUS, o modelo de atenção da RAS, na década de 2010, busca um contraste ao modelo então em exercício, focalizado no atendimento às necessidades voluntárias e na agudização das condições crônicas. Destaca-se a relevância para a precisão de uma organização que implemente a cooperação entre os setores para a promoção da saúde, que vislumbre a integração dos conhecimentos com o fortalecimento do suporte matricial, que pondere sobre as fragilidades dos grupos ou população e suas demandas, consolidando as ações relacionadas às condições crônicas de saúde (BRASIL, 2010).

É descrito na literatura, apontamentos sobre as divergências entre os modelos de atenção hegemônico e novo modelo de atenção à saúde a partir da organização da RAS, o Quadro 5, traz os alguns destaques.

Quadro 5. Divergências entre os modelos de atenção hegemônico e a RAS

Sistema fragmentado	RAS
Coordenação da atenção inexistente	Coordenação da atenção feita pela APS
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
Hierarquia	Poliarquia
Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
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

Fonte: Mendes (2011).

¹⁸ “Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas; O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante” (Schramm *et al.*, 2004).

Conforme descrito no quadro acima, as condutas antes da instituição das RAS no SUS, não tinham o olhar para o cuidado integral e contínuo, eram caracterizadas pela fragmentação e hegemonia na forma de gerir a atenção à saúde, esta, por sua vez se organizava por meio dos pontos de atenção isolados, sem comunicação entre eles e sem um centro comunicador com a coordenação, como recomendado nas RAS.

Via de regra, não havia uma população adscrita de responsabilidade dos gestores, outro ponto destacado é sobre a hierarquia, na qual era definida por níveis de complexidade crescentes e com relação de ordem e graus de importância entre os níveis de atenção.

Assim sendo, a instituição da RAS no Brasil é regida por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, tem como estratégia de gestão:

A superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com necessidade e eficiência (Brasil, 2010, p. 01).

Esta Portaria, faz menção em seu texto sobre o inquestionável avanço do SUS, contudo, ainda é expressiva a necessidade de vencer os entraves acerca da fragmentação dos desempenhos dos serviços na atenção à saúde. Tais sinais de lacunas no sistema de atenção são apontados dentre eles por: lacunas assistenciais importantes, redução da capacidade de prover a integralidade, configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública (Brasil, 2010).

A definição do MS de Redes de Atenção à Saúde “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, 2017).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) traz como conceito para a RAS,

Uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2011, p.17).

As RAS também são descritas, como organizações de grupos de serviços de saúde, interligados entre si e com o mesmo objetivo, movimentada por ações de cooperação e ao mesmo tempo interdependentes, de forma a promover o cuidado integral e contínuo a uma

determinada população, sendo coordenada pela Atenção Primária em Saúde, atendendo os dispositivos de humanização e equidade (Mendes, 2011).

Mendes, sinaliza sobre os modelos de atenção à saúde inseridos na RAS, voltados para condições específicas de saúde:

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crônicas. Mas podem-se considerar, também, modelos de atenção às condições agudas. Esses modelos vão variar em função da natureza singular dessas condições de saúde (Mendes, 2011, p. 209).

Dessa maneira, tem-se estabelecidas as redes temáticas, as quais devem se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações (Brasil, 2023). Atualmente, a RAS é composta pelas Redes Temáticas: Rede Cegonha (Portaria nº 1.459/11); Rede de Urgência e Emergência (RUE), (Portaria GM/MS nº 1.600/11); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Portaria GM/MS nº 3.088/11); Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) (Portaria GM/MS nº 793/12); e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS nº 483/14) (Brasil, 2023; Oliveira, 2016).

3.2.1.1 Os Elementos Constitutivos da RAS

A RAS se caracteriza pelo conjunto de três elementos: população e regiões de saúde; estrutura operacional; e os modelos de atenção à saúde. A população é tomada como a razão da existência da RAS, uma vez que é de sua responsabilidade sanitária e econômica. A população da RAS se conecta a ela na APS, por esse motivo, o contingente populacional de uma RAS, não é a estimada pelo IBGE, mas a população registrada na atenção primária. Contudo, não é suficiente conhecer a população total, esta deve ser “segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas” (Brasil, 2010; Mendes, 2014, p. 39).

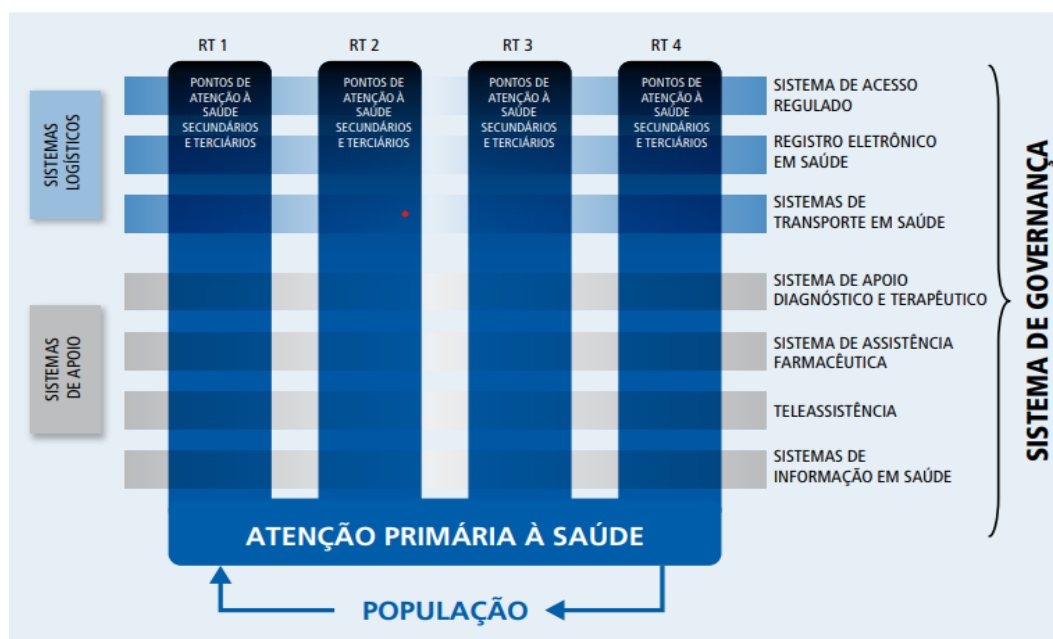
De acordo com Mendes (2012), a estrutura operacional da RAS é composta por cinco componentes, sendo estes:

O centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (Mendes, 2012, p. 51).

No infográfico (Figura 1) da estrutura operacional da RAS, é possível visualizar a disposição dos elementos constitutivos desta, que se organizam de forma transversal e poliárquica. A atenção primária¹⁹ se apresenta como centro de comunicação aos outros pontos de atenção e componentes da RAS (Mendes 2012, p. 51).

A Figura 1, descreve a população como sendo um dos três pilares para a constituição e efetivação da RAS. É a partir da população que se organiza as ações e os planos de cuidado voltados a esta população.

Figura 1. Estrutura Operacional da RAS



Fonte: Mendes (2012, p. 51)

¹⁹ Na APS, o primeiro contato é referente ao acesso e como se desenvolve o uso do serviço a cada novo problema ou nova situação de um problema, para os quais se à atenção da saúde. A longitudinalidade se caracteriza pelo suporte contínuo e regular dos cuidados realizados pela equipe da saúde no decorrer do tempo, constituída de uma relação humanizada e colaborativa, entre a equipe de saúde, usuário e família. A integralidade pressupõe a prestação do cuidado em saúde (conjunto dos serviços) mais recorrentes de população vinculada, a responsabilização pela oferta dos serviços em outros níveis de atenção com reconhecimento adequado dos problemas que geram as doenças (biológicos, psicológicos e sociais). “A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (Mendes, 2009, p. 57-58; BRASIL, 2010).

O segundo elemento integrante, a estrutura operacional, vem integrada pelos sistemas logísticos que são responsáveis pelas respostas firmadas nas tecnologias da informação e estão direcionadas a impulsionar a eficácia da integração e da comunicação entre os pontos de atenção e os sistemas de apoio, estes sistemas se desenvolvem por meio do registro eletrônico em saúde; sistema de transporte em saúde; sistema de acesso regulado. Já os Sistemas de Apoio são os lugares institucionais em que se realizam os serviços de saúde comuns a todos os pontos de atenção, nos setores de diagnóstico e terapêutico²⁰, assistência farmacêutica²¹ e dos sistemas de informação²² à saúde (Oliveira *et al.*, 2015).

O sistema de Governança é definido como a capacidade de intervir por meio do exercício político, administrativo, e econômico para realizar a gestão do Estado, onde envolve vários autores, mecanismos e procedimentos. Na Governança da RAS, é compreendida a habilidade gerir uma determinada região na rede de atenção à saúde (Brasil, 2010).

O terceiro elemento constitutivo da RAS, são os modelos de atenção, que são instrumentos lógicos de funcionamento da RAS, conectando de maneira única as interações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os objetivos das intervenções do sistema de saúde e os diversos tipos de medidas de saúde, delineados com base na perspectiva predominante da saúde, nas condições demográficas e epidemiológicas, bem como nos determinantes sociais da saúde, que são relevantes em um período específico e em uma determinada sociedade (Mendes, 2011).

²⁰ “Na perspectiva da forma de organização, o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico acompanha o sistema fragmentado, e, por consequência, instituem-se de forma isolada, sem comunicação fluida com a APS e com os pontos de atenção secundária e terciária. Disso resulta enorme retrabalho e redundância no sistema de atenção à saúde: uma mesma radiografia ou um mesmo exame de sangue pode ser resolicitado em cada ponto de atenção à saúde, gerando desconforto para as pessoas usuárias e desperdício econômico para o sistema. Além disso, o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, nos sistemas fragmentados, costuma operar com baixa escala, o que tem implicações negativas na eficiência econômica e na qualidade dos serviços” (Mendes, 2011, p. 115).

²¹ “O sistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa exercida por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, englobando intervenções logísticas relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais da farmácia clínica e de vigilância como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância” (Mendes, 2011, p. 120).

²² “Os sistemas de informação em saúde compreendem: os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde operam; os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a performance dos sistemas de atenção à saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde” (Mendes, 2011, P. 129).

Mendes (2011, p. 209), descreve de forma detalhada os dois modelos de atenção, o modelo de atenção: às condições agudas²³ e às condições crônicas. O autor aborda que a necessidade de se ter uma atenção à saúde voltada às condições crônicas, dá-se pela necessidade de responder de forma eficaz, eficiente e com segurança as situações crônicas de saúde, uma vez que a atenção ainda era voltada de forma mais pontual para as questões agudas. Destaca que mesmo que sejam distintas são como “faces da mesma moeda” e elas irão ser implementados de acordo com a natureza específica de cada situação de saúde (Mendes, 2011).

3.2.2 A Regionalização como Eixo Estruturante de Organização das Regiões de Saúde no SUS

Para que as RAS se organizem nos territórios de saúde, a Regionalização constitui-se um dos princípios fundamentais do SUS. Este princípio serve como base para a descentralização das ações e serviços de saúde em todo o país, sendo concretizado através da configuração das RAS. Seu propósito é fomentar a equidade, a integralidade na prestação de cuidados de saúde, a eficiência na gestão de gastos e a otimização dos recursos, aproveitando economias de escala. Isso se efetiva mediante o estabelecimento de mecanismos de governança e a atuação do Estado pautada pelos interesses coletivos e pela lógica do SUS em âmbito regional (Brasil, 2023).

As principais normativas que fomentaram a implementação do processo de regionalização no Brasil, estão presentes na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, no Pacto pela Saúde em 2006, na Portaria nº 4. 279 de 2010, Decreto nº 7.508 de 2011 e na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 37 de 2018 (Rocha *et al.*, 2022).

A divulgação, em 2001, da NOAS teve como um dos seus principais objetivos preencher as lacunas resultantes do processo de descentralização da saúde, as quais seriam caracterizadas pelo enfraquecimento dos estados diante a focalização nos municípios por meio da Municipalização, identificação de um sistema muito fragmentado, onde grande parte dos municípios não era capaz de arcar com os serviços necessários para um atendimento de maior complexidade e integral. Apenas 523 municípios assumiram a gestão plena de seus sistemas de

²³ Com o objetivo de melhorar a atenção aos pacientes agudos no SUS é instituída a Rede de Atenção às Urgências, por meio da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.

saúde após as NOBs²⁴, tornando-se responsáveis pela atenção primária, secundária e terciária, enquanto a maioria habilitou o modelo de gestão plena somente na atenção básica. A implementação da NOAS encontrou diversas dificuldades, atribuídas por alguns autores à proposição de regras demasiadamente rígidas e altamente parametrizadas na reorganização dos serviços regionais. Essas regras foram percebidas como inconsistentes com as condições existentes e a falta de estabelecimento efetivo de uma governança regional e intermunicipal, um elemento crucial para articular a interdependência entre municípios e entre estes e o governo estadual (Rocha *et al.*, 2022; Silva, 2011).

No contexto do Pacto pela Saúde, a abordagem do território regional²⁵ é concebida seguindo uma lógica sistêmica, demandando uma transformação nas relações intergovernamentais para promover a descentralização, superar a fragmentação decisória e integrar os sistemas municipais de saúde sob a supervisão do gestor estadual. Com a sua aplicação, esperava-se a criação de uma cooperação baseada em articulação, consenso, financiamento e colaboração entre os entes federativos, visando, de maneira planejada e corresponsável, estabelecer redes entre as instituições e garantir a regulação e a gestão eficaz do sistema de saúde na oferta de serviços regionalizados (Martinelli *et al.*, 2015).

Os principais instrumentos institucionalizados no Pacto de Gestão para a organização dos serviços de saúde como o objetivo de alcançar a integralidade da atenção à saúde, bem como, impulsionar as etapas de negociação e as pactuações entre os entes federativos são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, descritos por Sauter e seus colaboradores (2012):

O PDR deverá identificar e reconhecer as regiões de saúde, com o objetivo de garantir o acesso, a promoção da equidade, a integralidade da atenção, qualificar o processo de descentralização, racionalizar os gastos e realizar bom aproveitamento dos recursos. O PDI, referente aos recursos, define que, em âmbito regional, deverão ser atendidas as necessidades de Atenção Básica e de média complexidade e, na

²⁴ “A Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 enfatizou o papel dos municípios no processo de descentralização, que teve como principais condutores as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1992, 1993 e 1996, e novos mecanismos de financiamento federais, com transferências de recursos fundo a fundo mediante adesão e habilitação dos municípios. As NOBs estipularam condições de gestão às quais os municípios deveriam se habilitar para então receber recursos fundo a fundo. Em 1998, 88% dos municípios haviam aderido à NOB 96, 4.395 dos quais se habilitando na condição de gestão plena da atenção básica, e 441 na condição de gestão plena do sistema municipal – responsável pela atenção secundária e terciária, além da primária (Rocha *et al.*, 2022).

²⁵ “O Pacto pela Saúde comporta três dimensões – o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. A regionalização é o eixo orientador e estruturante do Pacto de Gestão e objetiva tornar possível acordos entre as três esferas do sistema para promover inovações, com instrumentos de gestão com vista à maior eficiência, redefinindo ainda novas responsabilidades dos gestores de acordo com as necessidades de saúde da população” (Sauter *et al.*, 2012).

macrorregião, o que se refere à alta complexidade. O referido plano também deverá contemplar as necessidades da Vigilância em Saúde. A PPI é um processo instituído no SUS que define, com base no planejamento, as ações de saúde para o atendimento das populações residentes nos territórios (Sauter *et al.*, 2012, p. 270).

Rocha e seus colaboradores (2022), apontam que os principais avanços em relação à NOAS, foram voltados para a maior integração entre os municípios e melhor gestão das regiões, por meio dos Colegiados de Gestão Regionais (CGRS). Instâncias estas de acordos Intergestores entre os municípios e o estado. Desta forma, deliberavam objetivos em comum, direcionados para as necessidades das regiões de saúde para o atendimento dos serviços.

Em 2010, para o aprimoramento da implementação da Regionalização da Saúde no SUS, a Portaria 4.279/10, definiu conceitos e parâmetros para a operacionalização das RAS inseridas nas Regiões de Saúde. Seguida, no ano seguinte, pela instituição das diretrizes para a implementação da RAS, através do Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Mendes, 2014).

Nesse sentido, considerando o movimento singular de cada território e suas peculiaridades sócio, político e geográfica, o estudo da RAO a partir das diretrizes da PNPCC ao caracterizar a composição no Amazonas traz observações sobre a continuidade do cuidado e a descrição das lacunas no locus da pesquisa.

3.3 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC)

A gestão da assistência oncológica em todo Brasil, vem sendo impulsionada mediante os elevados índices de câncer, ocasionados dentre outros fatores pelo envelhecimento populacional, padrões de vida e exposição a fatores de risco ambientais e ocupacionais. Para que haja atenção em todas as etapas do tratamento e de forma integral é fundamental o planejamento das ações, organização dos serviços e monitoramento das ações (Brasil, 2023).

O estudo de Martins (2020) destaca a transição demográfica no Brasil e outros países como fator determinante para o aumento da morbimortalidade do câncer:

O Brasil segue, assim, com sua transformação demográfica e transição epidemiológica. O envelhecimento da população, como já comentado, é uma tendência previsível [...]. Como panorama nacional, nosso perfil demográfico já se assemelha ao das grandes nações. A parcela de idosos (maiores que 60 anos) cresce em ritmo mais acelerado que qualquer outra faixa etária no Brasil. No entanto, a transição epidemiológica segue com desigualdades: a parcela de brasileiros que vive

em condições de moradia e renda semelhantes às de países desenvolvidos apresenta morbidade e mortalidade também similares às desses países; já o restante da população, que constitui a maior parte dos brasileiros, convive com a pobreza e os escassos recursos na atenção à saúde (Martins, 2020, p. 208).

O aumento de novos casos de câncer é expressivo em todo o mundo, em 2018, uma em cada seis mortes estavam ligadas às neoplasias malignas, representando 70% das mortes em países de baixa e média renda. Um dos grandes desafios do Brasil será reconhecer o novo perfil demográfico e epidemiológico para que possa definir estratégias de promoção à saúde com equidade (Martins, 2020).

Nesse sentido, Gadelha (2018), destaca sobre a discussão que tem se dado entre os gestores interfederativos e do Conselho do INCA, sobre que padrão o Brasil deve seguir para avançar no incremento do diagnóstico e tratamento das neoplasias, tomando-se como diretriz a integralidade das ações a fim de garantir desfechos de condutas mais positivas.

Isto posto e assegurado mediante a defesa do princípio da integralidade como norteador e base fundamental das ações na Atenção à Saúde Oncológica, a RAS se configura como instrumento fundamental para a efetivação do cuidado à saúde entre seus pontos de atenção.

A Portaria nº 483/14, marcou um avanço na implementação das ações e serviços na atenção oncológica com a instituição das redes de crônicas, o documento tem como princípios:

I. O acesso e acolhimento aos usuários com doenças Crônicas; II. humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde; respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais; IV - modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais; V - articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção; VI - atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; VI - atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; VII - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; VIII - articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada; IX - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; X - autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado; XI - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; XII - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2014, p. 3).

Mendes (2011), pontua que para a saúde dos pacientes com patologias crônicas, necessita-se que a atenção à saúde seja proativa, integrada e contínua, centrada na promoção e preservação da saúde.

Há de se destacar que as Redes Temáticas e RAS não possuem significados iguais, visto que as primeiras se caracterizam pela organização da atenção direcionada a subpopulações ou temas específicos, enquanto as segundas abrangem todo o sistema de saúde. No entanto, ambas compartilham elementos em comum, como a definição de responsabilidades nos pontos de atenção, a importância do compartilhamento de informações, o estabelecimento de vínculos entre os serviços e, especialmente, a ênfase no fortalecimento da APS (Chueiri *et al.*, 2014).

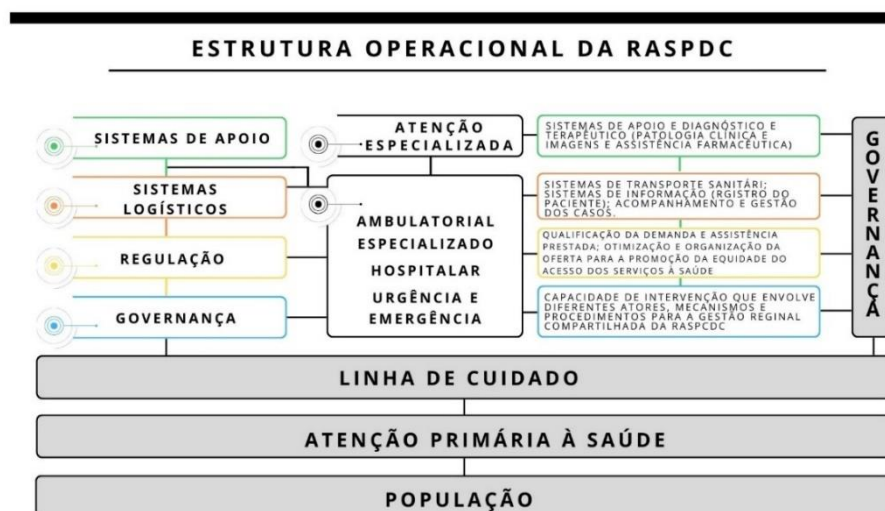
Em 2021, o então Secretário de Vigilância em Saúde do MS, Arnaldo Medeiros, em participação na semana de doenças crônicas não transmissíveis apresentou o cenário desses problemas de saúde no Brasil, onde sinalizou que as DCNTs causam a morte de aproximadamente 41 milhões de pessoas anualmente, representando 71% de todas as mortes globais. Destas mortes, 77% ocorrem em países de renda baixa e média. Nesse sentido, ressaltou a importância de que as autoridades responsáveis compreendam essas doenças dentro de uma perspectiva de vigilância eficiente, com ênfase no fortalecimento da APS (Brasil, 2021).

A estrutura da RASPCD é organizada por meio dos seguintes componentes: atenção básica, atenção especializada (ambulatorial especializado, hospitalar e urgência e emergência); sistema de apoio; sistemas logísticos; regulação; e governança. É válido observar que a APS, na RASPCD é o centro comunicador e ordenador do cuidado, enquanto na Rede de Urgência e Emergência ela é um dos pontos de atenção (Brasil, 2014). A regulação, por sua vez não se encontra mais inserida dentro dos sistemas logísticos, e a linha de cuidado tem uma posição dentro das RASPCD destacada.

A RASPCD, traz em sua organização da estrutura dentre os outros componentes já descritos anteriormente, o Sistema de Regulação²⁶ que tem como objetivo humanizar as ações dos serviços em ofertados, o controle do acesso, do fluxo assistencial e a otimização dos recursos financeiros. O acesso é compreendido como a acolhida e orientação do usuário para ações de saúde que atendam às suas necessidades. Dentro da estrutura das RAS e suas diversas portas de entrada, a regulação em saúde desempenha o papel de facilitar o acesso do usuário de acordo com a demanda, sempre respeitando os limites da oferta. Seu propósito é gerenciar o processo de priorização do acesso aos serviços assistenciais, assegurando a concretização da equidade no sistema de saúde (Peiter *et al.*, 2016).

²⁶ Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do SUS.

Figura 2. Estrutura operacional da RASPCDC



Fonte: Adaptado pela autora a partir de Mendes (2011).

Ênfase também para o ordenamento das linhas de cuidado destacada no Capítulo IV da Portaria n° 483/2014:

I - definição no âmbito de 1 (uma) ou mais regiões de saúde, de acordo com a pactuação realizada nas CIR e/ou CIB e no CGSES/DF, considerando-se as necessidades de saúde das respectivas populações; II - garantia da regionalização da atenção especializada de forma que esta trabalhe com abrangência territorial e populacional, conforme pactuações loco-regionais; III - caracterização dos pontos de atenção que conformam a linha de cuidado por meio da definição mínima de competências e de responsabilidades de cada um deles e do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, dentre outros dispositivos; IV - garantia e articulação dos recursos existentes para operacionalização das linhas de cuidado, segundo o planejamento de cada unidade federada; V - garantia de acesso regulado à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar; VI - implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; VII - oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para prevenção e tratamento das doenças crônicas, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando-se as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; VIII - garantia da avaliação e do acompanhamento periódicos das pessoas que apresentam doenças crônicas de forma integral e criteriosa, considerando-se a totalidade dos fatores de risco a que estão sujeitas e não apenas o potencial isolado de cada diagnóstico clínico ou laboratorial; IX - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado de maneira a garantir a autonomia do usuário, o conhecimento sobre sua saúde e a corresponsabilização dos atores envolvidos; X - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, incluindo incentivo à alimentação adequada e saudável e às práticas corporais e atividade física, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis, respeitando-se hábitos e culturas locais; e XI - definição de indicadores e metas de acompanhamento e avaliação para as linhas de cuidado das doenças crônicas (Brasil, 2014, p. 10).

Sem dúvida, a instituição da RASPDC, trouxe um grande avanço para o cenário da atenção à saúde em nosso país com os dispositivos que fundamentam e orientam como organizar a trajetória do paciente desde o delineamento territorial e sua população adscrita até o estabelecimento dos indicadores e dos objetivos para o monitoramento e avaliação das linhas cuidado.

Nesse sentido, as redes temáticas dispõem de diretrizes que conduzem de forma mais detalhada o cuidado na saúde focado nas populações, patologias e serviços específicos a serem melhorados no SUS, como o grupo dos pacientes oncológicos foco do presente estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Local de Estudo

O Amazonas é o maior estado do Brasil em extensão territorial, com 1.559.255,881 km², com população em torno de 3.941.613 milhões de habitantes e densidade demográfica baixa (2,53 hab./km²), possui 62 municípios (Figura 03), sendo Manaus a capital. Situado no extremo noroeste do país, faz fronteira com cinco estados brasileiros - Roraima (ao norte), Pará (ao leste), Mato Grosso (ao sudeste), Rondônia e Acre (ao sul) e três repúblicas sul-americanas - Peru (ao sudoeste), Colômbia (ao oeste), Venezuela (ao norte) (figura 1) (Brasil, 2022; IBGE, 2023).

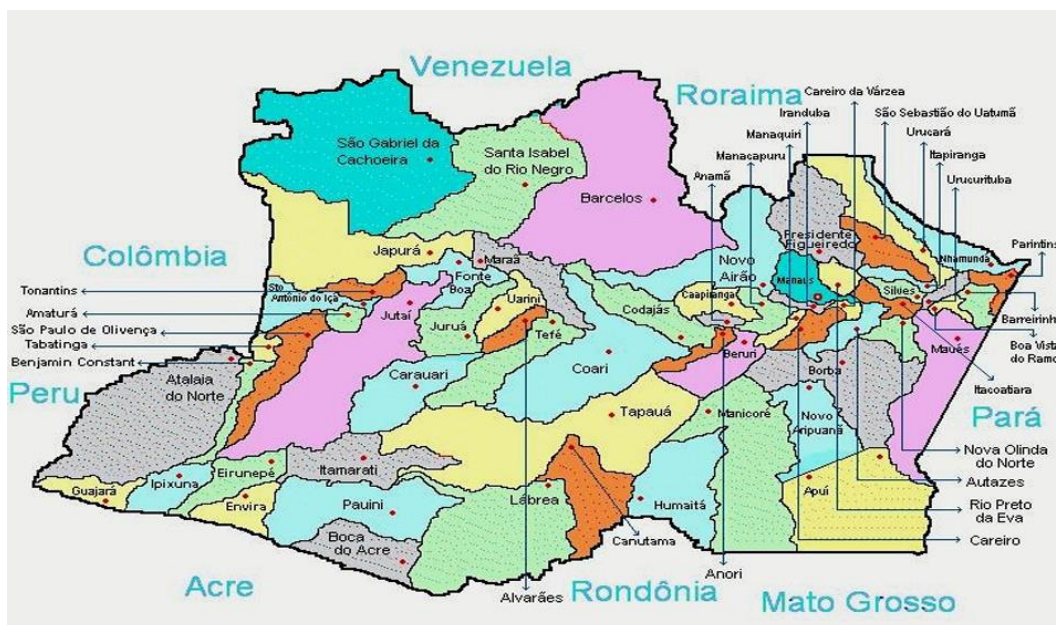
De acordo com o IBGE, de 2010 a 2022. o Amazonas apresentou um aumento populacional de 457.190 habitantes, o que tornou Manaus como o 1º município do país com maior ganho em termos absolutos de população (IBGE, 2023).

Na Figura 4, verifica-se a distribuição das Regiões de Saúde (RS) no Amazonas, divididas em três Macrorregiões²⁷ (Central, Leste e Oeste), onde são apontados os municípios de referências dentro das nove regiões de abrangência. Nota-se, que a Macrorregião Central

²⁷ A Resolução da CIT nº 37 de 22 de março de 2018 define a macrorregião como “o espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da RAS será denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes” (Brasil, 2011).

comporta a maior densidade demográfica do estado com 7,1 hab./km², caracterizando o maior contingente populacional em relação as outras macrorregiões.

Figura 3. Limites do Estado do Amazonas



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2020-2023.

Figura 4. Regionalização da Saúde no Amazonas

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde /CIR	Município Referência Regional	Municípios por RS	População Total Região/Macrorregião de Saúde	%Pop Macrorreg/RS	Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)	Área Territorial Km2	Densidade Demográfica Hab/Km2
CENTRAL	RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Manaus	12	2.576.049	61,7	2	365.262,962	7,1
	RS Rio Negro e Solimões	Manacapuru	8	297.949	7,2	2	157.195,660	1,9
	RS Purus	Lábrea	5	132.588	3,3	1	250.414,730	0,5
	Subtotal Macrorregião	-	25	3.006.586	72,5	-	772.873,352	3,9
LESTE	RS do Rio Madeira	Humaitá	5	199.609	4,8	2	221.082,560	0,9
	RS do Médio Amazonas	Itacoatiara	6	172.997	4,2	1	58.386,280	3,0
	RS Baixo Amazonas	Parintins	5	250.599	6,1	1	68.395,330	3,7
	Subtotal Macrorregião	-	16	623.205	15,0	-	347.864,170	1,8
OESTE	RS Jurúá	Eirunepé	6	137.818	3,3	1	93.204,640	1,5
	RS Triângulo	Tefé	6	125.121	3,2	1	131.990,950	0,9
	RS Alto Solimões	Tabatinga	9	251.867	6,2	3	213.235,030	1,2
	Subtotal Macrorregião	-	21	514.806	12,4	-	438.430,620	1,2
Total		9	62	4.144.597	100,0	-	-	-

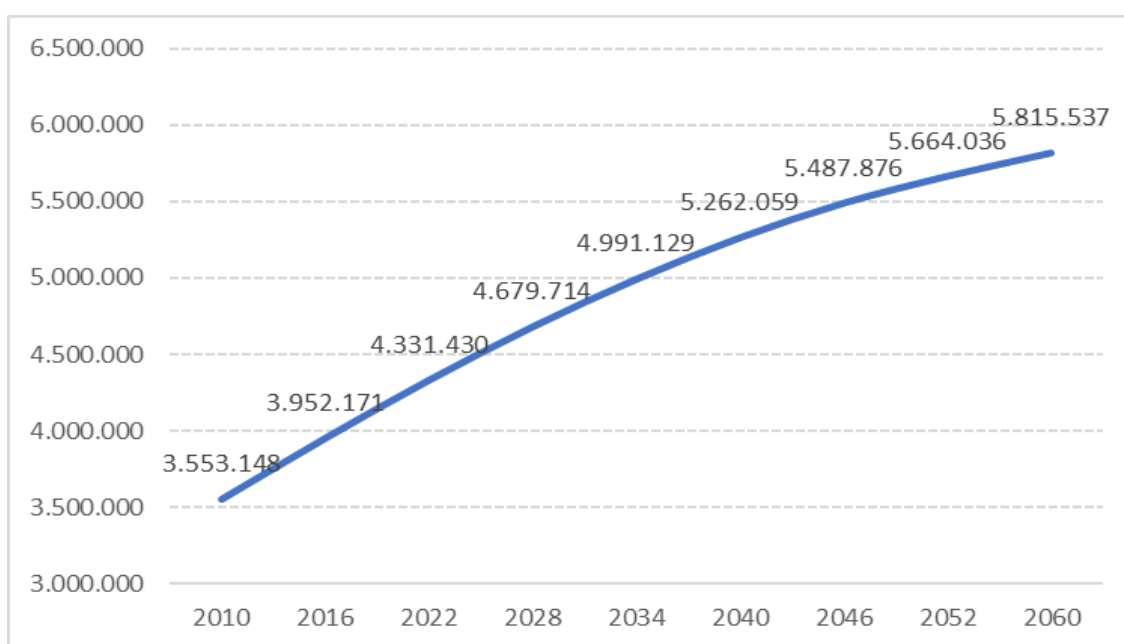
Fonte: Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2020-2023.

Além da grande extensão territorial e da dispersão populacional, descrita na Figura 4, observa-se a imensa pulverização de municípios interligados em grande parte por vias fluviais que constituem o mapa hidrográfico do estado. Além disso, deve-se levar em consideração as

estações sazonais de cheias e secas que contribuem, não só na dificuldade de locomoção das regiões afastadas dos centros de serviços, como também corroboram para maior vulnerabilidade da população do interior do Amazonas.

A população como componente a ser observado na atenção à saúde de um determinado território, tem destaque no Amazonas com a previsão do IBGE que projetou uma estimativa de aproximadamente 6.000.000 habitantes no estado até 2060, refletindo um crescimento populacional de 34% em 38 anos compreendido entre 2022 e 2060 (IBGE, 2023). (Gráfico 1).

Gráfico 1. Projeção da população do Amazonas até 2060



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados IBGE, 2022.

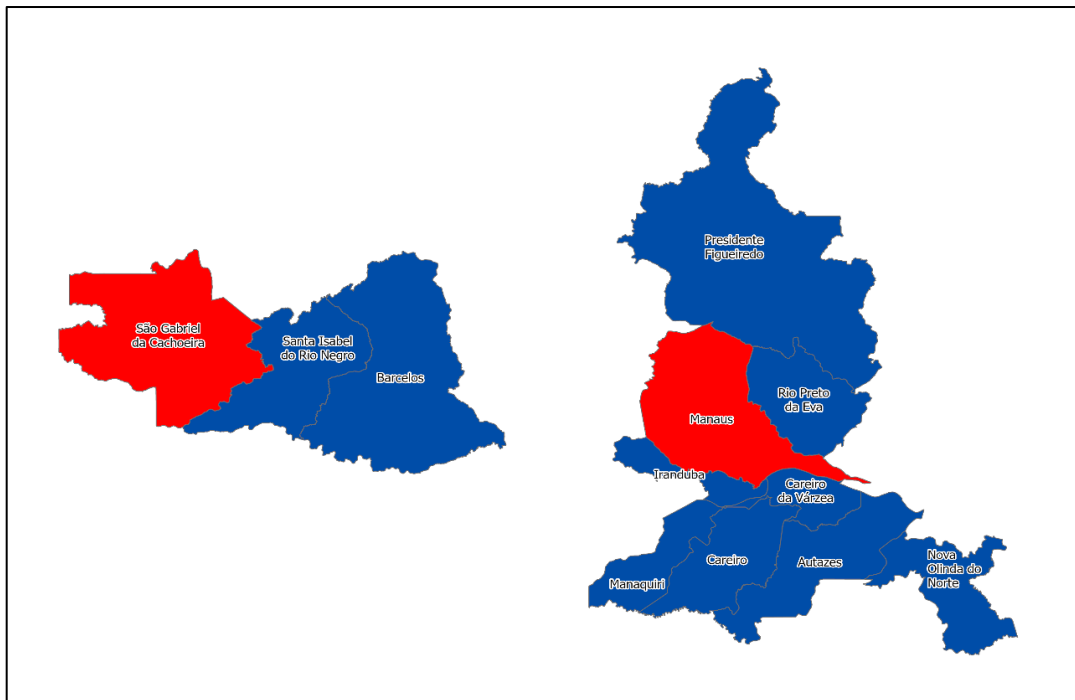
Na presente pesquisa, o município de Manaus, inserido na RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, foi selecionado pela localização geográfica, oferta de serviços e incidência de óbitos para neoplasias e tumores. As categorias a serem descritas e analisadas foram divididas em três dimensões: território; população; e implementação e organização da RASPDC com ênfase na atenção oncológica.

4.1.1 Manaus e sua Localização na Região de Saúde

A RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro (Figura 5) é constituída por 12 municípios sendo estes: São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro, Barcelos, Presidente

Figueiredo, Rio Preto da Eva, Iranduba, Manaquiri, Careiro da Várzea, Careiro Castanho, Autazes, Nova Olinda do Norte e Manaus. A capital do Amazonas absorve os serviços de maior complexidade ambulatorial e hospitalar, caracterizando-se como referência para todos os demais municípios do estado (Amazonas, 2020).

Figura 1. Estrutura Territorial da Região de Saúde Manaus, Entorno e Alto Rio Negro



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do Plano Estadual de Saúde do Amazonas (2020-2023)

Sousa *et al.* (2017), sinalizam sobre a baixa densidade demográfica do estado e versam sobre a concentração dos serviços de saúde alocados em limitados centros urbanos:

O território amazônico, foco deste artigo, é marcado pela rarefeita distribuição da população em áreas rurais, baixa densidade tecnológica e concentração de recursos de saúde em poucos núcleos urbanos, altamente povoados. Tais cidades integram a Amazônia ao país, mas seu relacionamento com as municipalidades adjacentes é de tipo centro periferia, na qual ocupam papel central, instituindo uma teia de relações que molda igualmente as interações técnicas e políticas instituídas no sistema de saúde. A forte concentração dos serviços de média e alta complexidade nas duas grandes capitais, Manaus e Belém, exacerba a fragmentação e a insuficiência de oferta de cuidados de saúde nos demais municípios (SOUSA *et al.*, 2017, p. 250).

4.1.2 Caracterização de Manaus: População e Território

O município de Manaus, possuía em 2022, 2.063.547 residentes, representando 52,35% da população do Amazonas e uma alta densidade demográfica no território (IBGE, 2022).

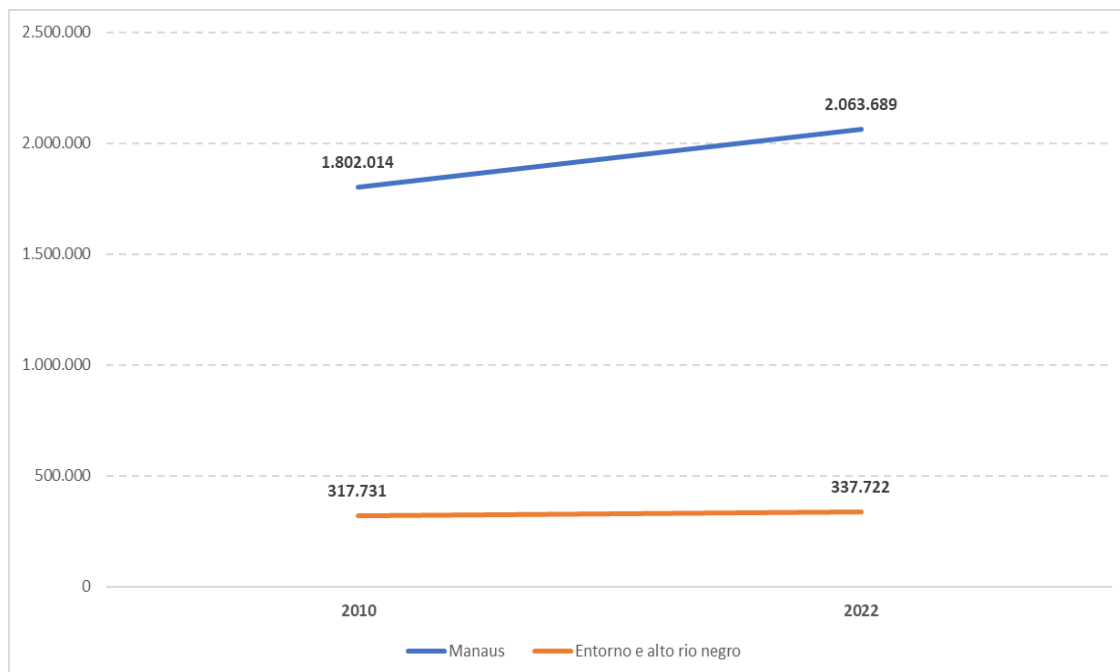
A população manauara teve um crescimento populacional de 14,51% de 2010 a 2022, Manaus foi indicada como a capital mais populosa da região Norte do país e a sétima mais populosa do Brasil, estando atrás somente de São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Fortaleza, Salvador e Belo Horizonte (BRASIL, 2022).

Quadro 6. População e território do município de Manaus

Município	População total - 2022	População total - 2010	Área total km ²	Densidade demográfica - 2022
Manaus	2.063.547	1.802.014	11.401,92	181 pessoas por km ²

Fonte: IBGE, 2022.

Gráfico 2. Crescimento populacional, Manaus, Entorno e Alto Rio Negro – 2010 a 2022



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do IBGE, 2022.

Manaus apresentou um crescimento populacional de 14,52% entre 2010 e 2022, adicionando 261.675 novos habitantes ao longo do período. Já a região do Entorno e Alto Rio

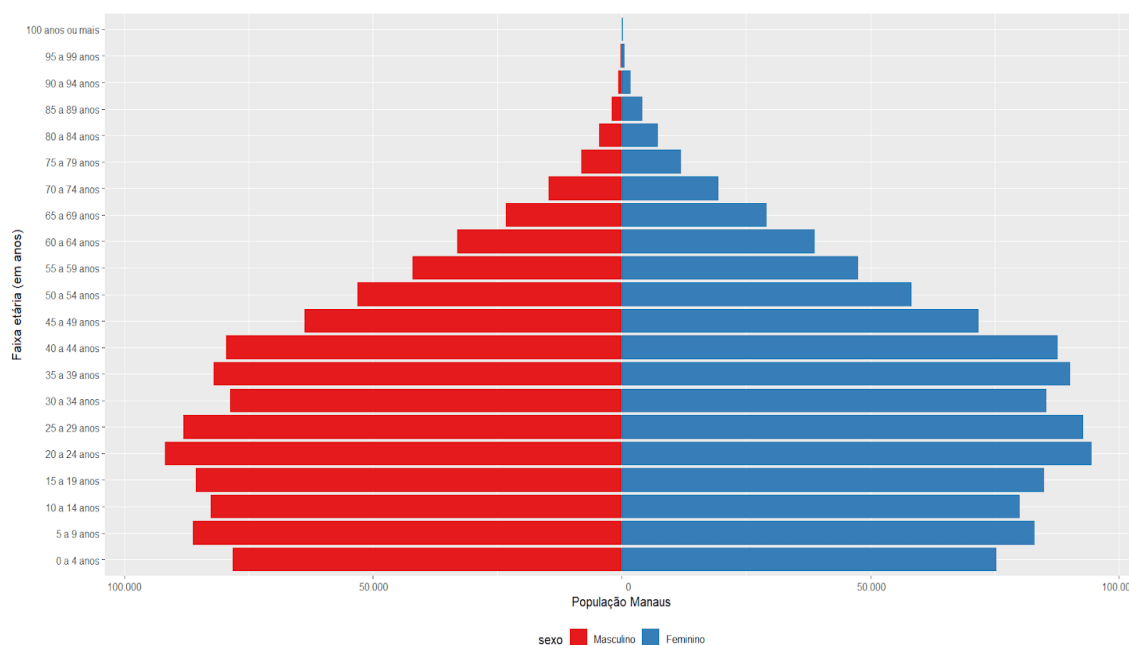
Negro registrou um aumento de 19.991 habitantes, representando um crescimento mais modesto de 6,29% no mesmo intervalo. Comparativamente, em 2022, a população de Manaus é 6 vezes maior que a do Entorno e Alto Rio Negro.

Registra-se que o rápido crescimento populacional de Manaus, deu-se no início da década de 70 com o advento da ZFM, com pico na década de 80²⁸ (Alves *et al.*, 2020).

Outro fator, que corrobora para o crescimento da população no Amazonas e em Manaus, dá-se em virtude da crise humanitária na Venezuela:

De acordo com estimativa da Plataforma R4V²⁹, o estado do Amazonas possui quase 40 mil venezuelanos espalhados pelo seu território, ao passo que, segundo Painel de Informações Sociais para Refugiados e Migrantes Venezuelanos, somente Manaus, a capital do estado têm quase 15 mil venezuelanos registrados no Cadastro Único para Programas Sociais (ACNUR, 2022, p. 8).

Figura 6. Pirâmide Etária – Manaus

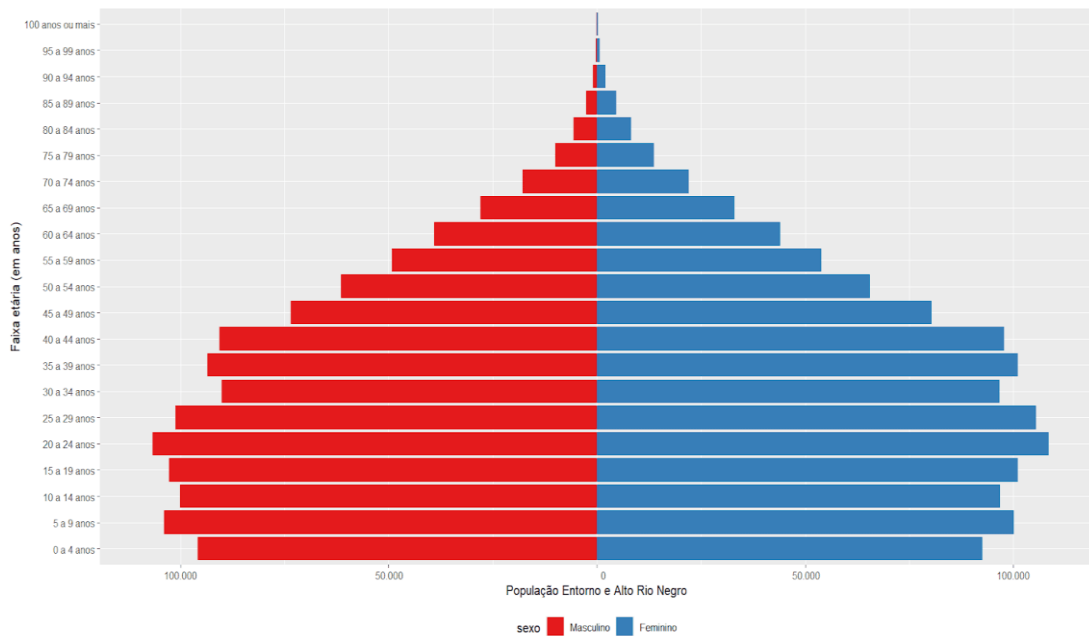


Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do IBGE, 2022.

²⁸ A responsabilidade da explosão demográfica na cidade deve-se ao programa econômico de desenvolvimento do governo federal implantado em 1967: ZFM. Com esse modelo, a cidade de Manaus recebeu muitos migrantes oriundos no interior e de outros estados brasileiros buscando melhores condições econômicas. Destaca-se a ausência e o despreparo do poder público para receber o excesso de contingente populacional, sobretudo, nos anos iniciais da década de 1980 (Alves *et al.*, 2020).

²⁹ Disponível em: <https://www.r4v.info/pt/brazil>. Acesso em: 27 mar 2024.

Figura 7. Pirâmide Etária – Entorno e Alto Rio Negro

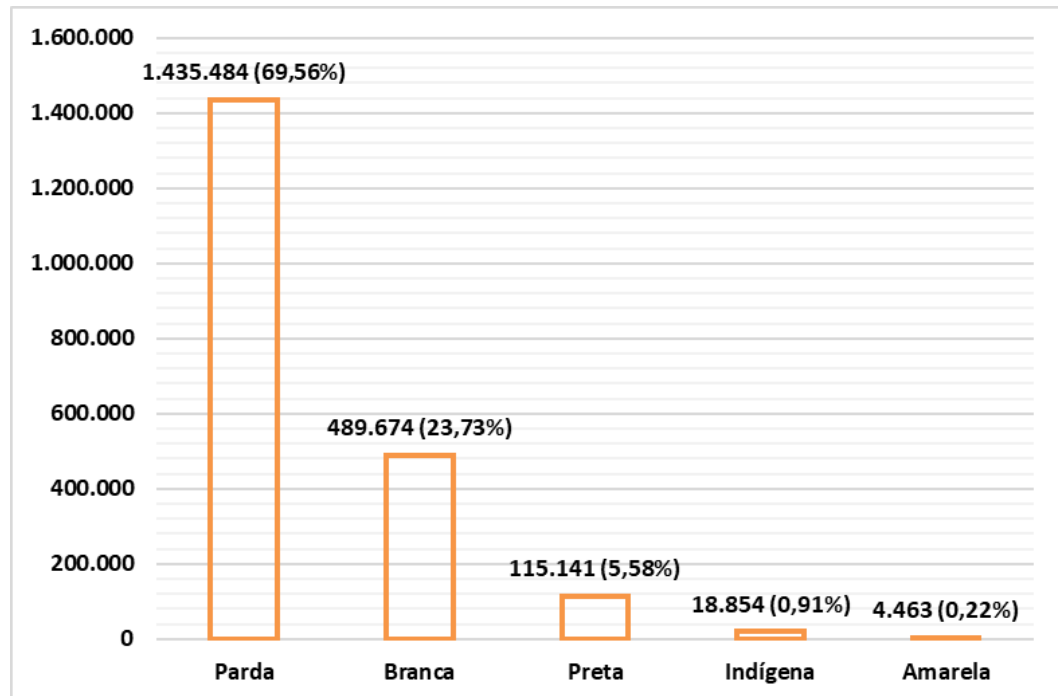


Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do IBGE, 2022.

As pirâmides etárias representadas nas figuras 06 e 07 indicam uma transição demográfica, com bases e topos mais estreitos e corpos alargados, refletindo redução da taxa de natalidade, aumento da longevidade e alta proporção de população adulta. Ambas as regiões têm base larga, evidenciando uma alta proporção de jovens (0 a 14 anos), e equilíbrio entre gêneros nas faixas etárias mais jovens e intermediárias. Manaus destaca-se por maior longevidade e maior número de pessoas acima de 70 anos, especialmente mulheres. Já o Entorno e Alto Rio Negro apresenta uma queda populacional mais acentuada a partir dos 60 anos, sugerindo maior impacto da mortalidade em idades avançadas.

O comportamento da pirâmide da faixa etária em um determinado território, bem como o crescimento da população no local de estudo, tem influência na oferta dos serviços de saúde à diferentes grupos de idade e na cobertura assistencial de uma determinada região de saúde, uma vez que as mudanças sociodemográficas são constantes no decorrer dos anos.

Gráfico 3. Características da população raça/cor – Manaus, 2022



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do IBGE, 2022.

Verifica-se que no Gráfico 4 que a maior porcentagem da população é da raça parda representando quase 70%, seguida dos quase 24% de brancos. Assim, temos que 84% da população pertence a raça parda e branca e 16% está dividida entre as raças preta, indígena e amarela, sendo a indígena e amarela as raças com porcentagens mais baixas e próximas. Destaca-se que “Manaus é um dos três municípios brasileiros com o maior número de indígenas, com uma população de 71,6 mil, seguido por São Gabriel da Cachoeira, com 48,2 mil e Tabatinga, com 34,4 mil” (IBGE, 2022).

Quadro 7. Características dos domicílios de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro

Característica dos domicílios quanto ao saneamento básico na Região de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro								
Município	Abastecidos pela rede geral de água		Conectados à rede de esgoto		Têm banheiro de uso exclusivo		Têm coleta de lixo	
	Não possui	possui	Não possui	possui	Não possui	possui	Não possui	possui
Autazes	74,54	25,46	92,74	7,26	20,06	79,94	50,35	49,65
Barcelos	45,03	54,97	90,24	9,76	32,40	67,60	36,02	63,98
Careiro	57,15	42,85	93,87	6,13	18,40	81,60	47,51	52,49
Careiro da Várzea	80,74	19,26	99,29	0,71	21,30	78,70	78,01	21,99
Irlanduba	49,37	50,63	95,77	4,23	6,32	93,68	18,40	81,60
Manaquiri	61,12	38,88	98,47	1,53	13,14	86,86	59,02	40,98
Manaus	23,76	76,24	49,40	50,60	0,91	99,09	2,66	97,34
Nova Olinda do Norte	47,05	52,95	93,73	6,27	20,59	79,41	37,10	62,90
Presidente Figueiredo	43,08	56,92	68,74	31,26	7,53	92,47	26,69	73,31
Rio Preto da Eva	53,00	47,00	91,52	8,48	7,31	92,69	44,17	55,83
São Gabriel da Cachoeira	76,22	23,78	96,68	3,32	49,77	50,23	46,27	53,73
Santa Isabel do Rio Negro	56,64	43,36	96,09	3,91	46,17	53,83	46,86	53,14

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do IBGE, 2022.

Os dados do IBGE (2022) revelam disparidades significativas na infraestrutura de saneamento básico nos municípios analisados. O abastecimento de água é razoável na maioria, com destaque para Manaus (76,24%) e Presidente Figueiredo (56,92%), enquanto Careiro da Várzea apresenta o menor índice (19,26%). A conexão à rede de esgoto é alta em Manaus (50,60%), mas preocupante em Careiro da Várzea (0,71%). O acesso a banheiros exclusivos é

elevado na maioria dos municípios, mas São Gabriel da Cachoeira se destaca negativamente com 50,23%. Quanto à coleta de lixo, Manaus lidera (97,34%) e Careiro da Várzea fica em último lugar, com apenas 21,99.

Referente ao indicador econômico, Produto Interno Bruto – PIB³⁰, no Amazonas e em Manaus, a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação – SEDECTI, pontua que:

O PIB do Amazonas, em valores nominais, no ano de 2021 foi de R\$ 131, 531 bilhões, um aumento de 13,37% em relação ao ano de 2020, onde se registrou R\$ 116,019 bilhões. Em relação ao volume produtivo, o PIB do Amazonas cresceu 5,56%. Manaus, como sendo capital e local onde se encontra o Polo Industrial, detém o maior PIB do Estado, com R\$ 103, 281 bilhões em 2021 e crescimento nominal de 12,54% em comparação com o ano de 2020 que foi R\$ 91,773 bilhões. A participação de Manaus em relação ao PIB do Amazonas em 2021 foi de 78,52%, onde essa participação caiu, registrando-se em 2020 uma participação de 79,10% (SEDECTI, 2021).

Nesse sentido, o PIB que representa o termômetro da riqueza econômica de um país, estado e ou município, demonstra que em 2021 no Amazonas, assim como em Manaus, houve um crescimento no volume produtivo em relação ao ano de 2020. Porém, com queda na participação de Manaus em relação ao PIB do Amazonas (PIB, 2021).

No tocante a renda domiciliar per capita 2023³¹, o Amazonas demonstrou uma melhora no resultado saltando do terceiro pior lugar no ranking nacional em 2022 (R\$ 965) para a 6ª posição em 2023 (R\$ 1.172). A cidade com maior renda per capita por domicílio é o Distrito Federal com (R\$ 3.357) e o Maranhão com o menor valor de (R\$ 945), o que demonstra as disparidades entre os estados e a predominância da desigualdade social de uma cidade a outra no Brasil.

Em entrevista à CNN³² Brasil, o economista e pesquisador da FGV – Fundação Getúlio Vargas, Samuel Pêssoa, declara que regiões que tem uma renda média baixa “é porque as pessoas que vivem nesta região têm atributos associados geralmente à baixa escolaridade de má qualidade”, o que conflui para o resultado socioeconômico abaixo do patamar nacional.

³⁰ O PIB é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano. Todos os países calculam o seu PIB nas suas respectivas moedas.

³¹ O IBGE divulga hoje os valores dos rendimentos domiciliares per capita referentes a 2023 para o Brasil e unidades da federação, calculados com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua. O rendimento domiciliar per capita para o Brasil foi de R\$ 1.893, variando de R\$ 945 no Maranhão a R\$ 3.357 no Distrito Federal.

³² CNN Brasil é a sigla para Cable News Network Brasil, que significa Rede de Notícias a Cabo Brasil.

Acrescenta-se que o indicador em 2023 para a renda per capita no Brasil foi de 1.893, e todos os estados da região norte e nordeste encontravam-se abaixo da linha média de análise.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)³³, no Amazonas segundo dados coletados na plataforma AtlasBrasil³⁴, o indicador registra uma evolução positiva até o ano de 2020, e em 2021, apresenta uma queda no índice de melhoria da qualidade de vida, com o valor de 0,7. O comportamento do IDH é demonstrado no decorrer dos anos de 2019, 2020 e 2021, por meio do quadro abaixo:

Tabela 1. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Amazonas de 2019 a 2021

ANO	IDHM
2019	0,726
2020	0,727
2021	0,7

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, IPEA e FJP, 2022.

Ainda assim, o Amazonas, tem alto índice referente ao IDH. Quanto mais próximo de 1,000, maior desenvolvimento do território, estando na 18º posição no território nacional.

Manaus, no censo de 2010 representa também um índice alto de 0,737, impulsionado pela expectativa de vida (longevidade) de 0,826³⁵.

O indicador social GINI³⁶ para Manaus, é de 0,61, caracterizando a predominância de um território ainda com concentração de renda e desigualdades sociais importantes.

O INCA, destaca o impacto nas taxas de incidência e mortalidade do câncer em países com IDH alto e em países em transição:

³³ O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é um número que varia entre 0,000 e 1,000. Quanto mais próximo de 1,000, maior o desenvolvimento humano de uma localidade

³⁴ O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil é uma plataforma de disponibilização de informações estatísticas sobre o Desenvolvimento Humano e Sustentável que abarca os diversos níveis do território brasileiro, sendo fruto de uma parceria entre o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e a Fundação João Pinheiro (FJP). Além de publicar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), a plataforma também disponibiliza dados sobre múltiplos indicadores que refletem as condições de vida no país nas dimensões sociais, econômicas, políticas e ambiental.

³⁵ Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/130260>.

³⁶ O Índice de Gini varia de zero a um, o valor zero representa a situação de igualdade (todos possuem a mesma renda), já o valor um é o oposto (uma só pessoa possui toda a riqueza).

Nos países com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), observa-se o impacto nas taxas de incidência e mortalidade por câncer por meio de ações para combate ao câncer pela via de intervenções eficazes para prevenção, detecção precoce e tratamento. Em contrapartida, em países em transição, essas taxas seguem aumentando ou, no máximo, mantendo-se estáveis. O desafio dos países de baixo e médio desenvolvimentos é, portanto, utilizar melhor os recursos e os esforços para tornar mais efetivo o controle do câncer (Brasil, 2022, p.29).

4.2 Dados do Câncer no Amazonas

Dados sobre a frequência e letalidade do câncer são importantes para orientar a formulação de políticas públicas e a implementação de programas de combate ao câncer embasados em evidências. Examinar as informações sobre as taxas de incidência, morbidade e de mortalidade por essa doença é um dos instrumentos para a elaboração de estratégias na condução pelos gestores no tratamento deste agravo de saúde em determinada região.

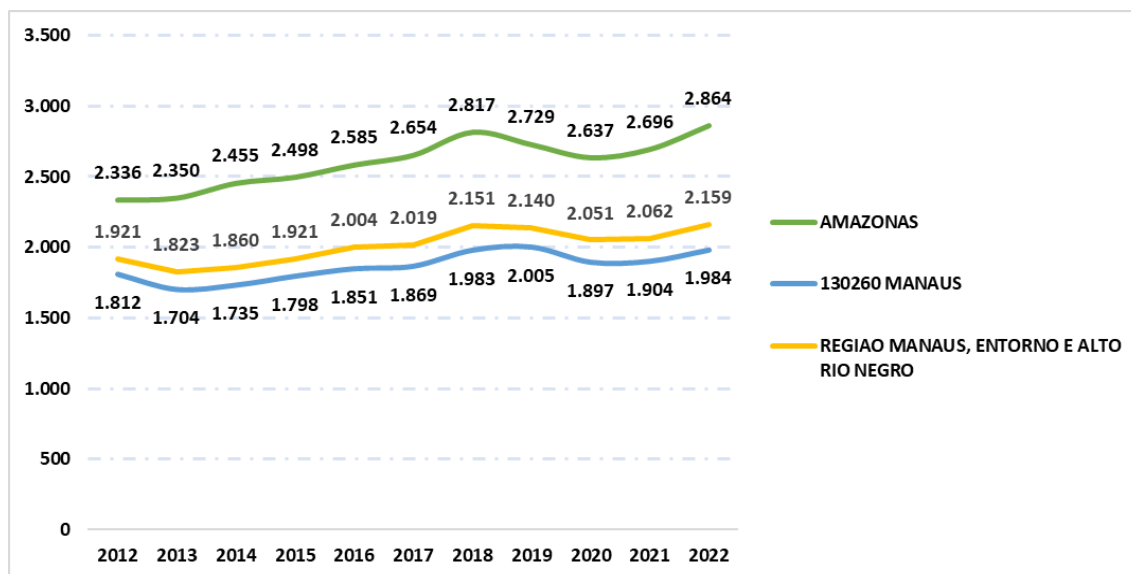
4.2.1 Óbitos por neoplasias no Amazonas, Manaus, Entorno e Alto Rio Negro

No Gráfico 6 verificamos que no Amazonas o número de óbitos por neoplasias tem duas interpretações:

Considerando 2020 e 2021 (anos pandêmicos): O menor valor de óbitos por neoplasias registrado foi 2.336 no ano de 2012 e o maior 2.864 no ano de 2022. Por conseguinte, a média de óbitos é igual a 2.602 óbitos. Além disso, os óbitos possuem uma variação média anual positiva de 2,1%, ou seja, um aumento médio de 2,10% no número de óbitos para o Amazonas

Desconsiderando 2020 e 2021 (anos pandêmicos): o menor valor de óbitos por neoplasias registrado foi 2.336 no ano de 2012 e o maior 2.864 no ano de 2022. Por conseguinte, a média de óbitos é igual a 2.588 óbitos. Além disso, os óbitos possuem uma variação média anual positiva de 1,6%, ou seja, um aumento médio de 1,6% no número de óbitos para o Amazonas.

Gráfico 4. Total de óbitos por neoplasias no Amazonas, Manaus, Entorno e Alto Rio Negro 2012 a 2022



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Em relação a Manaus, o número de óbitos por neoplasias tem duas interpretações:

Considerando 2020 e 2021 (anos pandêmicos): O menor valor de óbitos por neoplasias registrado foi 1.704 no ano de 2013 e o maior 2.005 no ano de 2019. Por conseguinte, a média de óbitos é igual a 1.867 óbitos. Além disso, os óbitos possuem uma variação média anual positiva de 1,0%, ou seja, um aumento médio de 1,0% no número de óbitos para Manaus.

Desconsiderando 2020 e 2021 (anos pandêmicos): O menor valor de óbitos por neoplasias registrado foi 1.704 de 2012 e o maior 2.005 no ano de 2019. Por conseguinte, a média de óbitos é igual a 1.860 óbitos. Além disso, os óbitos possuem uma variação média anual positiva de 0,6%, ou seja, um aumento médio de 0,6% no número de óbitos para Manaus.

A partir dos dados coletados no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM³⁷ Na tabela 2, descrevemos 19 municípios dentre os 62 em que mais ocorre a incidência de câncer no Amazonas, onde verificamos que Manaus é responsável em média por 72% dos óbitos por neoplasias no Amazonas.

A figura 8 apresenta 19 municípios, selecionados entre os 62 existentes no Amazonas, porque juntos representam em média 89,5% dos óbitos por câncer (neoplasias) no estado. Manaus, por si só, é responsável por cerca de 72% desses óbitos. Quando somamos Manaus com outros 18 municípios – Parintins, Itacoatiara, Manacapuru, Iranduba, Coari, Tefé, Humaitá,

³⁷ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/obt10am.def>

Lábrea, Careiro, Presidente Figueiredo, Benjamin Constant, Maués, Manicoré, Eirunepé, Borba, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença e Boca do Acre – chegamos a esse percentual expressivo.

A pesquisa utilizou como cálculo para identificar os municípios com maiores percentuais de óbitos: soma dos óbitos no período de 2012 a 2022 de cada município dividido pelo número de anos e multiplicado por 100 (óbitos/10*100).

Figura 8. Tabela de distribuição de óbitos por neoplasias nos municípios mais incidentes do Amazonas, 2012 a 2022

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
AMAZONAS	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MANAUS	77,57	72,51	70,67	71,98	71,61	70,42	70,39	73,47	71,94	70,62	69,27
PARINTINS	1,76	2,51	2,69	1,96	2,21	2,15	2,13	2,09	1,93	2,23	2,34
ITACOATIARA	1,67	2,13	2,20	2,04	1,86	2,22	2,31	1,98	2,09	1,85	1,99
MANACAPURU	2,31	2,68	2,85	2,96	2,44	2,11	2,31	1,43	2,16	2,49	1,82
IRANDUBA	1,11	0,98	1,02	1,16	1,74	1,36	1,28	1,28	1,21	1,34	1,43
COARI	1,20	1,66	1,63	1,40	1,32	1,21	1,60	1,47	0,87	1,56	1,26
TEFE	1,03	1,02	1,47	1,20	1,16	1,43	1,31	1,17	1,18	1,11	1,15
HUMAITA	1,11	0,72	0,86	1,12	0,97	1,17	1,21	0,92	1,02	0,96	0,98
LABREA	0,73	0,68	0,41	0,52	0,46	0,75	0,46	0,66	0,64	0,70	0,98
CAREIRO	0,86	0,47	0,53	0,48	0,35	0,34	0,53	0,48	0,91	0,63	0,94
PRESIDENTE FIGUEIREDO	0,90	0,64	0,29	0,52	0,66	0,34	0,85	0,44	0,46	0,82	0,91
BENJAMIN CONSTANT	0,51	0,47	0,57	0,44	0,46	0,79	0,82	0,70	0,64	0,70	0,80
MAUES	0,26	0,51	0,65	0,48	0,97	0,23	0,75	0,37	0,42	0,52	0,80
MANICORE	0,73	0,94	0,90	0,72	0,62	0,49	0,71	0,62	0,53	0,78	0,77
EIRUNEPE	0,34	0,43	0,41	0,52	0,66	0,57	0,50	0,51	0,34	0,63	0,77
BORBA	0,77	0,72	0,45	0,44	0,39	0,53	0,46	0,48	0,34	0,37	0,73
SAO GABRIEL DA CACHOEIRA	0,64	0,64	0,69	0,28	0,66	0,75	0,92	0,26	0,57	0,82	0,66
SAO PAULO DE OLIVENCA	0,17	0,34	0,45	0,28	0,27	0,60	0,39	0,22	0,38	0,59	0,59
BOCA DO ACRE	0,39	0,26	0,45	0,36	0,54	0,57	0,35	0,48	0,49	0,48	0,56
TOTAL DOS 19 MUNICIPIOS	94,05	90,30	89,16	88,87	89,32	88,02	89,28	89,01	88,13	89,21	88,76
TOTAL DOS 43 MUNICIPIOS RESTANTES	5,95	9,7	10,84	11,13	10,68	11,98	10,72	10,99	11,87	10,79	11,24

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Embora esses 19 municípios concentrem a grande maioria dos casos, fora Manaus, os outros municípios individualmente não ultrapassaram 3% dos óbitos no período analisado

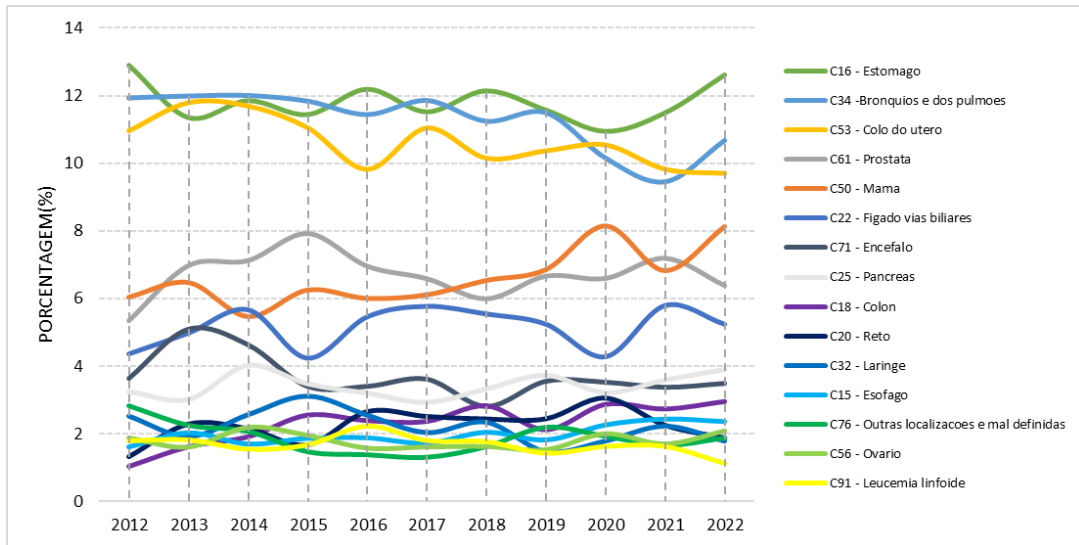
(2012 a 2022). Dentre eles, Manacapuru, Parintins e Itacoatiara se destacaram, mantendo índices equilibrados entre 2% e 3%.

Cabe destacar que dentre os 19 municípios, 06 se concentram na região de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, como dito anteriormente com maior concentração de óbitos por neoplasias no município de Manaus. Os outros 05 municípios desta região de saúde são: Careiro, Iranduba, Manaquiri, Presidente Figueiredo e São Gabriel da Cachoeira.

4.2.2 Análise das neoplasias que mais levam à óbito no Amazonas e Manaus

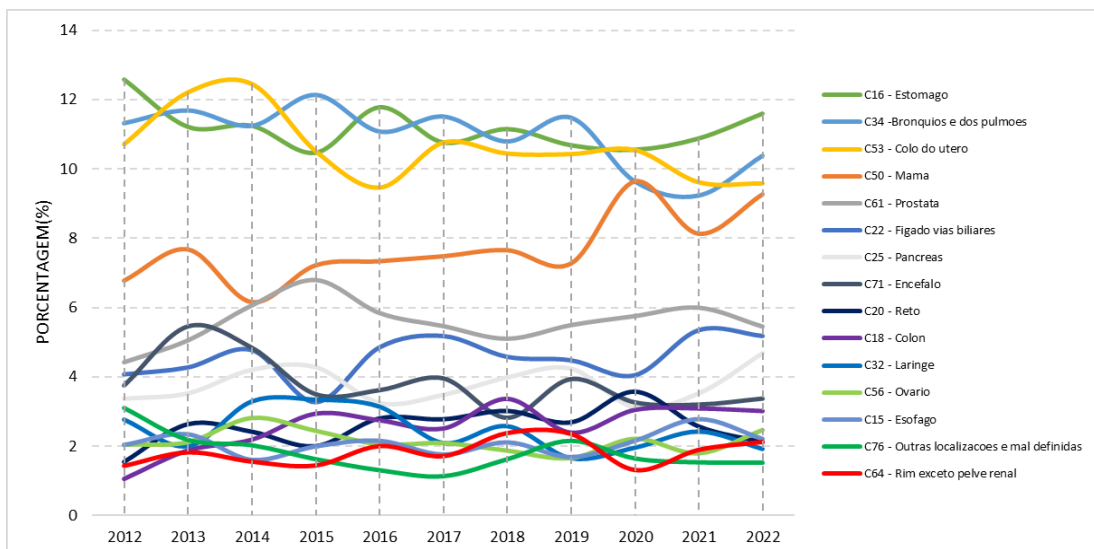
No Amazonas foram contabilizados 125 tipos de neoplasias que levaram a óbitos, destas, 15 representam em média 73% dos óbitos registrados, são elas: C16 Neoplasia maligna do estômago, C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões, C53 Neoplasia maligna do colo do útero, C61 Neoplasia maligna da próstata, C50 Neoplasia maligna da mama, C22 Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas, C71 Neoplasia maligna do encéfalo, C25 Neoplasia maligna do pâncreas, C18 Neoplasia maligna do colón, C20 Neoplasia maligna do reto, C32 Neoplasia maligna da laringe, C15 Neoplasia maligna do esôfago, C76 Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas, C56 Neoplasia maligna do ovário e C91 Leucemia linfoide.

No Gráfico 8 verificamos que as cinco neoplasias que mais matam no Amazonas são: neoplasia do estomago em média 12% dos óbitos, seguida dos brônquios e dos pulmões com 11,3%, colo do útero com 10,6%, mama com 6,7% e próstata com 6,6% dos óbitos. Com variação média anual das proporções de óbitos de: 0%; -1%; -1%; 2,5 e 3,8%, respectivamente, demonstrando que as neoplasias de brônquios/pulmões e colo do útero apresentaram pequena queda anual. A neoplasia do estomago não apresentou mudanças, porém mama e próstata exibiram aumento na proporção de óbitos no período pesquisado.

Gráfico 5. Distribuição das 15 neoplasias com mais óbitos – Amazonas, 2012 a 2022

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Podemos observar no Gráfico 9, que Manaus apresenta as mesmas cinco neoplasias que mais matam no Amazonas, sendo que na capital, as neoplasias do estômago e brônquios/pulmões possuem em média 11% dos óbitos cada uma, seguidas pelo colo do útero com 10,6%, mama com 7,7% e próstata com 5,5% dos óbitos. A variação média anual das frequências de óbitos foram: -0,5%; -0,5%; -0,7%; 3,16% e 2,6%, respectivamente, evidenciando pequena queda anual de óbitos nas neoplasias do estômago, brônquios e dos pulmões e colo do útero. Enquanto, as neoplasias de mama e próstata apresentaram aumento anual.

Gráfico 6. Distribuição das 15 neoplasias com mais óbitos – Manaus, 2012 a 2022

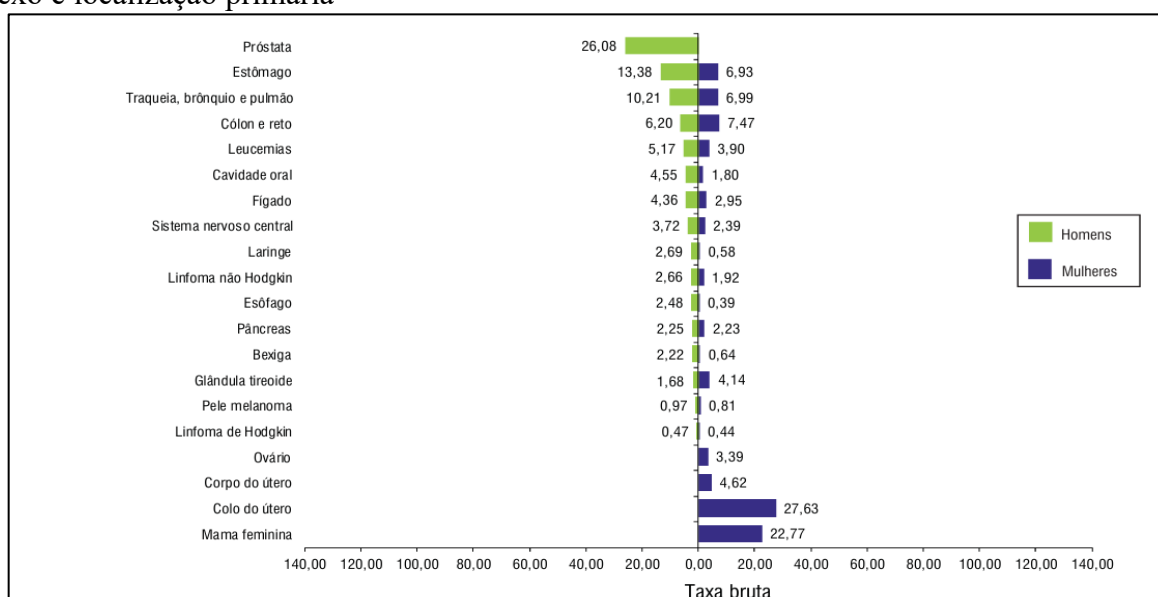
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Dessa forma, verificamos que Manaus possui comportamento semelhante ao Amazonas, visto o grande peso da capital na proporção dos óbitos por neoplasias no estado.

4.2.3 Incidência de câncer no Amazonas e em Manaus – Estimativa INCA

O Instituto Nacional do Câncer – INCA³⁸, estimou para o ano de 2023, as seguintes taxas de incidência por neoplasia para o estado do Amazonas (gráfico 10) e Manaus (gráfico 11). Os gráficos demonstram que os cânceres mais incidentes no Amazonas por sexo e localização primária quanto ao sexo masculino são os de próstata com (26,08%), seguido do câncer de estômago com 13,38%, traqueia, brônquio e pulmão (10,21%), cólon e reto (6,20%) e as leucemias (5,17%).

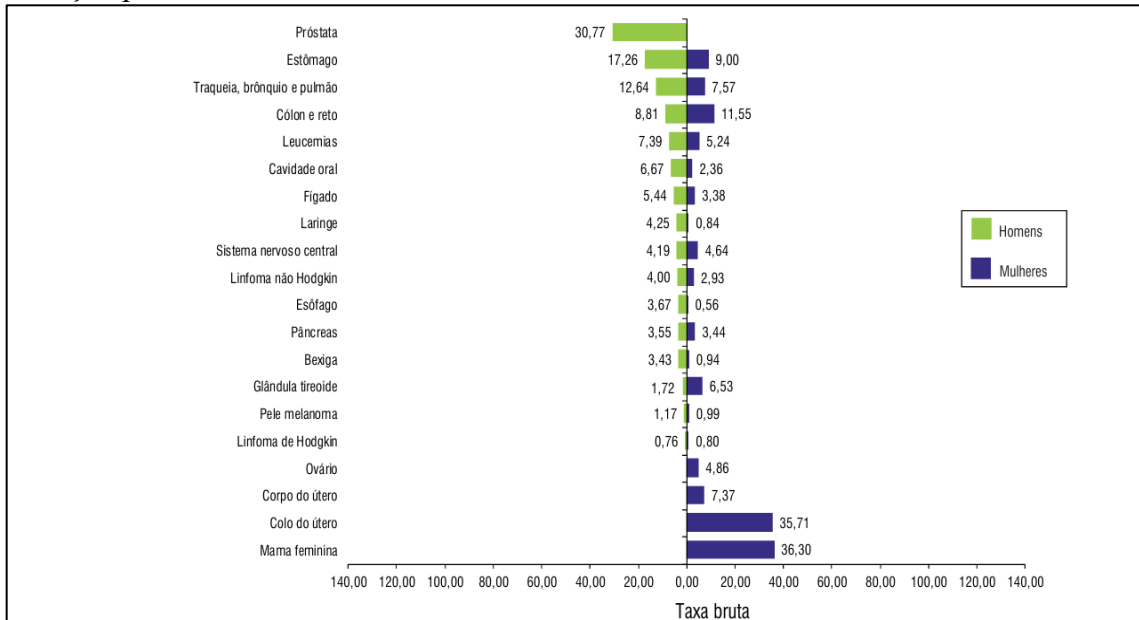
Gráfico 7. Estimativas para o estado do Amazonas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária



Fonte: INCA. Estimativa 2023. Incidência de Câncer no Brasil.

³⁸ Desde 1995, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) é responsável pela elaboração das estimativas de câncer no Brasil. A metodologia aplicada segue um modelo similar ao utilizado pela International Agency for Research on Cancer (Iarc), vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS), nas projeções globais. As principais bases de dados utilizadas incluem os registros de câncer e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Esses sistemas são constantemente acompanhados e aprimorados para assegurar uma cobertura abrangente e de qualidade em todo o país (BRASIL, 2022).

Gráfico 8. Estimativas para Manaus para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária



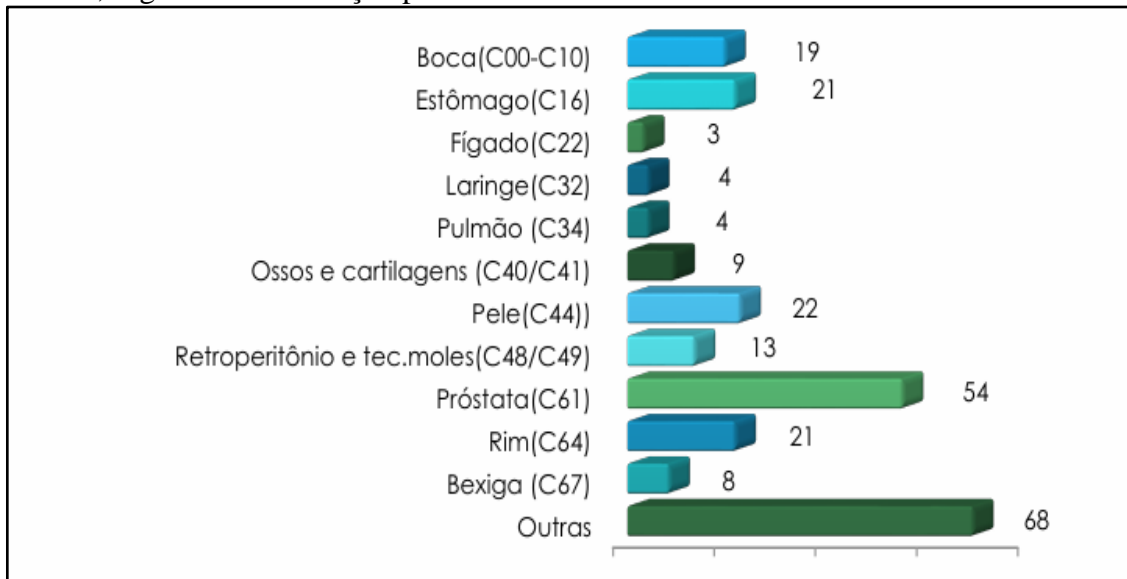
Fonte: INCA. Estimativa 2023. Incidência de Câncer no Brasil.

Não obstante, observa-se os mesmos cânceres, porém com taxas mais elevadas para a capital Manaus, onde o câncer de próstata registra (30,77), estômago 17,26, traqueia, brônquio e pulmão (12,64%), cólon e reto (8,81%) e as leucemias (7,39%).

Para o sexo feminino, no Amazonas e em Manaus respectivamente, também se evidencia no sexo feminino as mesmas neoplasias, porém, com registros mais elevados das taxas para a capital, representando os cinco principais cânceres: colo do útero (27,63); (35,71%), mama feminina (22,77%); (36,30%), traqueia, brônquio e pulmão (6,99%); (7,55%), cólon e reto (7,47%); (11,55) e estômago (6,93%); (9,00%).

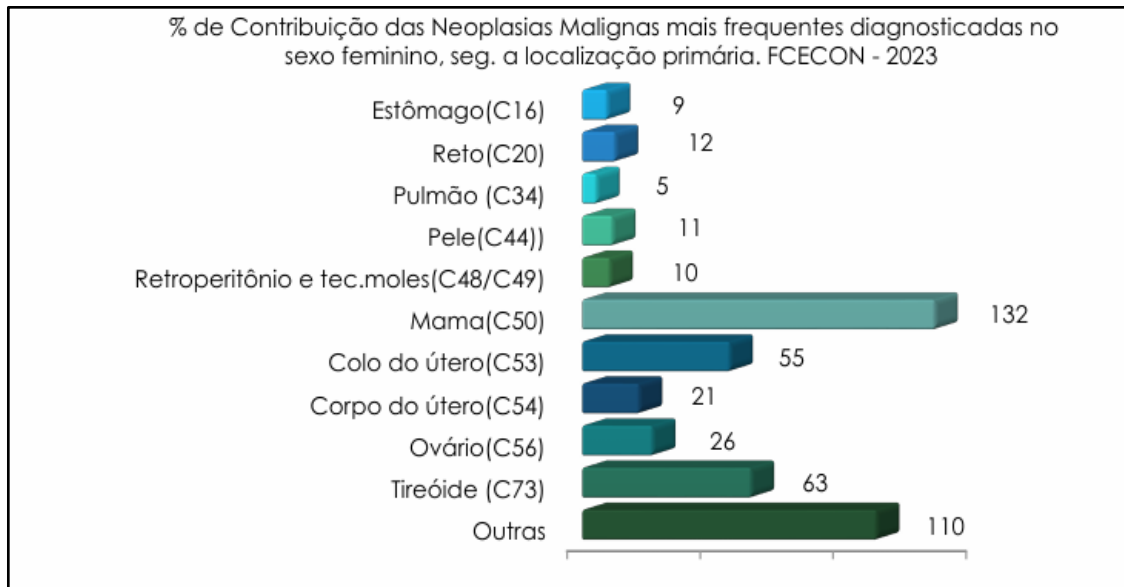
Com base no relatório de gestão da FCECON, com exceção do câncer de pele, evidencia-se que os cânceres de próstata e estômago, apresentam maior incidência de números de casos registrados na Unidade de Referência para tratamento oncológico. As tipologias de pele (C44), boca (C00-C10) e rim (C 64) também apontam maior frequência no ano de 2023 para o sexo masculino (FCECON, 2023, p. 103).

Figura 9. Contribuição das Neoplasias Malignas mais frequentes diagnosticadas no sexo masculino, segundo a localização primária. FCECON – 2023



Fonte: Relatório de Gestão – FCECON 2023

Figura 10. Contribuição das Neoplasias Malignas mais frequentes diagnosticadas no sexo feminino, seg. a localização primária. FCECON – 2023



Fonte: Relatório de Gestão – FCECON 2023

Com relação as mulheres, as tipologias de mama (C 50), tireoide (C 73), colo do útero (C 53), ovário (C 56), reto (C 20) e retroperitônio (C48/C49), correspondem as neoplasias com mais registro na Unidade Hospitalar.

Isto posto, destaca-se o câncer da tireoide com a terceira maior representatividade de incidência da doença na Unidade de Referência de tratamento do câncer do Amazonas em 2023.

Em primeiro lugar em números de casos o câncer de mama e em segundo o câncer de colo do útero.

No presente estudo, selecionamos os cânceres de mama e colo do útero para estudo de como se caracteriza a RAO de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro.

Barreto e seus colaboradores (2024), versam sobre as Políticas de Prevenção de Câncer de colo do útero no Amazonas, onde sinalizam o acesso aos serviços de saúde como sendo um dos fatores que implicam na incidência deste agravo de doença no estado:

O câncer de colo de útero continua sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre as mulheres em todo o mundo, representando um desafio significativo de saúde pública. No contexto específico do Estado do Amazonas, a incidência dessa neoplasia cervical é influenciada por fatores socioeconômicos, ambientais e de acesso aos serviços de saúde, tornando-se uma preocupação particular para profissionais da saúde e pesquisadores (Barreto et al., 2024, p. 3).

Conjuntamente, o câncer de mama é considerado o segundo mais incidente entre as mulheres e o principal responsável por mortes, com um crescimento no número de diagnósticos nos últimos anos e uma projeção de aumento para a próxima década. Embora as diretrizes recomendem a realização da mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos, estabelecendo esse grupo como prioritário nas ações de prevenção, ainda não há uma estratégia de rastreamento organizado, ou seja, não há um sistema de convocação ou registro para a realização do exame (Silva, 2024).

Quadro 8. Morbidade hospitalar do SUS, por local de Residência, internações por neoplasias segundo capítulo CID-10, no Amazonas, RAG. 2018-2022

Capítulo CID-10	2018	2019	2020	2021	2022
II. Neoplasias (tumores)	6.408	7.485	5.455	5.823	7.920

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2022 - SES/AM, 2023³⁹

“O perfil de morbidade (adoecimento) da população amazonense, ocasionando internações hospitalares, no período de 2018 a 2022 foi caracterizado pela crescente prevalência e incidência de doenças das mais diversas causas” (AMAZONAS, 2022, P.13).

No Relatório de Gestão Anual (2022, pg. 13), observa-se com relação as internações por neoplasias uma evolução do número de pessoas que adoeceram e foram internadas com CI-10

³⁹ Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2023/08/2023-08-17-RAG-2022-SES-AM.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

(II Neoplasias (tumores). Cumpre destacar que nos anos pandêmicos 2020 e 2021 registrou-se uma redução com relação aos números de internações por neoplasias no Amazonas (Quadro 8).

Contudo, considerando os períodos de pandemia da Covid-19, com o isolamento social e diminuição dos deslocamentos para os centros hospitalares, o que pode ter causado prejuízo no tratamento oncológico e demandas reprimidas⁴⁰.

4.2.4 A configuração da RAO na RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro – a partir da das resoluções da CIB/AM - 2013 a 2023

A partir dos documentos referentes as pactuações das CIB's e Plano Estadual de Saúde do Amazonas, serão descritos os movimentos e a evolução das ações voltadas para a implementação da atenção oncológica na RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, no período de 2013 a 2023. Os documentos serão classificados conforme os elementos constitutivos da RAS.

Tabela 2. Quantidade de documentos consultados na pré-análise e os selecionados para a pesquisa

Tipo de documentos	Web sites	Total	
		pré- análise	selecionado
Resoluções da CIB/AM	SES/AM	1.787	104
Plano Estadual de Saúde (2012 – 2015); (2016-2019); (2020-2023)	SES/AM	03	03
Total		1.790	107

Fonte: Elaborado pela autora.

A coleta dos dados documentais a partir das plataformas dos órgãos estaduais, resultaram em 1.790 documentos, dos quais foram selecionados 107 documentos, para classificação e interpretação das informações sobre a implementação da RAO, as categorias analisadas, são referentes aos componentes de estrutura constantes na Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, sendo estes: I - Atenção Básica; II - Atenção Especializada (ambulatorial

⁴⁰ A pandemia por covid-19 afetou os sistemas de saúde no mundo todo e a prestação de cuidados em pacientes com câncer também vem refletindo essa crise sanitária. Redução nas atividades de rotina dos serviços de atenção ao câncer e no número de cirurgias, adiamento de tratamentos eletivos e de procedimentos diagnósticos e suspensão de serviços de rastreamento foram alguns dos impactos reportados na literatura. O receio de contaminação pela nova doença também pode ter afastado pacientes sintomáticos dos serviços de saúde.

especializado, hospitalar); III - Sistemas de Apoio; IV - Sistemas Logísticos; V - Regulação; os componentes Urgência e emergência, Governança e Linhas de cuidado serão estudados em pesquisa futura.

4.3 O Incremento da Atenção Básica no Amazonas

Na coleta de dados referentes as resoluções da CIB/AM no período de 2013 a 2018 (ANEXO I), observa-se as várias ações voltadas para o incremento da atenção básica em Manaus e no Amazonas, como implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's), construções de unidades básicas de saúde, projeto e campanhas de vacinação para o papiloma vírus (HPV), introdução das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliações de unidades básicas e credenciamento de agentes comunitários. As ações voltadas para a atenção básica no Amazonas seguem o percurso da legislação nacional que preconizam o fortalecimento da Atenção Básica na rede de atenção como coordenadora do cuidado.

Nesse sentido, as reformulações da PNAB entre os anos de 2011 e 2017, registram em seus textos a continuidade das diretrizes neste nível de atenção:

Os princípios e diretrizes aparecem, em suma, conservados na escrita da PNAB 2017 (universalidade; equidade; integralidade; regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; participação da comunidade). O conceito de AB segue praticamente (Melo *et al.*, 2018, p. 43).

Dolzane; Schweickardt (2020), pontuam sobre o estabelecimento da atenção básica no Amazonas, destacando que a garantia do acesso aos serviços de saúde, seguindo os princípios de abrangência total, universalidade e justiça em todas as áreas do país, ainda é um desafio significativo para garantir a inclusão de todos os cidadãos. A atenção básica à saúde desempenha um papel crucial nesse sentido, promovendo a inclusão através da expansão da infraestrutura, da presença de equipes multidisciplinares, da continuidade das iniciativas e do seu enfoque territorial. A expansão das equipes da Estratégia Saúde da Família é essencial para garantir a cobertura dos serviços em todas as regiões do país, representando uma das políticas de acesso à saúde mais importantes da história nacional.

Entretanto, estudos como de Garnelo *et al.*, (2018), sobre o “Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil”, apontam a potencial lacuna da assistência primária nos territórios do interior do Amazonas:

Assim, os vazios assistenciais sugeridos pela distribuição espacial das equipes estudadas parecem apontar para uma lacuna de cobertura, apesar dos percentuais, meramente numéricos de cobertura contidos nas informações oficiais do sistema de saúde. Estas não atentam para a pulverização da população interiorana, que necessita de modos específicos de organização dos serviços, consoante com as singularidades dos modos amazônicos de viver (Garnelo *et al.*, 2018, p. 96).

As ações no ano de 2023 na atenção básica segundo as resoluções da CIB (ANEXO II), para Manaus, tratam em sua grande maioria de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde e aquisição de unidade móvel de saúde (ambulância simples e de remoção).

Em relação à cobertura da APS na região do Entorno, Manaus e Alto Rio Negro, a partir dos dados coletados no sistema do E-Gestor, descreve-se as informações a seguir:

Figura 11. Cobertura de Atenção Primária da Região de Saúde Manaus e Entorno de 2023

MUNICÍPIO	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
AUTAZES	57,11	57,06	57,48	57,59	56,95	57,23	57,23	57,97	58,16	58,39	58,99	59,34
BARCELOS	44,19	44,45	44,79	46,10	39,91	46,42	46,88	47,48	46,89	47,48	48,17	48,55
CAREIRO	27,76	27,87	28,00	28,34	28,48	28,86	29,07	29,30	29,57	29,86	30,15	30,37
CAREIRO DA VARZEA	4,76	4,91	5,07	5,24	5,15	5,05	5,16	5,22	5,18	5,17	5,32	5,36
IRANDUBA	71,20	71,37	71,33	71,83	72,00	71,98	71,79	71,60	71,46	71,39	71,60	71,44
MANAQUIRI	49,00	49,28	49,47	25,03	25,16	25,43	23,99	23,35	23,08	28,69	28,61	22,80
MANAUS	73,86	73,47	73,43	74,86	75,63	77,94	79,10	80,16	80,71	81,12	81,64	81,50
NOVA OLINDA DO NORTE	51,26	51,41	51,44	51,70	51,69	52,42	52,60	52,83	52,95	53,38	53,86	54,00
PRESIDENIE FIGUEIREDO	95,82	95,99	96,48	97,17	97,81	97,94	98,18	98,51	98,79	98,85	99,57	99,60
RIO PRETO DA EVA	91,06	91,08	91,37	92,01	92,38	92,66	92,57	92,64	92,94	93,05	93,11	93,09
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	54,30	54,03	53,48	54,73	55,04	55,47	55,71	50,12	50,34	56,10	56,24	56,11
SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	32,59	32,60	32,75	33,10	33,03	33,24	33,16	33,09	33,01	32,84	32,04	31,56
MANAUS, ENTORNO E ALTO RIO NEGRO	70,89	70,58	70,57	71,54	72,15	74,21	75,18	76,00	76,47	77,02	77,50	77,30

FONTE: Elaborado pela autora a partir dos dados do e-Gestor AB⁴¹.

Ao analisar a figura 11 observa-se que os 12 municípios da região de saúde Manaus, Entorno e Alto Rio Negro apresentaram variações nas coberturas de atenção básica ao longo do

⁴¹ Disponível: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>

ano de 2023. Entre eles, apenas Manaquiri e Santa Isabel do Rio Negro registraram redução na cobertura no período de janeiro a dezembro, com perdas de 53% e 3%, respectivamente. Em Manaquiri, a cobertura caiu de 49% para 22,80%, enquanto em Santa Isabel do rio negro, passou de 32,59% para 31,56%.

Excluindo os dois municípios mencionados, os demais apresentaram, em média, um aumento de 6% na cobertura de atenção básica. De forma geral, ao considerar toda a região de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, houve um crescimento de 9% na cobertura de janeiro a dezembro.

Em relação ao mês de dezembro, o município com a maior cobertura foi Presidente Figueiredo, com 99,60%, enquanto o menor índice foi registrado em Careiro da Várzea, com apenas 5,36%.

Dentre as ações realizadas voltadas para a oncológica na AB, a coleta dos exames citopatológicos⁴² tem seu desempenho descrito por meio do indicador específico neste módulo de atenção para o monitoramento de sua execução no território adscrito:

Tabela 3. Painel indicador de desempenho – proporção de mulheres com coleta de exames citopatológicos na APS – Região do Entorno, Manaus, Entorno e Alto Rio Negro (continua)

UF	IBGE	Município	2022 Q1 (%)	2022 Q2 (%)	2022 Q3 (%)	2023 Q1 (%)	2023 Q2 (%)	2023 Q3 (%)
AM	130115	Careiro da Várzea	17	21	27	32	49	52
AM	130185	Irlanduba	24	26	27	33	36	41
AM	130255	Manaquiri	18	21	26	37	40	44
AM	130360	Santa Isabel do Rio Negro	4	5	11	12	18	22
AM	130110	Careiro	14	21	24	36	42	44
AM	130356	Rio Preto da Eva	24	26	35	47	52	54
AM	130353	Presidente Figueiredo	14	17	19	22	26	30

⁴² NOTA TÉCNICA Nº 3/2022-CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS. Uma das principais estratégias de prevenção e controle do Câncer de Colo de Útero é a detecção precoce e o rastreamento por meio do exame citopatológico, o qual permite a identificação de lesões precursoras e lesões malignas em estádios iniciais, possibilitando a instituição de um tratamento mais efetivo. O rastreamento realizado com o exame citopatológico está regulamentado nos serviços públicos de saúde do Brasil desde a década de 1990. Atualmente, é papel da Atenção Primária a Saúde (APS) o desenvolvimento de ações para prevenir o câncer do colo do útero por meio de ações de educação e promoção da saúde, vacinação e rastreamento (CONASSENS, 2022, p. 01).

Tabela 3. Painel indicador de desempenho – proporção de mulheres com coleta de exames citopatológicos na APS – Região do Entorno, Manaus, Entorno e Alto Rio Negro (conclusão)

AM	130380	São Gabriel da Cachoeira	14	14	15	24	27	27
AM	130260	Manaus	27	29	30	32	34	35
AM	130030	Autazes	20	26	43	50	60	64
AM	130040	Barcelos	3	4	6	11	21	30
AM	130310	Nova Olinda do Norte	18	23	27	32	36	37

Fonte: SISAB/Indicadores de desempenho⁴³.

Segundo a OMS, quando pelo menos 80% da população é rastreada e os casos detectados recebem diagnóstico e tratamento adequados, a incidência de câncer do colo do útero pode ser reduzida em média de 60 a 90%. Portanto, estabelece-se como critério de monitoramento que pelo menos 80% das mulheres realizem a coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde nos últimos três anos, visando assegurar detecção e tratamento oportunos, e assim, diminuir a incidência da doença e a mortalidade na população-alvo (Brasil, 2024).

A Nota Técnica nº 4/2022 – SAPS/MS – Secretária de Atenção Primária, descreve que dado o imperativo de reconhecer o desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde na obtenção de resultados em saúde, conforme determinado pelas portarias que orientam o Programa Previne Brasil, e diante das atuais restrições identificadas que impedem todos os municípios de alcançarem o requisito de 80% da população coberta pela APS, a meta atualmente acordada para este indicador é de 40% (Brasil, 2022).

Diante dos dados informados, observa-se uma evolução na proporção de mulheres que realizaram a coleta do citopatológico, com indicadores para o terceiro quadrimestre de aumento da taxa de desempenho. Contudo, 06 dos 12 municípios da RS estudada, ainda estão abaixo da meta preconizada pelo MS de 40% (Nova Olinda do Norte – 37%; Barcelos 30%; Manaus 35%; São Gabriel da Cachoeira 27%; Presidente Figueiredo 30% e Santa Isabel do Rio Negro – 22%).

Isto posto, deve considerar que mesmo com a alta cobertura da atenção básica descrita na tabela e quadro acima em Manaus e região do entorno, ainda deve-se realizar uma busca mais ativa e organizada população-alvo para o rastreamento do CCU no Amazonas.

⁴³ <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>.

4.4 A Atenção Especializada e a Ampliação da RAO no Amazonas

No tocante à atenção especializada, as Resoluções da CIB/AM, revelam no período pesquisa de 2013 a 2023, 04 ações que se destacam:

1. Resolução nº 096/2014, dispõe sobre a Habilitação do Hospital Santa Júlia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, com serviço de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica (Amazonas, 2014);
2. Resolução nº 075/2015, dispõe sobre a formação de Complexo Hospitalar em Oncologia⁴⁴ constituído pela Fundação Centro de Controle em Oncologia no Amazonas - FCECON, habilitada como UNACON, e das habilitações do Instituto de Mama do Amazonas - SENSUMED, como serviço de Radioterapia e Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV, como Hospital Geral com Cirurgia de Câncer do Estado do Amazonas (Amazonas, 2015);
3. Resolução nº 025/2017, dispõe sobre a Habilitação de 6 (seis) Estabelecimentos de Saúde como Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero - SRC dos municípios estratégicos do Estado do Amazonas (Amazonas, 2017);
4. Resolução nº 260/2023, dispõe sobre aprovação da Proposta de Projeto nº 06023.708000/1230-12 para aquisição de 01 (um) Acelerador Linear de Fótons e Elétrons (dual 10 MV) para a FCECON (Amazonas, 2023).

Sobre tais ações, a Resolução nº 96 de 28 de julho de 2014, que trata sobre a habilitação do Hospital Santa Júlia em Oncologia em UNACON⁴⁵, é demonstrado que após a avaliação da CIB/AM para habilitação, é destacado que a referida comissão não tendo a autonomia para tal

⁴⁴ Descrito na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014: Art. 2º A rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no eixo temático do câncer é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar - CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e Complexos - Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação, dos Sistemas Logísticos e Governança, descritos nas Portarias nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, revogada pela Portaria GM/MS nº 483 de 01/04/2014 e Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013.

⁴⁵ Portaria 874, de 16 de maio de 2013. Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como CACON realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis.

decisão, solicita o encaminhamento para o MS para que se conclua o credenciamento junto ao MS e sua habilitação. Todavia, não se identifica nenhum documento sobre a efetivação da Unidade em oncologia no SUS no Amazonas, nem tampouco seu registro no CNES com a referida credencial para UNACOM.

Em contrapartida, a Resolução CIB/AM nº 75/2015, que dispõe sobre a formação de Complexo Hospitalar em Oncologia no Amazonas, fundamentada na Portaria nº. 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014, é aprovada pela Portaria MS nº 2.614 de 29 de dezembro de 2016, a qual habilita:

O Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV como Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, o Instituto de Mama do Amazonas - SENSUMED como Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar e o Hospital da Fundação Centro de Controle de Oncologia/FCECON como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON (Brasil, 2016).

A ampliação da rede oncológica no nível da atenção especializada em alta complexidade com habilitação do HUGV em cirurgias oncológicas, SENSUMED para radioterapias, dá-se em constatação da necessidade de complementaridade dos serviços no tratamento do câncer no Amazonas a partir das diretrizes da Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014, tomando-se como um dos critérios a base populacional do estado do Amazonas e o parâmetro de necessidade de CACON/UNACON para os territórios de abrangência (Brasil, 2014).

Nesse contexto, o estado do Amazonas, censo IBGE de 2010, apontava uma população de 3.483.985 e para Manaus de 1.802.014 o que equivale a (51,7%) da população total. Considerando 1 CACON/UNACON por cada 500.000 habitantes⁴⁶, e levando em conta a FCECON como duas UNACONS, a necessidade de mais serviços oncológicos seria de 7 unidades, registrando um déficit de 5 no estado (Brasil, 2010; Brasil, 2014).

Conforme demonstrado na figura 12 a seguir, o Hospital Universitário Getúlio Vargas, continua ativo para habilitação em cirurgias oncológicas⁴⁷, código no CNES 1714, com atendimento complementar a UNACOM do estado, a FCECON. Nota-se a atualização nesta plataforma em 29.11.23.

⁴⁶ Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014. CAPÍTULO IV. PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE HABILITADOS COMO CACON E UNACON. Art. 28. O número de estabelecimentos de saúde a serem habilitados como CACON ou UNACON observará a razão de 1 (um) estabelecimento de saúde para cada 500.000 (quinhentos mil) habitantes. § 1º O cálculo da população de referência deverá ser feito com base nas estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mais recentes para a população da respectiva Região de Saúde ou Regiões de Saúde contíguas, intraestaduais ou interestaduais.

⁴⁷ § 1º Um hospital habilitado como 17.14 Hospital Geral com Cirurgia Oncológica poderá formar complexo hospitalar com outro hospital, habilitado como UNACON ou CACON (Brasil, 2019).

Diante a importância da efetividade e acesso às cirurgias oncológicas, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica – SBCO, destaca sobre a importância da cirurgia no tratamento do câncer:

A incidência do câncer é alta e continua a subir. Nesse cenário, mais de 80% das pessoas diagnosticadas com a doença terão de ser submetidas a algum procedimento cirúrgico. Apesar da necessidade crescente, estima-se que apenas 25% dos pacientes oncológicos, em todo o mundo, têm acesso a cirurgias seguras, oportunas, de alta qualidade e acessíveis. Entre as várias razões para tal, destaca-se a dificuldade de cuidado especializado (SBCO, 2023).

Figura 12. Histórico de habilitações HUGV

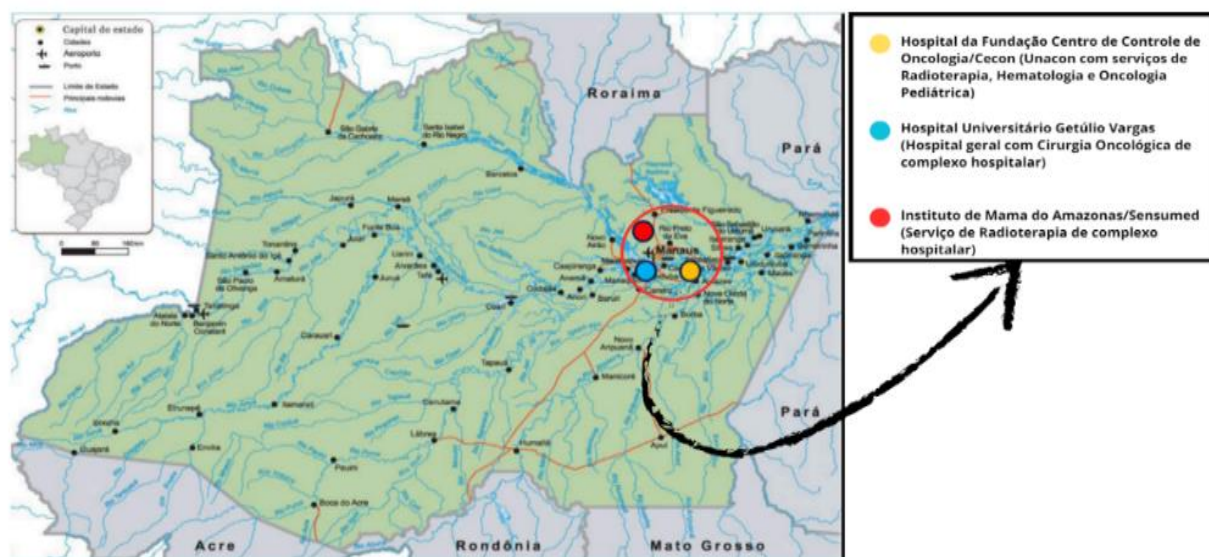
2017644--HOSPITAL UNIVERSITARIO GETULIO VARGAS HUGV									
Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
0203	ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE	Nacional	12/2019	---	PT GM 3411	17/12/2019		18/12/2019	18/12/2019
0801	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR*	Nacional	01/2006	---	SAS-016	25/01/2006		16/2/2006	16/2/2006
0805	CIRURGIA VASCULAR	Nacional	02/2006	---	SAS 016	25/01/2006		28/2/2007	28/2/2007
1504	ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIALISE	Nacional	11/2018	---	PT GM 3415	22/10/2018		26/11/2018	26/11/2018
1505	ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC COM DIALISE PERITONEAL	Nacional	11/2018	---	PT GM 3415	22/10/2018		26/11/2018	26/11/2018
1601	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA*.	Nacional	01/2008	---	PT SAS 646	10/11/2008		6/3/2008	15/12/2008
1714	HOSPITAL GERAL COM CIRURGIA ONCOLOGICA	Nacional	01/2020	---	688/SAES/MS	28/08/2023		23/1/2020	29/11/2023
1719	SERVICO DE REFERENCIA PARA DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE LESOES PRECURSORAS DO CANCER DO COLO DE UTERO SRC	Nacional	12/2016	---	PT SAS 2579	29/12/2016		6/1/2017	6/1/2017
2501	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA*	Nacional	05/2007	---	SAS 90 RET	30/03/2009		16/5/2007	21/5/2009
2601	UTI II ADULTO	Nacional	02/1999	---	3209/GM/MS	04/08/2022	30	//	8/8/2022
2901	VIDEOCIRURGIAS	Local	08/2001	---		20/11/2006	0	17/4/2024	16/4/2024
3202	LABORATÓRIO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DE UTERO - TIPO I	Nacional	09/2014	---	PT GM 1162	16/06/2016		17/9/2014	5/7/2016

Fonte: CNES.

Entretanto, deve-se considerar que a concentração dos hospitais habilitados em cirurgias oncológicas e assistência hospitalar uma vez localizados nos centros urbanos dos estados (figura 13), neste caso na capital Manaus, dificultam o acesso daqueles que residem a longas distâncias, como no Amazonas, que tem sua especificidade sociodemográfica. Ora, pelo condicionamento dos transportes nesta região, em sua grande maioria via fluvial e dependente do ciclo climático de cheias e vazantes que determinam o deslocamento e o tempo dos usuários até a capital, ora, pelos condicionantes socioeconômicos da população que vivem em áreas remotas distantes do polo de atendimento para tratamento na capital, necessitando deixar muitas vezes filhos,

cônjuges, trabalho e depender da rede de apoio em Manaus para poder realizar o tratamento oncológico.

Figura13. Localização da RAO para tratamento no Amazonas



Fonte: INCA, 2022.

Dessa forma, no cenário brasileiro, o número de estabelecimentos para tratamento do câncer é considerado baixo pela Conselheira do CNS:

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem 317 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer em todo o país, de acordo com levantamento elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca). Os dados foram divulgados em decorrência do Dia Mundial de Combate ao Câncer, data que é lembrada nesta sexta (4/02). O Brasil tem 5.568 municípios, o que equivale que cada centro atende, em média, pacientes de 17 cidades. O número é considerado extremamente abaixo do necessário, o que prejudica o acesso ao tratamento das doenças, segundo Ana Clébea Pinto de Medeiros, coordenadora da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias (Ciaspp), do Conselho Nacional de Saúde, (CNS, 2022).

4.5 Habilitação dos Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM)

Em 21 de setembro de 2015, a Resolução CIB/AM nº 69 dispõe sobre a Habilitação de 6 (seis) Estabelecimentos de Saúde como Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento

de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero - SRC nos municípios estratégicos do Estado do Amazonas. O SRC e o SDM, serviços instituídos pela Portaria MS/GM nº 189 de 31 de janeiro de 2014, integrarão a seção de Atenção Especializada da RAS para pacientes com doenças crônicas. Seu propósito será reforçar as iniciativas para identificação precoce, confirmação diagnóstica e tratamento especializado dos cânceres de colo do útero e mama e terão como códigos de habilitação na tabela do SCNES (Brasil, 2014):

I - 17.19 - Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC);

II - 17.20 - Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM).

Na configuração do estado do Amazonas na RASPCD - atenção oncológica, os SRC e SDM estão descritos na Resolução da CIB/AM nº 25/2017 (colo do útero); Resolução da CIB/AM Nº307/2021 (fluxo de doenças da mama e aprovação de proposta de habilitação dos serviços de referência para Diagnóstico de Mama). e na Nota Técnica conjunta 002/2022 SES/AM e SEMSA / MANAUS.

Figura 14. Indicadores de habilitações - 1719 - Serviço de Referências para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero – SRC no AM

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Próprio	CNPJ Mantenedora
AM	2016141	HOSPITAL REGIONAL DE TEFE	12/2019	----			04426383000115
AM	3210243	HOSPITAL REGIONAL DR JOFRE DE MATOS COHEN	12/2019	----			04329736000169
AM	2016923	HOSPITAL REGIONAL JOSE MENDES	03/2018	----			04241980000175
AM	2017644	HOSPITAL UNIVERSITARIO GETULIO VARGAS HUGV	12/2016	----		15126437001115	
AM	7459831	MATERNIDADE ENFERMEIRA CELINA VILLACREZ RUIZ	03/2018	----			04011805000191
AM	2018756	POLICLINICA CODAJAS	12/2016	----		00697295007371	00697295000105
AM	2017865	POLICLINICA DR ANTONIO COMTE TELLES	12/2016	----			04461836000144
AM	2018748	POLICLINICA GOVERNADOR GILBERTO MESTRINHO	12/2016	----		00697295007290	00697295000105
AM	3500179	POLICLINICA JOAO DOS SANTOS BRAGA	12/2016	----		00697295010089	00697295000105

Fonte: CNES

Figura 15. Estabelecimento 2011832 Castelo Branco

2011832--POLI CASTELO BRANCO									
Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
1719	SERVICO DE REFERENCIA PARA DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE LESOES PRECURSORAS DO CANCER DO COLO DE UTERO SRC	Nacional	12/2016	---	PT SAS 2583	29/12/2016		6/1/2017	6/1/2017

Fonte: CNES

A Resolução nº 25 de 2017 da CIB/AM, apontava para a aprovação de seis SRC's em municípios estratégicos do Amazonas. Registra-se atualmente 10 estabelecimentos do serviço, sendo 06 na capital Manaus (Policlínica Gilberto Mestrinho, Policlínica Codajás, Policlínica Antônio Comte Telles, Policlínica João dos Santos Braga, Policlínica Castelo Branco e Hospital Getúlio Vargas,) mencionadas também na Nota Técnica Conjunta 002/2022 SES/AM e SEMSA / MANAUS, e 05 distribuídos nos municípios de Tabatinga, Maternidade “Enfermeira Celina Villacrez Ruiz” (Regional Alto Solimões); Tefé, Hospital Geral de Tefé (Regional Triângulo); Itacoatiara, Hospital Geral José Mendes (Regional Médio Amazonas); Parintins, Hospital “Dr. Jofre Cohen (Regional Baixo Amazonas) e Manaus (Regional do Entorno, Manaus e Alto Rio Negro). Cumpre informar que a habilitação 17.19 para SRC das unidades de saúde acima citadas foram consultas todas no CNES (CNES, 2024).

Não foi identificado a habilitação no CNES do Hospital Geral de Manacapuru e do Hospital Geral “Vó Mundoca” em Borba.

Neste contexto, ressalta-se a importância de mais habilitações em Municípios polos nas 04 regiões de saúde (Regional Rio Madeira, Regional Purus, Regional Rio Negro e Solimões e Regional Juruá) que ainda não tem instituído o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), dado que é um dos agravos mais incidentes nas mulheres no Amazonas, conforme estimativa do INCA:

Terceira maior causa de mortes prematuras femininas no país, o câncer do colo do útero feminino é um desafio nacional e, no estado do Amazonas, deve ter mais 1.800 novos casos até 2026, exigindo o fortalecimento da política de vacinação contra a doença e dos diagnósticos precoces. Os dados são do Instituto Nacional de Câncer (INCA) que projeta para todo país, no mesmo período, 51 mil ocorrências. Números que poderiam ser reduzidos com a adoção de mecanismos de controle, como vacinação e rastreamento, mas que esbarram nas desigualdades sociais e regionais no país (Brasil, 2022).

Os exames Citopatológicos com alteração serão encaminhados para realização de colposcopia nos SRC's indicados. Nesse sentido, a amplitude deste serviço nos municípios polos, influenciará diretamente no avanço de mais uma etapa no rastreamento, dando acesso às mulheres que residem distantes dos outros polos de atenção, viabilizando o seguimento mais breve para biópsia e o encaminhamento para o tratamento oportuno na alta complexidade.

4.6 Os Sistemas de Apoio na RAO

4.6.1 Laboratórios tipo I e tipo II com Qualificação Nacional de Citopatologia – QUALICITO, habilitados no Amazonas

Este componente da rede de atenção representa o suporte terapêutico quanto ao diagnóstico, patologia clínica, imagens e assistência farmacêutica e se inserem dentro da média e alta complexidade na RAS.

A Resolução da CIB/AM nº 56/2014 é descrita sobre a aprovação para a Habilitação de Laboratórios tipo I e II pela Qualificação Nacional de Citopatologia - QUALICTO no Estado do Amazonas (Amazonas, 2014).

Os documentos normativos que regem a habilitação dos laboratórios são: Portaria GM/MS nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013, que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia, na prevenção do CCU na RASPDC. A Portaria GM/MS nº 176, de 29 de janeiro de 2014, faz mudanças nas normas da Portaria GM/MS nº 3.388 de 30.01.2013 (Brasil, 2013; 2014).

O exame citopatológico do colo do útero é afirmado como principal método de rastreamento para a detecção do CCU, como também de identificação de lesões precursoras, associado a importância de sua natureza qualitativa da análise do material citopatológico, o monitoramento da qualidade com o objetivo de reduzir a subjetividade no diagnóstico (Brasil, 2013).

Figura 16. Indicadores de qualidade do exame citopatológico cérvico-vaginal, Região Norte do Brasil – 2022

Região / Unidade da Federação	Índice de Positividade	ASC / Satisfatórios	ASC / Alterados	ASC / SIL	HSIL / Satisfatórios	Insatisfatórios / Total de Exames	Exames liberados em até 30 dias
Região Norte	3,23	0,16	58,98	1,50	0,04	1,03	31,84
Acre	3,25	1,97	60,54	2,07	0,59	0,49	83,60
Amapá	1,04	0,62	59,26	1,45	0,28	0,01	55,62
Amazonas	3,24	1,72	53,12	1,24	0,43	1,59	10,84
Pará	4,35	2,44	56,03	1,65	0,49	1,06	37,08
Rondônia	2,84	1,21	42,65	0,80	0,67	0,27	44,48
Roraima	9,25	5,70	61,66	3,03	0,45	1,67	65,26
Tocantins	5,35	3,05	57,00	1,60	0,80	4,89	27,36

Fonte: INCA, 2022.

A Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013 redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do CCU - (QUALICITO) estabelecendo os indicadores para monitoramento, cujos dados são obtidos a partir do SISCAN. A partir dos indicadores de qualidade do exame citopatológico cérvico-vaginal destacado na Tabela 7 e com base no parâmetro nacional, avaliou-se o comportamento do Amazonas perante a qualidade do Papanicolau no estado (Brasil, 2013; 2022):

1. Índice de positividade tem como classificação: inaceitável (abaixo de 2,0%); necessitando de aprimoramento (entre 2,0% e 2,9%), aceitável (entre 3,0% e 10%); avaliação de perfil (acima de 10%, geralmente encontrado em instituições de referência para o tratamento de lesões precursoras e câncer), o Amazonas encontra-se dentro do intervalo de 3,24%, com índice de positividade aceitável;
2. ASC/Satisfatórios: índice de 1,72 registrado para o Amazonas, o padrão é que não ultrapasse 5%, a relevância do indicador, representa um conjunto de diagnósticos diferenciados, com dificuldade diagnóstica, não demonstrando um diagnóstico definitivo, orientando-se uma capacitação adequada dos citologistas de forma que reduza ao mínimo o percentual deste indicador;
3. ASC/Alterados: índice de 53,12 para AM, tem como parâmetro menor que 60%, sua relevância dá-se a partir da mesma fundamentação de que os exames citopatológicos com diagnóstico de atipias de significado indeterminado em

células escamosas (ASC), configuram uma dificuldade diagnóstica, não resultando num diagnóstico conclusivo. Nesse sentido, reforça-se a capacitação dos técnicos para reduzir ao mínimo.

Outro indicador, utilizado na análise dos exames citopatológicos é o HSIL/Satisfatórios que verifica a capacidade de identificar as lesões precursoras do câncer. O parâmetro utilizado é de $\geq 0,4\%$. Para o Amazonas é registrado 0,43 % estando dentro do que está preconizado como mínimo proposto aos laboratórios. Este indicador chama a atenção da importância de se aumentar continuamente a habilidade de detecção das lesões de alto grau, uma vez que são consideradas comprovadamente como as precursoras do câncer, e o quanto antes identificadas terão mais chances de tratamento impedindo a evolução para o carcinoma invasor do colo do útero.

Quanto ao prazo para a liberação do exame citopatológicos é considerado o tempo máximo de 30 dias, calculado pela soma dos dias transcorridos a partir da entrada do material no laboratório e sua liberação, dividida pelo total de exames liberados no período, tem como parâmetro o índice de 70%. O índice no Amazonas aponta que 10,84% somente dos exames são entregues dentro do prazo estipulado, revelando neste indicador a necessidade de melhoria com relação ao tempo para a entrega do resultado do citopatológico, de forma que não haja prejuízo no tempo de admissão e seguimento da paciente no tratamento oncológico.

No Amazonas, informados no CNES, temos os seguintes laboratórios atuando na RAO com qualificação QUALICITO tipo I e tipo II⁴⁸, cadastrados – figura 12 e 13:

Os laboratórios Centro de Diagnóstico Laboratorial, e o laboratório de citologia Prof. Sebastião Ferreira Marinho possuem a certificação QUALICITO⁴⁹ tipo I (3202 - laboratório de exames citopatológicos do colo de útero) e tipo II (3203 – laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos de colo do útero).

⁴⁸ 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 os exames citopatológicos do colo do útero no âmbito do MEQ, além de poderem realizar as ações dos Laboratórios Tipo I.

⁴⁹ Segundo a QUALICITO, o MEQ – Monitoramento Externo da Qualidade tem por finalidades avaliar o desempenho dos laboratórios tipo I e a qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero por eles realizados, detectar as diferenças de interpretação dos critérios citomorfológicos, aumentar a eficiência do processo de realização destes exames e reduzir o percentual de exames falsos-negativos, falsos-positivos e insatisfatórios.

Figura 17. Habilitações - 3203- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos de colo do útero – Tipo II

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Próprio	CNPJ Mantenedora
AM	2018977	CENTRO DE DIAGNOSTICO LABORATORIAL	09/2014	----		01049783000160	
AM	5592100	LABORATORIO DE CITOLOGIA PROF SEBASTIAO FERREIRA MARINHO	09/2014	----			04461836000144
Total de Leitos							0
Total de Estabelecimentos							2

Fonte: CNES

Figura 18. Habilitações 3202 - Laboratórios habilitados em exames citopatológicos do colo de útero – Tipo I – Amazonas

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Próprio	CNPJ Mantenedora
AM	2018977	CENTRO DE DIAGNOSTICO LABORATORIAL	09/2014	----		01049783000160	
AM	2012677	FUNDACAO CECON	09/2014	----		34570820000130	
AM	2017644	HOSPITAL UNIVERSITARIO GETULIO VARGAS HUGV	09/2014	----		15126437001115	
AM	2019175	LABNORTE LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	09/2014	----		05809233000153	
AM	5592100	LABORATORIO DE CITOLOGIA PROF SEBASTIAO FERREIRA MARINHO	09/2014	----			04461836000144

Fonte: CNES

Todos os laboratórios com habilitação 3202, situam-se na capital do Amazonas e todos com a exceção do Laboratório de Citologia Prof. Sebastião Ferreira de gestão municipal, todos os outros laboratórios são de gestão estadual.

4.6.2 Serviço Diagnóstico de Mama – SDM

Ainda dentre as normativas voltadas para a atenção especializada, destaca-se as Resoluções CIB/AM, nº 37 e nº 82 de 2022, nas quais redigem sobre a habilitação dos Serviços de Diagnóstico de Mama no Amazonas, orientada pela Portaria GM/MS nº 189, de 31 de janeiro de 2014, que define:

Institui os Serviços de Referência de Diagnóstico de Mama e tem como objetivo fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres do colo do útero e da mama” (Brasil, 2014, p. 2).

A Resolução da CIB/AM nº 037/2022, “Dispõe sobre habilitação dos Serviços de Referência para Diagnóstico de Mama – SDM no Sistema de Apoio à implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) da Policlínica Gilberto Mestrinho na capital Manaus”, porém, não se identifica habilitação para SDM – 1720, com registro somente para habilitação em SRC – 1719 (CNES, 2024).

No mesmo ano de 2022, tem-se a Resolução da CIB/AM nº 82/2022, que: “Dispõe sobre solicitação de aprovação para habilitação dos Serviços de Referência para Diagnóstico de Mama – SDM em Manaus nas Policlínicas Municipais Castelo Branco e Djalma Batista, também sem registro de habilitação no CNES – SDM - 1720, para os dois estabelecimentos.

Contudo, destaca-se que os SDMs em Manaus, encontram-se em atividade nas seguintes Policlínicas: “Os Serviços de Diagnósticos de Câncer de Mama (SDMs) funcionam na policlínica Djalma Batista, no bairro Compensa, zona Oeste, e na policlínica Castelo Branco, no bairro Parque 10 de Novembro, zona Centro-Sul” (FCECON, 2024).

Para configurar a localização dos SDMs a partir da produção dos procedimentos mínimos na RS, segundo o que está estabelecido na Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014, destacaremos abaixo, a produção do procedimento 0201010585 punção aspirativa de mama por agulha fina e a produção do procedimento 02010106007 punção de mama por agulha grossa, no período de 2023, com base nas informações do DATASUS, produção ambulatorial por local de atendimento – Região de Saúde – RS no Amazonas.

Tabela 4. Produção ambulatorial – biópsia da mama no SUS, por local de atendimento – RS – AM - 2023

Procedimento	13001 Manaus, entorno e alto rio negro	13003 Rio madeira	13005 Baixo Amazonas	13008 Triângulo	total
0201010585 punção aspirativa de mama por agulha fina	58	14	-	da	72
02010106007 punção de mama por agulha grossa	1019	34	3	13	1069
Total	1100	48	3	13	1164

Fonte: SIA/SUS.

Na tabela 8 demonstra-se que das 9 regiões de saúde, 4 realizam as punções aspirativas da mama (biópsia) para identificação do câncer de mama, o procedimento preconizado como

um dos exames a serem ofertados pelo SDM, estão localizados em sua grande maioria na região do Entorno, Manaus e Alto Rio Negro com 1.077 dos exames, o que equivale a 94,39% dos exames feitos no Amazonas.

4.7 O Planejamento da Atenção Oncológica no Amazonas nos Planos Estaduais de Saúde 2013 a 2023

Os resultados referentes aos Planos Estaduais de Saúde serão realizados a partir desta sessão, descreverão os principais movimentos na Atenção Oncológica no Amazonas referentes a implementação da Política de Atenção, Serviço de Atendimento Domiciliar, Regulação e Sistemas Logísticos na atenção oncológica, observando-se que não se esgota na presente pesquisa todas as ações de planejamento e execução relacionadas aos agravos do câncer em nossa região.

O planejamento do orçamento governamental na área da saúde é influenciado pelo Plano de Saúde. Esse plano é essencial para a definição e implementação de políticas de saúde em cada nível de gestão do SUS ao longo de quatro anos, estabelece os compromissos governamentais para o setor e reflete as necessidades de saúde da população, assim como as particularidades de cada esfera administrativa. Ele serve como referência para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde, abrangendo todas as áreas de atenção à saúde para garantir sua integralidade (CONASS, 2024).

Quadro 9. Síntese do Plano Estadual de Saúde do Amazonas - 2012 – 2015 (continua)

CATEGORIA	PERÍODO	
	2012-2015	2016-2019
Perfil epidemiológico	Descrição da tripla carga de doenças, com o aumento da DCNT; morbidade hospitalar: 9º posição para as neoplasias; mortalidade proporcional por grupo de causas: 1º lugar para as doenças do aparelho circulatório; 2º causas externas; 3º neoplasias.	Morbidade hospitalar: 7º posição para as neoplasias; indicadores qualitativos e quantitativos insuficientes; mortalidade proporcional por grupo de causas: 1º lugar para as doenças do aparelho circulatório; 2º causas externas; 3º neoplasias.

Quadro 12. Síntese do Plano Estadual de Saúde do Amazonas - 2012 – 2015 (continuação)

RAS	Configurações das Redes Temáticas; RUE; Rede Cegonha, proposta de implantação das redes psicossocial – RAPS, oncológica e rede de atenção à pessoa com deficiência.	Inicialmente elaborou-se o Plano Estadual da Rede de Urgência e Emergência e Plano Estadual da Rede Cegonha, as demais Redes foram acrescentadas de acordo com a publicação de portarias pelo Ministério da Saúde. Em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial, em 2012 a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e em 2013 a Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas.
SAD	Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar ⁵⁰	em 2016 – o serviço de atenção domiciliar contava com: 11 equipes multidisciplinar de atenção domiciliar tipo I; 5 equipes multidisciplinar de apoio e nenhum registro de equipe multidisciplinar de atenção domiciliar tipo II.
Atenção Especializada	A FCECON tem seus trabalhos voltados a Assistência à Saúde Oncológica, através do desenvolvimento de atividades educativas, preventivas de detecção precoce, tratamento e controle do câncer; da realização de atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e atendimento à população indígena, com a missão de formular e executar a política Estadual de Combate ao Câncer.	

⁵⁰ O Serviço de Atenção Domiciliar, instituída no SUS em 2011, é um dos componentes da RUE estruturado de forma articulada e integrada aos outros componentes e às demais RAS, a partir dos Planos de Ação. Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, prestadas em domicílio, por equipe multidisciplinar, a pacientes crônico-estáveis que não necessitem de internação hospitalar, assim como aos egressos dessa modalidade de assistência, com garantia de continuidade de cuidados e integrados às RAS, tendo em vista à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados (Amazonas, 2012; 2015).

Quadro 12. Síntese do Plano Estadual de Saúde do Amazonas - 2012 – 2015 (conclusão)

Política de Atenção Oncológica	Implementação da Política de Atenção Oncológica. Realizar 24 campanhas educativas preventivas e de detecção precoce do câncer (controle do câncer de colo uterino, controle do câncer de mama, dia mundial da saúde, dia mundial sem tabaco, dia nacional de combate ao fumo, dia mundial de combate ao câncer); Dar suporte técnico a 100% dos municípios do Estado nos programas nacionais (colo uterino, mama, tabagismo, vigilância) e nos sistema de informação (SISBASEPOP, SISRHC, SISCOLO, SISMAMA); Coletar 600.000 exames Papanicolau em todo o Estado; Operacionalizar o acelerador linear. Implantar a tecnologia de Oncologia Molecular (montar e equipar o laboratório de oncologia molecular). Implementar a telemedicina cirúrgica. Dados coletados da 3. Revisão do PES 2012-2015, p. 126).	Manaus, isoladamente, continua sendo a capital brasileira com a maior taxa bruta estimada para casos novos de câncer de colo do útero: 46,45/ casos a cada 100.000 mulheres (Estimativa INCA, 2014). Nesse sentido, a então denominada Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM), hoje SES, em função do perfil epidemiológico do estado, priorizou inicialmente as Linhas de Cuidado do Câncer do Colo do Útero e do Câncer de Mama. Foi elaborado o Plano de Atenção Oncológica do Amazonas (ANEXO I), aprovado pela Resolução CIB nº 39/2015, visando garantir a assistência nos três níveis de atenção.
RASPDC	Reestruturação do grupo condutor da Rede Crônicas no estado do Amazonas. QualiSUS	A partir do quadro epidemiológico apresentado no país, foram estabelecidas as diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado e priorizados na organização da rede os seguintes eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes: doenças renocardiovasculares; diabetes; obesidade; doenças respiratórias crônicas e câncer (de mama e colo de útero).

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações nos Planos Estaduais de Saúde do Amazonas (2012-2015; 2016-2029).

A Secretária de Saúde do Estado do Amazonas, então denominada SUSAM, na fase de gestão (2012-2015) teve como objetivo aumentar o acesso à saúde, superar a fragmentação do cuidado, saindo do modelo de saúde segmentado para um sistema de saúde integral,

fundamentado na RAS. Nesse contexto, contempla as linhas de cuidado com a integração das ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência com o olhar voltado para os grupos de necessidades ou necessidades individuais, também visando a articulação dos entes federativos de gestão estando em conformidade com a realidade local.

Vale destacar, que no presente trabalho não serão descritas todas as atividades inerentes aos Planos Estaduais de saúde, sendo apresentadas algumas dentre as principais execuções realizadas no estado.

Com relação ao Plano Estadual de Saúde referente ao período de 2012 a 2015, foram consultados os Relatório de Gestão Anuais para consulta das metas alcançadas, observados no quadro 13.

Quadro 10. Metas Executadas – Relatório Anual de Gestão – 2012 a 2015

Metas Programada	Metas executadas
Implementação da Política de Atenção Oncológica Implementar o plano de ação 2014 da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas Meta Prevista:	2013 -Reestruturação do Grupo Condutor (RAG, 2013, P. 60). 2014 -Implementado 33,3% do plano de ação 2014 da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (RAG, 2014, p. 35)
Realizar 24 campanhas educativas preventivas e de detecção precoce do câncer (controle do câncer de colo uterino, controle do câncer de mama, Dia Mundial da Saúde, dia mundial sem tabaco, dia nacional de combate ao fumo, dia mundial de combate ao câncer);	2012 - Programadas 06 campanhas, realizadas as 06. (RAG, 2012, p. 15). 2013 - Programadas 06 campanhas, realizadas as 06. (RAG, 2015, p. 34). RAG 2014 – programadas 06 campanhas, realizadas 06. (RAG, 2014, P.35) 2015 - Programadas 06 campanhas, realizadas as 07. (RAG, 2015, p. 34).
Dar suporte técnico a 100% dos municípios do Estado nos programas nacionais (colo uterino, mama, tabagismo, vigilância) e nos sistemas de informação (SISBASEPOP, SISRHC, SISCOLO, SISMAMA)	Apoiado 62 municípios RAG (2013, 39).
Operacionalizar 01 acelerador linear.	2013 - Meta não realizada. (Casamata em construção). (RAG, 2013, p. 39).
Implantar a tecnologia de Oncologia Molecular (montar e equipar o laboratório de oncologia molecular).	2013 - Laboratório de Pré-PCR montado e equipado (RAG, 2013, p. 39).

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados dos Relatórios Anuais de Gestão de Saúde do Amazonas (2012 a 2015).

No período de 2012 a 2015, o QualiSUS-Rede⁵¹, vem integrar o processo de organização da RAS no Amazonas, descrito como:

É um projeto firmado com o Banco Mundial com a finalidade de contribuir para a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Amazonas. Está subdividido em três componentes: 1) Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde; 2) Intervenções Sistêmicas Estratégicas e 3) Gestão do Projeto (Amazonas, 2012, p.49).

Estudos, como de Casanova *et al.*, retrataram as potencialidades e os desafios na implementação de RAS, inseridas no Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde – Qualisus-REDE, em algumas regiões da Amazônia, dentre ela, a do Alto Solimões – AMA, com resultados do QualiSUS-Rede. Nos resultados da pesquisa foi mencionado que a implementação do projeto sofreu influências das diferentes realidades regionais em termos de uso e ocupação dos territórios. A exemplo do Alto Solimões e em Belém, os participantes destacaram que embora o objetivo do Projeto fosse qualificar as RAS, houve constrangimentos em relação aos objetivos iniciais devido à insuficiência da rede de serviços existente, especialmente na média complexidade. Dificuldades de acesso, transporte, comunicação e conexão exigiram aportes iniciais no apoio diagnóstico e logístico (Casanova *et al.*, 2017).

Os indicadores para a morbidade hospitalar nesse período para as neoplasias, encontrava-se na 9ª posição e em 3º lugar para a mortalidade por grupo de causas. É dentro deste cenário de aumento da incidência de doenças crônicas que a Política de Atenção Oncológica se insere no planejamento de saúde do Amazonas buscando a organização e a qualificação das ações.

⁵¹ Projeto fruto de uma articulação entre o Ministério da Saúde e os estados e municípios. Com o QualiSUS-Rede, busca-se a sistematização e a disseminação de experiências e modelos, com o objetivo de apoiar a consolidação de um sistema integrado de serviços de saúde, as Redes de Atenção à Saúde. A iniciativa tem duração e recursos definidos para a implantação de quinze experiências de RAS nos vários estados brasileiros. Deste total, dez experiências em Regiões de Saúde são vinculadas às regiões metropolitanas (RM), e as outras cinco às Regiões denominadas Tipo.

4.7.1 Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) – suporte ao Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos (STDCP)

Uma das ações de importante relevância do período de 2012 a 2015 foi a implantação do Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD, que vem a compor como ponto de apoio ao Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos (STDCP)⁵² da FCECON no cuidado aos pacientes que necessitam de assistência domiciliar em virtude das limitações agravadas pela doença oncológica de locomoção, alimentação, dentre outras necessidades (Amazonas, 2012).

A Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas:

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se: I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados; II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (Brasil, 2016, p. 1).

Em 2021, a SES, realiza uma parceria entre o programa Melhor em Casa e a FCECON, no sentido de intensificar a atenção aos pacientes que necessitam de tratamento domiciliar e em condições de cuidados paliativos considerado um dos entraves de cobertura em virtude da necessidade de mais profissionais. O projeto coordenado pela SES-AM, objetivou alcançar até 120 pacientes oncológicos.

Existem duas modalidades de atendimento no Programa Melhor em Casa:

Modalidade AD2 e AD3 – Melhor em Casa (SAD), destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos.

⁵² O STDCP da FCEcon foi implantado em 1997, sendo a primeira unidade de saúde da região Norte a oferecer o serviço. Hoje, fornece atendimento ambulatorial, por meio do Ambulatório da Dor; hospitalar, para controle de sintomas de pacientes que precisam ser temporariamente internados; e atendimento domiciliar, que possui alta demanda. O serviço de Cuidados Paliativos atende atualmente 60 pacientes em casa, com cuidados realizados por médico com formação clínica e paliativa, anesthesiologista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, capelã, terapeuta ocupacional e voluntários. As visitas podem ser semanais ou até mensais, dependendo da avaliação clínica.

São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares (Brasil, 2021).

Destaca-se que o SAD perpassa em vários níveis de atenção e modalidades do cuidado desde a atenção básica, rede de urgência e emergência e a todas as modalidades dentro da rede de crônicas, conferindo um serviço de grande importância na rede de atenção.

A atuação da EMAP tem como objetivo oferecer apoio à EMAD e às equipes de AB (equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família), com composição de no mínimo 3 (três) profissionais de nível superior, que serão escolhidos entre as seguintes profissões: Assistente social; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Odontólogo; Psicólogo; Farmacêutico; Terapeuta ocupacional, a soma das cargas horárias de seus integrantes será de no mínimo 90 (noventa) horas laborais⁵³. Portanto só haverá uma EMAP se houver uma EMAD.

Tabela 5. Quantidade segundo RS. Tipo de equipe: 23 EMAP – Equipe multidisciplinar de apoio. Amazonas

Região de Saúde (CIR)	Quantidade
13001 Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	17
13004 Médio Amazonas	1
13006 Regional Purus	1
13009 Alto Solimões	2
Total	21

Fonte: Adaptado de CNES, 2023.

As equipes da EMAD tipo 1, são dispostas para municípios com 40 mil habitantes ou mais. A estrutura de profissionais e respectiva carga horária dá-se da seguinte forma: profissionais médicos com soma de carga horária de no mínimo 40 horas de trabalho por equipe; profissionais enfermeiros com soma de no mínimo 40 horas de trabalho por equipe; fisioterapeutas e assistentes sociais com 30 horas laborais por equipe; auxiliares ou técnicos de enfermagem, 120 horas de trabalho por equipe (Amazonas, 2016).

⁵³ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/modalidades>.

Na configuração das regiões de saúde do Amazonas, as equipes de atendimento domiciliar em 2023, estão representadas da seguinte forma:

Tabela 6. Quantidade segundo RS. Tipo de equipe: 22 EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo I

Região de Saúde (CIR)	Quantidade
13001 Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	7
13004 Médio Amazonas	1
13006 Regional Purus	1
13009 Alto Solimões	1
Total	10

Fonte: Adaptado de CNES, 2023.

De acordo com o PES 2016-2019, neste período a atenção domiciliar contabiliza 11 equipes EMAD tipo 1, registrando-se um aumento de 10 equipes no Amazonas, com concentração de grande maioria na região de saúde do Entorno, Manaus e Alto Rio Negro com 17 equipes (Amazonas, 2016).

4.8 FCECON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

A Política de Atenção Oncológica, na média e alta complexidade do cuidado oncológico é descrita no PES 2012-2015 dentre outras ações sobre a atuação da FCECON⁵⁴ na RAO. Seus serviços são ofertados à população não só amazonense, mas com abrangência à toda Amazônia Ocidental. A FCECON também atua como matriz no apoio à SES na formulação da Políticas de Atenção Oncológica no Amazonas.

Na figura 14 registra-se as habilitações de serviços oncológicos vinculados ao MS para a FCECON. O estabelecimento, constitui-se como única Unidade de Alta Complexidade com

⁵⁴ Fundada em 1974, como Centro de Oncologia (CECON), a unidade hospitalar foi transformada, em 1989, em Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON), e hoje está prestes a completar 50 anos, reunindo diversas especialidades médicas e os principais tratamentos oncológicos, fator que consolidou a instituição como referência no diagnóstico e tratamento do câncer em toda a Amazônia Ocidental (FCECON, 2015).

habilitação 1706 – UNACON, que é caracterizada como estabelecimentos de saúde e serviços oncológicos especializados, segundo a portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019:

I – UNACON: hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia e urologia), oncologia clínica e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia e com ou sem Serviço de Radioterapia, Serviço de Hematologia ou Serviço de Oncologia Pediátrica; b) UNACON Exclusiva de Hematologia – hospital com serviços para diagnóstico e tratamento clínico de hemopatias malignas agudas e crônicas de crianças, adolescentes, adultos e idosos, e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia e com ou sem Serviço de Radioterapia; c) UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica – hospital com serviços para diagnóstico e tratamentos cirúrgico e clínico pediátricos de tumores sólidos e hemopatias malignas agudas e crônicas de crianças e adolescentes, e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia e com ou sem Serviço de Radioterapia (BRASIL, 2019, p. 7).

Atualmente a FCECON de acordo com a atualização dos dados no CNES, mantém as seguintes habilitações de serviços ofertados:

Figura 19. Habilitações FCECON

2012677--FUNDACAO CECON									
Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
0905	ENFERMIDADES ONCOLÓGICAS	Local	01/2015	---	PORT. 629	17/02/2016	0	13/5/2024	26/4/2024
1001	CENTRO DE REFERENCIA NO TRATAMENTO DA DOR CRONICA	Nacional	04/2003	---	PORT. SAS 40		0	//	//
1706	UNACON	Nacional	12/2016	---	PT SAS 2614	29/12/2016		6/1/2017	6/1/2017
1707	UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA	Nacional	09/2007	---	688/SAES/MS	28/08/2023		2/10/2007	29/11/2023
1708	UNACON COM SERVICO DE HEMATOLOGIA	Nacional	09/2007	---	688/SAES/MS	28/08/2023		2/10/2007	29/11/2023
1709	UNACON COM SERVICO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA	Nacional	09/2007	---	688/SAES/MS	28/08/2023		2/10/2007	29/11/2023
1717	ONCOLOGIA CIRURGICA HOSPITAL PORTE A	Nacional	01/2013	---	PT GM 3398	28/12/2016		7/2/2013	13/1/2017
2601	UTI II ADULTO	Nacional	10/2007	---	4430/GM/MS	21/12/2022	7	23/10/2007	22/12/2022
2603	UTI II PEDIATRICA	Nacional	10/2007	---	GM 2652	17/10/2007	4	23/10/2007	23/10/2007
3202	LABORATÓRIO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DE UTERO - TIPO I	Nacional	09/2014	---	PT GM 1162	16/06/2016		17/9/2014	5/7/2016

Fonte: CNES 2023

Além da habilitação de Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, a FCECON, detém as habilitações isoladas para os demais serviços informados no CNES, sendo estes: 0905 – enfermidades oncológicas; 1001 – Centro de Referência no Tratamento da Dor Crônica; 1707 – UNACON com serviço de Radioterapia; 1708 – UNACON com serviço de Hematologia; 1709 – UNACON com serviço de oncologia pediátrica; 1717 – Oncologia Cirúrgica Porte A;

2601 – UTI II adulto; 2603 – UTI II pediátrica e 3202 – Laboratório de exames citopatológicos do colo do útero tipo I (CNES, 2024).

No Amazonas, com seus 62 municípios, estados brasileiros que fazem fronteira com o Amazonas, bem como os países fronteiriços que buscam por atendimento oncológico em nossa região, conta-se somente com 03 (três) estabelecimentos para tratamento oncológico: FCECON (Unidade de Alta Complexidade em Oncologia), HUGV (Cirurgia Oncológica) e a SENSUMED em Radioterapia (INCA, 2024).

Nesse sentido e à luz da Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, a qual 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 no SUS”, observa-se o critério para cobertura da assistência oncológica por meio de suas Unidades habilitadas, estabelecendo-se no Capítulo IV desta portaria parâmetros para o planejamento e avaliação de estabelecimentos de saúde habilitados como CACON E UNACON que diz em seu “Art. 28. O número de estabelecimentos de saúde a serem habilitados como CACON ou UNACON observarão a razão de 1 (um) estabelecimento de saúde para cada 500.000 (quinhentos mil) habitantes” (Brasil, 2014).

Isto posto, a FCECON atua como a grande propulsora dos atendimentos oncológicos, desde a prevenção até os cuidados paliativos no estado do Amazonas. É com a instituição da Portaria nº 2.614 de 29 de dezembro de 2016, que se registra a ampliação da RAO na Alta Complexidade no estado do Amazonas, onde:

Habilita o Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV como Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, o Instituto de Mama do Amazonas - SENSUMED como Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar e o Hospital da Fundação Centro de Controle de Oncologia/FCECON como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON (Brasil, 2016, p.1).

4.8.1 Plano de Atenção Oncológica – 2016 – 2019

Sobre o Plano de Atenção Oncológica, este, está inserido dentro do Plano Estadual de Saúde de forma sintetizada, com a indicação das principais ações programadas e o resultado esperado. Algumas das ações estratégicas referidas no PES 2012-2015, reportam dentre outras ações, a realização de campanhas preventivas e de detecção do câncer, suporte nos sistemas de

informação aos municípios, metas de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, metas para realização do Papanicolau e operacionalização do acelerador linear, seus resultados são descritos nos Relatórios Anuais de Gestão da SES para cada ano de exercício (Amazonas, 2015).

Com relação as campanhas propostas, segundo os relatórios, foram realizadas 26 campanhas, o suporte para alimentação nos sistemas de informação aos municípios foi realizado nos 62 municípios, a operacionalização do acelerador linear segundo o relatório da FCECON teve sua instalação em 2017, após a construção da casa mata (SEINFRA, 2024).

No tocante as metas para realização dos exames citopatológicos, o indicador utilizado foi a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, o planejamento inicial era para coleta de 600.000 exames citopatológicos em todo o Estado. Nos relatórios anuais os resultados foram descritos com o alcance da meta nos anos de 2013 e 2015, com resultados de 0,50 e 0,54 respectivamente, alcançando a meta proposta, em 2012 a meta era 0,50 e foi alcançado 0,49, em 2014 meta de 0,51 e resultado de 0,50. As análises nos relatório da RAG apontam para possíveis ausências de informações em virtude do atraso do envio dos relatórios de Boletim de Produção Ambulatorial – BPA ao DECAV, muitos não sendo contabilizados no sistema do SIA/DATASUS, é indicado também nas análises das diretrizes para alcance das metas, que no caso da coleta dos exames preventivos, “alguns municípios tiveram dificuldades na aquisição dos kits necessários aos exames” e como medidas a serem adotadas para adequação/correção das ações, descreve-se a intensificação do apoio institucional aos municípios; Expandir a cobertura da ESF, principalmente no município de Manaus (Amazonas, 2012).

No PES 2016-2019, Manaus desponta de forma negativa como a capital brasileira com “maior taxa bruta estimada para novos casos de CCU: 46,45/casos a cada 100.000” (Amazonas, p. 121),

Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM), em função do perfil epidemiológico do estado, priorizou inicialmente as Linhas de Cuidado do Câncer do Colo do Útero e do Câncer de Mama. Foi elaborado o Plano de Atenção Oncológica do Amazonas (Anexo I), aprovado pela Resolução CIB nº 39/2015, com o objetivo de assegurar o cuidado nos três níveis de atenção (Amazonas, 2016).

Este é o 1º Plano de Atenção Oncológica que agrega no seu formato os três níveis de atenção. Tal movimento se traduz a partir das orientações contidas em várias Portarias que legislam sobre a Política de Atenção Oncológica no Brasil, como a Portaria 3.388, de 30 de

dezembro de 2013 sobre a QUALICITO; a portaria 189, de 31 de janeiro de 2014 sobre a habilitação dos SRC e SDM e a Portaria 140, de 27 de fevereiro de 2014 que dispõe sobre:

os critérios e parâmetros para a 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 (Brasil, 2014).

É nessa fase que se identifica muitas ações que buscam melhorar os serviços na RAO, desde a atenção primária até a alta complexidade. É observada a necessidade de se qualificar os laboratórios citopatológicos; instalação de Centros Qualificadores em Ginecologia (CGR); a importância da inserção de dados nos sistemas como o CNES e SISCAN; a elaboração do protocolo de acesso para a Colposcopia via Regulação com a integração dos três níveis de atenção e as habilitações dos Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo do Útero – SRC e de Serviços de Referência de Diagnóstico de Mama – SDM.

Para a alta complexidade, nível terciário do cuidado, o PES objetivou ampliar as Unidades de tratamento do câncer, com a habilitação de estabelecimentos de Saúde de Alta Complexidade em oncologia e por fim, a solicitação para habilitar mais uma UNACON para o Hospital Santa Júlia. Os resultados acima propostos no Plano Estadual de Saúde de 2016-2019, já foram discutidos na sessão de análise das resoluções da CIB/AM do mesmo período. Devendo-se acrescentar na presente discussão e resultados a pauta sobre a instalação do CQG no Amazonas e a habilitação de mais uma UNACON.

A implantação de Centros Qualificadores em Ginecologia no Brasil, configura-se com um dos eixos no Plano de Ação para a Redução da Incidência e Mortalidade para Câncer do Colo do Útero, elaborado pelo INCA e MS ainda em 2010, tendo dentre os objetivos de ação:

Implantar Centros Qualificadores de Ginecologistas para Assistência Secundária às mulheres com lesões intraepiteliais do colo do útero para qualificação de ginecologistas que trabalham nas unidades secundárias e apoio ao gestor na organização e programação da oferta de serviços; Consolidar a Rede Colaborativa para Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero, constituída pelos Centros Qualificadores, Unidades de Referência para tratamento de lesão precursora e coordenações Estaduais de controle do câncer do colo do útero; Aperfeiçoar os processos regulatórios na linha de cuidados para o controle do câncer do colo do útero: a) Estabelecimento e publicação de parâmetros de programação para oferta de procedimentos da linha de cuidados para o controle do câncer do colo do útero (Colposcopia/biópsia/EZT/ Conização); b) Pautar na Comissão Intergestores Bipartites (CIB) a adequação dos mecanismos de regulação à linha de cuidados para prevenção e tratamento do câncer do colo do útero (Brasil, 2010, pgs. 28-29).

A motivação para realizar as implantações de CQG no Brasil, dá-se com identificação da discrepância de encontros entre profissionais capacitados e a efetiva aplicação nos diversos serviços, além de verificar as constantes demandas de desenvolvimento profissional.

O cronograma foi realizado com estados que apresentaram interesse em estabelecer o CQG, estando o Amazonas inserido na primeira etapa do projeto.

No Amazonas, o documento que retrata a solicitação para a aprovação do projeto de implantação é o da CIB/AM, Resolução nº 048, de 27 de agosto de 2015, mesmo período em que a Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM), em parceria com a Universidade Federal do Amazonas (Ufam), inaugura o CQG-AM, o funcionamento do Centro foi estabelecido no Ambulatório Araújo Lima, anexo ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV). Documentos que registrem o movimento contínuo e periódico de capacitação aos profissionais em ginecologia na capital e nos municípios não foram identificados durante a pesquisa.

Quanto à habilitação da UNACOM para o Hospital Santa Júlia, não se identificou no CNES a confirmação do credenciamento do Hospital em Unidade de Alta Complexidade em Oncologia no Amazonas.

Quadro 11. Síntese das Principais Ações de Planejamento na Atenção Oncológica. PES-AM 2020 – 2023 (continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Perfil epidemiológico	Morbidade hospitalar: 7ª posição para as neoplasias; indicadores qualitativos e quantitativos insuficientes; óbitos por capítulo CID 10: 1º lugar para as doenças do aparelho circulatório; 2ª causas externas; 3º as neoplasias. Óbitos por doenças crônicas não transmissíveis: As Neoplasias são as principais causas de óbito nessa população, responsáveis por cerca de 21% dos óbitos em todos os anos. Em seguida, estão as doenças cardiovasculares, responsáveis por 17% dos óbitos nesse grupo populacional, os óbitos por diabetes que vêm se mantendo em torno de 6% e as doenças respiratórias crônicas (doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças pulmonares intersticiais, pneumonias aspirativas, enfisemas, asma etc.) com cerca de 3%.
RAS	Fortalecer os serviços de Média Complexidade nas Regiões de Saúde e Estruturar os serviços de Alta Complexidade nas Macrorregiões. 1.3 Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde com o aprimoramento das Redes de Atenção e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, bem como considerando o atendimento às necessidades de saúde. 1.4 Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Quadro 14. Síntese das Principais Ações de Planejamento na Atenção Oncológica. PES-AM 2020 – 2023 (conclusão)

<p>Linhas de Cuidado</p> <p>Média e Alta Complexidade</p>	<p>Câncer de Colo Uterino e Mama: necessidade de implantação dos Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento em Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero – SRC nos municípios polos do Estado, necessidade de implantação do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento para Câncer de Mama – SDM na capital, não inserção da Fundação CECON no Sistema de Regulação – SISREG, dificuldade dos municípios de cumprirem o Protocolo de Acesso estabelecido pelo INCA e demora na contratação dos laboratórios credenciados para o atendimento da demanda de citopatológicos; A implantação de Serviços de Diagnóstico de Mama – SDMs , sendo previstos quatro para a Capital e três no interior. O estado também intenciona ampliar os serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, por meio da habilitação de mais um serviço de UNACON na capital.</p>
<p>Atenção Básica</p>	<p>Melhora das coberturas vacinais de HPV, ampliação da razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.; e ainda, ampliação da razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade; realização de mutirões permanentes nos municípios estratégicos de referência nas Regiões de Saúde a cada seis meses, como em Itacoatiara, Borba, Manacapuru, Tabatinga, Parintins, Tefé e Coari. O projeto será coordenado pela equipe de médicos do serviço de Ginecologia da Fundação.</p>
<p>Sistemas Logísticos</p>	<p>Serviço de Atendimento Móvel 192 (SAMU 192), dos 61 municípios apenas 12 municípios contam com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192. Assim baseado no cenário encontrado, podemos constatar um déficit de municípios que devem receber a implantação do SAMU 192, seja na ampliação daqueles que já possuem aprovação junto ao Ministério da Saúde, implantar nos já aprovados e implementar naqueles os quais já iniciaram suas operações, uma vez que Serviço Móvel de Urgência 192, trata-se de um importante componente da Rede de Atenção às Urgências por realizar o transporte seguro de pacientes dentro da Rede; Prontuário eletrônico; Capacitar sistematicamente os profissionais dos Municípios para melhoria na qualidade da Informação na utilização dos sistemas de informação em saúde (CNES, SIA/SUS, SIH/SUS, TABWIN, FPO, SIGTAP).</p>
<p>Atenção Oncológica ou RAS</p>	<p>Melhoria da qualidade da assistência ambulatorial em oncologia, com ampliação do apoio diagnóstico e terapêutico, articulada com a atenção domiciliar e atenção básica</p>

Fonte: SES 2020 – 2023

4.8.2 Plano Estadual de Saúde 2020-2023 - a RASPDC, norteadora para a organização do cuidado em oncologia – fragilidades e potencialidades no Amazonas

O perfil epidemiológico para o câncer no estado revelou que a morbidade hospitalar nos últimos 8 anos se manteve na 7ª posição, bem como o indicador de mortalidade proporcional por grupos de causas, onde registra a 3ª posição para as neoplasias. Todavia na análise dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis, as neoplasias correspondem a principal causa de mortalidade com 21% em todos os anos do período de 2020 a 2023.

Diante a este cenário, o PES 2020-2023 considera para esse quadriênio com relação à atenção oncológica na RASPDC, o reconhecimento da necessidade do fortalecimento e ampliação de vários serviços já implantados que atendem as diretrizes nacionais, mas que precisam ser ampliados e distribuídos nos polos de saúde ainda não contemplados, destaca-se as ações que devem ser melhoradas na sua execução e indica a importância do movimento de consolidação das linhas de cuidado prioritárias na Rede de Crônicas, onde o câncer é a primeira causa de morte no Estado. Enfatizando-se que as neoplasias que mais levam a óbito a população amazonense são: estômago, brônquios e dos pulmões, colo do útero, mama e próstata (Amazonas, 2020).

Isto posto, o PES-AM nesse período faz uma abordagem do quadro atual da atenção oncológica e sinaliza o planejamento de suas principais ações a partir de diretrizes e metas a serem alcançadas, tomando as diretrizes da RASPDC como norteadora juntamente as legislações de combate ao câncer. Destacando que os objetivos propostos no PES foram abordados apenas os que estão conexos ao objetivo da pesquisa.

4.8.3 Coleta de Exames Citopatológico do Colo do Útero e a Vacina para HPV no Amazonas

Na atenção básica como meta a ser alcançada, tem-se o indicador da razão de exames citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária. No decorrer dos anos, demonstrou-se uma evolução das metas alcançadas: 2020, meta de 0,35 com meta não alcançada: 0,21; 2021, meta de 0,42 também não alcançada: 0,35; em 2022 meta de 0,43 e resultado de 0,52; em 2023 com base na meta de 2022, se estabelece o objetivo de 0,50 e como resultado se obteve a razão

de 0,60. Em contrapartida, os indicadores de desempenho para proporção de mulheres com coleta de exames citopatológicos na APS – Região do Entorno, Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, indicam ainda que há a necessidade de se alcançar mais mulheres na realização do exame de rastreamento do CCU (RAG, 2020, 2021, 2022, 2023; SISAB, 2023).

O relatório expõe que o obstáculo em atingir a meta deu-se em virtude da pandemia de COVID-19, ocasião em que foi orientado às usuárias a não buscarem os atendimentos nos serviços de saúde devido a possibilidade de infecção pelo vírus, sendo suspensa as coletas de exame citopatológicos. Nesse interim, as consultas e exames foram adiados para quando diminuíssem as restrições. O Relatório Anual de Gestão faz referência também a não informação dos exames citopatológicos coletados de alguns prestadores no SIA/SUS, sendo informado somente na plataforma do SISCAN (RAG, 2020, p. 113).

Ainda sobre a Atenção Básica, o Programa Profissão Repórter da TV Globo, no dia 30.04.24, teve como tema: “A luta por diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero⁵⁵”, a reportagem destacou sobre a prevenção do CCU por meio da vacinação contra o vírus do HPV, que ainda apresenta baixa cobertura vacinal no Amazonas com 60% de cobertura para as meninas e 37% para os meninos. Como estratégia de alcance a um maior número de jovens vacinados contra o HPV, o Amazonas comunica a adoção de vacinação em dose única contra o vírus. A estratégia parte da ação estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da NOTA TÉCNICA Nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS (Brasil, 2024).

4.8.4 Os Entraves para a Habilitação dos SRC's e SDM's na construção das Linhas de Cuidado

Para a composição das linhas de cuidado na RAO, o Plano refere-se à necessidade de implantação dos SRC's, nos municípios polos e SDM's na capital e nos Municípios polo de saúde. Na descrição a partir das resoluções da CIB, pôde-se constatar em consulta ao CNES que dentre as nove regiões de saúde, 04 ainda não receberam a implementação do SRC (Regional Rio Madeira, Regional Purus, Regional Rio Negro e Solimões e Regional Juruá). Quanto ao SDM, em consulta ao sistema de informação do CNES, não se identificou habilitação de unidades de saúde para o serviço de diagnóstico de mama na capital, nem nos municípios do Amazonas. Contudo tem-se informado em Nota Técnica Conjunta 002/2022 SES/AM–SEMSA

⁵⁵ Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/12561423/?s=0s>. Acesso em: 20 maio 2024.

Manaus, estabelecimentos em atividade com relação a este serviço na capital (Amazonas, 2022; CNES, 2023).

Em busca nos relatórios anuais de gestão da SES-AM é indicado no ano de 2021(RAG, 2021 p. 58) como sendo realizada a atividade de implantação dos SDM nos municípios polos de saúde dentro da ação: operacionalização da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, onde o status está verde (executada). Porém quando analisamos o relatório anual de gestão de 2022, a mesma atividade está com a informação de não executada em vermelho (RAG, 2022, p. 91) e em 2023 também não é indicada a ação como realizada. Também no mesmo relatório tem-se a informação da não habilitação do SDM para as unidades de saúde: Instituto da Mulher Dona Lindu e Policlínica Codajás. O Hospital Delphina Aziz é indicado como habilitado para o serviço SDM (RAG, 2022, p. 91), mas não tem a mesma informação no CNES (RAG, 2021; RAG, 2022).

A não execução referentes a habilitação e implantação dos SRC, são descritos no documento do RAG, com os seguintes apontamentos:

Quadro 12. Atividades não realizadas e justificativas

Atividade	Justificativa da atividade não realizada
Implantar os serviços de referência em diagnóstico e tratamento de mama (SDM) nos 9 (nove) municípios polos.	Falta de profissional radiologista e mastologista/Gineco nos interiores
Habilitar serviço de referência em diagnósticos e tratamento de mama (SDM) no Instituto Mulher Dona Lindu.	Falta do serviço de mastologia cirúrgica no IMDL
Habilitar serviço de referência em diagnósticos e tratamento de mama (SDM) na Policlínica Codajás.	Ausência de mastologista na unidade

Fonte: RAG 2022.

4.8.5 Serviços de Média e Alta Complexidade a serem Implantados na RAO no Amazonas

Na atenção terciária – alta complexidade é referida no planejamento das ações voltadas à atenção oncológica a ampliação dos seguimentos de tratamento na oncologia (cirurgias, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia) e cuidados paliativos por meio da habilitação de mais uma UNACON para o estado do Amazonas, porém, não houve planejamento descrito nas

metas para este quadriênio. Após análise feita anteriormente sobre os estabelecimentos habilitados em alta complexidade com base nas resoluções da CIB/AM, não se identificou nenhuma resolução aprovada e encaminhada para a habilitação de mais um estabelecimento de alta complexidade em oncologia no período de 2020-2023 (Amazonas, 2020).

Na atenção secundária ou média complexidade, a implementação dos Centros de Qualificação em Ginecologia, foi planejada na gestão de 2020 e 2023, não sendo executada no período planejado. Em 2022 a atividade proposta de implantar o Centro Qualificador de ginecologia para atender a Linha de Cuidado do Câncer do colo do útero com o objetivo de operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Amazonas é destacada com o status em vermelho, não executada (RAG, 2022, p. 90).

O Relatório Anual de Gestão em 2022, destaca que a não implantação dos CQG e o treinamento dos profissionais não se desenvolveram pelos motivos descritos:

1. Implantar o Centro Qualificador de ginecologia para atender a linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero, atividade não realizada por pendência na aquisição de insumos e equipamentos;
2. Capacitar os ginecologistas dos SRC's, habilitados de Tabatinga, Itacoatiara, Parintins e Tefé no Centro Qualificador de Ginecologia, ação não executada por depender da implantação do CQG que é pré-requisito para essa meta (RAG, 2022, p. 135).

No âmbito dos Sistemas Logísticos, componente da RASPDC que se constituem segundo o art. 18 da Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 como “soluções em saúde, em geral relacionadas às tecnologias de informação, integradas pelos sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários, o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transporte sanitários e os sistemas de informação em saúde”, é descrita no âmbito do transporte sanitário em urgência e emergência, a carência de ampliação do Serviço de Atendimento Móvel 192 (SAMU 192), dos 61 municípios apenas 12 municípios contam com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 (Brasil, 2014; Amazonas, 2020-2023).

Tal colocação de necessidade de cobertura de suporte no transporte de urgência e emergência aos pacientes dos 49 municípios, também se caracteriza em consulta ao estabelecimento por Região de Saúde no Amazonas, onde se identifica a centralização do serviço na Região do Entorno, Manaus e Alto Rio Negro com 114 unidades, em seguida Alto Solimões com 14 unidades, Rio Negro e Solimões com 3 unidades, médio e Baixo Amazonas com 2 unidades, conforme observado na Tabela 12, em consulta ao CNES.

Tabela 7. Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área da Urgência – SAMU por Região de Saúde

Tipo de Estabelecimento	13001 Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	13002 Rio Negro e Solimões	13004 Médio Amazonas	13005 Baixo Amazonas	13009 Alto Solimões	Total
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	114	3	2	2	14	135
Total	114	3	2	2	14	135

Fonte: CNES 2023

4.8.6 Sistemas Logísticos – Prontuário unificado do paciente e os sistemas de informação do SUS

Dentro do Sistema Logístico, como componente na RAO, cumpre-se destacar sobre a importância de uma tecnologia de informação integrada no sistema de identificação do paciente e acompanhamento destes no seguimento oncológico. No Amazonas, ao analisar os Planos de Saúde e as Resoluções da CIB/AM no período de 2012 a 2023, não se identificou informações sobre um mecanismo de integração de informações do usuário na trajetória da RAO (Amazonas, 2020-2023).

Isto posto, duas proposições são válidas em realizar uma discussão: 1. prontuário eletrônico do paciente oncológico ou paciente SUS na Rede de Atenção; 2. A inserção das informações nas plataformas do DATASUS pelas unidades de saúde em todo o Amazonas e a integração das informações (Amazonas, 2020, p. 118 e 184, 262).

A jornada do paciente não só oncológico, mas de todo paciente na RAS no SUS, é caracterizada pela fragmentação das informações sobre seu tratamento que não são contínuas na linha de cuidado de um ponto a outro na RAS, o que incorre na dificuldade em otimizar a admissão de pacientes oriundos de outros níveis de atenção e/ou unidades da mesma complexidade, bem como, vindos de serviços complementares no seguimento do tratamento do câncer.

Cada vez mais tem-se discutido sobre a inserção de tecnologias de integração de informações na área de saúde como ferramenta de gestão e de acesso às informações aos pacientes e profissionais, com o objetivo de reduzir os desperdícios, melhorar a qualidade e a resolutividade das informações de forma a aperfeiçoar o sistema logístico na RAS integrando todos os níveis de atenção.

Nesse sentido, Santos e seus colaboradores (2024), assim se referem ao Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP na RAS:

O PEP na RAS e toda rede de saúde traz melhoria no processo de cuidar, comunicação entre os profissionais de diversas áreas, integração dos dados para análises clínicas, realização de estudos e comparações de resultados. Saindo do tradicional prontuário de papel e aderindo à evolução tecnológica (Santos *et al.*, 2024, p. 25).

Quanto à capacitação dos profissionais no município para a melhoria das informações nos sistemas de informação (CNES, SIA/SUS, SIH/SUS, TABWIN, FPO, SIGTAP), segundo o RAG (2022; 2023 p. 115), a tarefa foi executada, contudo, no decorrer desta pesquisa durante a coleta de dados, verificou-se muitos tópicos da rede assistencial sem informação atualizadas nos sistemas de informação do DATASUS.

4.8.7 Regulação - implantação dos processos regulatórios (protocolos de acesso e de serviços na atenção oncológica)

O componente Regulação na RAO, tem o objetivo de organizar, qualificar a demanda e a assistência prestada e estabelecer a equidade dos serviços ofertados, principalmente os que estão inseridos em unidades com maior densidade tecnológica. A Regulação também corrobora para o monitoramento e avaliação das ações pactuadas entre os gestores interfederativos. As implementações com relação à Regulação no Amazonas têm início a partir da década de 2010 a partir da instituição das legislações pertinentes (Pacto da Saúde, 2006; Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que estabelece a Política Nacional de Regulação do SUS).

Atualmente, no fluxo regulado para os pacientes oncológicos tem-se avançado com os protocolos de encaminhamento regulado dos usuários nos seguimentos: da atenção básica aos serviços especializados (consultas, procedimentos e exames) no âmbito do suporte ao diagnóstico ambulatorial e terapêutico; da atenção secundária a alta complexidade com vistas à admissão na Unidade de Referência e tratamento oncológico.

Na página do Complexo Regulador do Amazonas⁵⁶ - CR, verifica-se os protocolos de acesso referentes as especialidades oncológicas na RAO no Amazonas com a indicação dos motivos para o encaminhamento, prioridade para a regulação, contrarreferência e classificação de risco.

O trajeto regulado permite a organização e encaminhamento dos pacientes ao próximo ponto de atenção, contudo, muitas queixas de pacientes se dão em virtude da demora para a autorização das consultas/exames principalmente na atenção secundária que é o nível de atenção para investigação e confirmação diagnóstica, etapa de extrema importância no rastreamento do câncer e que se executado em tempo oportuno ao paciente, este terá desfechos mais positivos no seguimento oncológico.

Os protocolos de acesso regulado na atenção especializada voltados para linha de cuidado dos pacientes em rastreamento dos cânceres de mama, colo do útero e tratamento de lesões precursoras descritos no protocolo de acesso do CR/AM, são: consulta em mastologia – geral código sia/sus – 03.01.01.007-2; cintilografia de mama código sia/sus: 02.08.09.003-7; mamografia - código sia/sus: 02.04.03.003-0; USG Mama Bilateral Código Sia/Sus: 02.05.02.009-7; voltados para o câncer de colo do útero: colposcopia - código SIA/SUS: 02.11.04.002-9; USG Pélvica Ginecológica e transvaginal código sia/sus: 02.05.02.016-0 (Amazonas, 2020).

A biópsia/exérese de nódulo de mama – código SAI/SUS: 02.01.01.056-9 e a conização (exérese da zona de transformação do colo uterino)⁵⁷ – código SIA/SUS: 04.09.06.008-9, constantes na Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014, sobre o SRC e o SDM não foram identificadas no Protocolo de Acesso às Consultas e Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade Revisado em janeiro/2020, todavia, os dois últimos protocolos podem já estar ativos no fluxo assistencial, porém, não atualizados na plataforma do Complexo Regulador (Amazonas, 2020).

Tomando-se como exemplo as conizações, com código no SIGTAP 04.09.06.008-9 (exérese da zona de transformação do colo uterino), ao consultar o relatório de produção ambulatorial do SIA/SUS (tabela 8), identifica-se somente resultado para Manaus com o

⁵⁶ Todos os exames e consultas oferecidos pelo SUS nas especialidades médicas são marcados via sistema, obedecendo às cotas e tetos destinados a cada unidade de saúde.

⁵⁷ Consiste na retirada da zona de transformação ectocervical, por meio da cirurgia de alta frequência e com profundidade máxima de 01 cm. Possui objetivo terapêutico, sendo realizado ambulatorialmente, sob anestesia local e visão colposcópica. Recomendada para o tratamento de lesões pré-invasivas diagnosticadas por biópsia prévia ou como parte do método ver e tratar quando a zona de transformação está completamente visível e situada na ectocérvice (a junção escamocolumnar deve estar localizada na ectocérvice ou no orifício externo do canal endocervical - zona de transformação tipo 1.

quantitativo de 23 procedimentos realizados no ano de 2023, em contrapartida, as conizações são realizadas em grande escala na FCECON como informa o departamento de comunicação da unidade em 2022: Em 2021, a FCECON realizou 548 conizações (FCECON, 2024). A primeira constatação nos revela um diagnóstico situacional da RAO de centralização na capital num estado com 62 municípios e onde o câncer do colo do útero é predominante na população, a segunda é a de que as informações no DATASUS, não estão atualizadas na plataforma, o que deve ser analisado em estudos futuros sobre o tipo de procedimento e a unidade de execução.

Tabela 8. Procedimentos aprovados segundo Município. Procedimento: 0409060089 – Excisão Tipo I do Colo Uterino. 2023

Município	Quantidade Aprovada
130260 Manaus	23
Total	23

Fonte: SIA/SUS.

Tabela 9. Procedimentos aprovados segundo Município. Procedimento: 0409060305 – Excisão Tipo II do Colo Uterino. 2023

Município	Quantidade aprovada
130260 Manaus	242
130340 Parintins	01
Total	243

Fonte: SIA/SUS.

Evidencia-se a FCECON como única unidade que executa o procedimento de conização em Manaus, o que reforça a necessidade de ampliação da execução do serviço e que seja regulado e informado nos sistemas de informação do SUS:

A FCECON é a unidade referência no Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização da conização em todo o Amazonas. O procedimento é uma pequena cirurgia que retira as lesões pré-malignas do colo do útero, causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV), detectadas no exame preventivo, evitando que evoluam para o câncer. (Amazonas, 2024).

Neste cenário, a FCECON, coordena junto à SES, o Projeto para realização de Conizações – Cepcolu - Centro Avançado de Prevenção do Câncer do Colo do Útero do Amazonas, está sendo construído anexo à Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado

do Amazonas. O Centro será referência para realização de conizações no Estado, na prevenção do câncer de colo uterino, sua estrutura contará com “quatro salas cirúrgicas, quatro consultórios para as conizações e um anfiteatro, onde serão ministrados cursos, treinamentos, habilitação e qualificação de profissionais de saúde nas patologias do trato genital inferior. A área construída será de 761,25 metros quadrados”. Segundo a gerente do serviço de Ginecologia da FCEcon, ginecologista Mônica Bandeira, o Cepcolu funcionará como um hospital-dia, onde as pacientes farão a conização e terão alta no mesmo dia.

Sobre os protocolos de acesso para a atenção terciária na RAO, os documentos identificados nos Protocolos no CR, em consultas especializadas (oncologia), foram: 1. Consulta em cirurgia – cabeça e pescoço; consulta em cardiologia; consulta em mastologia, consulta em neurologia cirúrgica; consulta em ortopedia; consulta em quimioterapia – primeira vez; consulta em ginecologia; critérios para agendamento no SISREG para oncologia clínica FCECON. A SES, no PES 2020-2023, destaca a necessidade de mais serviços oncológicos serem regulados na RAO (Amazonas, 2020). Verifica-se que as cirurgias oncológicas também não estão reguladas.

É oportuno ressaltar aqui, que a continuidade da coleta e análise dos componentes, urgência e emergência, linha de cuidado e governança, são importantes para a amplitude da compreensão da RAO, devendo ser objetivo de estudo futuro da pesquisadora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou rever as contribuições teóricas sobre a Política de Saúde e de Atenção Oncológica no Amazonas, destacando Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, ao mesmo tempo em que registra os vazios assistenciais na atenção oncológica nas demais regiões de saúde do estado, sua evolução e principais ações na implementação da RAO no período temporal de 2013 a 2023. À luz do referencial teórico, foi descrita a implementação da RAO no estado do Amazonas com base nos componentes da RASPDC, atenção básica, sistemas de apoio, sistemas logísticos e regulação, atenção secundária e terciária.

A análise dos documentos, resoluções da CIB/AM e dos planos estaduais de saúde, bem como da coleta de dados de informações nos sistemas de informação do SUS, demonstraram que as implementações das ações na atenção oncológica enquanto rede de atenção à saúde

dentro da lógica de integralidade dos serviços nasce com a evidência da tripla carga de doenças e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis.

Nesse contexto as legislações buscam e estabelecem diretrizes para a instituição da RAO nos estados e municípios, onde descreve-se com principais normativas voltadas para a RAO: Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013, institui a PNPCC na RASPDC; Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013 (QualiCito); Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014 (SRC e SDM); Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014 (RASPDC); Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 (organização, avaliação e planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia).

O estudo possibilitou compreender a RAO no Amazonas enquanto estrutura dos componentes físicos, suas fragilidades e potencialidades na distribuição dos serviços oncológicos.

Na atenção básica foi possível identificar a alta cobertura dos cadastros dos usuários em relação à população de Manaus, com média de 77,79%, em 2023, contudo, quando verificamos o índice de desempenho que avalia a proporção de mulheres que realizaram a coleta do citopatológico no período de 2023, a pesquisa apontou que metade dos 12 municípios da região do Entorno, Manaus e Alto Rio Negro alcançaram a meta de 40% estabelecida como parâmetro pelo MS, os outros 6 municípios ainda não atingiram a cobertura de coleta do Papanicolau nas mulheres com faixa etária de 25 a 64 anos, o que evidencia que mesmo diante de uma cobertura positiva da AB na população, o alcance as mulheres para a realização do exame principal de rastreamento, ainda não tem sua meta alcançada.

Sendo assim, quando nos restringimos aos indicadores dos serviços de rastreamento populacional para o câncer de colo do útero, verifica-se que ainda é necessário qualificar e ampliar o alcance do público-alvo na APS, o que reforça a necessidade de organização de um modelo estruturado de convocação das mulheres indicadas para o rastreio, bem como, no seu seguimento na trajetória na RAO.

Constatamos no que concerne aos sistemas de apoio (atenção especializada) no contexto do Amazonas que desde o início das ações para implementação do SRC e SDM em setembro de 2015, contabiliza-se atualmente 10 estabelecimentos, sendo 06 na capital Manaus (Região do Entorno, Manaus e Alto Rio Negro) (Policlínica Gilberto Mestrinho, Policlínica Codajás, Policlínica Antônio Comte Telles, Policlínica João dos Santos Braga, Policlínica Castelo Branco e Hospital Getúlio Vargas,) mencionadas e 04 distribuídos nos municípios de Tabatinga, Maternidade “Enfermeira Celina Villacrez Ruiz” (Regional Alto Solimões); Tefé, Hospital Geral de Tefé (Regional Triângulo); Itacoatiara, Hospital Geral José Mendes (Regional Médio

Amazonas); Parintins, Hospital “Dr. Jofre Cohen (Regional Baixo Amazonas). Evidenciando a carência dos serviços nas demais regiões de saúde.

Outro fator que corrobora para a fragilidades na RAO, enquanto prevenção e tratamento do câncer, refere-se sobre os procedimentos de conização (Excisão Tipo II do Colo Uterino), serem realizados somente na FCECON, identificando a carência de ampliação da oferta do procedimento nos SRCs.

Nos sistemas logísticos, evidenciou-se a ausência de um sistema de informação integrado (prontuário unificado do paciente), as informações e histórico clínico do usuário é caracterizado hoje com um modelo ainda fragmentado na gestão da trajetória do paciente entre os níveis de atenção. Os sistemas de informação do DATASUS, SIA/SUS, SIH/SUS, CNES e SISCAN entre outros ainda representam muitas discrepâncias em seus relatórios, tal dificuldade é destacada pelo PES 2020-2023 por não se ter um sistema integrado: “a ausência de ferramenta única para otimizar as informações, hoje os Sistemas de Informações ainda não se integram totalmente e essa fragmentação resulta em paralelismo de ação” (PES, 2020, p. 181).

Quanto à regulação na RAO, descreve-se a busca pela melhoria do processo regulatório com elaboração de protocolos de acesso ao paciente entre os níveis de atenção, com referenciamento para a realização de procedimentos e consultas desde o rastreamento até a alta complexidade, registra-se muitos documentos de acesso já elaborados, contudo, ainda há de se consolidar a regulação de pacientes oncológicos, desde a inserção de todos os serviços que compõe a linha de cuidado. Nesse contexto, dá-se ênfase para as demais especialidades ambulatoriais de alta complexidade a serem reguladas nas Unidades de Referência em Oncologia e as cirurgias eletivas.

Na alta complexidade, referente ao ponto de atenção para tratamento do câncer na RAO, ficou evidente a necessidade de mais unidades de referência em serviços de oncologia.

Atualmente o estado conta somente com uma UNACON – Fundação Centro de Controle de Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (radioterapia, quimioterapia, cirurgia oncológica, oncologia pediátrica e cuidados paliativos), um Hospital Geral com Cirurgia de Câncer, um Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, sendo os dois últimos juntamente a FCECON componentes do Complexo Hospitalar em Oncologia com base na Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014, e aprovada pela Portaria do MS nº 2.619 de 29 de dezembro de 2016.

Diante dos critérios e parâmetros para a habilitação de Unidades com serviços para tratamento em oncologia, descritos na Portaria 140/SAS/MS de 2014, onde se considera 01 CACON/UNACON para cada 500 mil habitantes, tem-se um déficit de 05 unidades de CACON

/UNACON no estado do Amazonas. Sobre este aspecto, é mencionado no PES 2020-2023, a intenção de ampliar os serviços de cirurgias, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, por meio da habilitação de mais um serviço de UNACON na capital (AMAZONAS, 2023).

As RASPDC em sua composição e diretrizes preconiza um sistema de saúde onde os níveis de atenção se integrem e conversem entre si, em que cada vez mais se reduza a fragmentação da atenção à saúde, não só em relação ao sequenciamento e a distribuição do cuidado, mas que seja trabalhado cada vez mais a compreensão de que cada componente na RAO é importante, e que cada ação depende de sua ação anterior e tempo oportuno ao paciente pra ele não seja prejudicado no seguimento do seu tratamento.

As mudanças e as implementações na gestão da saúde corroboram para uma nova condução da execução da PNPCC no Amazonas. Assim sendo de uma forma mais humana, integral e que busca a equidade no atendimento. Contudo, as dificuldades e as fragilidades vêm e se revelam por vários fatores, tais como: a necessidade de oferta dos serviços de média e alta complexidade; distribuição da atenção oncológica em territórios distantes dos grandes centros de atenção à saúde; a fragmentação dos sistemas de informação; a pandemia da COVID-19 que retardou os atendimentos dos pacientes e agravando a condição clínica de cada um e os determinantes socioeconômicos que inferem diretamente nos processos de saúde e doença de uma população.

No Amazonas, mesmo registrando-se o IDH com alto índice de 0,7 em 2021, em contrapartida o indicador social GINI para Manaus é de 0,61, caracterizando a predominância de um território ainda com concentração de renda e desigualdades sociais importantes, o que infere diretamente no acesso à saúde em um determinado território.

Dentre as observações acerca das potencialidades na implementação da atenção oncológica no estado, tem-se a projeção da estruturação das linhas de cuidado para os cânceres de mama e o CCU com o registro da Nota Técnica nº Nota técnica nº 20/2014 – SUSAM assunto: normatização do rastreamento organizado, busca ativa, regulação da colposcopia e procedimento operacional padrão – POP; o projeto de combate ao câncer do colo do útero, idealizado pela FCECON intitulado “Ver e tratar o colo uterino”, que tem como objetivo prevenir o câncer de colo uterino, com a realização de conizações no interior do Amazonas, a fim de evitar o deslocamento das mulheres identificadas com lesões precursoras de câncer do colo uterino até a capital, também é um instrumento potencial e estratégico na luta contra o câncer.

O Projeto do Cepcolu - Centro Avançado de Prevenção do Câncer do Colo do Útero do Amazonas, que atuará na realização de consultas, conizações, treinamentos e capacitação de profissionais de saúde, proporcionará a redução do avanço do CCU no Amazonas, configurando a possibilidade de maior acesso ao procedimento que ainda é restrito no Estado, além de promover a capacitação na RAO.

As implantações dos SRCs e SDMs também são potencializadores no combate ao câncer de colo de útero e de mama, uma vez que organiza os serviços de diagnóstico e tratamento preventivos para os cânceres de colo do útero e de mama.

A inserção do Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD, no período de 2012 a 2015, também retrata um grande avanço na assistência ao paciente com câncer, compondo como suporte ao Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos da FCECON.

Sendo assim, o estudo nos possibilitou visualizar o desenvolvimento da RAO no território Amazônico a partir das normativas e diretrizes para o planejamento e gestão da política de saúde no combate ao câncer.

Nos dez anos decorridos, as fragilidades e sobrepõem as potencialidades, uma vez que é ainda latente as lacunas assistenciais na atenção oncológica no estado, com forte centralização dos serviços na capital, o que dificulta o acesso ao tratamento das populações distantes de Manaus. Foi observada também a fragmentação da comunicação referente as informações do paciente entre os níveis de atenção, não registrando-se um prontuário unificado na RAO. A ausência de dados nos sistemas de informações e a ausência de um sistema integrado, destaca a importância da inclusão de um sistema integrado.

Gostaríamos de ressaltar que o Amazonas também não tem formalizado seu Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer que é orientado pela Portaria SAES/MS nº 688, de 28 de agosto de 2023 em seu Anexo I, o que dificulta o diagnóstico das ações no Estado em cada nível de atenção e em cada componente da RAO. A elaboração do Plano Estadual, possibilitaria uma visão ampliada dos impactos das ações e seu monitoramento, colaborando para a organização contínua das necessidades e melhoria do planejamento em cada região (Silva *et al.*, 2024).

Nesse sentido, sugerimos a elaboração pelos gestores estaduais e municipais do plano estadual de oncologia do Amazonas, onde proponha a trabalhar as necessidades específicas da atenção oncológica com o olhar voltado para a nossa região e suas peculiaridades.

Em suma, a organização da RAO no Amazonas apresenta necessidade de melhor distribuição e ampliação dos serviços nas regiões de saúde, melhoria dos serviços de informação

do paciente e efetivação das ações iniciadas, mas não consolidadas perante as diretrizes das normativas nacionais.

As limitações no decorrer da pesquisa se deram por falta informações, a exemplo de informações de produção por estabelecimento; informações confiáveis dos números de procedimentos cirúrgicos realizados em oncologia.

REFERÊNCIAS

AGUIAR ZN. SUS: Sistema Único de Saúde—Antecedentes, Percursos, Perspectivas e Desafios. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015. 272 p.

ALVES AC, FREITAS IS, SANTOS MQ. Análise multitemporal da expansão urbana da cidade de Manaus, Amazonas, utilizando imagens de satélite. Geosaberes: Revista de Estudos Geoeducacionais, v. 11, n. 1, p. 305-317, 2020.

AMAZONAS _ . Secretária de Saúde do Estado. Plano Estadual de Saúde Amazonas 2012-2015 – SUSAM. Disponível em: https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/pes_2012-2015.pdf. Acesso em: 24 jun. 2024.

AMAZONAS. Amazonas em Mapas. Secretaria Executiva de Planejamento. Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação. Amazonas, 2020, p. 21. 194 p. Disponível em: https://www.selecti.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/Amazonas-em-Mapas_4a-edicao_ano-2020.pdf. Acesso em: 17 jun. 2023.

AMAZONAS. Complexo Regulador do Amazonas. Disponível em: http://regulacao.saude.am.gov.br:8080/files/Protocolo_de_Acesso_Consultas_e_EXAMES_2020.pdf. Acesso em: Acesso em: 16 de abril de 2024.

AMAZONAS. Constituição Estadual (1989). Constituição do Estado do Amazonas. Manaus, AM: Assembleia Legislativa, 2018, p.139.

AMAZONAS. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas. Relatório Anual de Gestão. Manaus, AM: FCECON, 2019. Disponível em: <<http://www.fcecon.am.gov.br/2019/files/documentos/Relatorio%20Anual%20de-%20Gestao%202019.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2023.

AMAZONAS. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas. Relatório Anual de Gestão. Manaus, AM: FCECON, 2022. Disponível em: <http://www.fcecon.am.gov.br/wp-content/uploads/2023/05/Relatorio-de-Gestao-2022.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2024.

AMAZONAS. Governo do Estado e Prefeitura de Manaus. Regulamento Operacional das Centrais de Regulação de Consultas e Exames Especializados em Manaus: Construindo o Sistema de Regulação do Amazonas. Manaus, jun. 2010. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/regulacao/adm/imgeditor/file/arquivos_reg/Portaria_regulamento.pdf>. Acesso em: 14 maio 2023.

AMAZONAS. Resolução CIB/AM nº 025/2017 de 24 de abril de 2017. Dispõe sobre a Habilitação de 6 (seis) Estabelecimentos de Saúde como Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero - SRC dos municípios estratégicos do Estado do Amazonas. Diário Oficial, 2017.

AMAZONAS. Resolução CIB/AM nº 056/2014 de 30 de maio de 2014. Dispõe sobre a Habilitação de Laboratórios tipos I e II pela Qualificação Nacional em Citopatologia – QUALICITO do Estado do Amazonas. Diário Oficial, 2014.

AMAZONAS. Resolução CIB/AM nº 075/2015 de 26 de outubro de 2015. Dispõe sobre a formação de Complexo Hospitalar em Oncologia constituído pela FUNDAÇÃO DE CONTROLE EM ONCOLOGIA NO AMAZONAS - FCECON, habilitada como UNACON, e das habilitações do INSTITUTO DE MAMA DO AMAZONAS - SENSUMED, como serviço de Radioterapia e HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - HUGV, como Hospital Geral com Cirurgia de Câncer do Estado do Amazonas. Diário Oficial, 2015.

AMAZONAS. Resolução CIB/AM nº 096/2014 de 28 de julho de 2014. Dispõe sobre a Habilitação do Hospital Santa Júlia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, com serviço de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica. Diário Oficial, 2014.

AMAZONAS. Resolução CIB/AM nº 260/2023 AD Referendum de 04 de julho de 2023. Dispõe sobre aprovação da Proposta de Projeto nº 06023.708000/1230-12 para aquisição de 01 (um) Acelerador Linear de Fótons e Elétrons (dual 10 MV) para a FCECON - Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas. Diário Oficial, 2023.

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Departamento de Gestão de Recursos Humanos. Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Grupo Técnico para Elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente do Amazonas. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Amazonas – Brasil 2020 – 2023.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde Do Amazonas – SUSAM. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA/Manaus. Complexo Regulador do Estado do Amazonas. Protocolo de acesso às consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. 2020. Disponível em: http://regulacao.saude.am.gov.br:8080/files/Protocolo_de_Acesso_Consultas_e_EXAMES_2020.pdf. Acesso em: 16 de junho de 2024.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA – Manaus. Complexo Regulador do Estado do Amazonas. Protocolo de Acesso às Consultas e Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade. Revisado em janeiro de 2020. Disponível em: http://regulacao.saude.am.gov.br:8080/files/Protocolo_de_Acesso_Consultas_e_EXAMES_2020.pdf. Acesso em: 25 jun. 2024.

AMAZONAS. Secretária de Saúde do Estado, Secretária Municipal de Saúde, Complexo Regulador do Amazonas. Protocolo de Acesso a Consultas e Exames / Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta complexidade. Manaus, 2020. 183p.

AMAZONAS. Secretária de Saúde do Estado. Plano Estadual de Saúde Amazonas 2016-2019 – SUSAM. Disponível em: https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/pes_2016-2019_ver_ini.pdf. Acesso em: 12 maio 2023.

AMAZONAS. Secretária de Saúde do Estado. Plano Estadual de Saúde Amazonas 2020-2023 – SUSAM. Disponível em: https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/pes_2020-2023_ver_ini.pdf. Acesso em: 24 jun. 2024.

ARRETCHE, Marta TS. Tendências no estudo sobre avaliação de políticas públicas. Terceiro Milênio: Revista Crítica de Sociologia e Política, v. 1, n. 1, p. 126-133, 2013.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, p. 331-345, 2003.

BARRETO, Sara Souza et al. Novas Políticas De Prevenção Para O Câncer De Colo De Útero: Uma Perspectiva Futura No Estado Do Amazonas–Revisão De Literatura. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 5, p. 2532-2543, 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil 2020. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120p. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> >. Acesso: 17 jun. 2023.

BRASIL. Lei 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. Brasília, 1990. 15p. Disponível em: < https://conselho.saude.gov.br/web_confmundo/docs/l8080.pdf >. Acesso em: 17 jun. 2023

BRASIL. Lei n. 11.638, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Lei n. 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o estatuto da Pessoa com câncer e dá outras providências. Brasília. DF: Diário Oficial da União, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Amazonas deve ter 1800 casos de câncer do colo de útero até 2026. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/amazonas/2023/marco/amazonas-deve-ter-1800-casos-de-cancer-do-colo-de-utero-ate-2026>. Acesso em: 16 junho 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Amazonas deve ter 1800 casos de câncer do colo de útero até 2026: SUS oferece gratuitamente exames preventivos para identificar as lesões iniciais que podem evoluir para a doença. Ministério da Saúde, 14 de jul. 2023. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/amazonas/2023/marco/amazonas-deve-ter-1800-casos-de-cancer-do-colo-de-utero-ate-2026> >. Acesso em: 29 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Amazonas deve ter 1800 casos de câncer do colo de útero até 2026: SUS oferece gratuitamente exames preventivos para identificar as lesões iniciais que podem evoluir para a doença. Publicado em 20/03/2023 11h21 Atualizado em 20/03/2023. Disponível em: Amazonas deve ter 1800 casos de câncer do colo de útero até 2026 – Ministério da Saúde (www.gov.br). Acesso em 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10am.def> >. Acesso em: 13 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10am.def> >. Acesso em: 13 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer do colo do útero: exame para detecção é oferecido no SUS - Risco de desenvolvimento do câncer é de aproximadamente 30% se as lesões não forem avaliadas e tratadas. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/09/cancer-do-colo-do-utero-exame-para-deteccao-e-oferecido-no-sus#:~:text=Segundo%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da,tratamento%20adequados%20nos%20casos%20confirmados.%20Acesso%20em:%2021%20jun.%202024>. Acesso em: 21 de junho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Ministério da Saúde, 3. ed. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: 2011, 28 p. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf >. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil 2023. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2022. 160 p. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf> >. Acesso em: 17 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos. Bio Manguinhos. Notícias e Artigos. Última atualização: 22 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2010, 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 4/2022 – SAPS/MS. Secretaria de Atenção Primária. Indicador de Desempenho 4. Proporção de mulheres com coleta de Citopatológico na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil. Diário Oficial da União, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.614, de 29 de Dezembro de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt2614_29_12_2016.html>. Acesso em: 13 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 13 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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. Brasília, 2005 (revogada pela portaria Nº 874/GM/MS DE 16.05.2013). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 13 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 17 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.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). Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. Brasília, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 13 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao> >. Acesso em: 08 jan 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. Manual Técnico Operacional SIASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília, mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006, 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rede de atenção oncológica: portfólio informativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria 140, de 25 de fevereiro de 2014. 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). Brasília, 2014. Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html >. Acesso em: 12 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Especializada a Saúde. Portaria SAES/MS n. 1.399, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília, 2019. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria_1399_17dez2019.pdf >. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em < <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> >. Acesso em: 13 maio 2023.

BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009-Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.614 de 29 de dezembro de 2016. Habilita o Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV como Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, o Instituto de Mama do Amazonas - SENSUMED como Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar e o Hospital da Fundação Centro de Controle de Oncologia/FCECON como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON. Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2013.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Método e aplicações da abordagem direito e políticas públicas (DPP). *Rei-Revista estudos institucionais*, v. 5, n. 3, p. 791-832, 2019.

CAPELLA, A. C. N. *Formulação de Políticas*. Brasília: Enap, 2018. 151 p.: il.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. IN.: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. *Políticas públicas no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

CASANOVA, A. O. *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1209-1224, 2017.

CELLARD, A. Análise documental. In: POUPART, J et al. (Orgs.). *A Pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio et al. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro. Vol. 52 (2014), p. 114-124, 2014.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 01 de junho de 2024.

COHN, A. As políticas de abate social no Brasil contemporâneo. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, p. 129-160, 2020.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-de-saude/>. Acesso em: 12 de maio de 2024.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10am.def>. Acesso em: 13 maio de 2023.

DE ARAÚJO, R. G. M. et al. Políticas públicas baseadas em evidências na área da saúde mental: uma releitura das capacidades estatais técnicas, burocráticas e políticas, em especial na região do Amazonas. 2022.

Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2604-ministerio-da-saude-apresenta-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil>. Acesso em: 19 jan 24.

DOLZANE, Rozenila da Silva; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, p. e00288120, 2020.

DOMINGOS, I. M.; GONÇALVES, R. M. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e teoria do direito (RECHTD), v. 11, n. 1, p. 99-108, 2019.

DOMINGOS, Isabela Moreira; GONÇALVES, Rubén Miranda. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e teoria do direito (RECHTD)**, v. 11, n. 1, p. 99-108, 2019.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde Debate. v. 42, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?format=pdf>.

FCECON. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas. Relatório Anual de Gestão, 2022.

FCECON. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas. Relatório Anual de Gestão, 2023.

FCECON. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas. Amazonas reduz tempo entre diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama, destaca Fcecon. Disponível em: <https://www.fcecon.am.gov.br/amazonas-reduz-tempo-entre-diagnostico-e-inicio-do-tratamento-do-cancer-de-mama-destaca-fcecon/#:~:text=Os%20Servi%C3%A7os%20de%20Diagn%C3%B3sticos%20de,Novembro%2C%20zona%20Centro%2DSul>. Acesso em: 01 de junho de 2024.

FCECON. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas. Governo do Amazonas inicia obras do Centro Avançado de Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Disponível em: <https://www.fcecon.am.gov.br/governo-do-amazonas-inicia-obras-do-centro-avancado-de-prevencao-do-cancer-do-colo-do-uterio/>. Acesso em: 25 de junho de 2024.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://historiadocancer.coc.fiocruz.br/linhadotempo/index.htm>. Acesso em: 23 de janeiro de 2023.

FRIESTINO, J. K.O. et al. Organização dos Serviços de Saúde para Assistência de Crianças, Adolescentes e Adultos Jovens com Câncer: Região Oeste de Santa Catarina. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 68, n. 3, 2022.

GADELHA, M. I. P. A Assistência Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 29º de junho de 2018. 64(2):237-45. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/83>

GALDINO, M. C.; ANDRADE, M. E. M. C. Aderência dos orçamentos dos estados brasileiros à luz da teoria do equilíbrio pontuado. *Revista do Serviço Público (RSP)*. Brasília 71 (4) 809-832 out/dez. 2020.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. de O. da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1225-1234, 2017.

GARNELO, Luiza et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 81-99, 2018.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L.V.C., eds. Políticas e sistema de saúde no Brasil. [online]. E-BOOK. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. ISBN: 978-85-7541-349-4. 2.377p.

GOMES, J. F.de F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 45, p. 1199-1213, 2021.

GOTTEMS, L. B. D. et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 2, p. 511-520, 2013.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, p. 1017-1025, 2005.

HALL, P.A.; TAYLOR, R.C.R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova: revista de cultura e política*, p. 193-223, 2003.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar em revista*, n. 25, p. 127-141, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Projeção da População. Amazonas, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>. Acesso em: 10 mai. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>. Acesso em: 12 de maio de 2023.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Qualidade do exame citopatológico do colo do útero - O exame citopatológico é o método do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/dados-e-numeros/qualidade-do-exame-citopatologico-do-colo-do-uterio>. Acesso em: 16 de abril de 2024.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Onde tratar pelo SUS - Todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia, onde o paciente de câncer encontrará desde um exame até cirurgias mais complexas. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/onde-tratar-pelo-sus>. Acesso: 23 de junho de 2024.

JUNIOR, E.B.L. et al. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. *Cadernos da FUCAMP*, v. 20, n. 44, 2021.

KADRI, M. R. A regionalização da saúde: o caminho para o sus em todos os territórios?. *Hygeia*. v. 15, n. 33, p. 67-76, 2019.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação e avaliação de políticas públicas: intersecções, limites e continuidades. *IN.: Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil / organizadora, Gabriela Lotta. -- Brasília: Enap, 2019. p.214. 324 p.*

MA, J.; LEMOS, M. A. C.; VIEIRA, D. M.. How is the Advocacy Coalition Framework Doing? Some Issues since the 2014 Agenda.. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, nº 32, p.7-42, 2020. DOI: 10.1590/0103-335220203201

MARTINS, S.M. Morte por Câncer e Doença Cardiovascular entre Dois Brasis. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 114, p. 207-208, 2020.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em debate*, v. 42, p. 38-51, (p.43). 2018.

MELO, G. Z. S. et al. Organização da rede de atenção à saúde no estado do Amazonas-Brasil: uma pesquisa documental. *Cienc. Cuid. Saude*, v. 17, n. 3, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde*, 2011.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Saúde debate*, v. 52, p. 38-49, 2014.

MIGOWSKI A.; ATTY A. T. de M.; TOMAZELLI JG, D. M. B. K; JARDIM, B.C. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 29º de junho de 2018[citado 30º de maio de 2023];64(2):247-50. Disponível em: < <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/84> >. Acesso em: 30 maio 2023.

NICIDA, L. R.de A. História da política de prevenção e controle do câncer no Amazonas: a criação do Centro de Controle de Oncologia – CECON, 1974. In: SCHWICKARDT, J. C. et al. *História da Política Pública de Saúde na Amazônia*. 1. Ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p.214 (Série Saúde & Amazônia).

OLIVEIRA, Cristiane Fernandes de. Água e saneamento básico em Manaus, Amazonas-Brasil: valoração econômica em serviços de utilidade pública. *Geografia em Questão*, Cascavel, v. 4, n. 2, p. 181-196, 2011.

OLIVEIRA, N. R. C., et al. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. 2015.

OLIVEIRA, N. R. de C., et al. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. *UMA-SUS*. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2016. 54f. p.17.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-

Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2). ISBN: 978-85-7967-065-. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18457/9788579670657_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 jun 2023.

PAIM, J. S., et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 21, p. 15-36, 2014.

PASCHE, D. F. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: PINHEIRO, R. et al. (org.) *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. 2013. p. 83-84.

PEITER, C. C.; LANZONI, MELO, G. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 63-73, 2016.

PIB. Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação do Amazonas. Produto Interno Bruto. 2021.

PINHEIRO, R.; NETO, J. S. M.; TICIANEL, F. A.; SPINELLI, M. A. S. *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação* /, Maria Angélica dos Santos Spinelli, organizadores. – Rio de Janeiro: UERJ/ IMS /CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, 2013

REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA - Biblioteca Virtual em Saúde MS. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/atencao_oncologica_port.pdf. Acesso em: 13 de maio de 2023.

RESENDE, G. M. Avaliação de políticas públicas no Brasil: uma análise de seus impactos regionais. Rio de Janeiro: Ipea, 2014. v. 1: il., mapas.

RIBEIRO, G. M. de A. O Sistema Único de Saúde ante as perspectivas da terceirização administrativa. 2018. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, 2020.

SANTOS, I. F.; GABRIEL, M.; MELLO, T. R. C. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. *Revista Humanidades e Inovação*. v. 7, n. 5. 2020.

SANTOS, J. S.; PEREIRA, A. S. B.; ARAÚJO, C. S., CASTRO, R. A. de; Costa, V. G. L. Prontuário Eletrônico do Paciente e as Redes de Atenção à Saúde. *Revista Amor Mundi*. 5(1), 23–29. 2024.

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, Á. W. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 2, 2012.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 897-908, 2004.

SCHWEICKARDT JC, FERLA AA, LIMA RTS et al. História e política pública de saúde. 1.ed., Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

SCHWEICKARDT, J. C.; MARTINS, L. R. História das Políticas de Saúde no Amazonas: da zona Franca ao SUS, 1967-1990. In: SCHWEICKARDT, J.C; FERLA, A.A.;LIMA, R.T.S.;KADRI, M.R.. (Org.). História e Política Pública de Saúde na Amazônia. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, 2017, v. 1, p. 17-42.

SEINFRA. Secretaria de Estado e Infraestrutura. Disponível:

<https://www.seinfra.am.gov.br/casamata-ampliara-servico-de-radioterapia-na-fcecon/>. Acesso em: 24 de junho de 2024.

SILVA, A. R. da. Ensaio sobre rastreamento do câncer de mama no Sistema Único de Saúde (SUS). 2024. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024. doi:10.11606/T.96.2024.tde-18042024-151652.

SILVA, D. T. E., saúde e trabalho durante a Era Vargas. *Em Tempo de Histórias*, v. 1, n. 33, p. 190-213, 2018.

SILVA, M. J. S. da; OSORIO -DE-CASTRO, C. G. S. Estratégias adotadas para a garantia dos direitos da pessoa com câncer no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 399-408, 2022.

SILVA, M. J. S., et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 63, n. 3, p. 177-187, 2017.

SILVA, M. L. A. e; LUCAS, M. M. B.; OLIVEIRA, M. L. de. Teorias do Desenvolvimento Regional: O Modelo Zona Franca de Manaus e a 4ª Revolução Industrial/ Theories of regional development: the Manaus free zone model and the 4th industrial revolution. *Informe GEPEC, [S. l.]*, v. 25, n. 2, p. 107–124, 2021. DOI: 10.48075/igepec.v25i2.26512. Disponível em: <https://saber.unioeste.br/index.php/gepec/article/view/26512>. Acesso em: 13 set. 2023.

SILVA, Mario Jorge Sobreira da; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Estratégias adotadas para a garantia dos direitos da pessoa com câncer no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 399-408, 2022.

SISAB. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. 2024. Disponível em:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>. Acesso em: 16 de abril de 2024.

SOUSA, A. B. L.; SCHWEICKARDT, Júlio César. " O Sesp nunca trabalhou com índios": a (in) visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública no estado do Amazonas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 20, p. 1635-1655, 2013.

SOUSA, G. A., et al. Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero no Amazonas: uma Análise da Prevenção ao Tratamento de Lesões Precursoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, n. 3, 2021.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Porto Alegre. *Sociologias*. Ano 8. nº 16. p. 20-45. 2006.

SPÍNOLA, P. A. C.; OLLAIK, L. G. Instrumentos governamentais reproduzem desigualdades nos processos de implementação de políticas públicas. IN.: PIRES, R. R. C. Implementando desigualdades reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas / Roberto Rocha C. Pires Organizador. - Rio de Janeiro: Ipea, 2019. 730 p.: il., gráfs., fots, mapas. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7811-353-7.

SPÍNOLA, P. A. C.; OLLAIK, L. G. Instrumentos governamentais reproduzem desigualdades nos processos de implementação de políticas públicas? In: Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. PIRES. R. R. C. Organizador. - Rio de Janeiro: Ipea, 2019. 730p. (p.330).

TEIXEIRA, L. A.; PAIVA, C. H. A. Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia. *In: História da saúde no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 430-463.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012.

TEIXEIRA L. A., FONSECA C. O. et al. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. 2007. P. 143-144.

**ANEXO A - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
NA ATENÇÃO BÁSICA DE 2013 A 2018**

Ano	Resolução n°	Normativa/Legislações	Total
2013	44	Dispõe sobre o Projeto de Implantação de 22 (vinte e dois) NASF tipo I no município de Manaus/AM.	08
	45	Dispõe sobre a Proposta que trata da Construção de 02 (duas) Unidades Básicas de Saúde Fluvial no município de Manaus/AM.	
	52	Dispõe sobre o Projeto de Vacinação contra HPV em escolares de 11 a 13 anos da Rede de Ensino do Estado do Amazonas.	
	55	Dispõe sobre a Implantação de 4 (quatro) Equipes da Estratégia Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal - ESFFSB e 3 (três) Equipes da Estratégia Saúde da Família Ribeirinha com Saúde Bucal - ESFRSB Modalidade I no Município de Manaus/AM.	
	60	Dispõe sobre Validação das Propostas de Reforma e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde dos municípios do Estado do Amazonas - ano 2013.	
	61	Dispõe sobre os Componentes Ampliação Construção e Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde dos municípios do Estado do Amazonas.	
	86	Dispõe sobre validação da relação de municípios contemplados com as Unidades Básicas de Saúde Fluviais UBSF para o Estado do Amazonas financiado em 2013.	
	107	Dispõe sobre o repasse financeiro fundo a fundo para o Fundo Municipal de Saúde do município de São Gabriel da Cachoeira/AM.	
2014	145	Dispõe sobre aprovação dos valores para operacionalização da Campanha Nacional de Vacinação contra Sarampo e complementação das campanhas de Influenza e de HPV em 2014.	02
	65	Dispõe sobre aprovação dos valores para operacionalização da Campanha Nacional de Vacinação contra Sarampo e complementação das campanhas de Influenza e de HPV em 2014.	
2018	166	Dispõe sobre Projeto de Mudança de Modalidade da Equipe de Saúde da Família para Equipe de Saúde da Família Ribeirinha Ampliada, vinculada ao CNES 6925227 para o município de Autazes/AM.	03
	111	Dispõe sobre o Projeto de Credenciamento do NASF Tipo I para o Município de Autazes/AM.	
	112	Dispõe sobre o Projeto de Credenciamento de 10 (dez) Agentes Comunitários de Saúde - ACS para o município de Autazes/AM.	
TOTAL			13

**ANEXO B - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
NA ATENÇÃO BÁSICA EM 2023 (CONTINUA)**

Resolução nº	Normativa/Legislações
291	12797479000123002/2023 para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para as Unidades Básicas de Saúde, no município de São Gabriel da Cachoeira/AM.
217	Dispõe sobre a Proposta Nº 12699291000123040 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde (Unidade Básica de Saúde Samuel Kramer) no município de Iranduba/AM
220	Dispõe sobre a Proposta Nº 12699291000123041 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde (Unidade Básica de Saúde Zuleide Vieira Bezerra) no município de Iranduba/AM.
206	Dispõe sobre a Proposta Nº 12699291000123034 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde (Unidade Básica de Saúde da Família Vitória Maria P de Souza) no município de Iranduba/AM.
207	Dispõe sobre a Proposta Nº 12699291000123033 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde (Unidade Básica de Saúde da Família Artur Freire da Cunha) no município de Iranduba/AM.
208	Dispõe sobre a Proposta Nº 12699291000123036 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde Jandira Caldeirão no município de Iranduba/AM.
210	Dispõe sobre a Proposta Nº 12699291000123037 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde Dr. Celso Clementino da Silva no município de Iranduba/AM.
211	Dispõe sobre a Proposta Nº 12699291000123038 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde Ebenezer no município de Iranduba/AM.
212	Dispõe sobre a Proposta Nº 12699291000123039 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde Joana Miranda de Oliveira no município de Iranduba/AM
197	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 12125.6080001/23-009, a qual solicita aquisição de Equipamentos e Material Permanente para Atenção Básica em Saúde Bucal do município de Manaquirí/AM.
198	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 12699.2910001/23-047, na qual solicita recursos para aquisição de Unidade Odontológica Móvel para o município de Iranduba/AM.
199	Dispõe sobre a Proposta Nº 12699291000123026 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde (Centro de Saúde Dr. Lourenço Borghi) no município de Iranduba/AM.
200	Dispõe sobre a Proposta Nº 12699291000123028 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde (Posto Lago do Limão) no município de Iranduba/AM.

**ANEXO B - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
NA ATENÇÃO BÁSICA EM 2023 (CONTINUAÇÃO)**

201	Dispõe sobre a Proposta N° 12699291000123029 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde (UBS Dona Matilde Nerys de Souza) no município de Iranduba/AM.
202	Dispõe sobre a Proposta N° 12699291000123030 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde (UBSF Evandro da Costa Progenio) no município de Iranduba/AM.
203	Dispõe sobre a Proposta N° 12699291000123032 que trata de aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde (Unidade Básica de Saúde da Família Antônio Alves de Lima) no município de Iranduba/AM.
191	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 12699291000123042, na qual solicita a aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Hospitalar do município de Iranduba/AM
192	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 12698.436000/1230-008 para Aquisição de Equipamentos- UBS Adélia Bendaham, no município de Careiro/AM.
173	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 12125.6080001/23-006, a qual solicita Aquisição de Unidade Móvel de Saúde - Transporte Eletivo para o município de Manaquirí/AM
160	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 13701.5150001/23-004, na qual solicita aquisição de Unidade Móvel de Saúde - Ambulância Tipo A Remoção Simples e Eletiva para o município de Careiro da Várzea/AM
163	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 13701.5150001/23-004, na qual solicita aquisição de Unidade Móvel de Saúde - Ambulância Tipo A Remoção Simples e Eletiva para o município de Careiro da Várzea/AM
149	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 12698.436000/1230-007 para Aquisição de Equipamentos- UBS Josias Lira, do município de Careiro/AM.
150	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 13701.5150001/23-005, na qual solicita aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde da Família DR. ANTONIO RENIER CUNHA DANTAS do município de Careiro da Várzea/AM.
155	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 12698.436000/1230-04 para Aquisição de Unidade Móvel de Saúde (Ambulância tipo A), para o município de Careiro/AM.
145	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 13701.5150001/23-006 -, na qual solicita aquisição de Unidade Móvel de Saúde - Transporte Eletivo em Saúde. para o município de Careiro da Várzea/AM.
147	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 12698.436000/1230-01, na qual solicita aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde do município de Careiro/AM.
148	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 12698.436000/1230-02, na qual solicita aquisição de Unidade Móvel de Saúde para o município de Careiro/AM.
119	Dispõe sobre de aprovação da proposta 12804.3430001/23-011 -, visando à aquisição de equipamentos e material permanente para as Unidades Básicas de Saúde do município de Presidente Figueiredo/AM.

**ANEXO B - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
NA ATENÇÃO BÁSICA EM 2023 (CONCLUSÃO)**

102	Dispõe sobre de aprovação da proposta nº 13284.0150001/23-025 a qual solicita recurso financeiro para custeio da Atenção Especializada (Equipamento e Material Permanente) para o município de Rio Preto da Eva/AM.
97	Dispõe sobre aprovação da Proposta Nº 13706.1570001/23-002 R\$ 323.812,00 (trezentos e vinte e três mil oitocentos e doze reais) que solicita aquisição de Unidade móvel de saúde (Ambulância Tipo A – Remoção Simples e Eletiva) para o município de Barcelos/AM.
100	Dispõe sobre aprovação da Proposta Nº 13706.1570001/23-003 que solicita aquisição de Unidade Móvel de Saúde (Transporte Eletivo) para o município de Barcelos/AM.
TOTAL	49

**ANEXO C - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE 2014 A 2023 (CONTINUA)**

Ano	Resolução nº	Normativa/Legislações	Total
2014	142	Dispõe sobre o Credenciamento de Novos Leitos de UTI Adulto Tipo II e Pediátrico Tipo III no Hospital Santa Júlia/AM.	02
	96	Dispõe sobre a Habilitação do Hospital Santa Júlia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, com serviço de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica.	
2015	75	Dispõe sobre a formação de Complexo Hospitalar em Oncologia constituído pela Fundação Centro de Controle em Oncologia no Amazonas - FCECON, habilitada como UNACON, e das habilitações do Instituto de Mama do Amazonas - SENSUMED, como serviço de Radioterapia e HOSPITAL Universitário Getúlio Vargas - HUGV, como Hospital Geral com Cirurgia de Câncer do Estado do Amazonas.	02
2017	25	Dispõe sobre a Habilitação de 6 (seis) Estabelecimentos de Saúde como Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero - SRC dos municípios estratégicos do Estado do Amazonas.	
2020	25	Dispõe sobre habilitação da UPA 24h José Rodrigues, em Manaus.	01
2021	285	Dispõe sobre aquisição de equipamentos e materiais permanentes para Unidade de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas.	05
	198	Dispõe sobre a solicitação de habilitação de leitos de suporte ventilatório pulmonar no município Careiro/AM.	
	166	Dispõe sobre a Construção de uma Unidade Hospitalar no município de Autazes/AM, através de Emenda Parlamentar	
	119	Dispõe sobre Habilitação de Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19, na Unidade Hospitalar do município de Presidente Figueiredo/AM.	
	28	Dispõe sobre Habilitação de Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo de pacientes da Covid-19 nas Unidades Hospitalares dos municípios de Careiro castanho e Autazes/AM.	

**ANEXO C - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE 2014 A 2023 (CONCLUSÃO)**

2022	82	Dispõe sobre solicitação de aprovação para Habilitação dos Serviços de Referência para Diagnóstico de Mama – SDM em Manaus nas Policlínicas Municipais Castelo Branco e Djalma Batista.	02
	37	Dispõe sobre habilitação dos serviços de Referência para Diagnóstico de Mama – SDM no Sistema de Apoio à implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) da Policlínica Gilberto Mestrinho na capital.	
2023	329	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 12699291000123002 para construção de Unidade de Atenção Especializada em Saúde no município de Iranduba/AM	05
	293	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 13701.5150001/23-15, de aquisição de equipamento e material permanente para a Unidade de Atenção Especializada em Saúde no município de Careiro da Várzea/AM.	
	294	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 13701.5150001/23-014, de aquisição de Unidade Móvel de Saúde, para o município de Careiro da Várzea/AM.	
	300	Dispõe sobre aprovação da Proposta 12699291000123059 a qual solicita Reforma da UBS Dr Celso Clementino da Silva no município de Iranduba.	
	260	Dispõe sobre aprovação da Proposta de Projeto nº 06023.708000/1230-12 para aquisição de 01 (um) Acelerador Linear de Fótons e Elétrons (dual 10 MV) para a FCECON - Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas	
TOTAL			17

**ANEXO D - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
DOS SISTEMAS DE APOIO DE 2014 E 2023**

Ano	Resolução nº	Normativa/Legislações	Total
2014	56	Dispõe sobre a Habilitação de Laboratórios tipo I e II pela Qualificação Nacional de Citopatologia - QUALICTO do Estado do Amazonas.	02
	58	Dispõe sobre o Plano Regional do Componente Básico de Assistência Farmacêutica para os municípios do Estados do Amazonas.	
2023	293	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 13701.5150001/23-15, de aquisição de equipamento e material permanente para a Unidade de Atenção Especializada em Saúde no município de Careiro da Várzea/AM.	01
TOTAL			03

**ANEXO E - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
DOS SISTEMAS LOGÍSTICOS DE 2013 A 2023**

Ano	Resolução nº	Normativa/Legislações	Total
2013	58	Dispõe sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 e a Central de Regulação de Urgência Manaus Metropolitan.	01
2014	48	Dispõe sobre Funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Manaus Metropolitan, Pré-hospitalar e Inter hospitalar do Estado do Amazonas/AM.	01
2019	109	Dispõe sobre Projeto Técnico de Transporte Sanitário Eletivo para o município de São Gabriel da Cachoeira/AM.	01
2023	325	Dispõe sobre aprovação da Proposta 12699291000123016 a qual solicita recurso financeiro para aquisição de Unidade Móvel de Saúde (Transporte Eletivo) para a SEMSA Iranduba/AM.	03
2023	285	Dispõe sobre aprovação da Proposta nº 178849, a qual solicita recursos financeiros emergenciais para custeio da atenção especializada - transporte aéreo de pacientes do interior do Amazonas e da capital Manaus.	
TOTAL			06

**ANEXO F - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
DO COMPONENTE DA REGULAÇÃO DE 2019 E 2020**

Ano	Resolução nº	Normativa/Legislações	Total
2019	31	Dispõe sobre Proposta do Complexo Regulador Estadual do Amazonas para organizar o processo regulatório das portas de entrada das urgências e emergências e dos leitos de Terapia Intensiva no âmbito do Estado do Amazonas.	02
	32	Dispõe sobre Proposta de Alterações no Processo de Regulação Ambulatorial das Especialidades Contempladas no Projeto Regula Mais Brasil no Estado do Amazonas.	
2020	37	Dispõe sobre Nota Técnica nº 004/2020-Complexo Regulador do Amazonas para aprovação do regramento para a depuração das “filas de espera” de Consultas e Exames Especializados no Sistema Nacional de Regulação – SISREG no Estado do Amazonas.	01
TOTAL			03

**ANEXO G- QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
DO COMPONENTE DA GOVERNANÇA DE 2013 A 2022**

Ano	Resolução n°	Normativa/Legislações	Total
2013	43	Dispõe sobre a composição dos Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde do Estado do Amazonas.	04
	53	Dispõe sobre o Termo de Cooperação Técnica Financeira nº 001/2013 celebrado entre o Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/AM e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA Manaus.	
	46	Dispõe sobre a Implantação da Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT no Estado do Amazonas.	
	53	Dispõe sobre o Termo de Cooperação Técnica Financeira nº 001/2013 celebrado entre o Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/AM e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA Manaus.	
2014	46	Dispõe sobre o Plano Regional do Componente Básico de Assistência Farmacêutica para os municípios do Estados do Amazonas.	01
2018	118	Dispõe sobre a Proposta do Cronograma do Processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) para Definição das Macrorregiões de Saúde do Amazonas e suas Diretrizes.	01
2019	2	Dispõe sobre a aprovação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, para o período 2019-2020.	03
	3	Dispõe sobre a Ampliação do Incentivo Financeiro do Serviço de Hemodiálise da Clínica PRONEFRO do Estado do Amazonas.	
	35	Dispõe sobre Termo de Compromisso N° 51 que entre si celebram o Estado do Amazonas, através da Secretaria de Estado de Saúde-SUSAMe a Prefeitura Municipal de São Gabriel da Cachoeira/AM - Gerência de Recursos e dos estabelecimentos que desenvolvem ações de Saúde de Média e Alta Complexidade no Município.	
2021	306	Dispõe sobre a atualização da composição do Grupo Condutor Estadual do Planejamento Regional Integrado (PRI) e composição do Grupo Estratégico Estadual e Grupos de Trabalho Macrorregionais do Planejamento Regional Integrado (PRI) do Estado do Amazonas.	01
2022	81	Dispõe sobre a Apresentação dos Produtos da Fase 2 - do Projeto de Regionalização em Parceria com o HAOC (Diagnóstico Situacional do PRI e Cronograma de Atividades) alinhadas ao Projeto da Portaria GM/MS 1812/2020.	01
TOTAL			12

**ANEXO H - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
DO COMPONENTE DA RAS DE 2013 A 2023**

Ano	Resolução nº	Normativa/Legislações	Total
2013	43	Dispõe sobre a composição dos Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde do Estado do Amazonas.	02
	53	Dispõe sobre o Termo de Cooperação Técnica Financeira nº 001/2013 celebrado entre o Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/AM e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA Manaus.	
2020	53	Dispõe sobre Proposta de atualização de composição dos Grupos Condutores das Redes Temáticas de Atenção à Saúde.	01
2023	359	Dispõe sobre aprovação da Proposta de nova composição do Grupo de Condução Estadual da Rede de Atenção às Condições Crônicas no Estado do Amazonas.	01
TOTAL			04

**ANEXO I - QUANTIDADE E DESCRIÇÃO DE NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES
DO COMPONENTE LINHA DE CUIDADO DE 2020 E 2022**

Ano	Resolução nº	Normativa/Legislações	Total
2021	307	Dispõe sobre Aprovação do Fluxo de Doenças da Mama do Estado do Amazonas e aprovação de Proposta de habilitação dos serviços de Referência para Diagnóstico de Mama – SDM em Manaus no Sistema de Apoio à implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) nestas unidades: Policlínica Codajás, Instituto Dona Lindu e Hospital Delphina Aziz.	01
2022	36	Dispõe sobre aprovação da Nota Técnica e do Fluxo de Rastreamento de Câncer de Colo do Útero do Estado do Amazonas.	01
TOTAL			02

ANEXO J – PLANO DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO AMAZONAS – 2016 A 2019

Atenção Básica	
Ação	Resultado
Nota Técnica para o Acompanhamento e Alimentação dos Sistemas de Informação de Base Nacional, relacionados aos Exames Preventivos e Mamografias por Telemedicina no Amazonas	Orientações para o uso adequado do SCNES e SISCAN.
Habilitação de 10 laboratórios tipo I, dentro dos critérios da Portaria nº 3.388/2013 que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer de Colo do Útero (QualiCito)	Laboratórios habilitados: Prof. Sebastião Marinho; Centro de Diagnóstico Laboratorial (CDL); Luiz Montenegro; Vital Brasil; Braz; Labnorte; Instituto de Patologia e Hematologia; UFAM e FCECON
Habilitação de 02 laboratórios tipo II como Unidades de Monitoramento Externo de Qualidade – UMEQ,	Laboratório Prof. Sebastião Marinho será responsável pela revisão em 10% do total de lâminas lidas pelos laboratórios tipo I e o CDL será responsável pela leitura dos 10% das lâminas lidas pelo Sebastião Marinho
Atenção Especializada de Média Complexidade	
Ação	Resultado
Instalação do Centro Qualificador em Ginecologia (CQG)	Inaugurado em agosto de 2015, nas dependências do Ambulatório Araújo Lima-HUGV e em dezembro desse mesmo ano concluiu a qualificação da 1ª Turma de Ginecologistas.
Elaboração do protocolo de acesso para a Colposcopia com a participação de profissionais dos três níveis de atenção.	Encaminhamento das mulheres pela atenção básica, para a realização de Colposcopia (Método Ver e Tratar), via regulação.
Habilitação dos 06 (seis) Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras de Câncer de Colo de Útero (SRCs) da capital, com base na Portaria 189/2014	Propostas enviadas pelo SAIPS aprovadas para a habilitação das seis unidades: Ambulatório Araújo Lima, Policlínicas Castelo Branco, Gilberto Mestrinho, Codajás, João Braga e Comte Telles. Aguardando publicação da Portaria e estruturação dos serviços.
Habilitação dos 06 (seis) Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras de Câncer de Colo de Útero (SRCs) do interior, com base na Portaria 189/2014	Na fase de coleta de documentos para dar entrada nas propostas de habilitação para os serviços nos hospitais dos municípios de Tefé, Manacapuru, Itacoatiara, Parintins, Tabatinga e Borba.
Atenção Especializada de Alta Complexidade	
Ação	Resultado
Habilitação do Complexo Hospitalar em Oncologia formado por: FCECON como UNACON com Serviços de Radioterapia, de Hematologia e de Oncologia Pediátrica, e agregará o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) como Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar e a SENSUMED com Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, com base na Portaria 140/2013.	Ampliação da capacidade operativa da FCECON, visando atender a demanda reprimida atual.
Habilitação Hospital Santa Júlia como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON com Serviços de Radioterapia e de Hematologia, com base na Portaria 140/2013.	Ampliação da oferta de serviços de alta complexidade em oncologia.