



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

EDIVÂNIA LÚCIA ARAÚJO SANTOS LANDIM

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO:
ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO SISTÊMICA SOB O OLHAR DAS(OS)
USUÁRIAS(OS) DO SUS NO ESTADO DA BAHIA**

Salvador/Ba
2018

EDIVÂNIA LÚCIA ARAÚJO SANTOS LANDIM

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO:
ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO SISTÊMICA SOB O OLHAR DAS(OS)
USUÁRIAS(OS) DO SUS NO ESTADO DA BAHIA**

Tese de Doutorado apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (EAUFBA), como requisito para a obtenção do grau de Doutora em Administração.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Lessa Guimarães

Salvador/Ba
2018

Escola de Administração - UFBA

L257 Landim, Edivânia Lúcia Araújo Santos.

Redes de atenção à saúde no contexto da regionalização: análise da integração sistêmica sob o olhar das(os) usuárias(os) do SUS no Estado da Bahia. – 2018.

229 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães.

Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2018.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Administração local. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Mamas - Câncer. 4. Administração dos serviços de saúde – Brasil - Descentralização. 4. Políticas públicas. 5. Saúde pública - Brasil. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 362.10981

EDIVÂNIA LÚCIA ARAÚJO SANTOS LANDIM

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO: ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO SISTÊMICA SOB O OLHAR DAS(OS) USUÁRIAS(OS) DO SUS NO ESTADO DA BAHIA

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de doutora em Administração,
Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia

Aprovada em 03 de agosto de 2018

Prof^a. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães — Orientadora
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia
Professora da Universidade Federal da Bahia

Prof^a. Dra. Luciana Dias de Lima
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^a. Dra. Bruna de Paula Fonseca e Fonseca
Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza
Doutor em Saúde Pública pelo Université de Montreal, Canadá
Professor da Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. José Lamartine de Andrade Lima Neto
Doutor em Difusão do Conhecimento pela Universidade Federal da Bahia
Professor do Instituto Federal da Bahia

Dedico esta tese aos participantes da pesquisa que voluntariamente se dispuseram a dedicar alguns minutos do seu precioso tempo para compartilhar suas histórias de vida, caminhos e descaminhos.

A todos(as) os(as) trabalhadores(as), entidades e movimentos sociais que lutam incansavelmente para que o SUS se mantenha uma política de estado inclusiva, com direito à universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde.

Ao meu marido, meu grande parceiro e companheiro de jornada, pelo carinho e incentivo para enfrentar as muitas empreitadas, inclusive o meu percurso terapêutico nessa linha de cuidado dezessete anos atrás.

Sem seu amor e apoio incondicional, dificilmente eu teria cruzado a linha de chegada. Meu amor e gratidão eternos!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus ancestrais e todos aqueles que me antecederam nesta existência, em especial aos meus pais por terem me concedido a oportunidade de experienciar essa vida, seus atalhos, sendas e caminhos. À minha madrinha, minha grande fonte de inspiração, uma mulher à frente do seu tempo, forte, liberta e irrequieta. A todos, meu profundo sentimento de gratidão.

À Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, por quem nutro grande afeto. Aos professores, mestres e doutores na arte de nos ensinar a aprender, duvidar, questionar e apreender. À minha orientadora, presente nesse percurso acadêmico desde o Mestrado Profissional, pela confiança, apoio e incentivo a buscar sempre a superação. Agradeço a presença constante e prestativa da servidora e amiga Anaélia Regina Almeida.

Aos meus colegas, pela convivência intensa e, por vezes, densa. Valeu a pena cada pedacinho da história que juntos vivemos. Um agradecimento muito especial a Sadraque Oliveira Rios. Foi uma honra tê-lo como colega e privar da sua elegante, nobre e respeitosa companhia. Uma pessoa de valor reconhece-se à distância, pois seu brilho é como um farol que ilumina e nos ajuda a atravessar mares e oceanos. Obrigada, meu amigo!

Ao Conselho de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pela diligência da doce e amável Patrícia Santiago Viana Teixeira de Souza, um anjo daqueles que a vida coloca em nossos caminhos para nos auxiliar a dissipar medos e aflições. Ao Comitê de Ética da Liga Bahiana Contra o Câncer, nas pessoas da enfermeira Stela Maria Leal Pinto Dantas e da servidora Valdeci Alvim.

Ao Hospital Aristides Maltez por ter permitido a realização do estudo empírico, pela estrutura disponibilizada e pela supervisão da atenciosa e competente Dra. Ana Cláudia Imbassai, sempre disposta a contribuir, colaborar, esclarecer. Um agradecimento caloroso à técnica de enfermagem Cleide Marques pela disposição em ajudar no processo de encaminhamento das(os) usuárias(os) para a entrevista. Foi uma ajuda e tanto!

Ao meu colega Arlindo Pitombo, parceiro da disciplina de Sistemas Complexos. Um agradecimento muitíssimo especial pelas trocas, aprendizado e por ter intermediado meu encontro com os professores José Lamartine Neto e Núbia Moura Ribeiro. Mais uma prova de que a vida sempre coloca em nosso caminho as pessoas que precisamos encontrar, para aprender e juntos somar. Obrigada professores por terem me acolhido em momento tão crucial da minha travessia nesse percurso para o doutoramento. A abertura das vossas casas, das vossas

vidas, a dedicação de vossos tempos foi uma boia para que eu pudesse emergir e nadar até terra firme.

Aos meus colegas da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), parceiros de tantas caminhadas e jornadas. Meus agradecimentos, ternos e afetuosos, à Rivia Barros, Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA); à Maria Alcina Romero e Julio Musse Calzado, ambos da Diretoria de Atenção Especializada (DAE); à Maria Claudina Gomes de Miranda (Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - DITEC); à Carlos Lima, Coordenador do Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde da SESAB; à Maria Cecília Fiais Santos (Diretoria de Projetos Estratégicos – DIPRO); à Elisa Maria Ramos Carvalho (Diretoria da Atenção Básica – DAB); à Jeane Magnavita da Fonseca Cerqueira (Diretora de Vigilância Epidemiológica - DIVEP); Maria do Carmo Galvão e Oliveira (Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental - DIVISA). Agradeço a todos(as) por acolher esse estudo, facilitar internamente a tramitação da pesquisa, contribuir com dados e informações, incentivo e apoio institucional. Agradeço também, aos colegas da DIVEP e DIVISA, em especial à Ana Franceska Cotrim, Selma Cerqueira, Ana Cláudia Fernandes Nunes da Silva, Raoni Rodrigues, Emília Sena, Anísia Angélica Lobo Miyazali, Jacqueline Gurjão Rios, Anderson Silva de Oliveira, Keila Fernanda Guerra Silva, Fátima Maria Nery Fernandes, Márcia Aparecida Feistauer e Geraldo Américo de Brito. À minha coordenadora, Sandra Pellegrino, à Priscila Magalhães Tavares pelo dedicado tratamento das imagens, à Lisandra Alcântara e a todos(as) os(as) colegas da SUVISA, retribuo o carinho e atenção que recebo diariamente de vocês.

Um agradecimento especial à Maria Conceição Riccio pela gentileza e generosidade em contribuir com seu vasto conhecimento em saúde pública, ajudando-me na reflexão de alguns pontos e no seu aprofundamento, como também a Ita de Cácia Aguiar Cunha por ter manifestado apoio à realização da pesquisa desde seu início.

Agradeço à vida por mais essa marcante e inesquecível travessia. Sou grata a todas as pessoas que no caminho cruzei. Agradeço àquelas que passaram, outras que se foram para não mais voltar, outras que permaneceram ao meu lado para nunca mais se afastar e àquelas que ainda estão por chegar. Agradeço aos amigos e amigas que generosamente disponibilizaram carinho, escuta qualificada e suporte espiritual, auxiliando-me a reconectar com o mais sagrado e divino que habita em cada um de nós.

PRÓLOGO

*“Você não sabe o quanto eu caminhei pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu não cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio chorei, ei, ei, ei [...]”
(A Estrada - Toni Garrido, Bino, Lazão e Da Ghama, 1998)*

Escolhi esse trecho da canção “A Estrada”, gravada em minha memória afetiva, porque considero que traduz simbolicamente a trama de fios, pontos e nós que o percurso de uma tese de doutorado e o itinerário terapêutico de usuários numa rede de atenção à saúde, guardadas as devidas proporções, representam para a vida das pessoas, de tantas outras pessoas.

Pois bem, inicio pelo processo de seleção para ingresso no doutorado, cujo projeto apresentado tinha como objeto de estudo os “Modelos de gestão estratégica adotados pela administração pública do estado da Bahia”. Como servidora de carreira da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), eu havia sido aprovada, dois anos antes, em seleção restrita à trabalhadores efetivos para integrar a Rede de Consultores Internos da Secretaria da Administração do Estado da Bahia (RCI/SAEB), cuja finalidade consiste na disseminação, no poder executivo estadual, de tecnologias de gestão, entre elas planejamento e gestão estratégica, gerenciamento de projetos, análise e melhoria de processos.

Porém, no decorrer do processo formativo para o doutoramento, senti que precisava percorrer outras trilhas, atravessar montes e desvendar novos horizontes. Foi, então, que decidi ‘sair fora da caixa’ e cursar uma disciplina nominada Sistemas Complexos, na Escola de Educação da UFBA, cujo trabalho final, apresentado por mim e minha colega Taiz Alfaya, versou sobre o processo de descentralização e regionalização das ações de vigilância laboratorial, através da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (RELSP). O trabalho foi considerado com potencial para publicação e a bússola interna começou a emitir sinais de mudanças de rotas. Quando comuniquei à minha orientadora sobre o trabalho e a indicação do professor para publicação, não deu outra! *“Edivânia, isso pode dar uma tese. Já pensou na possibilidade de mudar”?* Eu disse ao som de risos: *“Eu sabia que você ia me dizer isso”*. Como não acredito em coincidência, mas sincronicidade, percebi que uma janela de

oportunidade havia sido aberta e precisaria de mais novelas para continuar a tecer fio a fio essa trama.

Bom, estava eu, literalmente, diante de um novo começo. Decidi refazer tudo, agora, sob a perspectiva de verificar a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, através da vigilância laboratorial, por ser uma atividade meio e, portanto, tida como sistema de apoio às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Tive que acelerar o passo para qualificar o novo projeto dentro do prazo regulamentar.

A escolha dos nomes para compor a banca de qualificação esteve à altura dos desafios e riscos que me dispunha a encarar. Melhor ainda quando acontece um diálogo interdisciplinar de altíssimo nível para apontar algumas correções de rotas e percursos. Foi consenso que a abordagem de redes era relevante, mas considerando-se que o objetivo consistia em investigar a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, a rede escolhida era muito específica, com pouca capilaridade. Duas direções foram sugeridas: redes assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) ou uma das redes temáticas de atenção à saúde.

Após consulta aos técnicos da SESAB, precisamente à Diretoria de Atenção Especializada (DAE), fui informada que as RAS, em especial a Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas / Eixo Oncologia - Linha de Cuidado do Câncer de Mama se constitui numa prioridade política e institucional de governo. Pronto! Eu precisava de algumas informações de contexto para redefinir melhor a escolha da rede e suas implicações empíricas, uma vez que do ponto de vista epidemiológico, como trabalhadora do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, eu tinha conhecimento que as neoplasias ocupam, na Bahia, o quarto lugar em causa morte e o câncer de mama, o primeiro entre as mulheres.

Enquanto isso, o relógio do tempo continuava a seguir seu curso e já que eu não posso detê-lo (felizmente!), eu precisava correr para percorrer as muitas milhas que me mantinham distante do ponto que ora me encontro. E foi assim, entre trilhas, cursos e decurso de mais de seis meses que obtive o parecer favorável do Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde, para realização do estudo empírico no único Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizado nesta capital, integrante da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas / Eixo Oncologia – Linha de Cuidado do Câncer de Mama.

E como a ‘Linha’ pode significar fios de vários tipos e espécies e, até mesmo, traçados, rabiscos que se constroem e se definem ao longo do bordado da vida, eis que meu percurso como pesquisadora se entrelaça ao de tantas outras pessoas e a trama assume nova tessitura.

Foi ouvindo e documentando os itinerários terapêuticos das mais de 170 histórias de pessoas com quem tive a honra de nossos caminhos se entrecruzarem, que consegui compreender o quanto o trecho da canção “A Estrada” expressa os percursos terapêuticos na rede de atenção à saúde.

Sim, eu falei percursos terapêuticos! Uma vida é muita pouca para caber num único caminho e assim, reafirmo que uma mesma pessoa pode percorrer vários caminhos, visto que a incerteza é uma única certeza estável. Parece jargão e é, mas esta ainda é uma verdade irrefutável! Afinal, estou falando de escolhas individuais, subjetivas dentro de um contexto social circunstanciado por um conjunto de fatores de natureza socioeconômica, informacional, de organização e disponibilidade de serviços no município e região de saúde, entre outros, que condicionam caminhos, modelam projetos, sonhos, expectativas, trajetões e trajetórias de vidas.

Até aqui o jogo segue empatado! Ambos os percursos, de pesquisador e usuárias(os), partem de projetos, planos, perspectivas e escolhas, permeadas por situações de contexto interno e externo, estando sujeitos a curvas, desvios, movimentos de fluxos e contrafluxos e uma corrida desenfreada contra o tempo. Porém, as motivações são bem diferentes uma da outra!!!

O percurso terapêutico é feito por biografias singulares que, através de um sinal, um sintoma, uma alteração na mama, ou um simples papel com alguns textos indecifráveis aos olhos de um leigo, podem toda uma vida mudar e se transformar. Se deparar com o diagnóstico de qualquer enfermidade pode ser um choque, mas com o de câncer, de um modo geral, é acessar o botão do inconsciente coletivo e traçar de forma imaginária diversos cenários como num filme, sem direito a ficção, mas um contato direto com a própria realidade. Um contato com a finitude do ser, embora saibamos que isso inevitavelmente algum dia vai ocorrer. Entretanto, o despertar para um sinal estranho ou um resultado confirmatório é suficiente para provocar ondas de medo, angústia, tristeza, desespero que culminam por afetar o seio (no duplo sentido mesmo!) familiar e corporal.

Difícilmente alguém passa por um processo desse sem envolver ou arrastar consigo familiares, amigos ou conhecidos. E foi isso o que ouvi: histórias de união familiar para apoiar, inclusive com recursos financeiros; outras de separação conjugal em que aprendem, em meio ao vendaval, a se reerguer, lutar e não se entregar; outras que optam por silenciar e não compartilhar, seja por vergonha e/ou medo do que as ‘pessoas’ vão falar etc. Estas, guardam para si toda a situação, sem sequer pronunciar o nome da enfermidade, passando a ser denominada ‘aquela doença’, levando consigo algo que pode se tornar muito pesado num

percurso que se imagina de antemão onde se quer chegar (que é a cura, óbvio! Todas(os) desejam isso!), mas que não há como prever os percalços pelos caminhos a enfrentar.

E são tantos, que mesmo como trabalhadora da saúde pública há 31 anos, eu já poderia imaginar, mas ao ouvir a história de cada pessoa, a realidade se mostra bem diferente da imagem emoldurada no quadro pendurado na parede. A pintura é outra, as cores também, os desenhos, os traços.... Ah, estes podem variar do expressionismo, onde toda dor, sofrimento, mazelas se revelam; ao impressionismo, onde o que se vê não é uma simples projeção da realidade, cores, luzes e movimentos, mas a identidade de quem a pinta e de quem a vê e interpreta; até ao surrealismo concreto no seu sentido metafórico. Percebi que cada pessoa dá a sua vida a cor proporcional a sua dor, ao seu sentimento, podendo variar de instantes a momentos, sem regras, mas seguindo passo a passo seu intento, seu objetivo em busca de compasso, que, por vezes (e são muitas!) se mostram em descompasso.

Chegar até o único CACON para realizar o tão esperado e desejado tratamento, representa literalmente a expressão da canção *“você não sabe quanto eu caminhei pra chegar até aqui”*. Isso para aquelas(es) que conseguiram acessar a rede de atenção à saúde – linha de cuidado do câncer de mama, pois muitas(os) sequer conseguem. E outras(os), infelizmente, perdemos no meio do caminho. Ainda temos um árido e íngreme percurso a realizar até que se cumpra efetivamente o ideário do SUS e se mude essa realidade sanitária.

E se você quiser entender o porquê de *“percorri milhas e milhas antes de dormir, eu não cochilei, os mais belos montes escalei, nas noites escuras de frio chorei”*, digo-lhe que muitas(os) delas(es), sobretudo do interior do estado, enfrentam até 12 horas para chegar até Salvador, o que significa que saem de casa no dia anterior ao anoitecer, para chegar ao amanhecer do dia posterior, esperar por longas horas para ser atendida e mais outras tantas horas pelo carro para voltar para casa, totalizando cerca de 36 horas. Agora, pare, respire por breves segundos e imagine essa cena depois de uma sessão de quimioterapia! Surrealismo?! Não!!! Puro realismo!

Mas as dificuldades não existem apenas para quem reside fora da capital. As pessoas que moram em Salvador também ‘escalam seus montes’, umas(uns) mais que outras(os), o que não significa um caminho reto, sem esquinas, sem paradas e sem ladeiras (e haja ladeira nessa cidade!).

Porém, além do percurso terapêutico entre um ponto de atenção e outro, ou seja, na rede interorganizacional, existe o itinerário intra-organizacional, e este, também é sinuoso e cheio de nuances, matizes e cores.

Mas o ser humano é tão surpreendente que até mesmo jardins brotam nos mais inusitados locais. O espírito de agregação, pertencimento, filiação grupal entres elas(es) (usuárias/os), forma uma rede de vidas entrelaçadas por muitos 'nós'. É uma teia de afetos, solidariedade, cumplicidade... O câncer já é, de *per si*, um nó, uma rede com várias ramificações e configurações. Enfrentá-lo, implica em percorrer outros tantos 'nós', traçando vários caminhos, fazendo pontes e interconexões para vencer esse jogo.

No fim da trave tem uma rede e já se aproxima dos minutos finais da fase de prorrogação do segundo tempo. O jogo segue com placar empatado. O juiz está olhando para o relógio para apitar o final da partida, mas de repente uma bola cruzada pela esquerda atravessa a área e...

Esperemos por uma vitória. E que esta seja a vitória pela VIDA!

LANDIM, Edivânia Lúcia Araújo Santos. Redes de Atenção à Saúde no Contexto da Regionalização: análise da integração sistêmica sob o olhar das(os) usuárias(os) do SUS no Estado da Bahia. 229 f. 2018. Tese (Doutorado) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RESUMO

A regionalização da saúde, embora se constitua em princípio e diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS), assume relevância, a partir dos anos de 2000, mediante mecanismos indutores do governo federal, com vistas a superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e os vazios assistenciais. A estratégia de redes regionalizadas é novamente retomada pelo Ministério da Saúde em 2010, com a instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o propósito de garantir a integralidade do cuidado a partir da integração sistêmica das ações e serviços de saúde. Este estudo tem como objetivo analisar a integração sistêmica da atenção à saúde, a partir da percepção sobre o itinerário terapêutico das(os) usuárias(os) da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, no contexto da gestão regional da saúde, observando-se os fatores que constroem a conformação da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas/Eixo Oncologia, no estado da Bahia. Para tanto, realizou-se um estudo transversal retrospectivo, de natureza exploratória e descritiva, com uso de abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando-se do aporte teórico da análise de redes de políticas públicas. A investigação teve como fontes de informação documentos oficiais, entrevistas semiestruturadas com usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama e a técnica de observação não participante e participante, no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Os dados do estudo empírico foram analisados à luz do conceito de integração sistêmica, em suas dimensões macro e micropolítica, correspondendo, respectivamente, aspectos relativos à organização das redes de atenção à saúde nas regiões de saúde e a gestão de redes de serviços de saúde. Os resultados evidenciam que a organização das redes de atenção à saúde, no território regional, ainda reproduz a lógica do modelo de atenção à saúde pautado na oferta e não nas necessidades da população, com fortalecimento da rede de prestadores de serviços que se adensa nos grandes centros urbanos, permanecendo lacunas assistenciais na média e alta complexidade, cujo espaço tem sido ocupado pelo setor privado não complementar ao SUS, sobretudo a partir do nível secundário de atenção à saúde. Apesar da relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) para reordenamento do modelo de atenção à saúde, a mesma não se apresenta como principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. O percurso terapêutico demonstra a permeabilidade desse fenômeno aos aspectos individuais e situacionais, existindo multiplicidade de portas de entrada na rede, cujos fluxos intermunicipal e/ou interestadual, e de acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde, evidenciam a existência de barreiras de acessibilidade geográfica e sócio-organizacional. Argumenta-se que o desenho homogêneo de redes integradas e regionalizadas e sua normativa, embora importantes, não são suficientes para o enfrentamento dos complexos problemas da realidade brasileira, em face à diversidade de contextos intra e inter-regionais, dinâmicas territoriais, urbanas, de modo que não pode ser superestimado o esforço indutor para transformar cenários, uma vez que o processo de redes e regionalização são fenômenos eminentemente políticos.

Palavras-chave: Regionalização. Redes de atenção à saúde. Integração sistêmica. Percurso terapêutico.

LANDIM, Edivânia Lúcia Araújo Santos. Health Care Networks in the Context of Regionalization: analysis of the systemic integration under the eyes of the SUS users in the State of Bahia. 229 f. 2018. Thesis (Doctorate in Administration) – School of Administration, Federal University of Bahia, Salvador, 2018.

ABSTRACT

The regionalization of health is a principle and organizational guideline of the Unified Health System SUS. From the year 2000, it became more relevant through inductive mechanisms of the federal government, with a view to overcoming the fragmentation of healthcare actions and services and the gaps in the public assistance. The strategy of regionalized networks was taken up by the Ministry of Health in 2010, through the establishment of Health Care Networks (HCN), aiming to guarantee the integrality of care based on the systemic integration of health actions and services. This study aims to analyze the systemic integration of health care, based on the perception about the therapeutic itinerary of the users of the Breast Cancer Care Line, in the context of regional health management, looking for the factors that constrain the conformation of the Health Care Network to People with Chronic Diseases / Axis Oncology in the state of Bahia. For that, a cross-sectional, retrospective, exploratory and descriptive study was carried out using a quantitative and qualitative approach, and the theoretical contribution of the analysis of public policy networks. The investigation had as information sources: official documents semi-structured interviews with users of the breast cancer care line and the non-participant and participant observation technique, within the Health Secretariat of the State of Bahia. The data of the empirical study were analyzed in the light of the concept of systemic integration, in its macro and micropolitical dimensions, corresponding, respectively, aspects related to the organization of health care networks in health regions and the management of health service networks. The results show that the organization of health care networks in the regional territory still reproduces the logic of the health care model based on the supply and not on the needs of the population. There is a strengthening of the network of service providers in urban centers, and there are gaps in care in medium and high complexity, whose has been occupied by the private sector no complementary to the SUS, especially from the secondary level of health care. Despite the relevance of Primary Health Care (PHC) to reordering the health care model, it does not present itself as the main entrance, coordinating care and ordering of the network. The therapeutic pathway demonstrates the permeability of this phenomenon to the individual and situational aspects, with a multiplicity of entrance doors in the network, whose intermunicipal and / or interstate flows, and access to the different points of health care, evidence the existence of geographical accessibility and socio-organizational barriers. It is argued that the homogeneous design of integrated and regionalized networks and their normative, although important, are not enough to face the complex problems of the Brazilian reality, given the diversity of intra and inter-regional contexts, territorial and urban dynamics, that the so inctor effort to transform scenarios can not be overestimated, since the process of networks and regionalization are eminently political phenomena.

Keywords: Regionalization. Health care networks. Systemic integration. Therapeutic course.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura do Texto Normativo da Portaria GM/MS nº 4.279/2010.....	59
Figura 2 - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde	66
Figura 3 - Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	68
Figura 4 - Rede integrada de atenção à saúde no contexto da regionalização do SUS e linha de cuidado do câncer de mama no estado da Bahia	96
Figura 5 - Matriz do modelo teórico-lógico para análise da integração sistêmica das ações e serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas – Linha de cuidado do câncer de mama no estado da Bahia	97
Figura 6 - Tipos de percursos observados durante a fase de testagem do instrumento de coleta de dados com as(os) usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 2018.....	103
Figura 7 - Rede do percurso intermunicipal e interestadual realizado pelas(os) usuárias(os) da linha de cuidado com câncer de mama. Bahia, 2018.....	161
Figura 8 - Rede do percurso interorganizacional realizado pelas(os) usuárias(os) da linha de cuidado com câncer de mama. Bahia, 2018	167

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 - Escolaridade dos participantes da pesquisa. Bahia, 2018	105
Gráfico 2 - Número de casos de câncer de mama por faixa etária. Bahia, 1985-2015	127
Gráfico 3 - Número de casos de câncer de mama por faixa etária, segundo dados do estudo empírico. Bahia, 2018.....	127
Gráfico 4 – Quantitativo de municípios com cobertura estimada de Equipes de Saúde da Família (ESF), cujos usuários realizaram o 1º atendimento na APS. Bahia, 2018	131
Gráfico 5 - Serviços de saúde utilizados como 1º atendimento na linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 2018	134
Gráfico 6 - Intervalo de tempo entre 1ª consulta e diagnóstico, diagnóstico e tratamento, consulta e tratamento na linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 1985-2015	140
Gráfico 7 - Estágio final da doença dos usuários da linha de cuidado do câncer de mama após o 1º tratamento. Bahia, 1985-2015	141
Gráfico 8 - Razões para os usuários da linha de cuidado do câncer de mama não realizar o tratamento. Bahia, 1985-2015	142
Gráfico 9 - Tipo de recursos utilizados pelos usuários para realizar o deslocamento do município de domicílio para unidade de tratamento. Bahia, 2018	145
Gráfico 10 - Tipo de serviços utilizados para atendimento de consultas e exames de diagnóstico. Bahia, 2018	148
Gráfico 11 - Tipo de acomodação utilizada para permanência no município onde realiza o tratamento. Bahia, 2018.....	149
Gráfico 12 - Notificações registradas, investigações obrigatórias e concluídas. Bahia, 2013-2017	153
Gráfico 13 - Situação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. Bahia, 2011-2017	155
Gráfico 14 - Origem do domicílio das(os) usuárias(os), por macrorregional de saúde. Bahia, 2018	159
Gráfico 15 - Quantidade de municípios em função das distâncias percorridas pelas(os) usuárias(os) entre o local de domicílio e a cidade de Salvador. Bahia, 2018.....	163
Gráfico 16 - Percurso terapêutico das(os) usuárias(os) entre os pontos de atenção à saúde da rede interorganizacional da linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 2018.....	165
Gráfico 17 - Intervalo de tempo entre os atendimentos durante o percurso terapêutico na rede interorganizacional da linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 2018.....	168
Gráfico 18 - Intervalo de tempo para início do tratamento na linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 2018	169

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Macrorregiões e Regiões de Saúde, segundo Plano Diretor de Regionalização da Bahia. Bahia, 2017	114
Mapa 2 - Rede Estadual de Atenção ao Câncer e abrangência das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, por macrorregião de saúde. Bahia, 2016	116
Mapa 3 - Desenho da Rede Estadual de Atenção ao Câncer, conforme projeção de habilitação de novas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, por macrorregião de saúde. Bahia, 2016	119
Mapa 4 – Desenho da Rede Estadual de Atenção ao Câncer, a partir da expansão de novas UNACON e CACON, por macrorregião e respectiva região de saúde. Bahia, 2016	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Artigos selecionadas no processo de revisão do estado da arte sobre regionalização e redes de saúde, por periódico, ano, tipo do estudo e foco da análise	35
Quadro 2 - Artigos selecionadas no processo de revisão do estado da arte sobre itinerário terapêutico (IT), acesso aos serviços de saúde, por periódico, ano, tipo do estudo e foco da análise	38
Quadro 3 - Organização dos pontos de atenção à saúde, no território sanitário, por nível de atenção	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária da Saúde
ARS	Análise de Redes Sociais
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCIH	Comissão de Controle Infecção Hospitalar
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CICAN	Centro Estadual de Oncologia
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPS	Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde
CS	Centros de Saúde
DAE	Diretoria de Atenção Especializada
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIPRO	Diretoria de Projetos Estratégicos
DITEC	Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DIVISA	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
EA	Eventos Adversos
EAUFBA	Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia
EUA	Estados Unidos da América
HAM	Hospital Aristides Maltez
HCMF	Hospital Calixto Midlej Filho
HDPA	Hospital Dom Pedro de Alcântara
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
HGVC	Hospital Geral de Vitória da Conquista
HMC	Hospital Municipal de Caetité
HMG	Hospital Martagão Gesteira
HMN	Hospital Manoel Novaes

HMTF	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas
HRJ	Hospital Regional de Juazeiro
HRLEM	Hospital Regional Deputado Luis Eduardo Magalhães
HRMS	Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho
HSA	Hospital Santo Antônio
HSI	Hospital Santa Isabel
HSJ	Hospital São José
HSR	Hospital São Rafael
HUPES	Hospital Universitário Prof ^o Edgard Santos
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IDS	<i>Integrated Delivery Systems</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INCQS	Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Saúde
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
IT	Itinerário Terapêutico
LBCC	Liga Bahiana Contra o Câncer
LC	Linha de Cuidado
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MSH	Maternidade Santa Helena
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
NPM	<i>New Public Management</i>
NRS	Núcleo Regional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEBA	Rede Interestadual de Saúde Pernambuco/Bahia
PES	Plano Estadual de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNQM	Programa Nacional de Qualidade em Mamografia
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPP	Parceria Público Privada
PubMed	National Library of Medicine
QT	Queixas Técnicas
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RCI	Rede de Consultores Internos
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RHC	Registro Hospital de Câncer
RT	Redes Temáticas
SAEB	Secretaria da Administração do Estado da Bahia
SAIS	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SAMUR	Serviço de Assistência Médica de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUREGS	Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
USF	Unidades de Saúde da Família
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

PRÓLOGO.....	19
1 INTRODUÇÃO	24
1.1 ESTRUTURA DO ESTUDO	33
2 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO: POTENCIAL DO ESTUDO E POSSIBILIDADES DE CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA.....	34
3 CONCEPÇÕES E DESENHOS DE REGIÕES E REDES DE SAÚDE NO PROCESSO DE INSTITUCIONALIDADE DO SUS: ANÁLISES E REFLEXÕES.....	48
3.1 O MODELO NORMATIVO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O SISTEMA DE SAÚDE	57
4 CONTEXTO, VISÕES E VERSÕES DE REDES DE POLÍTICAS PÚBLICAS: REFERENCIAL TEÓRICO DA PESQUISA	70
4.1 “REDES DE REDES” NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ARRANJO ORGANIZACIONAL DE INTEGRAÇÃO OU FRAGMENTAÇÃO?.....	80
4.2 CONCEITOS FUNDANTES DA PESQUISA	86
5 O PERCURSO METODOLÓGICO	94
5.1 O MODELO TEÓRICO-LÓGICO DA PESQUISA.....	95
5.2 LOCUS E PARTICIPANTES DA PESQUISA	101
5.3 FONTES E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	106
5.3.1 Análise Documental.....	106
5.3.2 Entrevistas Semi-Estruturadas e análise dos dados levantados.....	107
5.3.3 Observação Participante e não Participante.....	108
5.4 ÉTICA DE PESQUISA EM SAÚDE.....	109
6 DIMENSÃO MACROPOLÍTICA DA GESTÃO INTEGRADA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE: RESULTADOS DO ESTUDO EMPIRICO NO ESTADO DA BAHIA	111
6.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM CÂNCER NO ESTADO DA BAHIA: DIRETRIZES POLÍTICAS, ABRANGÊNCIA REGIONAL E COBERTURA POPULACIONAL	111
6.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO COORDENADORA DO CUIDADO E ORDENADORA DA REDE: INTENÇÃO NORMATIVA OU REALIDADE?	130
6.3 SISTEMA DE APOIO À REDE	138
6.4 SISTEMAS LOGÍSTICOS	144
6.5 GESTÃO DA CLÍNICA: MONITORAMENTO DOS RISCOS SANITÁRIOS.....	150
7 A DIMENSÃO MICROPOLÍTICA DA GESTÃO DA REDE INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: ANÁLISE DOS PERCURSOS NA REDE INTRA E INTERORGANIZACIONAL	158
7.1 FLUXO INTERMUNICIPAL E/OU INTERESTADUAL: PERCURSOS E PERCALÇOS NO CAMINHO	158
7.2 FLUXO DE ACESSO INTERORGANIZACIONAL E INTRA-ORGANIZACIONAL.....	164

7.3	ESCOLHAS, TRILHAS E DESCOBERTAS: COM A PALAVRA AS(OS) USUÁRIAS(OS) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS	173
7.3.1	CENA 1: O toque revelador e os sentimentos humanos: autoexame e confirmação diagnóstica	174
7.3.2	CENA 2: Rede social de apoio e a capacidade de influência da rede informal nas relações de poder institucional	176
7.3.3	CENA 3: Acolhimento e humanização do cuidado	177
7.3.4	CENA 4: Um olhar sobre o percurso terapêutico na linha de cuidado do câncer de mama	179
7.3.5	EPÍLOGO: Aceita uma sugestão?	180
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
	REFERÊNCIAS	190
	APÊNDICE A - Modelo Teórico-Analítico das Redes Integradas de Saúde: dimensões, componentes, variáveis/indicadores, meios de verificação e método	206
	Fonte: elaboração própria	207
	APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturadas para Usuárias(os) da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas – Eixo Oncologia / Linha de Cuidado do Câncer de Mama	208
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em conformidade com Diretrizes contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde (MS) nº 466/2012, para aplicação de entrevistas com usuárias(os) da Linha de Cuidado do Câncer de Mama da Rede SUS/BA	210
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em conformidade com Diretrizes contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde (MS) nº 466/2012, para aplicação de entrevista com responsáveis legais e/ou acompanhantes de menores de 18 anos ou idade superior a esta, no caso de concordância das(os) usuárias(os) da Linha de Cuidado do Câncer de Mama da Rede SUS/BA	213
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em conformidade com Diretrizes contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde (MS) nº 466/2012, para acesso a bancos de dados e informações documentais pelos técnicos responsável e gestores da Rede SUS/BA	216
	ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.....	219
	ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa de Saúde da Liga Bahiana Contra o Câncer / Hospital Aristides Maltez.....	225

1 INTRODUÇÃO

A emergência de redes de gestão de políticas no contexto mundial foi impulsionada, concomitantemente, por um conjunto de fatores, entre eles, a globalização econômica que alterou os processos produtivos e administrativos, passando a exigir maior flexibilização, integração e interdependência; e as transformações no papel do Estado e suas relações com a sociedade que impuseram novos modelos de gestão centrados em estruturas descentralizadas e formação de parcerias intergovernamentais e, destes, com outros atores, como os segmentos empresariais e sociais, conformando assim, uma nova realidade política e administrativa (FLEURY e OUVÉNEY, 2007; CARNEIRO, 2016; SCHNEIDER, 2016).

Na América Latina, além dos fatores acima referidos, os processos simultâneos de democratização e crise fiscal conduziram às reformas política e administrativa do Estado, alterando o tecido social, com aumento de organizações sociais e o desenvolvimento de uma prática cidadã que reivindica participação nos processos de formulação e implementação das políticas públicas, ao tempo em que discute os alicerces da estrutura de poder, organização e gestão das instituições públicas vigentes (FLEURY e OUVÉNEY, 2007; MENICCUCCI e GONTIJO, 2016).

Nesse contexto, propostas de descentralização das políticas públicas adquirem relevância, transformando o poder local em protagonista da articulação entre organizações governamentais, empresariais e sociais, ampliando a rede de ação pública mediante a inclusão de novos atores políticos. No entanto, a diferenciação social, ao tempo que possibilitou ampliar o elenco de atores na arena política, no âmbito do aparato estatal, provocou uma progressiva setorialização das políticas públicas (FLEURY e OUVÉNEY, 2007; MARQUES, 2016).

O conjunto desses fatores contribuiu para a proliferação de redes gestoras de políticas públicas, em especial no campo das políticas sociais, de modo que as redes passaram a ser vistas como a solução adequada para administrar políticas e projetos num contexto de recursos escassos e problemas cada vez mais complexos, em que existem vários atores em cena, incluindo agentes públicos e privados, centrais e locais, o que significa que a gestão de redes está longe de ser algo simples. A criação e manutenção de redes impõem desafios de ordem administrativa e política, relacionados a distintos processos, como estabelecimento de regras para atuação, construção de mecanismos decisórios coletivos, negociação e geração de consensos, distribuição de recursos e interação, definição de prioridades e mecanismos de

acompanhamento, bem como formas participativas e deliberativas da democracia para lidar com problemas complexos, mediante estratégias e soluções inovadoras (FLEURY e OUVENEY, 2007; MENICCUCCI e GONTIJO, 2016).

No Brasil, a política pública de saúde é emblemática na adoção do desenho de rede assistencial, a partir da concepção do Sistema Único de Saúde enquanto política setorial. Este sistema nasce numa conjuntura política e econômica complexa, marcada tanto pelo processo de redemocratização do país como pelo fortalecimento dos preceitos neoliberais, de cunho privatizante, regidos sob a lógica de regulação da economia pelas leis do mercado, no bojo da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, desencadeada a partir da década de 1990.

Além disso, as características do próprio federalismo brasileiro, em que os três níveis de governo gozam de autonomia administrativa, política e fiscal, sem vinculação hierárquica entre si, revela a diversidade entre os entes federados, em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, arrecadação tributária, entre outros aspectos, resultando em diferentes possibilidades de implementação da política de saúde e do próprio processo de descentralização e regionalização, requisito para a operacionalização do SUS (LANDIM, 2008). Sob esse último aspecto, ressalta-se que o federalismo fiscal brasileiro conforma distintos sistemas de saúde em âmbito local, com maior grau de dependência dos recursos federais, por parte dos municípios com menor poder de arrecadação, com reflexos na capacidade de prover os serviços e ações de saúde à população (RODRIGUES-SILVEIRA, 2009).

Nesse sentido, salienta-se que, do ponto de vista político-institucional, a Constituição de 1988 pretendeu instituir o federalismo cooperativo no país, mediante a formação de uma estrutura trina com a incorporação dos municípios na organização do Estado brasileiro. Sendo assim, o SUS estrutura-se como instituição de caráter federativo, orientado para a descentralização político-administrativa, respeitando-se a autonomia de cada esfera de governo para gestão do sistema de saúde nos limites do seu território (DOURADO e ELIAS, 2011; RIBEIRO, 2015), configurando-se como uma forma de organização política, denominada por Dourado e Elias (2011) como federalismo sanitário brasileiro.

Frente a esse cenário, e após sucessivos ciclos de descentralização ocorridos nos anos de 1990, sob forte indução do governo federal, por meio da edição de Normas Operacionais Básicas (NOB), no ano de 2000, o Ministério da Saúde instituiu a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), seguida do Pacto pela Saúde, em 2006. Com esses mecanismos indutores, a regionalização torna-se uma diretriz organizativa importante do SUS, e são

instituídos novos espaços colegiados, como os Colegiados de Gestão Regional (CGR), as Câmaras Técnicas Regionais e os Grupos Técnicos de Trabalho, para fortalecer a pactuação política entre os entes federados. Contudo, a constituição dos CGR nos estados da Federação brasileira ocorreu de forma diversificada, refletindo o contexto desigual das diferentes unidades subnacionais, cujas dificuldades decorrem, muitas vezes, de não considerar as distintas realidades e situações locorregionais, tratando no texto da letra normativa, os desiguais como iguais perante os instrumentos jurídico-legais (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010; VIANA e LIMA, 2011; QUEIROZ, 2011; GRYSCHER et al., 2014).

Soma-se a isso, o fato de que as linhas de integração dos serviços obedecem a lógicas territoriais que extrapolam as suas fronteiras, cujo processo encontra-se sujeito à ingerência do poder político partidário, com forte viés eleitoral e clientelista. Sob essa perspectiva, verificam-se assimetrias nas relações de poder, com concentração de recursos e tecnologias em algumas regiões de saúde e a forte presença do *mix* público-privado na oferta de serviços, que podem atuar como elemento facilitador ou dificultador na organização de redes integradas e regionalizadas (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010; QUEIROZ, 2011).

Com o propósito de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, bem como aperfeiçoar a dinâmica político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao cidadão um conjunto de serviços e ações com eficiência e efetividade, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização das Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010). Este ato normativo se constitui num marco no processo de organização dos territórios em regiões de saúde, resgatando-se o contexto histórico que justifique sua implantação, incluindo conceitos, fundamentos e estratégias para constituição das RAS (SOARES, SHERER e O'DWYER, 2015).

No entanto, o esforço normativo do governo federal para a conformação das RAS, prioritárias e temáticas¹, coloca em discussão a possibilidade de convergência entre as lógicas de caráter organizacional e operacional dessas redes com as necessidades da população. O conjunto de situações que emergem cotidianamente nas organizações de saúde e no território conforma um jogo de forças e de interesses, com objetivos que não se comunicam. Sob essa perspectiva, entende-se que redes não podem ser vistas pelo ajuntamento de serviços ou

¹ O Governo Federal estabeleceu como prioritárias e temáticas cinco Redes de Atenção à Saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção de Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

organizações (SANTOS e ANDRADE, 2011; LIMA, LEITE e CALDEIRA, 2015; SANTOS e GERHARDT, 2015). “[...] As concepções profissionais, de certa forma, definem os sentidos das ações que podem modificar as fronteiras institucionais e as práticas da assistência” (LIMA, LEITE e CALDEIRA, 2015, p. 66). Depreende-se dessa afirmação, que as redes são padrões de interação que envolvem indivíduos, grupos e organizações, mediada por um conjunto de práticas, saberes, experiências e interesses distintos, por vezes conflitantes, que dão sentido e identidade ao fazer profissional e à própria imagem e dinâmica organizacional, alterando rotas e percursos institucionais.

Ao considerar a estrutura federativa do país, em que o município, enquanto ente federativo dotado de autonomia se encontra no mesmo nível de igualdade dos Estados-membros e da União, defender um sistema com autonomia local e regional pode parecer uma mera retórica, haja vista as dependências que mantém entre si para a configuração sistêmica da saúde, ao tempo em que persistem as desigualdades regionais e as práticas antifederativas, explicitadas pelas ações individualistas e competitivas entre as unidades subnacionais de governo pela partilha de recursos (SANTOS e CAMPOS, 2015).

Nesse sentido, ressalta-se o Decreto Presidencial nº 7.508/11, o qual reforça a importância da regionalização no seu arcabouço normativo, por meio de um conjunto de dispositivos que estabelece para regulação da organização do SUS, incluindo o planejamento e assistência à saúde, a articulação interfederativa e estruturação das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011; RIBEIRO, 2015). O mencionado decreto enriquece a arquitetura do SUS ao dispor de um Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAPS), que além de garantir a segurança jurídica aos contratados, reafirma o espaço de negociação interfederativa regional, onde as responsabilidades sanitárias devem ser explicitadas e adequadas às estruturas demográficas, socioeconômicas e geográficas dos entes federados (SANTOS e CAMPOS, 2015).

Contudo, a trajetória de institucionalidade do SUS tem mostrado que a ação indutora e normatizadora do governo federal não garante por si só a implementação de suas diretrizes e iniciativas de gestão do SUS, uma vez que os instrumentos jurídico-normativos não são suficientes para superar as iniquidades do sistema de saúde e as desigualdades intra e inter-regionais do território brasileiro.

Em concordância com outros autores, argumenta-se que a organização regional de redes de serviços de saúde, assim como a descentralização, são fenômenos políticos que envolvem distribuição de poder do Estado e, por esta razão, os conflitos decorrentes desta distribuição

não são solucionados apenas através de normas formais. (GUIMARÃES, 2000; VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010; VIANA e LIMA, 2011; LIMA et al., 2012).

Por sua vez, as regiões geográficas, enquanto *locus* do processo de regionalização constituem-se, ao mesmo tempo, em base territorial, para planejar a organização de ações e serviços de saúde, com vistas a assegurar a autossuficiência do sistema, como também em espaços propícios para a articulação intergovernamental para a condução do sistema expressando a complexidade e contexto tenso e desafiador para estruturação de redes integradas de atenção à saúde, no âmbito da gestão regional e suas implicações para o sistema de saúde brasileiro (VIANA e LIMA, 2011; LIMA et al., 2012).

Observa-se assim, na trajetória de implementação do SUS, que seu desenho inicial ao privilegiar a estratégia de descentralização sem integração regional, fragilizou a capacidade dos governos estaduais em ofertar serviços de maior complexidade (GADELHA et al., 2011; VIANA et al., 2015), gerando grandes vazios assistenciais no território brasileiro, o que propiciou o crescimento da oferta privada financiada pelo Estado sob a forma de renúncia fiscal (VIANA et al., 2015). Adiciona-se ainda, a fragilidade da capacidade de regulação estatal sobre o setor privado, organizados por interesses corporativos com extenso poder na esfera local de governo e com influência nos processos decisórios (VIANA et al., 2015).

Esses elementos de contexto geram constrangimentos à implementação e gestão das redes de atenção à saúde, conforme prevista pela normativa recente do SUS, defendida como alternativa do ponto de vista conceitual e operacional, para a oferta de ações e serviços de diferentes natureza e distintas densidades tecnológicas, capazes de garantir à população brasileira a integralidade do cuidado, um dos princípios basilares do SUS. Além disso, tal contexto, imprime diferentes institucionalidades à estratégia de gestão regional das redes integradas de atenção à saúde, em âmbito nacional, o que torna o processo de integração sistêmica das ações e serviços de saúde, mediante a estruturação de Redes Temáticas de Atenção à Saúde e respectivas Linhas de Cuidado, um fenômeno complexo, plural e, ao mesmo tempo, singular.

Por outro lado, a integração sistêmica remete invariavelmente ao princípio constitucional de integralidade da atenção à saúde, equidade e universalidade do acesso, constituindo-se numa prática social e também numa luta política pela reafirmação do projeto do SUS, tensionando permanentemente e imprimindo uma dinâmica entre o campo do instituído e instituinte, do normativo e do experienciado cotidianamente nas organizações de saúde, nos

seus modos de produzir saúde (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004; PINHEIRO et al., 2016).

Admite-se que a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, consiste de redes interorganizacionais e intra-organizacionais, coordenadas e articuladas, para organizar serviços de diferentes densidades tecnológicas numa região adscrita e gerir os distintos pontos de atenção à saúde que integram a linha de cuidado, com centralidade para os usuários, de forma a promover a acessibilidade geográfica e sócio-organizacional, para garantia da integralidade do cuidado, observando-se as noções de espaço e tempo para intervenção oportuna.

Para tanto, pressupõe a existência de uma Linha de Cuidado (LC), envolvendo fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes pontos de atenção à saúde, para orientar os(as) usuários(as) em seu percurso terapêutico (SILVA, SANCHO e FIGUEIREDO, 2016), de forma atender as suas demandas. Nessa direção, a linha de cuidado é, em essência, o conjunto de práticas experienciadas cotidianamente nas organizações de saúde (MERHY e CECÍLIO, 2003), o que implica reexaminar os processos de trabalho, os modos de pensar e produzir a saúde, constituindo-se, em substância, num instrumento para a gestão, no seu sentido macro e micropolítico.

Por sua vez, a escolha do itinerário terapêutico envolve relações intersubjetivas na interpretação e significado social da doença, bem como a tomada de decisões, permeadas por questões de ordem material e situacional (ALVES e SOUZA, 1999).

Compartilha-se do pensamento que o percurso terapêutico decorre de um processo de escolha individual, circunstanciada por dinâmicas socioeconômicas, culturais e materiais, definindo rotas e percursos no sistema formal de saúde, o que implica pensar numa intrincada rede de decisões e negociações entre os diferentes atores envolvidos, incluindo a(o) própria(o) usuária(o), sua rede social de apoio e atores institucionais durante todo o seu trajeto. Nesse sentido, o itinerário terapêutico está sujeito a um processo de fluxo e contrafluxo de natureza individual e coletiva, decorrente de uma realidade dinâmica, mutável, que pode afetar o acesso dos cidadãos ao cuidado integral à saúde, a adesão a procedimentos e/ou tratamentos e o seu percurso longitudinal, em especial para as condições crônicas não transmissíveis, como é o caso das neoplasias.

O Brasil e o mundo vivem um processo de transição sociodemográfica e epidemiológica, com envelhecimento da população e aumento das condições crônicas, com

impactos significativos para a seguridade social, uma vez que requerem cuidados por um período mais longo, uso de serviços de saúde de alta densidade tecnológica, atendimento multidisciplinar com ampla variedade de abordagens para lidar com a complexidade das doenças crônicas.

Por outro lado, as condições crônicas podem ocasionar mortes, limitar a capacidade laborativa e produtiva das pessoas, afetar a qualidade de vida das pessoas, ocasionando efeitos econômicos para indivíduos, familiares e para o país. Tal fato, mostra-se preocupante, uma vez que o sistema de saúde brasileiro encontra-se estruturado para atender os processos agudos e agudização de algumas doenças/agravos, evidenciando um desequilíbrio entre oferta de serviços de saúde e necessidades da população que têm se tornado cada vez mais crescentes e complexas (MENDES, 2011).

Entre as doenças crônicas, estima-se, no Brasil, para 2018, a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, sendo os mais frequentes o câncer de próstata e mama, respectivamente, com 68.220 casos em homens e 59.700 em mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018). A Bahia segue essa tendência, sendo o câncer de mama, o de maior incidência em mulheres, constituindo-se na primeira causa de mortalidade no segmento feminino (BAHIA, 2017a).

Diante do contexto em que se conformou o Sistema Único de Saúde, sob a herança de um modelo de atenção à saúde predominantemente hospitalocêntrico, tecnicista e privatista, num país com dimensões continentais marcado por profundas desigualdades estruturais de natureza socioeconômicas, espaciais, com diferentes dinâmicas territoriais, distintas capacidades técnicas, administrativas e políticas das unidades subnacionais e com um modelo federativo de natureza ambígua permeado por tensões contínuas, indaga-se:

A integração sistêmica das ações e serviços de saúde tem se configurado, no contexto da regionalização no estado da Bahia, conforme prevê a normativa da Rede de Atenção à Saúde? Que fatores condicionam o processo de integração sistêmica das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas / Eixo Oncologia – Linha de Cuidado do Câncer de Mama no território da Bahia?

O presente estudo, objetiva analisar a integração sistêmica da atenção à saúde, através do itinerário terapêutico de usuárias(os) da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, no contexto da gestão regional da saúde no estado da Bahia. Para tanto, examina-se a estruturação da rede de atenção ao câncer, no território regional, a gestão dos sistemas de informação, os

mecanismos de regulação do fluxo de acesso aos serviços de saúde e a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada e ordenadora da rede. Verifica-se ainda, sob a perspectiva das(os) usuárias(os), as motivações para escolha dos serviços de saúde, observando-se as dimensões tempo e espaço entre os distintos pontos de atenção à saúde, bem como os fatores restritivos ao seu acesso na rede inter e intra-organizacional. Realiza-se a ausculta da história singular dos usuários, para compreender o processo de descoberta dos sinais da enfermidade, a rede social de apoio e a percepção sobre o percurso e serviços/atendimentos da rede de atenção à saúde.

Este estudo, parte dos seguintes pressupostos:

1. A Atenção Primária da Saúde (APS), embora se constitua, em normativa, como principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas / Eixo Oncologia - Linha do Cuidado do Câncer de Mama, e também como centro de comunicação, coordenação do cuidado e ordenamento das RAS, existe uma multiplicidade de portas de acesso a essa rede temática, com predominância dos serviços da rede privada não complementar ao SUS e/ou serviços de alta densidade tecnológica, evidenciando a hegemonia do modelo médico-centrado, tecnicista e privatista, estando a APS colocada em segundo plano.
2. O percurso terapêutico de usuárias(os), da linha de cuidado do câncer de mama, entre os diferentes serviços de densidades tecnológicas, ainda ocorre de forma fragmentada em alguns pontos de atenção, sendo frágil e/ou inexistente o processo de comunicação, gestão da informação, regulação dos fluxos de acesso, bem como a articulação com a gestão da clínica, não favorecendo que as intervenções ocorram de forma integrada e em tempo oportuno, num período bem menor e menos custoso ao Sistema Único de Saúde.
3. A estruturação da linha de cuidado do câncer de mama, no contexto da gestão regional da saúde na Bahia, não atende em sua totalidade às reais demandas e necessidades da população adscrita, no que se refere à superação da fragmentação das ações e comodidade² na acessibilidade aos serviços, conforme previsto em normativa, uma vez que prevalecem, na rede SUS-BA, lacunas assistenciais de média e alta complexidade, em âmbito locorregional, impondo aos usuários um

² Refere-se, conforme normativa, ao tempo de espera por atendimento, disponibilidade e conveniência dos horários, mecanismos de agendamento, relação com os profissionais, ambiência física e relacional (BRASIL, 2010).

processo tortuoso no seu percurso, com enfrentamento de barreiras geográficas e sócio-organizacionais.

4. Os instrumentos legais-normativos de indução do processo de desenhos de redes integradas de atenção à saúde, no contexto da regionalização, não é garantia de que o percurso escolhido pelos usuários, seja por questões de natureza individual e subjetivas, ou decorrentes das condições materiais, socioeconômicas, geográficas e sócio-organizacionais, ocorra conforme estabelecido em normativa, podendo ultrapassar as fronteiras limítrofes das regiões de saúde e assumir contornos bem diferenciados do planejado.

Argumenta-se que a integração sistêmica vêm sendo tratada como um “receituário” programático e pragmático pelos formuladores da política de saúde, minimizando sua natureza política, a qual exige constante negociação entre os distintos atores e interesses diversos, sendo condicionada por múltiplos fatores histórico-estruturais, político-institucionais e conjunturais. Esse processo de negociação é a síntese do propósito de integração sistêmica das redes de atenção à saúde, a qual se materializa na ação centrada nas(os) usuárias(os) e no seu contexto sociocultural.

Todavia, o campo organizacional é constantemente tensionado, pelos diferentes atores, entre o instituído e o instituinte e, embora as normativas induzidas pelo governo federal sejam necessárias, as mesmas não são suficientes para reduzirem as iniquidades do sistema de saúde e as desigualdades regionais, uma vez que são formuladas, de forma verticalizada, desconsiderando-se o contexto complexo e diverso da realidade brasileira.

Nesse sentido, argumenta-se que os desenhos normativos de políticas de saúde, ao tratar as dinâmicas estruturais, sociais e econômicas das unidades subnacionais como iguais, oculta e/ou minimiza a diversidade territorial, as disparidades intra e inter-regionais e as distintas lógicas de estruturação e gestão do sistema de saúde no âmbito da Federação brasileira, cuja rede interfederativa reflete essas desigualdades em sua conformação estrutural e político-institucional para organizar e prover, no espaço regional, ações e serviços complementares visando a integração sistêmica do cuidado à saúde.

1.1 ESTRUTURA DO ESTUDO

Este estudo estrutura-se em 8 Capítulos, incluindo esta Introdução.

No Capítulo 2, faz-se uma revisão do estado da arte sobre regionalização da saúde, redes de cuidados assistenciais, itinerários terapêuticos e acesso aos serviços de saúde, no sentido de identificar as possibilidades de contribuição teórica-empírica desta tese para a política de saúde, em especial para desenhos de redes de atenção à saúde de pessoas com condições crônicas, no contexto heterogêneo e diverso da realidade brasileira.

No Capítulo 3, faz-se uma análise do processo de institucionalidade do SUS, com foco para a unidade dialética entre regiões e redes, mecanismos indutores, fatores de constrangimentos ao processo de descentralização e regionalização, incluindo a concepção dos desenhos institucionais de redes de saúde, dissenso, clivagens e seus efeitos no sistema de saúde.

No Capítulo 4, contextualiza-se a emergência do conceito de rede de políticas no âmbito da gestão pública e examina as diferentes concepções e os desafios da gestão de “rede de redes”, intra e interorganizacionais, para garantir a integração das ações e serviços de saúde, por meio de redes de atenção à saúde. Em seguida, analisa-se os conceitos fundantes da pesquisa.

No Capítulo 5, apresenta o modelo teórico-lógico e respectivas dimensões de análise, componentes e detalha o percurso metodológico, o tipo de estudo, abordagens e técnicas de pesquisa, perfil dos participantes da pesquisa, instrumentos de coleta e tratamento dos dados, em conformidade com os aspectos éticos de pesquisa em saúde com seres humanos.

Nos Capítulos 6 e 7, analisa-se os dados do estudo empírico, relacionados com a percepção das(os) usuárias(os) do SUS no estado da Bahia, à luz dos conceitos fundantes desta tese, considerando-se como dimensões analíticas a macro e micropolítica da gestão de redes integradas de atenção em saúde e respectivas subdimensões ‘organização das RAS nas regiões de saúde’ e ‘gestão da rede de serviços de saúde’.

No Capítulo 8 é dedicada às considerações finais.

2 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO: POTENCIAL DO ESTUDO E POSSIBILIDADES DE CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA

O tema redes regionalizadas de saúde não é novo no contexto da política de saúde, haja vista que a Constituição Federal de 1988, no artigo 198, estabelece a estrutura de rede regionalizada e hierarquizada, composta por ações e serviços, sob comando único, organizada em observância às diretrizes de descentralização e atendimento integral. Entretanto, somente a partir dos anos 2000, com a edição da NOAS 2001, a regionalização das ações e serviços, ganha relevo. Com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, seguida da institucionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do Decreto Presidencial nº 7.508/2011, o qual reafirma no artigo 20 que a integralidade da atenção à saúde se inicia e se completa nas RAS, verifica-se a retomada do interesse de pesquisa sobre o tema, a partir de diferentes espectros.

Para uma aproximação com as diferentes abordagens, conceitos, marcos teóricos, metodológicos e analítico, foi realizada, no período de 15 a 30 de junho de 2016, pesquisa nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como “descentralização”, “regionalização”, “redes”, adicionadas das seguintes palavras-chave: “regionalização da saúde” e “redes de atenção à saúde”. Priorizou-se estas bases de dados por considerar que o foco desta pesquisa interessa-se mais pela identificação de concepções de redes e de regionalização que orientam a implementação do Sistema Único de Saúde, no contexto brasileiro, palco principal dos constrangimentos e desafios no processo de efetivação de um conjunto de normas e de modelagens, propostos pelo governo federal, para a organização da rede de atenção à saúde.

Durante o processo de busca foram encontrados 443 artigos, de modo que, no primeiro momento, foram excluídas as duplicações e outros tipos de publicações, como dissertações e teses. Para fins de seleção, utilizou-se o ano de 2000 como marco temporal para captura das fontes, uma vez que o processo de regionalização assume relevância política e institucional a partir desse período.

A etapa seguinte consistiu na análise dos resumos, metodologia e considerações dos autores acerca do tema abordado, selecionando-se 51 artigos, classificadas por periódico, tipo de estudo e foco da análise. No que se refere ao tipo de estudo, utilizou-se a categorização de

Fernandes (2017) que, em revisão do estado da arte sobre a regionalização no SUS, propôs três categorias de análise para tipificação das publicações, classificadas como *práticos*, quando envolvem estudos exploratórios, relatos de experiência, avaliativos e comparados; *teóricos*, para artigos dedicados a aspectos teórico-analíticos e revisões histórico-conceituais; *literários*, para resenhas de livros e editoriais (Quadro 1).

Quadro 1- Artigos selecionadas no processo de revisão do estado da arte sobre regionalização e redes de saúde, por periódico, ano, tipo do estudo e foco da análise

Periódico	Ano	Tipo do estudo	Foco da análise
Cad. Saúde Coletiva	2015	Prático	Prioridades de investimento na regionalização e complexidade dos serviços
		Prático	Transmissão da informação em uma Comunidade Ribeirinha Sul-Amazônica
		Prático	Sistema referenciamento de uma rede de atenção aos usuários de drogas
Cad. Saúde Pública	2013	Literário	Regionalização e dinâmicas das Comissões Intergestores Bipartite (CIB)
	2014	Prático	Avaliação do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde no SUS
	2015	Prático	Proposta de regiões de saúde no Brasil baseada no desenvolvimento humano
Ciência & Saúde Coletiva	2010	Teórico	Estruturação de redes de atenção à saúde e seus elementos constitutivos
		Prático	Condicionantes estruturais da regionalização nos estados brasileiros
		Prático	Constituição de redes, a partir da análise de duas experiências internacionais
	2011	Teórico	Analisar a relação saúde, desenvolvimento e territorialização
		Teórico	Causas da fragmentação na atenção à saúde e os benefícios das redes
		Prático	Mudanças incrementadas pela reforma do sistema de saúde da Alemanha
		Literário	APS como estratégia viável para melhoria do cuidado em saúde
	2012	Prático	Pacto pela Saúde e reconfiguração das relações intergovernamentais no setor
		Prático	Fatores que dificultam ou favorecem o processo de regionalização da saúde
	2014	Prático	Construção da rede regionalizada de saúde, com ênfase na saúde bucal
	2016	Teórico	Descentralização da gestão e implicações para o acesso e atenção integral
	Saúde Debate	2014	Prático
Teórico			Redes de Atenção à Saúde do SUS e sua essência de organização integrada no contexto federativo e municipalista de fragmentação e desintegração
2015		Prático	Descentralização e regionalização do sistema de saúde da Espanha
		Prático	Institucionalidade e governança no Colegiado de Gestão Regional
		Prático	Inserção do hospital na Rede de Atenção às Urgências e Emergências
		Prático	Institucionalidade e governança da Secretaria de Estado de Saúde
		Prático	Relações público-privadas no processo de regionalização da saúde
		Prático	Perspectivas de região e redes adotadas na política de saúde
		Prático	Percepção de médicos emergencistas sobre as Redes de Atenção à Saúde
		Prático	Regionalização política-administrativa, com ênfase para a autonomia local
Saúde Soc.	2014	Prático	Construção da rede temática e estratégica de atenção à gestante e puérpera
		Prático	Instrumentos de planejamento no espaço regional de saúde do ABC Paulista
	2015	Prático	Construção e funcionamento da Rede de Atenção de Urgência e Emergência
		Prático	Regionalização da atenção do atendimento hospitalar
		Prático	Organização local de uma rede de atenção à saúde, a partir da ação mediada
		Teórico	Revisitar os conceitos de região e regionalização
		Prático	Processo da gestão regional no estado, a partir do COAP/rede de atenção
		Literário	Regionalização, crise do capitalismo e suas implicações para o SUS
		Teórico	Abordagem territorial nas políticas públicas, regionalização e redes
		Teórico	Regionalização do SUS e constituição de regiões de saúde no Brasil
Prático	Revisitar o conceito de regionalizar a descentralização		
Prático	Regionalização e construção de uma tipologia das regiões de saúde no Brasil		
Estudos Econômicos	2008	Teórico	Conceito de região e regionalização
Revista de Enfermagem	2015	Teórico	Redes de atenção à saúde à luz dos princípios da Teoria da Complexidade
História, Ciências, Saúde	2012	Teórico	Conceitos de integralidade, descentralização, regionalização e universalidade
Interface Comunicação Saúde Educação	2014	Prático	Cartografia da gestão em rede e apoio institucional na área de saúde mental
	2015	Prático	PET Saúde / Redes de Atenção Psicossocial em uma USF
		Prático	Construção da integralidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial
		Prático	Parceria ensino-serviço sob a perspectiva das Redes de Atenção Psicossocial

Periódico	Ano	Tipo do estudo	Foco da análise
RBCS	2009	Teórico	Analisar a gestão solidária e cooperativa no âmbito do SUS
Physis Revista de Saúde Coletiva	2013	Prático	Percepções dos gestores sobre a formação das redes de atenção à saúde
R. Bras. Est. Pop.	2016	Prático	Estrutura da rede social do idoso e atenção pelos indivíduos que a integram
Rev Esc Enferm USP	2013	Prático	Avaliação da estrutura da rede pelos trabalhadores e reabilitação social
Rev Saude Publica	2011	Teórico	Federalismo brasileiro no processo de regionalização da saúde

Fonte: elaboração própria

As informações extraídas das bases de dados, citadas anteriormente, foram registradas numa planilha Excel, contendo o título da obra, autores, local e ano da publicação, incluindo volume, número, edição, bem como enquadramento metodológico quanto a natureza do objeto, objetivos do estudo, coleta de dados e instrumentos. Isso possibilitou perceber que:

(i) dos 51 artigos sobre o tema regionalização e redes de saúde, o maior número de publicações ocorreu no período de 2014-2016, sendo em 2016 (dois), 2015 (vinte e cinco) e 2014 (sete), o que significa mais de 66,6% dos artigos selecionados, evidenciando o crescente interesse pela investigação do tema e sua relevância para o contexto contemporâneo;

(ii) a existência de um *cluster* ou grupo de pesquisadores que se interconectam na realização de pesquisas e produção de conhecimentos sobre regionalização, regiões, territorialização e desenvolvimento, tendo, inclusive, desenvolvido tipologia e modelo analítico para investigação desse tema, o qual tem sido aplicado em vários estudos empíricos voltados para a análise da regionalização e implantação dos Colegiados de Gestão Regional;

(iii) a quase predominância da abordagem qualitativa dos estudos, de natureza exploratória-descritiva, cujos objetivos versam sobre o contexto histórico e político-institucional sobre o qual foi constituído o SUS; estrangimentos e restrições ao processo de descentralização e regionalização, a partir da experiência do Brasil e outros países que adotaram sistemas universais; tipologias de regionalização; relações interfederativas, no contexto do Pacto pela Saúde, com foco para a governança e institucionalidade dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com algumas poucas publicações mais direcionadas para redes de atenção à saúde, com destaque para as redes de urgências e emergências e atenção psicossocial (Quadro 1).

Ressalta-se que situações semelhantes, quanto a abordagem teórico-metodológica e temáticas, são observadas também por Fernandes (2017), no seu estudo de revisão crítica do estado da arte sobre regionalização da saúde, utilizando-se da base de dados do SciELO, realizado um ano depois do levantamento feito por esta pesquisadora. Do total de 70 artigos

analisados pelo autor, somente cerca de 10% investigaram a temática regionalização relacionada explicitamente às redes de atenção à saúde, o que evidencia o potencial de estudos nessa direção.

Como forma de ampliar ainda mais o campo teórico-empírico e metodológico sobre redes integradas de saúde no contexto da regionalização do SUS, foram realizadas, posteriormente, buscas nas referências citadas nos artigos selecionados, como também em sites livres, onde foram encontradas publicações sobre a forma de artigo, entrevistas, resenhas, indicações de livros, dissertações e teses, entre outras, cujos conteúdos foram utilizados para alargar a compreensão sobre o fenômeno investigado neste estudo, especialmente no tocante a sua problemática e abordagem multidimensional do tema em seu aspecto teórico-analítico.

Considerando-se ainda, o objeto de estudo e sua imagem-objetivo de integração sistêmica das ações e serviços de saúde em âmbito regional, a ser verificada por meio dos percursos terapêuticos das(os) usuárias(os) da linha de cuidados da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas / Eixo Oncologia, realizou-se, no período de 10 de janeiro a 10 de fevereiro de 2018, novas buscas na base de dados da *Scientific Electronic Library Online*(SciELO)³, utilizando-se as palavras-chave, “itinerário terapêutico”, “percurso terapêutico” e o Descritor em Ciências da Saúde “acesso aos serviços de saúde”. Este último foi adicionado em razão da relação intrínseca entre percurso terapêutico e acesso ou acessibilidade aos serviços de saúde e sua correlação com o problema de pesquisa.

O sistema de busca sinalizou 93 resultados, que após exclusão das duplicidades, procedeu-se a análise dos resumos, metodologia adotada e foco da investigação, selecionando-se 46 fontes, incluindo os artigos oriundos de sites livres, cujas publicações datam de 2004 (um artigo) a 2017 (três artigos), com maior concentração nos anos de 2014 e 2016, cada um com oito publicações.

Em seguida, realizou-se o mesmo procedimento, no que se refere ao registro e classificação dos dados, conforme categorias de análise adotadas anteriormente. Do total das 46 publicações, 38 enquadram-se na categoria de práticos, sete como teóricos e apenas um como literário (Quadro 2).

³ Optou-se nessa segunda etapa de revisão do estado da arte, apenas pela base de dado do SciELO, visto que essa base indexa renomadas revistas científicas brasileiras e de outros países, constituindo-se num dos principais canais de disseminação do conhecimento, por ser um renomado repositório da produção acadêmica em geral.

Quadro 2 - Artigos selecionadas no processo de revisão do estado da arte sobre itinerário terapêutico (IT), acesso aos serviços de saúde, por periódico, ano, tipo do estudo e foco da análise

Periódico	Ano	Tipo do estudo	Foco da análise
Physis Revista de Saúde Coletiva	2010	Prático	Trajетórias e incertezas da atenção à saúde
		Prático	Representações sociais da hanseníase e Itinerário Terapêutico - IT
	2012	Literário	Avaliação da saúde na perspectiva do usuário
		Prático	Itinerários terapêuticos dos moradores de favelas
	2014	Prático	Experiência da enfermidade da hanseníase e IT
	2015	Prático	Itinerário e significado social do HIV/Aids
	2016	Prático	Cuidado prestado ao idoso nas redes de atenção à saúde
Prático		Itinerários terapêuticos de homens com Infecção Sexualmente Transmissível	
Ciência & Saúde Coletiva	2006	Prático	Desigualdades sociais e geográficas no acesso aos serviços de saúde
	2008	Prático	Itinerários terapêuticos e o <i>mix</i> público-privado
	2011	Teórico	Estado da arte sobre itinerários terapêuticos
	2012	Teórico	Abordagens, conceitos e modelo de análise sobre acesso aos serviços de saúde
		Prático	IT de usuários de medicamentos de uma unidade de ESF
	2014	Prático	IT de travestis na busca de cuidados de saúde
	2015	Prático	Modelo de atenção diferenciadas para os distritos sanitários indígenas
	2016	Teórico	Revisitando noções de linhas de cuidado e IT
		Prático	Experiência vividas por mães de crianças com deficiência intelectual
		Prático	Características dos IT de pacientes com anorexia e bulimia
2017	Prático	Coordenação do cuidado pela atenção primária à saúde	
Cad. Saúde Pública	2004	Teórico	Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde
		Prático	Mapeamento das redes de atenção hospitalar
	2006	Prático	Itinerários terapêuticos em situação de pobreza
	2010	Prático	IT de famílias de classe popular com Hipertensão Arterial Sistêmica
		Prático	Acessibilidade aos serviços de saúde
	2014	Prático	Atenção psicossocial a adolescentes a partir de seus IT
	2015	Prático	IT de mulheres com câncer de mama com seguro social popular no México
	2017	Prático	Caracterização de acesso ao parto normal a partir da teoria dos grafos
Saúde Soc. São Paulo	2012	Prático	Pluralidade de sistemas de cuidados e itinerários terapêuticos
	2014	Prático	IT de homens rurais com problemas crônicos
		Prático	Condições de vida itinerários terapêuticos de quilombolas
Interface – Comunicação, Saúde, Educação	2010	Teórico	Linha de cuidado de doenças crônicas não transmissíveis sob a perspectiva macro e micropolítica de gestão
	2012	Prático	Itinerários terapêuticos com pessoas vivendo com HIV/aids
	2013	Prático	IT com sujeitos com problemas decorrentes do uso de álcool
	2014	Prático	Itinerários dos usuários de medicamentos via judicial
	2017	Prático	IT e barreiras de acesso em atenção oftalmológica
Rev Saúde Pública	2015	Prático	IT e sentimento sobre tuberculose em população indígena
Tempus, actas de saúde colet.	2016	Prático	Linha de cuidado e itinerários terapêuticos para doenças raras
Acta Paul Enferm	2010	Prático	Itinerário terapêutico de idosos com câncer
Rev. Saúde.Com	2016	Teórico	Estado da arte sobre acesso e IT dos pacientes com câncer
Rev Latino-am Enfermagem	2007	Prático	IT de adolescentes com diabetes e familiares
Revista Eletrônica de Enfermagem	2007	Prático	Experiência da doença e construção do itinerário terapêutico
	2013	Prático	Itinerários terapêuticos de família em condição crônica
Rev enferm UFPE	2014	Prático	Itinerário terapêutico de indivíduos com transtorno mental
	2016	Prático	Itinerários terapêuticos de homens acometidos de Acidente Vascular Encefálico
Saúde (Santa Maria), Santa Maria	2014	Teórico	Tendências de teses e dissertações sobre itinerário terapêutico
Rev Bras Ginecol Obstet.	2013	Prático	Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no DF

Fonte: elaboração própria

Apesar do quantitativo de artigos selecionados, não se pode afirmar que o percurso terapêutico seja suficientemente explorado por pesquisadores e gestores, nos seus múltiplos aspectos, muito embora os estudos sobre itinerários terapêuticos, na literatura internacional, não sejam recentes e datem das décadas de 1950-1960, cujos primeiros trabalhos foram direcionados para o comportamento do enfermo (*illness behavior*) na escolha ou uso dos serviços e tratamentos, com base na relação custo-benefício (ALVES e SOUZA, 1999; ALVES, 2016).

A partir da década de 1970, as pesquisas sobre itinerários terapêuticos incorporam aspectos cognitivos e interativos, com ênfase para as redes sociais do sujeito, como o núcleo familiar, a comunidade, amigos, entre outros. Em 1980, a reflexão socioantropológica de Artur Kleinman introduz a relação entre contexto cultural e ação singularizada de cada sujeito na construção de seu itinerário terapêutico, criando o modelo explicativo de sistema de saúde, composto de três subsistemas: o informal, o popular e o profissional. Não obstante a contribuição de cada uma dessas abordagens teóricas, verifica-se que a perspectiva biomédica (voltada para os aspectos orgânicos do processo saúde-doença), das ciências sociais (direcionada para os aspectos ideais ou simbólicos do processo saúde-doença) e os modelos explicativos da abordagem estruturalista não consideram o contexto intencional, circunstancial e dialógico, no qual os sujeitos desenvolvem suas ações (ALVES e SOUZA, 1999; ALVES, 2016).

Nesse sentido, de acordo com Alves e Souza (1999) e Alves (2016), a compreensão de itinerários terapêuticos requer o olhar da fenomenologia para interpretação do mundo, incluindo as percepções dos sujeitos sobre seu corpo e a enfermidade, o tempo e o espaço, o vivido e experimentado pelo ser no mundo, em permanente processo de interação, negociação, conflito com as estruturas sociais em que se encontra inserido.

É na perspectiva entre abordagens comportamentais, com foco para a enfermidade e uso utilitarista dos serviços e os modelos explicativos e interpretativos propostos por Kleinman, que a quase totalidade dos estudos se situam, publicados a partir da década de 2000 no banco de dados SciELO e relacionados no Quadro 2. Predomina a abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, com uso dos métodos, estudo de caso ou da etnografia, para analisar e/ou descrever os itinerários terapêuticos dos diversos sujeitos implicados no processo, seja a(o) usuária(o) e/ou familiares nas redes de cuidados de saúde, com direcionamento para a enfermidade, seu significado, percepções e reinterpretções da doença, tratamento e uso dos serviços/cuidados de saúde. Ao coletar dados para identificar a tendência sobre itinerário

terapêutico em dissertações e teses na área de enfermagem, Silva e colaboradores (2014), constataram a forte presença da análise socioantropológica e do modelo explicativo de Artur Kleinman nos 17 estudos selecionados, com ênfase para o surgimento e manejo da enfermidade, utilização dos serviços de saúde, relação usuário-profissional de saúde.

Referente aos artigos classificados por esta pesquisadora como práticos (Quadro 2), verifica-se que a análise do itinerário terapêutico é realizada sob a perspectiva de diferentes doenças/agravos, sem necessariamente definir uma determinada Rede de Atenção à Saúde prioritária e temática, com raras exceções, especificamente na linha de cuidado do câncer. Nesse sentido, destacam-se os trabalhos de: (i) Visentin e Lenardt (2010), voltado para conhecer e descrever o itinerário terapêutico de idosos com câncer em atendimento ambulatorial hospedados em casa de apoio na cidade de Curitiba, tendo sido utilizada a abordagem da História Oral Temática, (ii) Barros, Uemura e Macedo (2013), com foco direcionado para o tempo entre o primeiro sintoma até o tratamento, cujo estudo foi realizado no Distrito Federal, Brasil; (iii) Tayabas, Salcedo, Espino (2015), descrevem os itinerários de atenção de mulheres com câncer de mama filiadas ao Plano Popular de Saúde no México, mediante estudo qualitativo com enfoque etnográfico, com participação de 12 mulheres; (iv) Aquino e Rodrigues (2016), cujo levantamento realizado pelos autores apontam a escassez de estudos sobre itinerários terapêuticos em países em desenvolvimento, tendo sido selecionadas três publicações internacionais (Austrália, Estados Unidos, França). Salienta-se que em nenhum dos quatro estudos relacionados foi evidenciado o foco da análise centrada na integração sistêmica das ações e serviços de saúde.

Salienta-se ainda, que não se observa nos estudos, de natureza prática, o recorte analítico para alguns dos atributos das RAS ou da sua estrutura operacional e/ou da gestão da clínica, em observância ao seu desenho normativo. Nesse sentido, destaca-se o estudo de Bousquat e colaboradores (2017) que analisa a Atenção Primária à Saúde (APS) na coordenação do cuidado, sob a perspectiva informacional, clínica, administrativa/organizacional (Quadro 2).

Na contratendência dos estudos relacionados, destacam-se os trabalhos de Oliveira, Travassos e Carvalho (2004) e Sousa, Araújo e Miranda (2017). O primeiro realiza o mapeamento das redes de atenção hospitalar no Brasil e o segundo versa sobre a linha de cuidado de uma Rede de Atenção à Saúde, relacionando os fluxos de origem e destino, com abordagem de natureza quantitativa. Ambos os estudos, utilizam princípios e fundamentos da Teoria dos Grafos.

Observa-se ainda, em algumas das fontes selecionadas no Quadro 2, a correlação entre itinerários terapêuticos e acessibilidade aos serviços de saúde, em suas múltiplas concepções e dimensões de análise. Nessa direção, destacam-se as contribuições teóricas e/ou empíricas dos estudos sobre acesso aos serviços de saúde de Travassos, Oliveira e Viacava (2006), Cunha e Vieira-da-Silva (2010), Assis e Abreu de Jesus (2012). O trabalho de Malta e Merhy (2010), por sua vez, avança no campo teórico para análise do percurso da linha de cuidado de doenças crônicas não transmissíveis, sob a perspectiva das dimensões macro e micropolítica.

Em pesquisa para mapear o estado da arte, direcionada exclusivamente para itinerários terapêuticos, Gerhardt e colaboradores (2016), ampliou o escopo da pesquisa para artigos científicos, dissertações, teses, capítulos de livros e livros. Para captura dos artigos, utilizou-se das seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde); SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BDENF (Base de Dados em Enfermagem), PubMed (*National Library of Medicine*), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde e Biblioteca Cochrane) e do Portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Para as dissertações e teses, foram utilizados o Banco de Teses da CAPES e da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), incluindo o buscador *Google*. Referente aos livros e capítulos de livros, estes foram selecionados de portais de livros da internet, do Portal CAPES e do catálogo das Bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Os achados revelaram uma vasta produção sobre o tema, cujo sistema de busca sinalizou 428 artigos, dos quais 77 foram selecionados, bem como 76 teses e 210 dissertações, finalizando-se, respectivamente, com 29 e 74 para análise. Do total de 55 capítulos de livros, elegeram-se 43 e seis livros do quantitativo encontrado. Convém salientar que, do total de artigos selecionados, o maior número de publicação ocorreu nos anos de 2012 e 2014, publicações estas distribuídas espacialmente de forma mais intensa na região Sudeste, com 22 produções, seguida da região Sul com 18, Centro-Oeste com 13, Nordeste com 8 e Norte com apenas uma (GERHARDT et al., 2016).

Embora o estudo de Gerhardt e colaboradores (2016), difira do realizado por esta pesquisadora, uma vez que incluiu dissertações, teses, capítulos de livro e livros, observam-se resultados muito próximos do sinalizado no Quadro 2, no que se refere a multiplicidade e pluralidade de abordagens de problemas de saúde, com destaque para as condições crônicas e diferentes ciclos de vida e cenários.

Nesse sentido, verifica-se nos achados da pesquisa de Gerhardt e colaboradores (2016), no tocante aos artigos, dissertações e teses, a predominância de estudos com ênfase na experiência do adoecimento, comportamento sobre a doença, percepção de usuárias(os) e/ou familiares sobre a enfermidade e tratamento, utilizando-se dos construtos teóricos propostos por Kleinman sobre os modelos explicativos e interpretativos da doença e sistemas de cuidado, ancorados em seus diferentes sistemas terapêuticos (profissional, popular e informal). Em menor número, situam-se os estudos que centram sua análise nos sistemas formais de saúde, com foco para o cuidado assistencial, utilização dos serviços de saúde, organização e funcionamento das redes assistenciais, acesso a esses sistemas, tensionando as diferentes lógicas estruturais e funcionais que produzem e disponibilizam a atenção à saúde. Em quantidade mais reduzida, encontram-se os estudos que inserem o processo de saúde, doença e cuidado no macrocontexto determinado por fatores socioeconômicos, que interferem no processo de escolhas e tomada de decisão por parte dos indivíduos.

No tocante à produção de livros e capítulos, observa-se o direcionamento da análise para as percepções de pessoas com condições crônicas sobre o processo de enfermidade, tipos de cuidados e tratamentos, a partir de diferentes contextos e enfoques (GERHARDT et al., 2016).

Diante do exposto, verifica-se que as pesquisas sobre itinerários terapêuticos apresentam uma multiplicidade de temáticas e uma variedade de premissas teórico-metodológicas, centradas majoritariamente nos campos disciplinares da antropologia, sociologia e psicologia social, de modo que as análises realizadas acerca de IT, ancoram-se em dois eixos que se inter-relacionam, ou seja, o cognitivo e o socioeconômico (ALVES, 2016).

A partir desses eixos, Alves (2016) agrupa os estudos em quatro tipos de categorias: (i) reconstituição de trajetos terapêuticos; (ii) modelos ou padrões de tratamento e cura, com ênfase para a utilização de modelos biomédicos para explicar a doença em seu caráter ontológico; (iii) percurso dos usuários nos distintos subsistemas de cuidado à saúde e (iv) organização e funcionamento de serviços de atenção à saúde.

Sob o fulcro dessas categorias, os estudos sobre itinerários terapêuticos, estabelecem como objeto de análise: a experiência humana e as representações sociais da doença; escolhas sobre tratamentos, adesão ou não a determinados procedimentos e terapêuticas; comportamento de usuários e/ou familiares em relação ao tratamento; relação usuário-terapeutas; disponibilidade e acessibilidade aos serviços assistenciais (ALVES, 2016).

Contudo, apesar da vasta produção acerca do itinerário ou percurso terapêutico, o mesmo apresenta um potencial relevante de estudo para a política de saúde, em especial para a formulação e implementação de desenhos normativos das RAS, no contexto complexo e desigual da Federação brasileira. Estudos sobre IT possibilitam evidenciar a pluralidade de trajetos, escolhas, circunstanciadas por questões singulares e subjetivas dos usuários, e também decorrentes dos problemas de acesso aos serviços de saúde do SUS.

Apesar dos benefícios da descentralização, com ampliação das ações e serviços de saúde, verifica-se que o acesso ainda assume escalas diferenciadas, em razão da heterogeneidade do nosso país e das profundas desigualdades sociais intra e inter-regionais. Nesse sentido, estudo de Travassos, Oliveira e Viacava (2006), ao se referir sobre acesso como a possibilidade de utilização dos serviços, quando necessário, evidenciou que o mesmo é fortemente influenciado pelas condições sociais das pessoas e pelo local onde residem, contrariando o princípio constitucional de igualdade de acesso para todos os segmentos sociais, independentemente de suas condições socioeconômicas e geográficas. Esses autores afirmam que a oferta não é necessariamente garantia de acesso aos serviços, pois podem facilitar ou obstruir a capacidade das pessoas usufruírem quando dele necessitar, haja vista que as barreiras de acesso se originam das características dos sistemas e dos serviços de saúde. Nesse sentido, argumentam:

[...] a disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso (TRAVASSOS, OLIVEIRA, VIACAVA, 2006, p. 976).

Destaca-se ainda a pesquisa de Escorel e colaboradores (2007) com o Programa de Saúde da Família em 10 capitais brasileiras, que revelou barreiras de acesso, no que se refere a dificuldades para atendimento da demanda espontânea e horários de atendimento inadequados. Estudos de Vieira-da-Silva e colaboradores (2007) em cinco municípios da Bahia, evidenciaram que as barreiras de acesso ocorrem na atenção básica, como também na média e alta complexidade.

A investigação de Cunha e Vieira-da-Silva (2010), em um município baiano em Gestão Plena do Sistema de Saúde, envolvendo Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), demonstrou a existência de barreiras de acesso relacionadas à organização dos serviços, como ausência de protocolos para agendamento, lista de espera para substituição dos faltosos, ausências de estratégias de acolhimento, fragilidade no sistema de referência e

contrarreferência, além das distâncias geográficas. Para análise dos achados empíricos, as autoras referidas desenharam uma matriz teórico-lógica, tendo como referência o aporte teórico de Donabedian (1988), sob a perspectiva de duas categorias analíticas para averiguar a acessibilidade: *sócio-organizacional*, referida a um conjunto de fatores relacionados ao funcionamento dos serviços e *geográficas*, compreendidas por fatores locacionais, distribuição dos serviços e existência de transporte.

Em revisão de literatura acerca do acesso aos serviços de saúde, que se caracteriza como complexo e multidimensional, Assis e Jesus (2012), desenharam um modelo de análise com cinco dimensões. A *primeira*, refere-se a dimensão política, a qual tem como variáveis o comprometimento dos gestores com a universalização do acesso, as pactuações entre instâncias de poder, envolvendo atores estatais e não estatais e o processo decisório. A *segunda*, relaciona-se aos aspectos socioeconômicos, a ser avaliada por meio do volume de investimentos na rede pública de saúde, por nível de atenção à saúde, pelas três esferas de poder, incluindo a identificação de barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas sob a perspectiva dos sujeitos que produzem e consomem os serviços de saúde. A *terceira dimensão*, refere-se à organização da rede de saúde para responder às necessidades da população usuária, estabelecendo a atenção básica como “porta de entrada”, demarcada por fluxos de atendimento estruturados a partir das condições sanitárias, epidemiológica e social, processo de regulação e práticas de referência e contrarreferência. A *dimensão técnica*, por sua vez, envolve a tríade, gestores, trabalhadores e prestadores públicos e/ou privados, na produção de cuidados de saúde centrados no usuário, no acolhimento, na vinculação e autonomia dos sujeitos sociais (usuários) e organizacionais (equipe de saúde), desenvolvimento de projetos terapêuticos. A *quinta*, refere-se à dimensão simbólica, compreendendo o campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, ou seja, percepções acerca do processo de saúde-doença, valores socialmente compartilhados pelos sujeitos e grupos sociais em que vivem.

Ressalta-se que a integração sistêmica das ações e serviços de saúde possui uma relação intrínseca com a integralidade do cuidado, uma vez que a estruturação de redes de atenção à saúde e respectivas linhas de cuidado implica planejar e prover no território localregional serviços assistenciais complementares entre si, o que significa reconhecer a interdependência entre atores e organizações, visto que nenhuma delas é autossuficiente em recursos e competências para garantir a integralidade da atenção à saúde da população. Por sua vez, a integração de serviços de saúde, por meio de redes assistenciais, demanda olhar o objeto rede, sob duas perspectivas, ou seja, como “estrutura organizacional voltada para a produção de

serviços, e como dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos” (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 5334).

Isto posto, significa pensar, no âmbito macropolítico, uma rede interfederativa, constituída de atores governamentais em processo constante de negociação e pactuação, para prover serviços de diferentes densidades tecnológicas no espaço regional, por meio de uma rede de organizações, compostas por atores estatais e não estatais que atuam como prestadores de serviços, de forma complementar ao SUS, para garantir os princípios de integralidade, universalidade e equidade. Considerando-se ainda, conforme disposto em normativa, que uma organização de saúde abriga diferentes pontos de atenção, pode-se pensar também, no âmbito micropolítico, as organizações de saúde como redes, uma vez que os distintos setores/departamentos/serviços e respectivos atores institucionais interagem entre si e com as(os) usuárias(os), transacionando cotidianamente diferentes tipos de conteúdo.

Do ponto de vista da gestão do sistema de saúde, organizado em redes integradas, considera-se que as redes organizacionais e as organizações como redes são estruturas institucionais e, como tal, são regidas por procedimentos, regras e normas formais ou informais, conteúdos cognitivos, simbólicos e valorativos que orientam e/ou restringem a ação humana e podem, ao mesmo tempo, serem contestadas, transformadas e (re)produzidas socialmente pelos seus atores, numa arena em permanente disputa e negociações. Destaca-se ainda que as organizações de saúde estão imersas na dinâmica social, sendo resultantes de um processo histórico de forças endógenas e exógenas que condicionam e moldam a sua capacidade de resposta.

Nessa direção, a materialização da imagem-objetivo de um sistema sem barreiras de acesso às ações e serviços, mediante redes integradas de saúde, cujos pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas se articulem e formem corredores virtuais que ultrapassem as fronteiras geográficas e sócio-organizacionais, sob a perspectiva micro, meso e macrorregional, tem se mostrado difícil em sua implementação, demandando, portanto, estudos que contribuam para a sua efetiva implantação (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004). Tal entendimento é reforçado pela revisão do estado da arte sobre integração de sistemas de saúde, tendo sido constatada a escassez de estudos empíricos nesse campo, incluindo modelos validados e padronizados, o que torna um grande desafio para gestores e pesquisadores analisar os efeitos da integração dos serviços de saúde (SANTOS e GIOVANELLA, 2016).

Diante do exposto, acredita-se que estudos dessa natureza, podem contribuir para sinalizar as contradições entre o idealizado e a realidade experienciada, no sentido de tentar explicar e compreender os fatores que interferem na implantação/implementação da política de redes integradas de atenção à saúde no contexto da regionalização do SUS, em face a sua complexidade, haja vista a heterogeneidade do território brasileiro e baiano; as marcantes diferenças estruturais de ordem econômica, socioespaciais e fiscais; as profundas desigualdades intra e inter-regionais e as distintas lógicas territoriais; a pluralidade de instituições e atores, estatais e não estatais, na composição da rede de serviços e a diversidade de arranjos organizacionais na gestão desses serviços; a dinamicidade entre demanda social e capacidade de resposta institucional, cuja conjuntura política, por vezes, impõe sucessivos processos de mudanças, recuos e/ou rupturas na institucionalidade da política de saúde, em âmbito nacional, estadual e/ou local.

Todavia, não se trata de desmerecer todo o esforço político institucional de formulação das redes de atenção à saúde, mas de reconhecer que desenhos homogêneos de políticas públicas nem sempre costumam alcançar os resultados na magnitude desejada, existindo uma dissonância crônica entre conteúdo e forma, até porque as distintas realidades da Federação brasileira impõem respostas diferenciadas.

Por outro lado, a integração sistêmica, por se tratar de uma ação substantiva em seu sentido lato, não é entendida neste estudo como uma variável dicotômica de fragmentação, mas como graus variados de integração, em decorrência da complexidade estrutural da realidade brasileira e da própria política nacional de saúde, sujeita a vieses conjunturais e institucionais.

Em razão desse contexto complexo, diverso e desigual da sociedade brasileira, entende-se que o objeto em análise neste trabalho não se esgota, visto que cada estudo torna-se singular, uma vez que revela apenas o retrato de uma dada realidade em determinado momento histórico, estando sujeito a constantes mudanças, de natureza socioeconômica, cultural, político-institucional, tecnológicas etc.

Nesse sentido, espera-se que esta tese possa contribuir para suprir possíveis lacunas no campo teórico e analítico das redes de atenção à saúde, na perspectiva da integração sistêmica das ações e serviços, com foco no seu modo de operar e de se articular para a consecução dos seus objetivos principais, no contexto do federalismo sanitário brasileiro.

Além disso, busca-se agregar evidências empíricas sobre o processo de implementação das redes integradas de saúde e seus desafios operacionais e políticos, uma vez que a concepção

de rede e de análises de políticas públicas traz implicitamente o argumento de que a implementação é um fator decisivo, visto que os objetivos inicialmente definidos podem ser substancialmente modificados quando levados à prática (FLEURY e OUVÉNEY, 2007). A implementação é a etapa em que “a política, até então feita exclusivamente de discursos e palavras, se transforma em atos concretos. A implementação da política é a continuação da luta política com outros meios e cenários diferentes” (DIAS e MATOS, 2012, p. 80).

Afinal, portarias não mudam realidades (BENEVIDES, 2011), de modo que a conformação do processo de redes integradas de atenção à saúde no território regional não se dá exclusivamente pela via normativa, visto que a fase de implementação da política, assim como da sua formulação, requer negociação contínua entre distintos atores, estatais e não estatais, que atuam na arena decisória, cujos interesses, relações cooperativas e/ou conflitantes afetam a sua organização e sua dinâmica no contexto da regionalização da saúde.

Para ampliar o olhar sobre essa tensão contínua entre instituído e instituinte, forma e conteúdo, será examinado, no capítulo a seguir, a rede de políticas públicas e os conceitos fundantes para análise da integração sistêmica das ações e serviços de saúde, no contexto da regionalização do SUS.

3 CONCEPÇÕES E DESENHOS DE REGIÕES E REDES DE SAÚDE NO PROCESSO DE INSTITUCIONALIDADE DO SUS: ANÁLISES E REFLEXÕES

O Sistema Único de Saúde (SUS), tem como diretriz organizativa a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, ao mesmo tempo que, por conceituação disposta na Constituição Federal, constitui-se como resultante da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada (SANTOS e CAMPOS, 2015). No entanto, esses dois movimentos, descentralização e regionalização, resultaram num intenso processo de fragmentação, seguindo diferentes lógicas orquestradas em micro espaços decisórios mais permeáveis aos interesses de grupos locais, em detrimento de uma agenda coletiva pautada na defesa dos princípios de universalidade e equidade, comprometendo assim, a capacidade de decisão, planejamento e oferta das ações e serviços de saúde, tendo como base os condicionantes e determinantes da saúde da população (VIANA et al., 2015).

Em face desse contexto, reacende o debate sobre a região de saúde, em razão da necessidade de integrar o que, supostamente, a descentralização fracionou do ponto de vista técnico, operativo e organizacional (SANTOS e CAMPOS, 2015). Considerando que um dos desafios mais urgentes do SUS consiste na ampliação do acesso universal e na adequação dos serviços ofertados à diversidade territorial, “a organização de regiões e redes de atenção à saúde tem sido a estratégia de regionalização privilegiada nos últimos anos, com vistas à superação desses desafios” (VIANA et al., 2015, p. 414). Afinal, “não existe regiões sem redes” (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015, p. 30).

Nesse sentido, convém ressaltar que o termo região comporta várias acepções, de modo que não há uma conceituação unívoca. O próprio processo de construção teórica e conceitual sobre regiões, possibilitou transitar inicialmente de uma compreensão relacionada a paisagens naturais, envolvendo clima, relevo, vegetação etc, seguida da ação antrópica sobre essa paisagem natural, possibilitando mudanças e finitude de recursos naturais, alterando as relações econômicas, sociais, políticas, culturais e tecnológicas. A partir de então, as regiões são entendidas como uma criação histórica e também uma produção cultural, uma vez que o espaço passa a ser visto com uma realidade socialmente construída, superando-se a indiferenciação e reconhecendo-se a sua progressiva fragmentação, sua dinâmica histórica, mutabilidade e a experiência do vivido (CUNHA, SIMÕES e PAULA, 2008; CONTEL, 2015).

Da noção de segmentação espacial, ancorada em paisagens físicas e humanas, emerge uma nova visão, a região funcional, mediante entendimento de espacialidade das relações econômicas, cuja concepção refuta a ideia de uniformidade e identidades de paisagens, para trocas de fluxos organizacionais pelas relações de mercado, associada à ideia de rede urbana, com hierarquização dos centros urbanos. Seguindo-se essa lógica de pensamento, a Teoria do Lugar Central, desenvolvida por Christaller, apresenta-se como uma outra leitura de redes urbanas, na qual o espaço é organizado em torno de um núcleo urbano central, com regiões complementares em seu entorno numa relação de co-dependência com o centro principal. No entanto, essa teoria tem limites, no que se refere ao não alcance de todas as áreas pela oferta, a suposta uniformidade da densidade populacional e do seu poder aquisitivo, unicidade das relações de interdependências, entre outras (CUNHA, SIMÕES e PAULA, 2008).

A questão sobre regiões e redes urbanas é retomada por Milton Santos que diferenciava a noção de espaço e território, sendo este último criado pelo povo por meio de sua utilização, representando um dado fixo, delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem múltiplos atores. Enquanto isso, o espaço geográfico é mais amplo e complexo, indissociável de sistemas de objetos e ações em que a instância social é uma expressão concreta e histórica, construída processualmente, contendo uma estrutura organizada por forma e funções que possibilita mudar no decurso histórico de cada sociedade. As formas e funções variam no tempo, ao passo que o processo ocorre no âmbito de uma estrutura social e econômica, sendo resultante de suas contradições internas. Totalidade e tempo são essenciais para compreensão do espaço. A totalidade espacial é estrutural (SANTOS, 1978).

Por outro lado, as redes, por ter uma natureza horizontal, são entendidas como um agente de desterritorialização, visto que facilitam a dissolução de formas de dependência local, possibilitando que o desenvolvimento focalizado se dilua à medida que a dependência local é amainada. Por sua vez, o capital territorializa e centraliza, uma vez que exige, concomitantemente, uma rede de infraestrutura de capital fixo, como redes de transporte, abastecimento de água, esgoto, entre outros, como também, uma rede de infraestrutura social, não necessariamente fixa e imóvel, como estruturas educacionais para geração de força de trabalho, serviços de saúde etc. O capital se irradia, atraindo fixos e fluxos, o que possibilita reorganizar uma economia mais difusa e descentralizada (COX, 2013).

Cabe ressaltar que o processo de acumulação do capital pode territorializar, mas cria um forte processo de hierarquização, como é o caso brasileiro, sobretudo nas localidades onde concentram maior poder de recursos fixos e fluxos, transformando algumas cidades em centros

urbanos conectados à rede mundial, reproduzindo o processo histórico de desigualdades socioeconômicas e espaciais na distribuição de recursos orçamentário-financeiros e dos serviços sociais, incluindo o setor de saúde. Simultaneamente ao processo de hierarquização, em que o Estado e o segmento empresarial atuam conjuntamente, a rede urbana no Brasil comporta também redes não hierárquicas e horizontais, caracterizada pela relação de complementaridade, por meio da oferta de serviços diferenciados, especialização produtiva, divisão funcional de atividades (IBGE, 2007).

Diante do exposto, a abordagem de rede possibilita repensar o Estado e a dinâmica da redes governamentais na provisão de políticas públicas, visto que permitem visualizar as estruturas hierarquizadas e sua relação de poder, através das regiões, centros urbanos, clientes, entre outros, e a espacialidade das instituições do Estado no território (RODRIGUES-SILVEIRA, 2016). A abordagem sobre regionalização, a partir de redes urbanas, propicia ampliar a discussão sobre dois aspectos importantes ao acesso aos serviços de saúde, no que se refere a distribuição mais equitativa dos equipamentos e o uso da distribuição desses equipamentos para o desenvolvimento regional (CONTEL, 2015).

Nesse sentido, em razão do processo de mudanças globais, as possibilidades de uso do território tem se transformado e complexificado, de modo que o processo de regionalização implica examinar a heterogeneidade do território brasileiro, com vistas a verificar a complementaridade entre regiões e serviços e também realizar uma revisão mais acurada do próprio significado de regionalização e sua relação com a descentralização, para repensá-la sob a perspectiva de novos critérios e conteúdos mais aderentes à realidade brasileira, sem imobilizar as políticas e acordos intergovernamentais em um único formato (VIANA et al. 2008).

Vale destacar que a organização em redes regionalizadas de serviços de saúde se constituiu na premissa sobre a qual historicamente foram debatidas as ideias centrais que definiram as diretrizes organizativas do SUS, tendo como referências experiências de países que constituíram sistemas universais (KUSCHNIR e CHORNY, 2010). Nesse sentido, a descentralização, desde o final de 1970, foi um fenômeno marcante da reforma dos Estados Nacionais, envolvendo países da Europa Ocidental e América Latina. Contudo, a agenda de reformas nesses Estados Nacionais foi construída em decorrência do contexto de crise econômica mundial e de redemocratização, com vistas a melhorar a eficiência, efetividade e os

mecanismos de *accountability*⁴. Porém, em países como a Itália, Inglaterra, Espanha, Alemanha e Canadá, o processo de descentralização se desenvolveu articulado ao de regionalização, o que possibilitou a organização de rede de serviços e o fortalecimento de autoridades sanitárias regionais, ao passo que na América Latina, os processos de descentralização e regionalização foram conduzidos com graus variados de articulação, com maior ênfase para a descentralização (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010; VIANA e LIMA, 2011; LIMA et al., 2012), o que resultou na fragmentação do sistema de saúde, com reflexos adversos para a universalidade do acesso e integralidade da atenção à saúde (LIMA et al., 2012).

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é recente e iniciativas para sua redução e ampliação do acesso podem ser identificadas no Relatório Dawson, publicado em 1920, pelo governo inglês, cuja missão precípua consistia em conceber formas de organizar a provisão de serviços de saúde, de acordo com as necessidades da população em uma dada região (KUSCHNIR e CHORNY, 2010; SILVA, 2011). A abrangência e profundidade do relatório pode ser verificada pelas ideias preconizadas, como a introdução da concepção de territorialização; autoridade sanitária única no território; integração das ações preventivas e curativas; níveis de atenção com porta de entrada no sistema de saúde por meio dos centros primários de saúde; vínculos; mecanismos de referência; coordenação da atenção primária; sistema de informação e transportes, como elementos de integração (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Sob essa perspectiva, a concepção de organização de redes, proposta no Relatório Dawson, visava garantir acesso com equidade à população, tendo como pressupostos: (i) a concentração de serviços e adoção de mecanismos de referência, para fins de obtenção de eficiência/escala e qualidade; (ii) acesso ao cuidado integral por meio da regionalização baseada em territórios de grande porte populacional, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões, dotados de autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção; (iii) comando único com operacionalização coordenada, mediante os mecanismos de referência entre níveis e/ou territórios, com apoio dos sistemas de informação e transporte (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

⁴O termo *accountability* é atribuído pelas autoras, acima referidas, como democratização e transparência dos processos decisórios. Entretanto, trata-se de um termo sem tradução precisa para a língua portuguesa, podendo assumir múltiplos significados, como responsabilização dos agentes públicos por ações e políticas, incluindo a prestação de contas dos resultados obtidos, por meio da publicização. Por ser ainda compreendido como instrumentos de controles procedimentais, controle de resultados e societários (MENICUCCI e GONTIJO, 2016).

Esse modelo de organização em redes, regionalizado e hierarquizado, foi adotado por países que constituíram sistemas nacionais de saúde⁵ alicerçados nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, com as devidas adaptações ao contexto de cada realidade, tendo sido mantido o primeiro nível de atenção à saúde dotado de resolutividade, por meio de recursos humanos qualificados, acesso aos serviços de diagnóstico e terapêuticos, incluindo as articulações com os demais componentes da rede. Salienta-se que nos países com Estado unitário, as regiões são constituídas por delegação do poder central, preservando-se considerável grau de autonomia, ao passo que em países federativos, a exemplo da Itália, Espanha e Canadá, entre outros, a descentralização é direcionada para as províncias ou equivalentes, cujas bases para o planejamento são as regiões ou distritos (KUSCHNIR e CHORNY, 2010), o que possibilita a constituição de autoridade sanitária em âmbito regional. Tal situação difere da realidade brasileira, cujo modelo federativo de estrutura trina estabelece autonomia política-administrativa para as três esferas de gestão governamental, com ênfase para o poder local, por meio de mecanismos indutores de descentralização das ações e serviços de saúde, de modo que a conformação de redes assistenciais assume contornos bem distintos e variados em território nacional.

Contudo, as propostas mais recentes em redes de serviços de saúde se baseiam em experiências dos Estados Unidos da América (EUA), empreendidas na primeira metade dos anos de 1990, cujo sistema de saúde caracteriza-se pela forte segmentação e hegemonia do setor privado. A experiência americana introduziu um movimento de integração vertical, denominado *integrated delivery systems* (IDS), que influenciou propostas desenvolvidas posteriormente no Canadá e Europa Ocidental, cujos países adotaram sistemas públicos com acesso universal. Porém, é preciso distinguir as racionalidades nas propostas de integração presentes nos sistemas desses países, com a do sistema de saúde dos EUA, visto que as motivações políticas-institucionais são direcionadas para dar resposta a um sistema competitivo, fortemente fragmentado e altamente custoso, em que as estratégias de regionalização estão associadas à transferência de riscos financeiros e a intensos mecanismos de controle do acesso aos serviços (MENDES, 2010; KUSCHNIR e CHORNY, 2010; SILVA, 2011; SHIMIZU, 2013; ALBUQUERQUE e VIANA, 2015). Todavia, nos demais países que adotam sistemas universais a estratégia da regionalização é centrada para garantir a universalidade do acesso e reduzir as suas desigualdades e iniquidades do sistema (KUSCHNIR e CHORNY, 2010; ALBUQUERQUE e VIANA, 2015).

⁵Canadá, Reino Unido, Espanha, Itália, entre outros

Convém ressaltar que no Brasil, a implantação do SUS ocorreu num contexto marcado por embates sociais e políticos, em razão do processo de redemocratização do país, crises e Reforma do Estado, tendo ainda que enfrentar o legado histórico da política de saúde de verticalização das ações com centralização das decisões no governo federal, fragmentação entre saúde pública e assistência médica previdenciária e hegemonia do modelo privatista, centrado na atenção médico-hospitalar e na dicotomia entre as ações curativas e preventivas, individual e coletiva (LIMA, N. et al., 2005; LANDIM, 2008).

A crítica ao processo de fragmentação dos serviços e ações de saúde foi e tem sido intensa, partindo de diferentes segmentos da sociedade, ao afirmar que as “leis não foram suficientes para proteger o SUS do caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado brasileiro” (SANTOS e CAMPOS, 2015, p. 440). Para tanto, ressalta-se que o desejo de suprimir o centralismo tornou o município no núcleo básico organizacional do sistema, em detrimento da região de saúde, mantendo-se de um lado a centralização federal e de outro, o fracionamento do poder executivo municipal. Soma-se ainda a essa construção fragmentada municipal, sem visão sistêmica, que gera iniquidades e compromete a sustentabilidade do SUS e de suas redes locais, uma antiga fragmentação típica da tradicional política de saúde brasileira, que atua por meio de programas focalizados em um ou mais riscos ou enfermidades. Diante desse cenário, resta ao SUS compor um sistema com diversas formas de governar, em âmbito local e estadual, com centenas de programas sanitários regidos por distintas regras e padrões de financiamento e de prestação de contas (SANTOS e CAMPOS, 2015).

Após a efetivação do processo de descentralização na primeira década do SUS, tornou-se evidente que essa estratégia não se mostrava capaz de oferecer as condições para a realização do ideário político do sistema nacional de saúde num contexto de extrema heterogeneidade que caracteriza a Federação brasileira. Frente a essa conjuntura, assume relevância a necessidade de racionalização do sistema com o propósito de equacionar o fracionamento na provisão de serviços e ações de saúde, as disparidades de escalas e a capacidade de resposta dos municípios, sob o risco de perda de eficiência, efetividade e agravamento da situação. O reconhecimento da gravidade desses fatos contribuiu para a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), no início da década de 2000, (DOURADO e ELIAS, 2011), constituindo na primeira fase de indução, pelo nível federal, da conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas.

O Pacto pela Saúde inicia a segunda fase de indução que se estende de 2006 a 2010, cujo período é caracterizado pela estruturação de região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015). Nessa direção, o Pacto pela

Saúde estabelece novas diretrizes para a regionalização das ações e serviços de saúde, com foco para o fortalecimento da pactuação política entre as unidades federativas, que resulte na construção de arranjos mais flexíveis e favoráveis à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde; reatualiza os instrumentos de planejamento da NOAS e amplia a visão de regionalização para além da assistência à saúde (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010; SILVA, 2011). Outras inovações são observadas, como o caráter mais sistêmico e intersetorial que adquire o Plano Diretor de Regionalização (PDR) ao permitir diferentes combinações de variáveis econômicas, sociais, culturais e de saúde para o estabelecimento das regiões de saúde em cada estado da Federação brasileira. Além disso, os CGR ao estabelecer um canal permanente de negociação e pactuação intergovernamental, visava preencher o ‘vazio’ de governança em âmbito regional (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010).

Nessa segunda fase, verifica-se a influência da proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de sistemas integrados de saúde e o uso de diversas nomenclaturas para redes, com menção às Redes de Atenção à Saúde, como também a manutenção dos mecanismos de gestão colegiados do SUS, mediante a criação das Comissões Intergestores Regionais (CIR), em substituição aos CGR. Observa-se ainda nessa fase, que as regionalizações se diferenciavam quanto a sua institucionalidade, governança e objetivos estabelecidos no âmbito dos governos estaduais, associando-se, em grande medida, ao propósito de redução das desigualdades regionais, com destaque para a participação dos consórcios intermunicipais no processo de redefinição de responsabilidades dos governos. Porém, a utilização desse arranjo organizacional propiciou regiões muito desiguais, no que se refere a oferta de serviços de saúde, população assistida e da capacidade organizativa, técnica e financeira das redes assistenciais, sem que tenham sido obtidos, em algumas situações, ganhos de escala e escopo, conforme a intenção pretendida (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015).

A terceira fase inicia-se em 2011, após a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010 e do Decreto Presidencial nº 7.508/2011, os quais introduziram mudanças significativas na concepção, nos objetivos e instrumentos do planejamento regional e buscou garantir flexibilidade e ganhos de escala e escopo no desenho regional, além de responsabilizar as três esferas de governo na realização do planejamento, gestão e investimentos nas regiões de saúde, por meio da conformação de redes regionalizadas e contratualizada. No entanto, apesar das intenções normativas, a institucionalidade da estratégia de região e redes caminhou de forma paralela sem convergência necessária, de modo que no período de 2011 a 2013, as portarias e projetos direcionados para a implementação das redes temáticas de atenção à saúde,

apresentaram pouca ou nenhuma relação com os instrumentos da regionalização (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015).

Embora a proposição de redes de saúde tenha se tornado um consenso na política de saúde brasileira, a posposta das RAS encontra-se alinhada com as diretrizes internacionais de reforma de sistemas de saúde universais, de modo que modelos de organização territorial e suas combinações, no ambiente tensionado por constantes disputas interfederativas, são condicionadas por dinâmicas espaciais e pelas relações entre Estado, mercado e sociedade na conformação da política e das redes de atenção à saúde. Tal situação requer mudanças tanto na forma de realizar a política multinível, quanto na ação coletiva que envolve atores públicos e privados organizados em redes de atenção à saúde (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015).

Ressalta-se ainda que, no decorrer do processo de institucionalização do SUS, a noção de redes regionalizadas e hierarquizadas foi perdendo espaço para as Redes de Atenção à Saúde, sob influência do modelo americano de sistemas integrados de saúde, de modo que no Brasil, regiões e redes são organizadas pelo Estado e pelo mercado. Enquanto a região se constitui num espaço de negociação, coordenação e regulação técnica e política do sistema de saúde, haja vista que abriga diversidades e desigualdades socioespaciais e envolve um conjunto de agentes e instituições com interesses distintos e conflitantes, as redes incluem a concepção de modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, economia de escala e escopo, regulação, continuidade do cuidado, coordenação técnica e governança clínica. Com base nesse entendimento, o conceito de redes de atenção e de região de saúde, encontra-se dissociado da perspectiva estritamente estatal e pública de prestação de serviços e de planejamento político-administrativo, uma vez que inclui a participação de segmentos do mercado no processo de negociação e conformação das redes de saúde (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015).

Nesse sentido, as redes podem reconfigurar os desenhos regionais com maior frequência, pois resultam da interdependência entre fixos e fluxos materiais e imateriais hierarquizados e comandados por organizações e agentes estatais e não estatais que podem operar serviços localizados dentro e fora da região, estado e do país. O mesmo vale para a participação da sociedade e dos profissionais de saúde, considerando que os fluxos no mercado de trabalho nem sempre cabem dentro do recorte regional instituído. Quando se analisam as diretrizes nacionais de regionalização e de redes de atenção no SUS, identificam-se descompassos na adoção destas estratégias, muito em função das distintas perspectivas adotadas (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015, p. 32).

Muito embora se verifique uma convergência quanto a necessidade da implementação do processo de regionalização e redes para superar o processo de fragmentação das ações e serviços de saúde, observa-se que o desenho formulado no início dos anos 2000 e o modelo de Redes de Atenção à Saúde diferem no seu aspecto técnico, político-ideológico e operacional.

O desenho normativo do início dos anos 2000 defendia redes regionalizadas e hierarquizadas como uma ação estatal e pública, associando-se regionalização ao desenvolvimento para redução das iniquidades intra e inter-regionais. Ao mesmo tempo, considerava as regiões de saúde como o espaço privilegiado para o planejamento ascendente, negociação e provisão de serviços complementares.

Por sua vez, o desenho das RAS, conforme será analisado no subitem a seguir, prescindem de regiões, defende a formação de uma rede contratualizada, sendo este um dos seus principais fundamentos. Para tanto, defende a formação de grandes adensamentos populacionais para estruturação dos serviços por macrorregiões de saúde, para fins de ganhos de escala, favorecendo a lógica produtivista do setor prestador de serviços, o que pode acentuar ainda mais as iniquidades sociais, as barreiras de acesso, comprometendo as diretrizes políticas do SUS de universalização com equidade e integralidade da atenção à saúde.

No que se refere à rede contratualizada, ressalta-se que a Reforma Administrativa do Estado, implementada nos anos de 1990, definiu o setor saúde, entre outros, como atividades não exclusivas do Estado, o que possibilitou o incremento de diversos arranjos organizacionais de gestão com o setor privado, ampliando ainda mais a participação do mercado no setor, de forma complementar. Tal estratégia reforçou, por um lado, o discurso entre agentes do poder público e do setor privado, de relação mútua de parceria e colaboração (BRAGA, 2012) e, de outro, fomentou a crescente financeirização do setor saúde, na medida em que o governo federal garante a exploração de serviços de saúde pelo capital estrangeiro⁶, incluindo as concessões fiscais para organizações de saúde sem fins lucrativos e a progressiva transferência dos serviços para Organizações Sociais de Saúde (OSS) (MENDES e LOUVISON, 2015).

⁶A Lei Federal nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, em seu Art. 23 estabelece: “É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II – pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar; III – serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e IV – demais casos previstos em legislação específica”. E no Art. 53, define as ações e serviços da assistência à saúde que estão livres para a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros, quais sejam: atividades desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem.

3.1 O MODELO NORMATIVO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O SISTEMA DE SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 4). Para tanto, as RAS têm como objetivo promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, humanizada e de qualidade, com vistas a universalização do acesso, equidade, com eficiência econômica e eficácia clínica e sanitária (BRASIL, 2010).

Para tanto, o conteúdo normativo das RAS ancora-se no arcabouço institucional do SUS, em especial no Pacto pela Saúde que estabeleceu a região de saúde como *locus* para organização no território de ações e serviços integrados, com responsabilidades pactuadas e compartilhadas pelas três esferas de gestão, o que exige relações intergovernamentais cooperativas e solidárias para garantia da universalidade do acesso, com equidade e integralidade do cuidado.

O texto normativo fundamenta-se, também, na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ambas consideradas como capazes de configurar um modelo de atenção à saúde que atenda as condições agudas e crônicas, acompanhada das ações de vigilância e promoção da saúde, tendo a APS como estruturante das Redes de Atenção à Saúde no SUS, uma vez que é considerada como centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.

Embora se reconheça os avanços do Sistema Único de Saúde, o texto normativo destaca alguns fatores para justificar a organização das RAS, que não difere dos argumentos apresentados no decorrer deste estudo, como: a diversidade de contextos regionais, marcantes diferenças socioeconômicas, forte presença do setor privado e pressões do mercado sobre o setor saúde, influenciando nos processos decisórios e na institucionalidade da política de saúde. Além disso, ressalta-se a pulverização dos serviços nos municípios e a sua fragmentação em programas, ações e práticas, gerando lacunas assistenciais.

A letra normativa destaca ainda a fragilidade na gestão do trabalho, insuficiência do financiamento para o setor saúde e a pouca inserção da vigilância e promoção da saúde no cotidiano das ações de saúde, em especial da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como a configuração inadequada dos modelos de atenção, cujo foco é direcionado para a oferta de

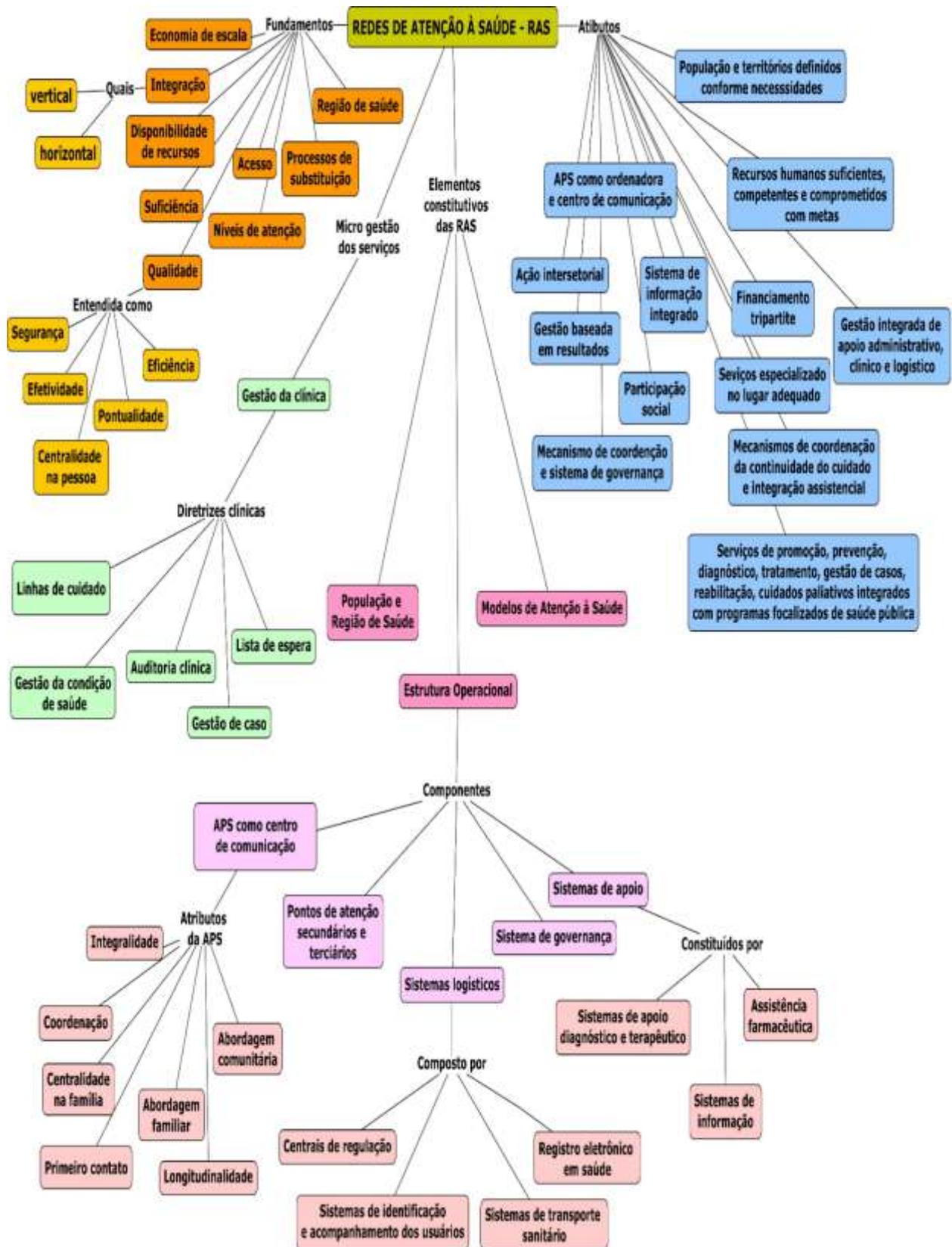
serviços, em detrimento das demandas da população com base na análise das condições de saúde, com predominância das ações curativas e das condições agudas, em descompasso com o crescimento das condições crônicas de saúde.

Referente ao modelo de atenção à saúde, observa-se na literatura nacional e internacional, que diferentemente dos países desenvolvidos em que se verificou uma transição epidemiológica, haja vista o sequenciamento de uma fase para outra, no Brasil, questiona-se quanto a existência ou não de uma transição ou acumulação epidemiológica, modelo prolongado ou polarizado, uma vez que coexistem uma tripla carga de doenças, com uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma crescente carga de causas externas e a forte presença de condições crônicas, adicionadas de doenças emergentes e reemergentes (OMRAM, 1971; FRENK et al., 1991; FRENK, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; MENDES, 2010, 2011; KUSCHNIR, R.; CHORNY. 2010; BRASIL, 2010; ALBUQUERQUE, 2013).

Tal situação ressalta a *dissonância entre sistemas de saúde*, compreendidos como respostas sociais deliberadamente instituídas para atender às reais necessidades de saúde da população e, *condições de saúde* entendida como situações de saúde que se apresentam na vida das pessoas, de forma mais ou menos persistentes, e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas, fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde. Em que pese o forte crescimento das condições crônicas, os sistemas de atenção à saúde são estruturados, prioritariamente, para responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa, sendo o sistema integrado de saúde, por meio da implantação/implementação das RAS, uma estratégia viável para a garantia da integralidade do cuidado em sua amplitude, longitudinalidade e resolubilidade (MENDES, 2011).

Nesta perspectiva, a estrutura normativa das Redes de Atenção à Saúde, tal qual foi concebida em fundamentos, atributos, elementos constitutivos das RAS, ferramentas de micro gestão dos serviços, está representada na Figura 1.

Figura 1 - Estrutura do Texto Normativo da Portaria GM/MS nº 4.279/2010



Fonte: elaboração própria

No que se refere aos fundamentos, as Redes de Atenção à Saúde estabelecem as *regiões de saúde* ou *abrangência*, com definição dos limites geográficos e população adscrita, cabendo aos entes federados a responsabilidade pública de estabelecer o conjunto de serviços a serem ofertados no espaço regional, observando-se os diferentes *níveis de atenção à saúde*, com escalas variadas de densidade tecnológica, incluindo a atenção primária em todo o território municipal, a atenção secundária e terciária nos espaços meso e macrorregional (Figura 2), de forma a eliminar as barreiras geográficas de *acesso*, como também as barreiras financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero, garantindo assim a *suficiência* das ações e serviços de saúde, em quantidade e *qualidade*, com *economia de escala*, incluindo-se *processos de substituição*, para ofertar o serviço certo, no tempo, local e custo igualmente certos, bem como processos de *integração horizontal e vertical*.

Quadro 3 - Organização dos pontos de atenção à saúde, no território sanitário, por nível de atenção

Nível de Atenção à Saúde	Pontos de Atenção à Saúde	Território Sanitário
Atenção Terciária à Saúde	Unidades Hospitalares de Alta Densidade Tecnológica	Macrorregião
Atenção Secundária à Saúde	Centros Ambulatoriais de Especialidade Centros de Diagnóstico e Tratamento Urgência e Emergência	Microrregião
	Unidades de Pronto Atendimento - UPA	
Atenção Primária à Saúde	Equipes de Saúde e Unidades Básica de Saúde - UBS	Município / Área de Abrangência
	Agente Comunitário de Saúde - ACS	Microárea

Fonte: adaptado de Mendes (2011)

A ilustração da Figura 2 é utilizada apenas para demonstrar a organização de pontos de saúde, no território sanitário, inexistindo limites rígidos e/ou impenetráveis entre um nível de atenção à saúde e outro, podendo existir, no nível secundário, hospitais regionais de médio porte, entre outros serviços, como também cuidados paliativos nos três níveis de atenção, entre outras modalidades assistenciais.

Ao observar a organização dos serviços no território sanitário, verifica-se que as ações de vigilância em saúde, apesar de mencionadas na normativa, não são reconhecidas como

transversais a todo o sistema de saúde, limitando-se apenas sua associação à atenção básica, quando as ações de prevenção de riscos, danos, doenças, agravos, promoção e proteção da saúde perpassam todos os níveis de atenção à saúde. Restringir as ações de vigilância em saúde à atenção básica reforça a lógica dominante de segregar a rede assistencial do sistema de vigilância em saúde, quando a atenção à saúde, em seu sentido lato, implica considerar a articulação dos distintos objetos, métodos e práticas da rede assistencial e da vigilância em saúde, para promoção e proteção da saúde de indivíduos e de coletividades. A mudança do modelo hegemônico de atenção à saúde ultrapassa os limites assistenciais e inclui ações articuladas e coordenadas de prevenção, promoção e proteção da saúde.

Ainda sobre a organização dos serviços no território sanitário, convém destacar que cada unidade de saúde pode ser compreendida como um ponto de atenção à saúde, ao tempo em que uma unidade hospitalar, por exemplo, pode abrigar diferentes pontos de atenção à saúde como serviços de bioimagem, laboratorial, reabilitação, assistência farmacêutica, entre outros. Nesse sentido, entende-se que as organizações de saúde são em essência estruturas de redes, uma vez que setores/departamentos e profissionais mantêm, no cotidiano de suas ações, padrões de interação onde trocam conteúdos diversos entre si e com as(os) usuárias(os) da rede de atenção à saúde.

No que se refere à organização dos serviços na região de saúde, a proposta das RAS difere do desenho de rede regionalizada e hierarquizada, visto que a região de saúde se constitui em base territorial de planejamento da atenção à saúde, ao passo que na atual arquitetura, a região é compreendida como espaço geográfico contínuo formado por um conjunto de municípios limítrofes, podendo assumir variados contornos institucionais, em âmbito intra e interestaduais (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015).

O desenho normativo das RAS, conforme observado no estudo empírico, prescinde de territórios sanitários, nos moldes estabelecidos no Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente, podendo agrupar diversas regiões, em níveis multiescalares envolvendo as fronteiras intermunicipais e/ou interestaduais, pois um dos princípios que fundamenta as Redes de Atenção à Saúde é a economia de escala. Nesse sentido, observa-se que o modelo das RAS estrutura-se por adensamento de serviços em determinados territórios, para atingir o maior contingente populacional, desconsiderando-se o contexto desigual e heterogêneo da Federação brasileira e as vulnerabilidades estruturais e socioeconômicas da população usuária. Conjectura-se que essa situação pode acentuar ainda mais as iniquidades intra e inter-regionais,

no que se refere à acessibilidade aos serviços de saúde, dificultando e/ou impondo restrições ao direito à saúde universal, com equidade, integralidade e resolutividade.

Tal cenário sinaliza alguns dos desafios de natureza estrutural para organizar redes integradas de atenção à saúde no contexto da regionalização da saúde, considerando-se as desigualdades inter e intrarregionais, as diferentes dinâmicas territoriais, socioespaciais da realidade brasileira e baiana, bem como a complexidade da rede urbana e as múltiplas escalas entre os espaços urbanos, periurbanos e rurais (VIANA et al, 2018).

Ainda sobre os fundamentos das RAS, convém destacar que a normativa incorpora da teoria econômica concepções advindas das grandes cadeias produtivas do setor privado, como a integração vertical (entre serviços com natureza distinta) e integração horizontal (entre unidades da mesma natureza), com o propósito da redução de custo, eficiência econômica, com ganhos de escala e escopo. Além de incluir os processos de substituição de ordem locacional, tecnológica e de competências clínicas. A incorporação dessas concepções no sistema de saúde brasileiro, oriundas do sistema de mercado norte-americano, colide com a tríade indissolúvel de universalidade, integralidade e igualdade (VIANA et al, 2018), podendo provocar o efeito inverso e beneficiar ainda mais o setor prestador na concentração de serviços, sobretudo os de média e alta densidade tecnológica, os quais já são detentores de grande fatia no setor público e, respectivamente, do seu financiamento, em detrimento do fortalecimento da rede própria de natureza pública e estatal.

Sob esse aspecto, destaca-se que a concentração desses serviços, conveniados ou contratados, tendem a ocorrer em espaços com garantia de sustentabilidade e retorno (VIACAVA et al, 2018), coincidindo com o atual direcionamento do governo federal de indução do Planejamento Regional Integrado para estruturação das RAS. De acordo com a Resolução CIT nº 34 de março de 2018, as macrorregiões de saúde das unidades Federadas, devem ser reorganizadas, com redução estimada para 90 macrorregiões de saúde, com estrutura necessária para aportar serviços de alta complexidade para atender um mínimo populacional de 700 mil habitantes, com exceção da Região Norte.

Tal proposta visa a estruturação de serviços de alta densidade tecnológica por adensamentos populacionais, com vistas a garantia do ganho de escala, reforçando os argumentos desta tese, no que se refere ao processo verticalizado das normativas, sem considerar a diversidade do território brasileiro, as reais necessidades de cada região, município, território e as vulnerabilidades estruturais e socioeconômicas da população, incluindo as barreiras de acesso geográficas e sócio-organizacionais.

Embora o arcabouço institucional do SUS contemple a atuação do setor privado como complementar ao sistema de saúde, o que se observa no processo de institucionalização da política de saúde no Brasil e no estado da Bahia é a manutenção do subfinanciamento do SUS.

Nesse sentido, corrobora-se do pensamento que o atual modelo de redes reproduz a lógica dominante de uma atenção médico-centrada, tecnicista e privatista, haja vista o boicote passivo ao SUS, mediante o subfinanciamento da rede própria e a valorização do setor privado com subsídios, desonerações e financiamento público, por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e Caixa Econômica Federal (PAIM, 2018).

Apesar das evidências da eficiência e efetividade dos sistemas públicos universais, quando comparados com os modelos de mercado, a diferença do gasto em saúde entre um setor e outro é dispare. Enquanto no Brasil, 54% do gasto com saúde acontece no setor privado que atende apenas 25% da população, o SUS conta com apenas 46% dos recursos para atender 75% da população (CAMPOS, 2018). Esses dados evidenciam a influência do capital privado, no contexto da política de saúde, e as assimetrias de poder na partilha de recursos.

Por outro lado, esse cenário é reflexo de uma relação histórica entre os setores público e privado na prestação de serviços no Brasil, que se manteve no processo de institucionalidade do SUS, de modo que a participação das clínicas, operadas sob a forma de pagamento direto ou por planos de saúde é majoritária, cuja participação dos estabelecimentos de saúde privados situa-se acima de 80%, tendo sido ampliado nesses 30 anos, ao tempo em que houve retração do atendimento exclusivo ao SUS (VIAVACA et al, 2018). Os dados do achado empírico comprovam a supremacia do setor privado, em especial das clínicas particulares não complementares ao SUS, evidenciando lacunas assistenciais na média complexidade.

Observa-se que tal situação tem penalizado, em especial a rede própria, uma vez que tem sido progressiva a contratação de serviços, por meio de diferentes modalidades de gestão, sem que se tenha avaliações sistemáticas e transparentes sobre a eficiência, a qualidade dos serviços e sua distribuição no espaço territorial sob a lógica da necessidade de saúde da população, conforme disposto em normativa.

Embora as Redes de Atenção à Saúde ainda sejam um processo em construção nas unidades da Federação brasileira (VIANA et al, 2018), os resultados do estudo empírico, conforme serão apresentados em capítulos específicos para essa finalidade, revelam que a distribuição espacial dos serviços está condicionada à disponibilidade da rede contratada, com concentração nos grandes centros urbanos, reforçando os achados na literatura. Segundo os

participantes da pesquisa, os resultados dos exames prestados pelas unidades móveis e demais serviços contratados atrasam meses e anos, o que os obrigam a recorrer a unidades da rede não complementar ao SUS, ocasionando em ônus às(aos) usuárias(os) e familiares. Diante do exposto, infere-se que o modelo de rede contratualizada, não tem demonstrado uma ação concorrencial entre seus pares para resultados de eficiência e eficácia, com melhorias nos indicadores de gestão, mas uma relação de “acomodação”, garantida pelo financiamento do Estado brasileiro.

Verifica-se, na condição de observadora participante, que o postulado de eficiência de gestão de redes na implementação das políticas públicas, no estado da Bahia, vem se configurando em transferência das responsabilidades sanitárias para o setor prestador de serviços, com esvaziamento da capacidade estatal de pessoas, conhecimento, competências e recursos para financiar a rede própria, fortalecendo o vínculo da dependência do capital externo⁷. Além disso, a ausência de concursos públicos, a substituição do quadro de pessoal com terceirizados e outros, culminam por precarizar os vínculos e condições de trabalho e limitar a ação estatal na assunção de responsabilidades públicas para organizar, regular e monitorar as ações no território regional.

Por outro lado, ao observar os fundamentos e atributos das *Redes de Atenção à Saúde* (Figura 1), verifica-se uma forte aderência com o modelo gerencialista adotado pela administração pública de distintos países, inclusive o Brasil, com foco na gestão por resultados e nos mecanismos de governança. Não se trata aqui de julgar o mérito, mas problematizar quanto a própria capacidade da ação estatal monitorar, avaliar resultados e regular eficientemente o setor prestador de serviços, sem ceder às pressões desse grupo que corporativamente é muito forte. Entende-se que a gestão por resultados requer, também, o mesmo princípio de equidade do SUS, uma vez que a rede própria nem sempre conta com o mesmo aporte de recursos financeiros destinados para o setor prestador, o qual é regido por instrumentos normativo-legais que lhe permite, por exemplo, contratar pessoas e serviços sob uma lógica diferente do setor estatal. Isso, de *per si*, colide com o princípio de isonomia e compromete qualquer avaliação comparativa de gestão por desempenho entre o setor estatal e não estatal, sem considerar que cada serviço de saúde possui objetos, métodos e técnicas inerentes à sua própria natureza, o que os torna distintos entre si, porém complementares para a integralidade da atenção à saúde.

⁷ Entendida aqui como equipamentos, serviços, pessoas, conhecimento, competências e tecnologias de gestão, entre outras.

Ainda sobre a governança das RAS, destaca-se o caráter excessivamente prescritivo, ao recomendar a utilização de procedimentos, tais como, criação de consensos, com vistas ao enfrentamento de questões políticas e estruturais relacionadas ao processo de regionalização, a rede interfederativa, a sustentabilidade financeira, relação público-privado, regulação da atenção, mecanismos de gestão e desempenho das unidades de saúde etc. Ou seja, um receituário para um processo que, embora tenha características técnicas, é eminentemente político.

Além disso, a normativa defende que a governança das RAS ocorra nos espaços colegiados do SUS, em âmbito regional, o que pode contribuir para o fortalecimento dessa arena decisória e para o processo de regionalização da saúde. Porém, preconiza a inserção dos prestadores de serviços nesses espaços de gestão, até então restrito aos atores estatais, o que tem adicionado tensão e conflitos sobre o papel desses agentes. Observa-se que a governança das RAS é centrada na entrada dos prestadores de serviços, mas não destaca, em igual teor, o envolvimento da sociedade nos processos decisórios, em observância aos princípios orientadores do SUS de participação e controle social, sob os quais emergiram a estratégia de redes no contexto da democracia contemporânea.

No tocante aos elementos constitutivos da RAS, estes integram: *a população*, cujo conhecimento sobre suas condições de saúde são fundamentais para implementar e avaliar intervenções sanitárias, em observância ao seu contexto sociocultural; *o modelo de atenção à saúde* orientado para estratificar a população por riscos e definir as diferentes linhas de cuidado, em conformidade com o perfil epidemiológico, de modo a atender as condições agudas e crônicas; *a estrutura operacional*, representada pelos nós da rede e as conexões materiais e imateriais que ligam esses diferentes nós, como: APS, definida como centro de comunicação; pontos de atenção secundários e terciários; centros de apoio (diagnóstico, assistência farmacêutica e sistema de informação); sistemas logísticos (centrais de regulação, sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, registro eletrônico em saúde, transporte sanitário) e de governança (BRASIL, 2010, MENDES, 2010, 2011; KUSCHNIR, R.; CHORNY, 2010).

Com base nesse entendimento, os sistemas de apoio e logísticos são transversais a todos os pontos de atenção à saúde das diferentes Redes Temáticas (RT), nos diferentes níveis de atenção, sendo regidos pelo sistema de governança (Figura 3).

Figura 2 - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011, p. 86)

Nos elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde, observa-se uma aproximação da sua estrutura operacional com o modelo inglês, detalhado no Relatório Dawson, no que se refere à atenção básica como “porta de entrada”, coordenadora, ordenadora e centro de comunicação das redes; sistema de apoio e logísticos, mediante o suporte de sistema de informação, regulação do acesso e transporte. Entretanto, a estratificação de riscos e sua estruturação em redes temáticas e respectivas linhas de cuidado, ao tempo que podem propiciar uma reorganização do sistema de saúde, conforme previsto no seu desenho normativo, pode, por outro lado, focalizar demandas e tornar seletiva a abordagem do cuidado apenas para doenças e agravos, acentuando ainda mais o processo de fragmentação das ações e serviços assistenciais e curativas, em detrimento da prevenção, promoção e proteção da saúde.

Na própria estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde e respectivas redes temáticas (Figura 3), não se observa a presença da vigilância em saúde no modelo de atenção, preconizado como integral. Esse modo de conceber o desenho das RAS direciona para a predominância do modelo curativo, de alto custo, baixa efetividade e insustentável, do ponto de vista do seu financiamento.

Conjectura-se que o modelo de atenção à saúde, além das observações acima e de sua dissociação com as mudanças no perfil sociodemográfico e epidemiológico, associado ao desenho normativo de redes contratualizadas, pode fortalecer ainda mais o modelo hegemônico

médico-centrado, colocando em risco todas as lutas em torno do planejamento regional, associado a um projeto de desenvolvimento, bem como das conquistas sociais, no que se refere ao direito à saúde universal, com equidade e integralidade do cuidado.

Concernente à gestão da clínica, inspirada no modelo de atenção gerenciada do sistema de saúde americano e de governança clínica do sistema nacional de saúde do Reino Unido (MENDES, 2011), a mesma consiste de um conjunto de ferramentas de micro gestão do sistema, tendo nas *diretrizes clínicas* as linhas-guias e os protocolos assistenciais os elementos para orientar as *linhas de cuidado (LC)* e as demais ferramentas de gestão, como a *gestão das condições de saúde*, focada nos riscos individuais e coletivos. Estes, por sua vez, deveriam ser articuladas com o campo da prevenção, promoção, proteção e vigilância para não se tornar focalizadas em doenças/agravos nos moldes de ações programáticas, fortalecendo o modelo de atenção vigente. Integram ainda a gestão da clínica, a *gestão de caso*, *auditorias clínicas e listas de espera*.

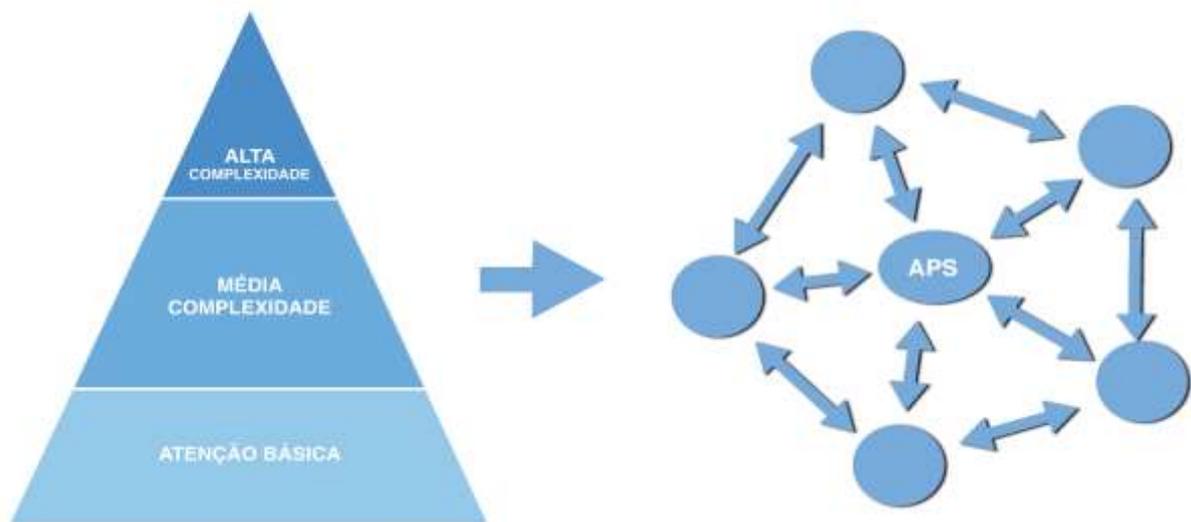
Sendo um dos principais idealizadores da proposta de Redes de Atenção à Saúde no Brasil, Mendes (2010) as define como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p. 2300).

Por organizações poliárquicas, infere-se a existência de atores e organizações estatais e não estatais num processo dinâmico, mutável, permeado por um conjunto de práticas e interesses distintos e conflitantes, em que se exigem relações cooperativas e interdependentes para estruturação de serviços complementares no território locorregional para garantia do atendimento humano, resolutivo e integral. Ou seja, uma rede interfederativa e interorganizacional, cujas relações e interconexões buscariam, em tese, a convergência de interesses para organizar, no território regional, ações e serviços complementares entre si. Tal situação, por sua vez, revela os desafios de conciliar agendas políticas e relações intergovernamentais solidárias e compartilhadas, bem como de compatibilizar os interesses dos prestadores de serviços para além da lógica utilitarista e da máxima custo-benefício com base em produção, mas de efetivação do direito constitucional à saúde.

Por sua vez, a definição de redes poliárquicas de atenção à saúde, em sua imagem-objeto, não se refere a uma relação de hierarquia dos serviços, mas um processo de horizontalidade, diferindo da proposta de redes regionalizadas e hierarquizadas, implementada a partir da NOAS 2001 (Figura 4). No entanto, a suposta relação de horizontalidade esperada não significa que a mesma se configure como tal e nem tampouco elimine a existência de diferenças e diferentes atores e capitais no campo organizacional, nem a ausência de conflitos e disputas por poder e posições.

Figura 3 - Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011, p. 84)

Destaca-se que, desde a institucionalização das Redes de Atenção à Saúde, foram priorizadas pelo governo federal as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha e Rede de Atenção às Urgências e Emergências, ambas instituídas em 2011, respectivamente, pelas Portarias GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Nesse mesmo ano, foi instituída também a Rede de Atenção Psicossocial, através da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e, um ano depois, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Em 2013, instituiu-se a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas, por meio da Portaria GM/MS nº 252, revogada pela Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014.

Diante do exposto neste capítulo, entende-se que a constituição de redes integradas de atenção à saúde no contexto de regionalização do SUS, nos moldes preconizados em normativa, pressupõe um conjunto de mudanças e inflexão no sistema de saúde, seja no seu modo de planejar e operar. Sob essa perspectiva, requer considerar que desenhos homogêneos não atendem à pluralidade de contextos intra e inter-regionais, permeado por profundas desigualdades socioeconômicas, fiscais, espaciais e territoriais, o que torna o processo de implementação das RAS um desafio institucional para a política de saúde, como também para o campo da pesquisa social, no sentido de investigar a coerência entre intenção normativa com a ação coletiva dos distintos atores na produção dos cuidados em saúde, e sua consonância com o ideário do SUS.

4 CONTEXTO, VISÕES E VERSÕES DE REDES DE POLÍTICAS PÚBLICAS: REFERENCIAL TEÓRICO DA PESQUISA

No final da década de 1970, a reforma do Estado assume relevância no debate mundial, em decorrência da crise do Estado contemporâneo, o que possibilitou a introdução do modelo gerencial no setor público, em razão da existência de fatores socioeconômicos, como a crise do petróleo, iniciada em 1973 e retomada com mais intensidade em 1979, acrescida do período recessivo dos anos de 1980 e da grave crise fiscal. Além disso, a agudização da percepção de ‘ingovernabilidade’, o processo de globalização e as novas tecnologias transformaram a lógica do setor produtivo, afetando o poder dos Estados nacionais de estabelecer políticas macroeconômicas (ABRÚCIO, 1997; MATIAS-PEREIRA, 2010; CARNEIRO, 2016; SANTOS, 2017).

Em face desse contexto de enfraquecimento do poder dos Estados nacionais, agravada com a diminuição dos recursos e aumento do déficit, as burocracias públicas foram diretamente afetadas e questionadas quanto a sua capacidade de responder às novas necessidades que se impunham, naquele momento, de agilidade, flexibilidade, eficiência governamental e adaptabilidade às mudanças externas, sob o forte efeito do processo de globalização (ABRÚCIO, 1997; MATIAS-PEREIRA, 2010; CARNEIRO, 2016; SANTOS, 2017).

Observa-se na literatura pressupostos sobre o esgotamento do modelo burocrático weberiano, em razão das condições materiais, intelectuais e políticas referidas, possibilitando a introdução de um novo movimento denominado de *new public management* (NPM), ou novo gerencialismo público, o qual voltou a atenção para os aspectos internos e operacionais da gestão pública, entre eles, os modelos de concepção e coordenação do ciclo de políticas públicas, as estratégias de condução do processo decisório, as relações intergovernamentais e as formas de intermediação de interesses e de mobilização de apoio político para o exercício da governança no ambiente de crescente interdependência (ABRÚCIO, 1997; MATIAS-PEREIRA, 2010; CARNEIRO, 2016; SANTOS, 2017).

O novo gerencialismo público veio acompanhado de um conjunto de métodos, práticas e ferramentas de gestão, cujo modelo foi inicialmente implantado em alguns países do mundo anglo-saxão (Grã-Bretanha, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia), expandindo-se gradualmente para o Canadá, outros países da Europa e da América Latina, entre eles, o Brasil. O discurso da eficiência no setor público, acompanhado de um caráter de neutralidade atribuído

às práticas administrativas e a reforma, possibilitou que a nova administração pública fosse assimilável por diversos governos, independentemente de sua orientação política ou ideológica (PAULA, 2005; CARNEIRO, 2016), transformando-se numa panaceia com capacidade para curar todos os “males” da gestão pública.

O modelo reformista da *new public management* (NPM) demonstra seu esgotamento a partir da transição do século XXI, em decorrência de não apresentar evidências concretas de melhoria no desempenho da administração pública, mediante a adoção de seus postulados. Além disso, associa-se à onda reformista consequências não esperadas, como a fragmentação ou desintegração sistêmica, contrapondo-se assim, à sua imagem-objetivo de integração, coordenação e capacidade da ação estatal, gerando problemas de coordenação e controle na implementação das políticas públicas (CARNEIRO, 2016).

Nesse contexto, surge o conceito de redes, no âmbito da administração pública, em face das deficiências das abordagens teóricas tradicionais, que aplicadas as diversas dimensões de atuação do Estado, buscavam inferir padrões de comportamento dos atores envolvidos, a partir de paradigmas que não mais ofereciam explicações convincentes, para os novos padrões de crescente fragmentação e interdependência dos formatos organizacionais e inter-relacionais.

Diante desses desafios, o conceito de rede se apresentava como uma abordagem promissora por dispor de bases teóricas mais apropriadas à descrição e análise desses novos elementos, uma vez que a crescente complexidade da administração pública requeria o desenvolvimento de formas de coordenação descentralizadas e flexíveis (FLEURY e OUVÉRY, 2007). Ou seja, enquanto a “nova gestão pública” induzia a adoção de ideias e práticas gerenciais advindas do setor privado para as organizações públicas, a “nova gestão de redes”, concentra-se na mediação e coordenação de relações interorganizacionais para formulação e implementação de políticas públicas (KLINJ e KOPPENJAN, 2000).

Contudo, isso não significa que esse movimento de estruturação de redes de políticas seja destituído de uma intencionalidade e que se configure exatamente nos moldes idealizados de padrões de interação, comunicação, compartilhamento e interdependência entre os distintos atores, destituído de tensões e conflitos. Por outro lado, não se pode afirmar que a estrutura de redes não possua em seu construto lógico e político-ideológico valores da reforma administrativa de eficiência, eficácia, efetividade e ganhos de escala. Ao analisar a normativa das Redes de Atenção à Saúde, constata-se que esses princípios estão presentes e bem articulados.

É certo, porém, que o tema redes não é novo no paradigma da ciência moderna, cujo primeiro trabalho data do século XVIII, quando foi formulado o teorema da teoria dos grafos. Sendo assim, a concepção aqui empregada é de redes de políticas, cujo uso iniciou-se nos anos de 1970, com o propósito de mapear e investigar os padrões de relação entre organizações e os processos políticos.

No campo da administração, a rede é vista como uma substituição do modelo hierarquizado e departamentalizado para um formato horizontal, multicêntrico. Por sua vez, a gestão intergovernamental representa a junção entre as disciplinas de política e administração, como modelo de gestão estratégica e/ou governança. No que se refere à sua base teórica, a abordagem de rede de políticas ancora-se nos fundamentos da ciência política e na teoria da organização (FLEURY e OUVÉNEY, 2007).

Como redes de políticas, define-se um conjunto de vínculos institucionais, formais e informais, entre organizações governamentais e outros atores estruturados em torno de interesses comuns para formulação e implementação de políticas públicas. Para tanto, são constituídas por instituições interdependentes, para atingir seus objetivos, realizam trocas de recursos, cuja negociação com seus atores torna-se essencial para as políticas (RHODES, 2007).

A rede de políticas pode ser compreendida, também, como um arranjo estrutural na formulação de políticas públicas, refletindo mudanças na relação entre Estado e sociedade, com foco para desierarquização, descentralização, informalização do processo de formulação de desenhos institucionais e compartilhamento de decisões, configurando-se não apenas como mecanismos de governança, mas como estruturas de poder (SCHNEIDER, 2016).

Referente ao conceito de governança ressalta-se que, no contexto reformista da NPM, o mesmo foi fortemente associado à transferência de atividade e funções para os agentes de mercado, sob o argumento da busca de eficiência, eficácia, efetividade e prestação de contas à sociedade, alterando-se o processo decisório, mediante articulação público-privado na formulação de políticas públicas. Todavia, as redes de políticas públicas, além de expressar o processo de descentralização e desierarquização dos processos decisórios, ressalta a participação de atores estatais, não estatais, incluindo associações sindicais, empresariais, organizações da sociedade civil, entre outras (MENICUCCI e GONTIJO, 2016). Isso, no entanto, não significa que a rede de políticas não seja utilizada, também, como mecanismos de transferências das responsabilidades da ação estatal para os agentes de mercados, uma vez que esses atores integram a arena política.

Sob essa perspectiva, esta pesquisa adota a concepção de governança de Marques (2016) como “conjunto de atores estatais e não estatais interconectados por ligações formais e informais operando no processo de fazer políticas e inseridos em cenários institucionais específicos” (MARQUES, 2016, p. 80). Ou seja, a formulação de políticas públicas, em todo o seu ciclo, envolve diversos atores estatais e não estatais que atuam e exercem diferentes influências nas políticas, de modo que o processo de formulação quase nunca é autárquico. Por outro lado, a governança incorpora atividades e relações informais, bem como inúmeros arranjos entre atores e instituições (MARQUES, 2016).

A diversidade de abordagens sobre governança, que se verifica na literatura, deve-se as distintas visões sobre o papel do Estado na formulação e implementação de políticas públicas, no contexto da democracia contemporânea, bem como sobre seu direcionamento para a redução das iniquidades, em face as crescentes e complexas demandas que exigem a reestruturação das capacidades estatais e à melhoria da gestão pública. Nesse sentido, compartilha-se do pensamento que a eficiência da gestão pública associa-se à capacidade das políticas públicas produzirem mudanças substanciais na redução das desigualdades, na apropriação dos bens públicos pelos cidadãos, em observância aos seus direitos (ARRETCHE, 2016).

Na análise de redes de políticas, observa-se a relação intrínseca entre capacidade de governo, a sustentabilidade democrática dos modos de governança, o que inclui a estrutura de rede e parcerias com atores não estatais, inclusive o mercado. Embora o Estado não governe sozinho e requeira relações de parcerias com distintos agentes, tal situação implica colocar em discussão três aspectos cruciais à capacidade de governar, (i) o foco nessas parcerias, o (ii) seu impacto nas estruturas e processos de tomada de decisão e a (iii) liderança, considerando-se por quem é exercida no cenário político dinâmico, mutável e permeável as diversas situações de contexto (PIERRE, 2016).

No entanto, observa-se que ao tentar responder aos desafios crescentes do processo de globalização, os Estados nacionais têm sua ação limitada para formular políticas públicas, em meio à pressão competitiva do capital internacional, de modo que os governos, ao invés de reforçar o desenvolvimento de conhecimento, competências, agregar recursos para enfrentar esse cenário, optam por direção contrária, no sentido de reduzir orçamentos, pessoas e formação em educação, transferindo essa responsabilidade para o mercado, abstendo-se dos instrumentos convencionais de subsídios e regulação. Os resultados dessa ação limita a capacidade dos governos de formular e implementar políticas públicas e, conseqüentemente, restringe a sua

capacidade de governar (PIERRE, 2016), tornando-se, por vezes, dependente dos agentes prestadores de serviços.

Com base nesse entendimento, destaca-se que existem na literatura três vertentes acerca da governança e das capacidades estatais. A primeira, associa a governança como redutora da capacidade do Estado, ao esvaziamento de sua competência e perda do seu controle sobre as políticas públicas, mediante a transferência de responsabilidade para o mercado e a sociedade civil. A segunda vertente, argumenta que as transformações nas funções e papéis do Estado, não significa perda de sua ação pública, mas um deslocamento das capacidades estatais para o processo de regulação, sem implicarem aniquilamento da centralidade e relevância da ação estatal. A terceira vertente, defende que as mudanças associadas à noção de governança tem potencial para ampliar as capacidades de intervenção do Estado, cujas relações de interações entre atores estatais e não estatais podem resultar em complementaridades e sinergias, e não apenas, em substituição ou transferência de responsabilidades (PIRES e GOMIDE, 2016).

Essas diferentes visões acerca da gestão da rede de políticas, sugerem que a relação entre governança e capacidades estatais é indeterminada, podendo assumir diferentes contornos, a depender do contexto, dos atores envolvidos (estatais, econômicos, políticos e sociais) e como são mobilizados e interagem na produção das políticas públicas, o conjunto de regras e mecanismos que orientam a coordenação desses atores e o processo de implementação das ações (PIRES e GOMIDE, 2016).

Sob esse prisma, a governança é um conceito importante para compreender a gestão pública, a capacidade dos governos e do Estado nas regiões, entretanto requer considerar os êxitos e fracassos das ações de governo, como também as instituições, atores e redes que se interconectam, incluindo as relações formais e informais, visto que podem coexistir diferentes padrões de governança nos mais variados setores de políticas (MARQUES, 2016). Compartilha-se com esta concepção do autor, pois se entende que não existe um padrão, método ou modelo de governança, mas distintos formatos em meio ao contexto dinâmico, complexo e desigual da Federação brasileira e das relações interníveis de governo.

Por outro lado, compartilha-se da possibilidade de existirem diferentes possibilidades de governança e capacidades estatais, conforme sinalizado por Pires e Gomide (2016) e Marques (2016). Contudo, ao analisar a trajetória da política de saúde e a institucionalidade do Sistema Único de Saúde, em especial os últimos anos e mais recentemente a conjuntura atual, defende-se que as redes de políticas tem sido transformadas, no âmbito do discurso, em algo ideacional, porém na prática aproxima-se do pensamento de Pierre (2016), no que se refere ao

esvaziamento intencional da ação estatal, seja de recursos humanos e de competências, com transferência de responsabilidades para o setor privado, utilizando-se do mesmo argumento reformista de ajuste fiscal, eficiência, eficácia e efetividade das ações públicas.

O desafio da gestão intergovernamental, em razão dos níveis de complexidade, diversidade e dependência, bem como a superação de problemas de coordenação, já havia sido alertado por Agranoff e Lindsay desde o início da década de 80. Estes autores, admitiam que a gestão intergovernamental exige reconhecer um conjunto de variáveis tais como: (i) o contexto diferenciado de cada organização, (ii) o princípio da autonomia e definições de responsabilidade de acordo com as especificidades de cada um dos atores da rede; (iii) reconhecer a pluralidade de pensamento de cada ator-organização e respectivas visões políticas sobre os problemas que o cercam, mediante o estabelecimento de diálogo, mantendo o setor privado como parceiro e não como um agente dependente do governo; (iv) criação de um fluxo de informações contínuas entre o grupo técnico e político, cuja resolução de problemas implica envolver todos os atores políticos (AGRANOFF e LINDSAY, 1983).

Nesse sentido, é lícito afirmar que a noção de governança não se associa ao conjunto de ferramentas gerenciais para alcançar eficiência na produção de serviços públicos, nos moldes do receituário da “nova gestão pública”. A governança também identifica a dependência de poder entre instituições envolvidas em ações coletivas (STOKER, 1998). Trata-se, pois, de um fenômeno político, uma vez que envolve atores políticos, cuja interação não se limita a instituições governamentais, mas incluem um conjunto de atores da sociedade civil.

À medida que a abordagem de rede de política evoluiu é possível reconhecer que o ponto central das relações interorganizacionais consiste, ao menos no campo da retórica, na compreensão de que o desenvolvimento das organizações depende de outras organizações. Em outras palavras, as redes interorganizacionais, no âmbito de suas intenções e princípios ideacionais, são compostas por um conjunto de atores que estabelecem processos de interação e trocas, sendo mutuamente dependentes entre si, para que a política possa se efetivar, o que requer cooperação e normas para regular o comportamento dos atores e a distribuição de recursos na rede, as quais são moldadas e também alteradas nos processos de interação. Por sua vez, ressalta-se que processos políticos implicam jogos entre os atores, onde cada um tem percepções diferentes sobre a natureza do problema, soluções e estratégias, cuja diversidade de objetivos e interesses gera tensões que podem ser resolvidos pelas regras ou distribuição de recursos, o que significa que a tensão faz parte de qualquer jogo político (KLINJ e KOPPENJAN, 2000).

Além disso, a constituição de rede de política é focada em mudanças que podem ocorrer através de alterações na posição de atores ou na introdução de novos atores, abrindo-se o campo para outras percepções que podem mudar as posições de poder (KLINJ e KOPPENJAN, 2000). Isso, no entanto, não excluiu o pensamento de redes baseadas em relações cooperativas e de consenso. Nesse sentido, entende-se que uma rede interorganizacional mantém-se em equilíbrio dinâmico, uma vez que as organizações estabelecem interações cooperativas fundamentadas no consenso em relação ao campo de atuação e ideológico, através de valores compartilhados na avaliação positiva dos seus pares e na coordenação do trabalho (BENSON, 1975). Essa visão de rede apresenta uma concepção idealizada, uma vez que o dissenso, as disputas de poder e posição fazem parte do jogo político.

Por outro lado, as redes intergovernamentais e interorganizacionais, podem ser compreendidas como estruturas de interdependência, visto que envolvem múltiplas organizações sem que exista uma relação de subordinação entre elas, não importando se as estruturas de colaboração estão relacionadas a organizações lucrativas ou não lucrativas (O'TOLE, 1997), o que reforça concepções anteriores de que as redes de políticas interorganizacionais são compostas por múltiplos atores, estatais e não estatais, direcionadas para implantação/implementação de políticas públicas de interesse do Estado. Entretanto, isso não significa que a rede de políticas públicas atue invariavelmente no campo de relações sinérgicas e complementares, visto ser um campo de forças em constante processo de embate e negociação.

Para a governança, as redes de políticas são marcadas por diferenciação social, setorialização e crescimento político (HALL e O'TOLE, 1992) ou diferenciação estrutural, em razão do conjunto de interesses, interdependência vertical entre seus atores e horizontalidade com outras redes, distribuição de recursos que influenciam os padrões de interdependência (RHODES, 1986).

Em face aos argumentos acima, entende-se que a rede de políticas não representa apenas arranjos de governança, mas uma estrutura complexa em que múltiplas dimensões de poder, horizontal e vertical, sobrepõem-se. No tocante às dimensões de horizontalidade, sobressai-se o grau de participação de diversos atores na elaboração de políticas públicas; posição desses atores na arena política, seu poder de influência, incluindo a influência política da administração; diferenciação entre os distintos agentes na produção de conhecimento, haja vista que este se constitui em importante capital. Concernente às dimensões verticais, destacam-se a distribuição de poder entre indivíduos e organizações, bem como entre os níveis e unidades

territoriais de uma comunidade política e entre atores nacionais e internacionais (SCHNEIDER, 2016).

As redes diferem também em relação aos processos de coordenação, sendo que nas estruturas interorganizacionais existem diferentes padrões de interdependência, cujo desenho tem efeito no desempenho futuro e na gestão da própria rede, podendo assumir a rede de forma não mediada ou mediada, na qual a coordenação é realizada por uma autoridade, a qual pode ser imposta verticalmente por financiador ou responsável legal ou articulada horizontalmente por uma agência designada para tal função. Em qualquer uma das formas, exigem-se diferentes papéis da liderança (MANDELL, 1990).

No que se refere à gestão de rede intra-organizacional, afirma-se existir um sistema de controle baseado na autoridade legitimada pela hierarquia, ao passo que na rede interorganizational não existe um relacionamento hierárquico entre si, de forma que cada organização funciona como unidade semi-autônoma (MANDELL, 1990), o que pode não corresponder à realidade vivenciada, visto que podem coexistir diferentes contornos. Pode, inclusive, não existir uma relação de subordinação ou hierarquização formal, mas informalmente existem diferentes posições entre os distintos atores, evidenciando relações assimétricas. Além disso, a rede intra-organizacional, embora possa ser estruturada e mantida nos moldes burocrático de hierarquização e centralização, são, em essência, estruturas de redes, uma vez que coexistem múltiplos e diferenciados padrões de inter-relações entre os distintos tipos de serviços, profissionais e, destes, com os usuários.

Nas diferentes concepções de redes de políticas, acima mencionadas, existem visões e versões que merecem ser destacadas, uma vez que revelam a pluralidade de pensamento ou vertentes ideológicas e analíticas, com algumas convergências, como: (i) entendimento de redes como estruturas policêntricas, que mantém entre si relações de interação, interconexão e interdependência; (ii) importância do processo de coordenação, normas e compartilhamento de responsabilidade; (iii) multiplicidade de atores, estatais e não estatais, com distintas capacidade de poder e influência, com diferentes sistemas culturais; (iv) intermediação de interesses e decisões negociadas pela via do diálogo e consenso; (v) valores socialmente compartilhados; (vi) natureza dinâmica da composição da rede, o que pode imprimir mudanças; (vii) rede de poder e de disputas de interesses. Por fim, a compreensão de que as redes de políticas são arranjos organizacionais para solucionar problemas complexos de política pública, no contexto da democracia contemporânea, podendo alcançar êxitos e fracassos.

Não obstante as virtuosidades que são observadas nas concepções de rede de políticas para atuar na formulação e implementação de políticas públicas, em particular as de saúde, visando enfrentar os complexos problemas demandados pela sociedade, este cenário é ainda mais conflituoso. Isto porque, a arena política que toma decisões relativas à política de saúde, reúne atores estatais e não estatais, entre eles, os segmentos do mercado, cujas orientações políticas e ideológicas são distintas da ação estatal, sobretudo, no que se refere à garantia dos direitos sociais, a quem cabe ao Estado o seu efetivo cumprimento.

Além disso, compartilha-se do pensamento de intencionalidade de esvaziamento da capacidade estatal com transferência de poder e recursos para o setor prestador de serviços, utilizando-se dos mesmos argumentos da NPM de responsabilidade fiscal, eficiência, eficácia e efetividade das ações públicas, mesmo que o passado recente de nossa história tenha mostrado seus equívocos na formulação e implementação da reforma do aparelho de Estado. Nesse sentido, compartilha-se do pensamento que o contexto conjuntural de predomínio de neoliberalismo econômico fragiliza os valores civilizatórios do SUS e as condições objetivas para a sua sustentabilidade econômica e científico-tecnológica (PAIM, 2018).

Por outro lado, o formato de estruturas policêntricas da rede de políticas, implica na pluralidade dos atores que integram a rede interorganizacional e suas respectivas posições na arena política, podendo se constituir num espaço de produção e reprodução das desigualdades na partilha de recursos, mantendo-se o *status quo* de certos grupos de interesse e/ou corporações.

Com o intuito de ampliar a compreensão teórica e analítica sobre os arranjos de rede interorganizacionais e intra-organizacionais na gestão de políticas públicas, em especial do setor saúde, e de reforçar a teia intrincada de atores em permanente disputas de posição, poder, negociação, recorre-se a noção de campo de Bourdieu:

Em termos analíticos, um campo pode ser definido como uma rede, ou uma configuração de relações objetivas entre as posições. Estas posições são definidas objetivamente na sua existência e nas determinações que elas impõem aos seus ocupantes, agentes ou instituições, pela sua situação atual e potencial na estrutura de distribuição das diferentes espécies de poder (ou de capital) cuja possessão comanda o acesso aos benefícios específicos que estão em jogo no campo e, ao mesmo tempo, pelas suas relações objetivas com as outras posições (dominação, subordinação, homologia). Nas sociedades altamente diferenciadas, o cosmos social é constituído pelo conjunto desses microcosmos relativamente autônomos, espaços de relações objetivas que são o lugar de uma lógica e de uma necessidade específicas e irredutíveis àquelas que regemos outros campos (BOURDIEU, 1992, p. 24).

Depreende-se dessa noção de campo que o mundo social pode ser entendido sob múltiplas dimensões, constituído de diferenciações em relação à posição ocupada pelos seus agentes, subjacente a sua estrutura na distribuição de diferentes tipos de poder ou capital. Para tanto, o autor considera o capital econômico extensivo a todas as formas de capital, sejam: material, cultural, social ou simbólico.

Nesse sentido, o jogo no campo tende a ser, pela sua própria natureza, um espaço de diferenças e diferentes, cujas relações de poder são por si só assimétricas, pois a posição no espaço social depende do volume e estrutura do seu capital, de modo que os detentores de capitais valorizados em determinado campo, tendem a assumir uma posição de influência, comando e legitimação de forma transitória, visto que a estrutura dinâmica do campo é sujeita a movimentos gerados por disputas de posições, produzidas pela própria configuração do campo. Até porque, o campo é entendido como uma arena de conflitos onde as práticas acontecem, sendo, portanto, espaço para dominação, subordinação, homologia, lutas e também resistências.

Diante do exposto, admite-se o complexo desafio que se apresenta para a estruturação de redes de políticas interorganizacionais e intra-organizacionais no setor saúde, em realidades específicas. Isto porque, estas redes são compostas por atores estatais e não estatais, para organizar e prover no território regional, serviços integrados de atenção à saúde, considerando-se a multiplicidade desses agentes, os distintos capitais disponíveis e respectiva capacidade de influência e posição na arena política, observando-se em retrospecto o poderio das grandes corporações no processo de mercantilização da saúde.

Embora os agentes de mercado integrem a rede de políticas públicas posição, observa-se uma relação de diferentes e diferenças entre esses atores e o Estado, a quem compete o compromisso político-institucional de efetivação do direito constitucional à saúde, como um capital simbólico, cultural e também econômico, no sentido de promover políticas públicas efetivas que garantam a integralidade da atenção à saúde e a qualidade de vida de indivíduos e de coletividades.

4.1 “REDES DE REDES” NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ARRANJO ORGANIZACIONAL DE INTEGRAÇÃO OU FRAGMENTAÇÃO?

Conforme exposto anteriormente, as abordagens fundamentadas no modelo hierarquizado, departamentalizado, rígido e centralizado, no campo das teorias da organização, mostraram-se insuficientes para lidar com a complexificação das crescentes demandas da sociedade no contexto de intensas transformações tecnológicas, adicionada da transição demográfica e epidemiológica, de modo que a formação de estruturas policêntricas, assume centralidade na rede de políticas.

Tais mudanças favoreceram a ampliação da gestão intergovernamental, por meio de arranjos interfederativos, interorganizacionais e intra-organizacionais, mediados por relação de interdependência, com ação direcionada para formular e implementar políticas públicas de saúde, de modo a prover ações e serviços à sociedade, para garantia dos direitos sociais, em observância aos princípios constitucionais.

Nesse sentido, ressalta-se que o Sistema Único de Saúde já foi concebido na Constituição de 1988, no formato de redes de serviços, ao estabelecer o comando único e descentralizado para que todos os envolvidos se interconectem e se mantenham como unidades autônomas. Porém, foi adicionado ainda o princípio da integralidade da atenção à saúde, a ser assegurado por um conjunto articulado de serviços, conhecimentos e tecnologias, nos diferentes níveis de atenção, que não se dará de forma isolada por um único município (SANTOS e ANDRADE, 2011; SANTOS, 2013).

Para que a garantia do direito à saúde se efetive, há de se considerar que a rede interfederativa se caracteriza pela gestão de relações intergovernamentais, de forma compartilhada, solidária, com planejamento integrado e financiamento tripartite (SANTOS e ANDRADE, 2011; SANTOS, 2013). O SUS configura-se, portanto, em uma política pública de interdependências federativas, que não se esgota numa única unidade subnacional, exige um compartilhamento permanente e negociado entre as três esferas de gestão para constituição de um sistema cooperativo, a fim de que sejam organizados no território regional serviços de diferentes densidades tecnológicas, visando à universalidade e integralidade da atenção à saúde.

Sendo assim, a rede interfederativa altera substancialmente a forma de relacionamentos entre os agentes políticos, cuja agenda decisória perpassa pelas questões relacionadas aos

interesses locais, atenta às diversidades econômicas, culturais e sociais dos territórios, superando a dicotomia entre a administração e a política (SANTOS e ANDRADE, 2011).

A rede interfederativa engloba a rede de serviços, mas não é esta; a rede de serviços tem postos de saúde, hospitais, tecnologias, profissionais, unidades; a rede interfederativa tem colegiados e agentes políticos que deliberam sobre o sistema. A rede interfederativa é o todo; a rede de serviços, uma parte do todo. A rede interfederativa é uma rede de redes, teias entrelaçadas, aninhadas dentro de teias maiores, entrelaçamento de redes, fortalecendo umas às outras e se regulando conjuntamente mediante acertos e erros, sem regulação imposta por apenas uma unidade. De modo figurado, pode-se afirmar ser a rede interfederativa de saúde o continente, e a rede de serviços o conteúdo (SANTOS e ANDRADE, 2011, p. 1677).

Em face ao exposto, depreende-se que a rede interfederativa comporta outra rede, ou seja, a rede de serviços, por meio de uma rede de organizações (rede interorganizacional), cujas articulações, interações e relações de interdependência, são vistas como a força motriz para prover no território locorregional uma rede integrada de atenção à saúde. Sob essa perspectiva, entende-se, em concordância com Santos e Andrade (2011, p.1675) que:

[...] a rede de serviços ou de atenção à saúde é a interconexão, integração, interação, interligação dos serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, dotada de elementos técnico-sanitários e organizacionais que permitam uma gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito à saúde da pessoa humana (SANTOS e ANDRADE, 2011, p.1675).

Entretanto, a rede não é um simples ajuntamento de serviços ou organizações, mas um entrelaçamento de ações e processos que assegure sua institucionalidade e organicidade, com o propósito de potencializar seus recursos e meios. Isso significa reconhecimento, por parte de todos os atores estatais e não estatais, de suas dependências e interdependências, cujo processo decisório é centrado na partilha do poder e dos recursos, o que requer a definição de regras, competências, responsabilidades, planejamento (SANTOS e ANDRADE, 2011).

Ainda que concorde com os argumentos de Santos e Andrade (2011), vale ressaltar algumas questões problematizadoras, em face do contexto histórico-estrutural da realidade brasileira, marcada por profundas desigualdades socioeconômicas, espaciais (intra e inter-regionais), diferentes dinâmicas territoriais e variadas escalas de redes urbanas. Essas situações de contexto implicam em distintas capacidades organizativas, administrativas, técnicas e operacionais das unidades subnacionais para responder aos crescentes desafios advindos do ambiente externo, e de uma conjuntura sujeita a recuos e/ou rupturas, colocando à prova a

estrutura das “redes de redes” em promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde no território regional.

De outro modo, apesar do poder material, simbólico e regulatório que exercem as normas formais e informais que regem as redes interfederativas e as redes de serviços, estas estruturas reúnem uma pluralidade de atores estatais e não estatais, com distintos capitais e posições na arena política e respectivo poder de influência. Tal situação possibilita questionar os limites e possibilidades que essas redes possuem, frente às condições de contexto estrutural e político para instituírem redes integradas de atenção à saúde, no âmbito da gestão regional do SUS, reconhecendo-se que historicamente os mecanismos indutores não tem se mostrado suficientemente capaz de dar conta do cenário plural e diverso da realidade brasileira.

Admite-se que a rede de política se constitui numa estratégia de ampliação e fortalecimento das relações intergovernamentais para a formulação de políticas públicas mais adequadas ao contexto da gestão pública e ao cotidiano da rede de serviços de saúde. Para tanto, ressalta-se que a constituição de redes implica compreender que:

[...] a “rede” é uma trama de nós que se conectam [...]. Sendo uma trama bem-disposta de nós e pontos conectivos, uma “rede”, contudo, também pode ser um dispositivo que reúne num plano único as diferenças [...]. Isto torna possível pensar uma “rede de redes de saúde”. Esta “rede de redes” é fluxo de multiformes maneiras, exatamente como a trama dos processos singulares produzidos pelo trabalho relacional das equipes de saúde e seus usuários [...] a “rede” que integra, organiza, também pode ser (e muitas vezes são) a mesma que aprisiona e constrange; uma “rede” é um conjunto de pontos amarrados, mas deve ser uma trama aberta ao incerto, ao inesperado, ao desestruturado; uma “rede” delimita um platô (não deve ter “carcundas” nem espinhaço), mas para ser multiforme deve ser multiplana, ou seja, abrir-se para as possibilidades de outros “planos”, “dimensões”, mil platôs (ACIOLE, 2011, p. 1681-1682).

Tal assertiva, parte dos seguintes pressupostos: (i) a potência da rede reside em não responder nada *a priori*, constituindo-se num fluxo vital que enfrentará no seu devir dificuldades e superações, problemas e soluções; (ii) para dar conta da diversidade, singularidade e complexidade da vida real que flui em diferentes direções, a rede deve ser pensada como um sistema de nós em aberto e não como uma estratégia racionalizadora de cunho normativo; (iii) a rede pode representar a insuficiência da capacidade de integração das lógicas burocráticas, no sentido weberiano; administrativas, na expressão flexneriana, ou racionalizadoras do planejamento, o que revela uma “dobra”, ou seja, as duas faces da moeda (ACIOLE, 2011).

Essa compreensão coaduna com argumentos defendidos neste trabalho, do poder atribuído ao caráter normativo e desenhos homogêneos de redes, para mudar cenários, realidades tão distintas e singularidades entre si. Além disso, as “redes de redes” ou redes como estruturas organizacionais estão imersas na dinâmica socioeconômica e conjuntural e, ao tempo que são permeáveis às influências do ambiente externo, seu campo interno tem potencial para influenciar os fatores de contexto externo, de modo que o percurso das redes se constrói durante o caminho.

Nesse sentido, no escopo da “rede de redes”, incluem-se também as redes intra-organizacionais, que quando revistas na perspectiva multiplana, verifica-se que essas organizações de saúde se constituem em estruturas policêntricas, uma vez que abrigam uma diversidade de pontos de atenção à saúde, ou seja, diferentes “nós” que se interconectam internamente por meio da pluralidade de atores e/ou serviços, bem como por diferentes arranjos organizacionais dentro de uma mesma unidade de saúde, sobretudo, nas de média e alta densidade tecnológicas.

Em algumas dessas unidades de saúde coexistem distintas organizações ou prestadores de serviços, nas atividades meio e fim, por meio da modalidade de parcerias público privadas (PPP) e/ou terceirizações, operando sob distintas lógicas de gestão, de processos de trabalho, normas, regras e valores associadas ao campo desses ‘prestadores de serviços’. Tais arranjos de gestão podem atuar de forma divergente ou, até mesmo discrepante, com a organização que a abriga, tornando essa rede intra-organizacional, nos dizeres de Acirole (2011, p. 1681-1682), “uma trama aberta ao incerto, ao inesperado, ao desestruturado”, a um platô que não se sabe ao certo se com carcundas e espinhaços para a implantação e implementação de redes de atenção à saúde, cuja integração sistêmica pressupõe a articulação coordenada de práticas, saberes, conhecimentos e experiências, no âmbito da macro e micropolítica.

As distintas lógicas de trabalho intra-organizacional, também podem ser vistas sob a ótica dos grupos de profissões ou de corporações, cuja atividade médica ocupa centralidade, com desdobramentos para as demais especialidades, profissionais e serviços da atividade meio e fim, que atuam como “auxiliares e/ou complementares” à prática da medicina. Contudo, a lógica de produção de cuidado no espaço da micropolítica, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, pode ultrapassar fronteiras do campo do saber e transversalizar áreas, serviços, transformando a organização numa ampla rede de serviços, com graus variados de densidades de interconexão e interação, apresentando uma morfologia multiforme, assimétrica e mutável. Trata-se, pois, de uma “rede contratualizada”, ou seja, negociada entre atores institucionais e

serviços, numa trama complexa de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e também de disputas, para que o cuidado ao usuário se complemente e integre (MERHY e CECÍLIO, 2003).

Considerando-se a que a própria conformação do Sistema Único de Saúde requer um pacto federativo, ou seja, articulação intergovernamental para compatibilizar a estratégia de descentralização com a organização regionalizada de ações e serviços de saúde, isso implica a atuação em rede interorganizacionais e intra-organizacionais, respectivamente, no espaço da macro e micropolítica, uma vez que os atores e instituições não dispõem de recursos e condições suficientes para assegurar no território regional a integralidade do cuidado. Esta concepção de macro e micropolítica de Merhy e Cecílio (2003) está sendo adotada nesta pesquisa por possibilitar a demarcação empírica dos espaços que compõem o âmbito da formulação e da implementação da política de saúde.

No âmbito da micropolítica, os cuidados de saúde não se fazem exclusivamente por meio de um profissional e/ou serviço, mas por uma teia invisível de trocas de diferentes conteúdos, podendo existir áreas de sombreamento, de sobreposição, outras com intensas ou poucas conexões, ao lado de setores com forte concentração de pessoas, poder e conhecimento etc.

Nesta perspectiva é possível observar uma convergência conceitual com a noção de espaço microcosmos da rede intra-organizacional, a partir do conceito de campo de Bourdieu (1992), o qual revela também diferenciações, no que se refere aos métodos, práticas, técnicas, saberes, conhecimentos, ferramentas, procedimentos e diferenças quanto à pluralidade de arranjos organizacionais, de atores com distintos capitais e respectivas posições, num jogo permanente de poder, em que pode transitar situações de dominação, subordinação, resistências e lutas, exatamente como em outros campos micro ou macrocosmos da realidade social.

Entende-se que as organizações são construídas histórica e socialmente, não sendo um produto pronto, acabado e, nesse aspecto, as regras e normas formais e informais, geram também redes paralelas, de modo que não se pode desprezar ou subestimar o poder destas redes para a dinâmica interorganizacional e intra-organizacional.

Embora se presuma a existência de relações positivas das redes de organizações, isso não significa necessariamente supor que estas sejam solidárias, e, portanto, isentas de conflitos. As redes podem ser padrões de interação ou conexão, cujas relações podem produzir solidariedade social, como também conflitos e, estes, implicam em conexões de informações,

ideias ou recursos. Por sua vez, a interdependência ou intercâmbio bem-sucedido pode gerar normas de obrigação mútua e reciprocidades entre os diferentes atores (ANSELL, 2006).

Sob essa perspectiva, as influências internas e heterogeneidade de respostas organizacionais conduzem ao reconhecimento de que a institucionalização é essencialmente um processo político (MANGI, 2009). Embora as regras e rotinas propiciem ordem e minimizem a incerteza, a criação e implementação de arranjos institucionais são expressões de conflitos, contradições e ambiguidades (DIMMAGGIO e POWELL, 1991), colocando em relevo o campo organizacional como nível de análise.

Nesse sentido, a noção de campo de Bourdieu evoca a dimensão política das redes organizacionais e das relações intergovernamentais, com contribuições para a teoria de redes de políticas, uma vez que evidencia a relevância e existência do poder nas organizações, visto que “[...] a dinâmica do campo depende de atores, cultura e poder. É um “jogo social sobre quem é responsável, quem é dominado sem resistência consciente, e quem está agindo estrategicamente para a mudança” (MANGI, 2009, p. 333).

Pela lógica de funcionamento do campo, o conflito pode emergir porque as organizações em posição de vantagem irão desenvolver “estratégias”, interessadas em acumular e conservar os seus capitais. Quanto às organizações em situação contrária, estas procurarão modificar as regras do jogo, por meio da subversão do domínio do “quase-“Estado”, tirando a legitimidade das bases sobre as quais os dominantes estão assentados. As lutas podem tomar forma de negociação e de embates políticos. Na medida em que a distribuição dos tipos de capitais representa a própria historicidade do campo das organizações em rede, a conjugação de interesses entre as organizações (entendidas nesse momento como agentes) constitui um meio de produzir maior volume de capital e, conjuntamente, ocupar posições mais privilegiadas dentro do campo, além de ter melhores condições de influenciar a estruturação do próprio campo. A articulação política entre as organizações relacionadas é um movimento dinâmico que termina reproduzindo a lógica intrínseca de qualquer campo; qual seja, a de que vale a pena jogar o jogo (GOBIBI et al., 2005, p. 13).

Ao buscar analisar a rede de políticas, através das redes de atenção à saúde, especificamente da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas – Linha de Cuidado do Câncer de Mama, adota-se para efeito teórico-metodológico e analítico o campo das políticas públicas para identificar e compreender os condicionantes que moldam a conformação dessa rede, incluindo os fatores que constroem o acesso dos usuários aos serviços de saúde, considerando-se a imagem-objetivo da letra normativa, com o vivido, experienciado pelos usuários em seu percurso terapêutico nas redes interorganizacionais e intra-organizacionais.

4.2 CONCEITOS FUNDANTES DA PESQUISA

Ao estabelecer como questão central de pesquisa a indagação sobre a integração sistêmica das ações e serviços de saúde no SUS, conforme prevê o desenho normativo que instituiu as Redes de Atenção à Saúde, cuja análise será realizada a partir do percurso terapêutico dos usuários de uma determinada linha de cuidado, considera-se essencial para ampliação da compreensão do objeto de estudo, abordar as diferentes concepções acerca de itinerário terapêutico (IT), linha de cuidado (LC), acesso aos serviços de saúde e suas interseções.

Com o objetivo de contribuir para o campo epistemológico e teórico sobre itinerário terapêutico, Alves e Souza (1999), realizaram uma vasta e histórica revisão da literatura nacional e internacional, mostrando as diferentes abordagens sobre o tema. Os autores, destacam os primeiros trabalhos elaborados por Mechanic e Volkart (1960), intitulado comportamento do enfermo (*illness behaviour*), cuja teoria baseava-se numa concepção voluntarista, racionalista e individualista, fundamentada no pressuposto de que as escolhas das pessoas para uso dos serviços de saúde ocorrem em termos de custo-benefício. Embora criticada pela sua simplificação e reducionismo, essa abordagem teórica manteve-se viva sob novas vestes, como o modelo teórico de decisão (*decision theoretic model*) de Fabrega (1974); o modelo de Zborowski (1952) de determinação de valores culturais e/ou cognitivos na utilização dos serviços de saúde e na escolha do tratamento; a investigação de Koos (1954), em que o processo de escolha do tratamento encontrava forte associação às condições financeiras da família, buscando assim, fazer uma interlocução entre o modelo utilitarista-racional com a interpretação coletivista (ALVES e SOUZA, 1999).

Apesar da contribuição dessa concepção teórica para fatores extrabiológicos da doença, a mesma não questionava o modelo biomédico, de modo que as críticas a sua excessiva ênfase na racionalidade do modelo biomédico possibilitaram reformulações teórico-metodológicas sobre o itinerário terapêutico. Sendo assim, na década de 1970, os estudos etnográficos revelaram que os grupos sociais e a própria sociedade podem elaborar diferentes significados acerca dos sintomas, diagnósticos e tratamentos, como também estabelecer convenções sobre as condutas dos indivíduos, quando na condição de enfermos, adicionando ao estudo do itinerário terapêutico aspectos cognitivos e interativos, no processo de escolha e tratamento. Sob essa nova perspectiva, as análises sobre IT sofreram forte influência do estudo sobre redes

sociais, cujas pesquisas procuraram correlacionar alguns aspectos da estrutura das redes, como interconexão, densidades com determinado padrão de busca pelos serviços de saúde, ajuda médica e/ou conexão com as instituições por meio da rede de relacionamentos sociais (ALVES e SOUZA, 1999).

Com o intuito de ordenar as diferentes interpretações sobre doença e tratamento, Kleinman (1978, 1980) criou o sistema de cuidados com a saúde (*health care system*), composto de três arenas ou subsistemas: *o profissional*, constituída pela medicina científica ocidental, com proposições de cura organizadas e legalmente reconhecidas, como também de paramédicos dos sistemas tradicionais, a exemplo da medicina tradicional chinesa, ayurveda etc; *o informal*, compreendidas pelas práticas não oficiais de cura, não reconhecidas legalmente, como rezadores, curandeiros, entre outras; *o popular ou familiar*, refere-se a arena do não profissional, não especialista, porém de uso/senso comum, como cuidados caseiros, autocuidado, o qual inclui o indivíduo, a família e sua rede social, construindo-se no espaço em que a doença é identificada e as primeiras decisões são efetuadas (ALVES e SOUZA, 1999; CABRAL et al., 2011; ALVES, 2016).

O modelo explicativo de Kleinman, embora reconheça a importância de fatores sociais e interativos, enfatiza mais os elementos cognitivos, fundamentados na crença da cultura compartilhada por todos os integrantes de certo grupo. No entanto, em contexto de pluralismo médico os diversos subsistemas podem coexistir, o que não significa que se enquadrem dentro de um modelo integrado e coerente, uma vez que as pessoas podem se engajar em processo terapêuticos sem saber ou querer saber sobre a lógica interna do sistema escolhido (ALVES e SOUZA, 1999).

Ao observar as abordagens sobre itinerário terapêutico, percebe-se análises centradas no nível individual usados pelos atores na interpretação de suas experiências, com os macroprocessos socioculturais, haja vista que as escolhas realizadas pelos indivíduos para uso dos serviços de saúde e/ou tratamentos, não se limitam a uma única estrutura cognitiva que se possa identificar como última fonte de significados e interpretações sociais. Até porque, a trajetória do cuidado é permeável por diferentes tipos de conhecimentos produzidos continuamente pela negociação de significados com os distintos atores, estando sujeitos a modificações e reelaborações (ALVES e SOUZA, 1999; GERHARDT, 2006; ALVES, 2016).

Nesse sentido, o processo de escolha terapêutica implica em apresentar o usuário como uma pessoa que compartilha de um conjunto de crenças e valores para lidar com o mundo, os quais foram adquiridos, reformulados, ampliados ou suprimidos no longo de sua biografia

singular, estando o indivíduo inserido no mundo sociocultural, derivado de um processo histórico, que se encontra em processo permanente de pré-construção, pré-organização. Com base nesse entendimento, o estudo do itinerário terapêutico implica reconhecer as estruturas sociais, o que não significa dizer que as mesmas são determinantes nas ações humanas, assim como o modo particular como cada pessoa define sua situação em meio ao padrão institucionalizado. Essas considerações permitem colocar em relevo dois aspectos que mantêm relações entre si na escolha do itinerário terapêutico: as questões materiais, situacionais e a natureza das relações intersubjetivas na tomada de decisão (ALVES e SOUZA, 1999).

[...] o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. [...] segundo, o itinerário terapêutico não é necessariamente produto de um plano esquematizado, pré-determinado. Só é possível falar de uma unidade articulada quando o ator, ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com as suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente [...]. Nesse aspecto, o itinerário terapêutico envolve tanto ações quanto discurso sobre essas ações (ALVES e SOUZA, 1999, p.133-134).

Diante do exposto, o itinerário terapêutico possibilita compreender a saúde-doença dos indivíduos e as estratégias que usam para o seu enfrentamento, a partir do contexto onde se inserem, no qual os eventos socioeconômicos e culturais acontecem e organizam o modo de viver coletivo, seu corpo, seus pensamentos e sua atuação como atores sociais, definidos, ao mesmo tempo, pelo espaço social e pela ação nesse mesmo espaço (GERHARDT, 2006).

Por outro lado, a procura por serviços de saúde é variada e complexa, diferindo de uma pessoa para outra, como também entre a mesma pessoa, cujo sequenciamento de encaminhamentos é condicionado a variáveis situacionais, sociais, econômicas, psicológicas, tanto quanto pelos valores, atitudes, ideologias acerca da doença e disponibilidade de acesso econômico e de tecnologias (MASSÉ, 1985). Sob essa perspectiva, não existe um único modelo, sendo o percurso construído a partir de escolhas individuais do próprio usuário da rede de serviços, a partir de sua visão de mundo, percepções e interpretações acerca do processo de saúde, adoecimento e morte, representações sociais dos serviços de saúde, cujas crenças são modeladas por condições socioculturais do contexto em que se insere, como também das condições socioeconômicas para o seu acesso (FERREIRA e ESPÍRITO SANTO, 2012).

Entende-se que o percurso terapêutico dos usuários, não segue necessariamente a padrões pré-definidos, porém o seu processo de escolha individual está circunscrito por fatores

de natureza material, como a organização e oferta de ações e serviços complementares entre si, no território locorregional, para garantir a universalidade do acesso e integralidade da atenção à saúde. Do ponto de vista normativo, a organização e gestão das ações e serviços numa região adscrita, implica em realizar a gestão da clínica, a partir da estruturação de linhas de cuidados, em observância à estratificação de riscos sanitários e epidemiológicos da população para ordenar o fluxo na rede de saúde.

Sendo assim, a normativa das RAS define a Linha de Cuidado (LC), como processos de articulação entre recursos e práticas de produção de saúde, em conformidade com as orientações das diretrizes clínicas, envolvendo unidades de atenção à saúde de uma região de saúde adscrita, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), para condução ágil, oportuna e singular dos usuários, através do diagnóstico e terapia, em observância às necessidades de maior relevância epidemiológica, com vistas a superar a fragmentação das respostas e assegurar a continuidade do cuidado, por meio de pactuações/contratualização entre os distintos pontos de atenção e respectivos atores institucionais (BRASIL, 2010).

Conforme se observa, a definição de linha de cuidado do texto normativo ratifica a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, destaca a importância da articulação entre recursos, práticas de produção e os pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas, por meio de uma relação negociada e/ou contratualizada entre as distintas organizações de saúde e respectivos profissionais, tornando-a numa unidade dinâmica em que as dimensões da macro e micropolítica da gestão da rede se interpenetram e se comunicam. Com base nesse entendimento, infere-se que a linha de cuidado, de acordo com sua imagem-objetivo em normativa, implica pensar numa dupla visão de redes: redes de organizações para superar a fragmentação do cuidado e organizações como redes de cuidados, cujas interações entre os pontos de atenção internos, por meio de uma relação de contratualidades com os distintos atores profissionais, são basilares para garantir o atendimento humano, integral e resolutivo.

Por se tratar de um termo polissêmico, a concepção de linha de cuidado reúne outros entendimentos, como um conjunto de saber científico e tecnológico, direcionado ao indivíduo num determinado momento do seu ciclo de vida, o que requer ações contínuas e articuladas entre as diferentes redes de saúde em seus respectivos níveis de atenção (SANTOS, ANDRADE e SOUSA, 2016). A linha de cuidado pode ser compreendida como fluxos assistenciais de referência e contrarreferência para orientar os usuários em seu percurso terapêutico, de modo a atender as suas necessidades, constituindo-se também num instrumento para a gestão e para a reorganização dos processos de trabalho (SILVA, SANCHO e FIGUEIREDO, 2016).

A linha de cuidado pode ser também compreendida como uma racionalidade organizativa, em razão da complexidade do processo de enfermidade/doença e singularidades dos pacientes, direcionada para assegurar o acesso dos indivíduos entre os diferentes pontos dentro da rede de serviços, de forma sistêmica, racional e humana, o que requer o uso da epidemiologia como serviço de inteligência para produzir a racionalidade qualitativa do percurso, ou seja, um caminhar com lógica técnico-sanitária para melhor resolubilidade da atenção à saúde (SANTOS e ANDRADE, 2011).

A linha de cuidado é também referida como o percurso ou itinerário dos indivíduos, desde o acesso inicial a todo o deslocamento realizado por pessoas ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, referindo-se ao sequenciamento de acontecimentos e decisões que, tendo como foco o tratamento das doenças/agravos, constrói uma trajetória dentro da rede, estando sujeitos às barreiras de acesso, em decorrência de um conjunto de fatores, como: distribuição dos serviços geograficamente, sua indisponibilidade, qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, mecanismos de financiamento, formato do modelo assistencial e informação acerca do sistema (AQUINO e RODRIGUES, 2016). Essa concepção trata a linha de cuidado e itinerário terapêutico como similares, diferindo dos demais entendimentos, o que evidencia que os construtos teóricos ainda padecem de ambiguidade ou imprecisão, pois tal argumento desconsidera o complexo processo de escolha e avaliação dos usuários sobre os serviços, adesão ou não ao tratamento e toda ação singular vivenciada pelos indivíduos em sua trajetória terapêutica.

Conforme observado, a linha de cuidado distingue-se de itinerário terapêutico e este não segue necessariamente a esquemas ou fluxos pré-determinados, haja vista que os usuários são os principais atores na escolha, avaliação e aderência ou não a certos procedimentos e/ou tratamentos. Sendo assim, o processo de escolha é uma expressão subjetiva e individual, informadas por dinâmicas sociais produzidas e reproduzidas no ambiente a que pertence e interage, porém, circunstanciada por um conjunto de fatores de ordem material, como condições socioeconômicas para acesso à rede de serviços, disponibilidade ou não dos serviços na região adscrita, entre outras.

Ao considerar que o itinerário terapêutico não se restringe a uma visão exclusivamente subjetiva e individual, mas amplia seu escopo para as condições materiais e situacionais, as diferentes concepções de linha de cuidado revelam como a organização da rede de serviços e a produção do cuidado em saúde podem ser pensadas e desenvolvidas, no sentido de garantir a

integralidade da atenção à saúde e a universalidade do acesso, sendo este último um conceito fundante para a integração sistêmica das ações e serviços de saúde.

O texto normativo das RAS concebe acesso como ausência de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero, podendo ser analisado pela sua *disponibilidade* aos indivíduos e familiares, quanto à provisão de serviços eletivos e de urgências e emergências; *comodidade*, relacionada desde a ambiência dos serviços, ao tempo de espera para atendimento, relacionamento com os profissionais de saúde, conveniência do horário de atendimento e formas de agendamento; *aceitabilidade*, referente ao espaço locacional dos serviços, aceitação do tipo de atendimento prestado e dos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010).

Ao considerar que este estudo tem como propósito analisar a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, direcionada para garantia da integralidade da atenção à saúde, objetivo basilar das RAS, verifica-se que a integração dos cuidados em saúde prevista, requer coordenar as relações de interdependência, para a consecução de um projeto coletivo, com vistas a assegurar a continuidade e multiplicidade dos serviços requeridos pelos atores sociais e institucionais, articuladas no tempo e espaço.

Esta integração dos serviços de saúde requer a *integração clínica*, a qual envolve desde o conhecimento, informação, equipamentos médicos, estratégias de gestão e financiamento das organizações; e a *integração funcional*, sustentada por sistemas de informações ágeis que possibilitem a tomada de decisão e compartilhamento de responsabilidades e recursos (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001; HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A integração clínica e funcional corresponderia à gestão da clínica, no modelo proposto em normativa das RAS, sendo agregada pela *integração normativa*, a qual mantém uma relação de interface com as duas primeiras, tendo como função a garantia entre o sistema de representações e valores socialmente compartilhados para interação das organizações. Por sua vez, a *integração do cuidado* consiste na coordenação das práticas clínicas, com vistas ao seguimento do cuidado por equipe multiprofissional, de forma organizada, articuladas no tempo e espaço, ao passo que a *integração sistêmica* é bem mais abrangente, pois considera que a complexidade e incertezas dos problemas de saúde não se limitam a relações entre profissionais e organizações, mas envolve relações locais, territoriais, regionais, estaduais, instâncias decisórias e o conjunto de organizações (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001; HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Ao analisar as principais dimensões de um sistema integrado de saúde proposto por Hartz e Contandriopoulos (2004), observa-se algumas aproximações com as reflexões teóricas e Malta e Merhy (2010), que além de absorver as contribuições da fenomenologia, adicionam as dimensões macro e micropolítica e o seu inter-relacionamento na gestão integrada da atenção à saúde, para garantia da integralidade.

Sob esse espectro, esta pesquisa compartilha com a concepção acerca da linha de cuidado, que implica repensar, desde a natureza do processo de trabalho, até a organização da assistência à saúde, ou seja, examinar as necessidades e condições de saúde dos usuários e de coletividades, quanto aos determinantes sociais. Além disso, inclui a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde e de sujeitos, envolvendo articuladamente as ações de prevenção, promoção, vigilância em saúde, assistência e reabilitação, para que a perspectiva do cuidado seja centrada nas necessidades dos usuários, e não nos interesses do mercado (MALTA e MERHY, 2010). Assume, portanto, em concordância com Merhy e Cecílio (2003) que a linha de cuidado é centrada nos processos de trabalho, nas artes do fazer e produzir saúde pela micropolítica do trabalho vivo em ato.

No que se refere à dimensão micropolítica, a mesma envolve ainda a coordenação do cuidado, a vinculação e responsabilização do cuidador, produção de autonomia do sujeito, aproximando-se assim, dos atributos e funções da Atenção Primária da Saúde (APS). Entretanto, sob a perspectiva da integração sistêmica das ações e serviços de saúde, espera-se que tais atributos e funções não se limitem a um único ponto de atenção, uma vez que o estabelecimento de vínculos; a responsabilização do cuidado; a atenção à saúde centrada no usuário, em observância ao seu contexto social e comunitário; a comunicação e a busca de resolutividade são competências dos diferentes pontos de atenção à saúde, independente de sua densidade tecnológica.

A dimensão macropolítica, por sua vez, refere-se ao campo da gestão e organização da rede de serviços no território locorregional, em processo articulado com as intervenções nas condições de saúde, nos riscos sanitários, ambientais e epidemiológicos de indivíduos e coletividades, com vistas a impactar no processo saúde-doença, cuja disponibilidade dos serviços deverá ser orientada pela lógica das necessidades de saúde da população e não pelas regras de oferta do mercado. É no âmbito da macropolítica que são desenvolvidas medidas intersetoriais, normativas, regulação do acesso, estratégias de comunicação em saúde, sistemas de informação em saúde, entre outros (MALTA e MERHY, 2010). Sob esse prisma, essa dimensão aproxima-se da concepção normativa de gestão da clínica das RAS, em que assume

centralidade as diretrizes clínicas, a gestão das condições de saúde, a qual inclui a prevenção dos riscos sanitários, epidemiológicos, como também dos sistemas de apoio e logísticos da estrutura operacional das redes de atenção à saúde, no que se refere, respectivamente, aos sistemas de informação a regulação dos fluxos de acesso.

Considerando-se que as redes temáticas e prioritárias de atenção à saúde, mantêm diferentes lógicas de organização no território, com densidades tecnológicas distintas, analisar a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, torna-se um fenômeno ainda mais complexo e desafiador para a gestão regional do SUS.

Assim, num esforço de síntese, é possível argumentar, ainda que provisoriamente, que a implementação de desenhos homogêneos de redes, no contexto multifacetado do SUS, evidencia conflitos interfederativos e tensões contínuas entre instituições e os diferentes agentes da arena decisória. Além disso, observa-se o descompasso entre intenções normativas e realizações efetivas, transformando a estratégia de estruturação de redes integradas num fenômeno essencialmente político, que requer um processo intermitente de articulação e negociação com um conjunto de atores com interesses distintos. Do mesmo modo, admite-se que a conformação dessas redes encontra-se condicionada a um conjunto de fatores históricos e político-institucionais, que caracterizam o contexto desigual e heterogêneo do federalismo sanitário brasileiro.

5 O PERCURSO METODOLÓGICO

Esta seção descreve o tipo de estudo e o seu propósito, *locus* para coleta dos dados com as(os) usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama, e condições elegíveis para acesso ao público, tipo de amostragem, fases do processo de validação do instrumento de coleta e reavaliação da estratégia, em observância aos achados empíricos durante a primeira etapa do estudo.

Detalha-se ainda o perfil das(os) participantes da pesquisa, instrumentos, fontes de coleta e tratamento dos dados, desenho metodológico e os procedimentos adotados, em observância aos fundamentos éticos e científicos, estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas, no âmbito do setor saúde, envolvendo seres humanos.

Esta pesquisa, trata-se de um estudo transversal retrospectivo, de natureza exploratória e descritiva, com uso da abordagem quantitativa e qualitativa, e do referencial da análise de redes de políticas públicas, para analisar a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, a partir do percurso terapêutico das(os) usuáries(as) da linha de cuidado de câncer de mama, em conformidade com os conceitos que orientam esta tese e respectivo modelo teórico-lógico, construído para esta pesquisa.

A partir do modelo teórico-lógico, definiu-se as variáveis/indicadores, meios de verificação e método correspondentes a cada uma das dimensões de análise e respectivos componentes, para evidenciar o desenho metodológico da integração sistêmica das ações e serviços de saúde, no contexto da gestão regional do SUS, a partir do percurso terapêutico das(os) usuáries(os) da LC do câncer de mama (Apêndice A).

Utilizou-se da Teoria dos Grafos, apenas como recurso ilustrativo, para representar graficamente o fluxo intermunicipal e/ou interestadual percorrido pelas(os) usuáries(os), desde o município de domicílio, até a unidade na qual realiza o tratamento, bem como o fluxo de acesso assistencial, envolvendo todos os pontos de atenção à saúde do itinerário terapêutico de cada participante da pesquisa. Na representação gráfica dos fluxos das(os) usuáries(os), utiliza-se de “nós” para simbolizar municípios (no caso do fluxo intermunicipal e/ou interestadual) ou serviços da rede de atenção à saúde (no fluxo de acesso assistencial), cujas “arestas” ou ligações entre um ‘nó’ a outro são contabilizadas pelo número de usuáries(os) que percorrem

determinado caminho. Os dados quantitativos do itinerário são complementados com uso do Excel, para representar graficamente o hiato entre um atendimento e outro, incluindo o prazo para início de tratamento; tipos de serviços utilizados no percurso terapêutico; tipos de acomodações usadas durante permanência na capital para realização do tratamento, entre outros dados.

Ao admitir o contexto complexo e multideterminado sobre o qual se conformou o Sistema Único de Saúde, apoia-se no referencial das redes de políticas públicas para compreender o processo de institucionalidade do SUS e da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas, seus condicionantes históricos e político-institucionais que moldam a gestão de redes integradas de atenção à saúde, no âmbito da regionalização do SUS.

Ao priorizar a abordagem quali-quantitativa, multidimensional, este estudo objetiva analisar as diversas variáveis, suas relações e implicações, bem como as múltiplas e/ou distintas interpretações para o mesmo fato, com vistas a reavaliar criticamente o fenômeno investigado.

5.1 O MODELO TEÓRICO-LÓGICO DA PESQUISA

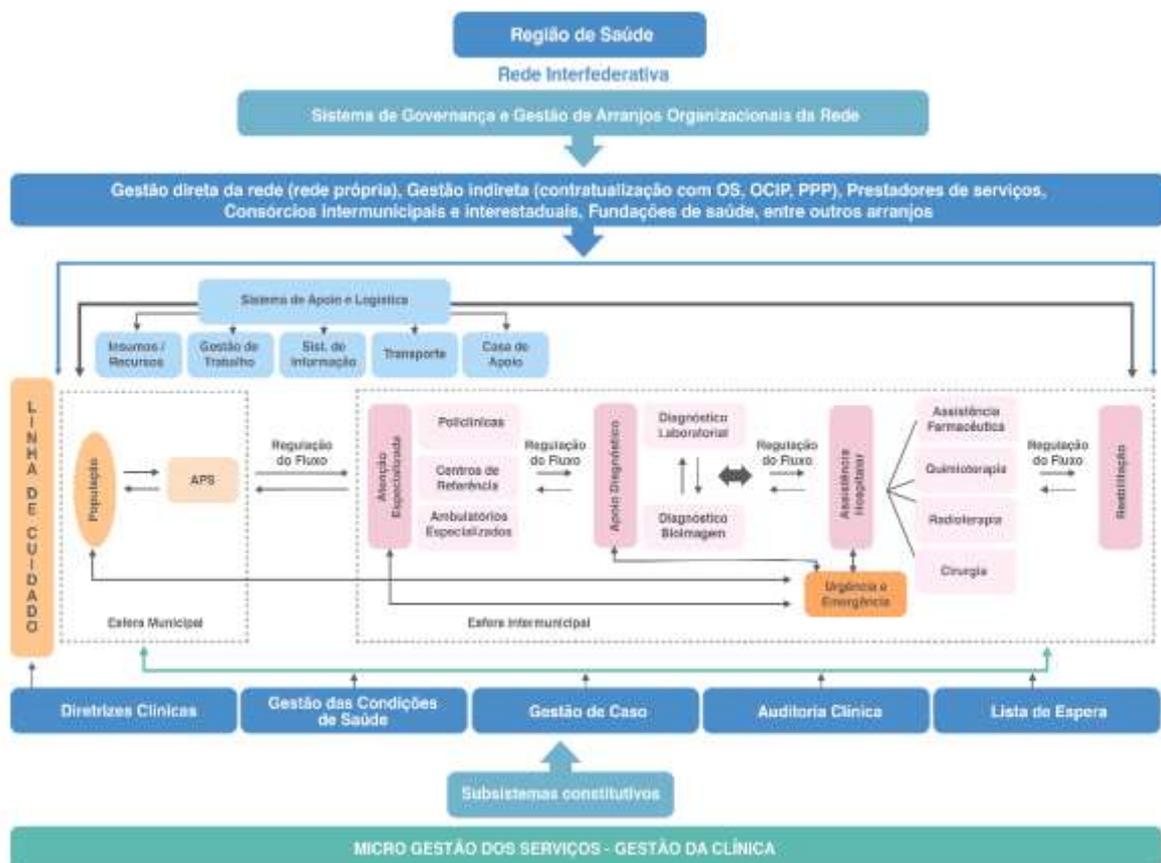
Diante dos fundamentos e elementos constitutivos das redes de atenção à saúde, fez-se numa perspectiva plana, um esboço da estrutura da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas - Linha de Cuidado do Câncer de Mama, numa região de saúde adscrita, na tentativa de compreender, à luz do desenho normativo, a dimensão da macropolítica ou macrogestão (Figura 5). Esta dimensão é composta pela rede interfederativa, imbuída da assunção pública de promover e/ou realizar pactuações em favor de um sistema de saúde solidário e, respectivamente, dos arranjos políticos organizacionais. Essa arena política possui competência para negociar, formular e organizar, em âmbito regional, a arquitetura da rede de serviços, em que predominam diversos arranjos organizacionais, compondo o *mix* público-privado, atualmente dominante no SUS, conforme observado em literatura.

Infere-se que o processo decisório dessa rede interfederativa e do seu sistema de governança, gera efeitos diretos e/ou indiretos na morfologia da própria rede e de sua linha de cuidado, como também nos sistemas de apoio e logísticos, compreendidos pelo planejamento e suprimento de insumos, recursos materiais, tecnológicos e financeiros; gestão do trabalho, com equipe multidisciplinar em quantidade e qualidade, observando-se as condições e vínculos de

trabalho, para atender de forma humana, integral e resolutive em todos os pontos de atenção à saúde; sistemas de informação (sistemas de informação em saúde, prontuários eletrônicos, sistemas de infovia que transitem em toda a rede de cuidados assistenciais, interligando todos os pontos de atenção); transporte sanitário (de pessoas para tratamento fora do domicílio, de materiais biológicos e de resíduos de serviços de saúde), bem como a disponibilidade, física e funcional, de casas de apoio para suporte aos usuários oriundos do interior do estado da Bahia e/ou outras localidades, uma vez que o tratamento do câncer requer um tempo mais demorado e complexo, quando comparado com o enfrentamento das condições agudas.

Destacam-se ainda, as ferramentas de micro gestão do sistema, composta por diretrizes que orientam a linha de cuidado, cuja rede assistencial perpassa o espaço municipal e intermunicipal, integrando desde a Atenção Primária à Saúde (APS), os serviços de atenção secundários e terciários, modalidades de tratamento, até a reabilitação, incluindo os movimentos de fluxos e contrafluxos, mediados por mecanismos de regulação do acesso aos serviços (Figura 5).

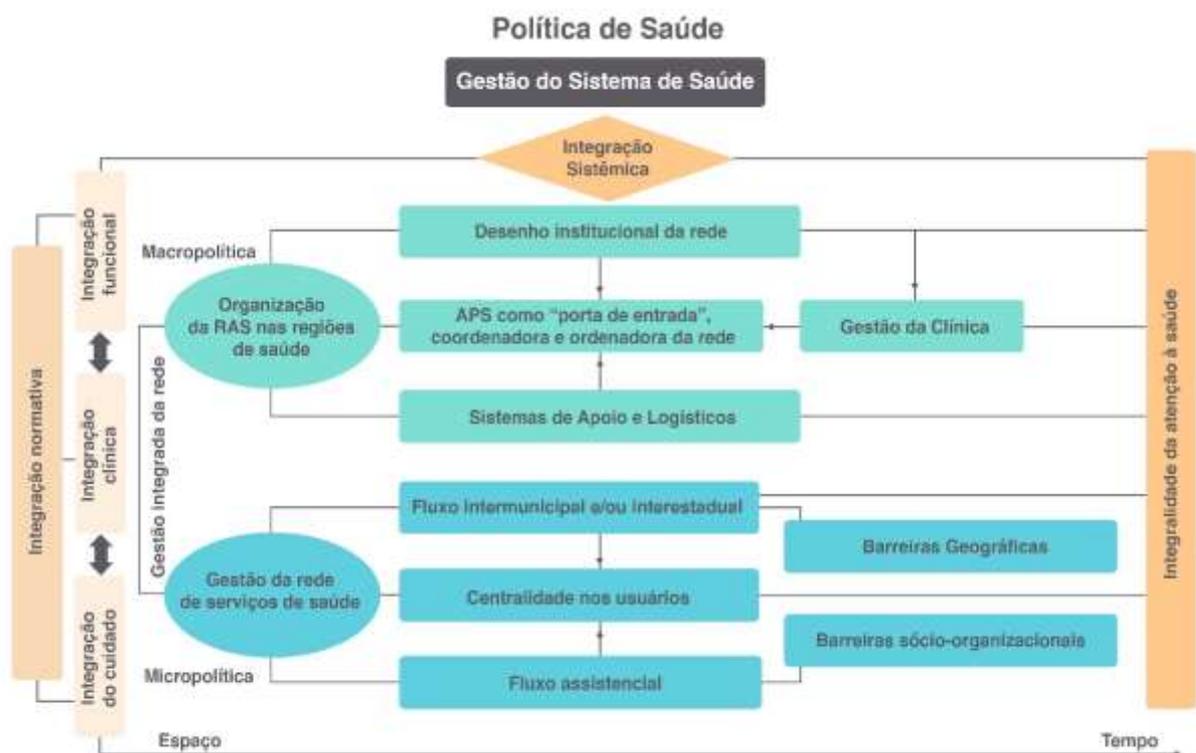
Figura 4 - Rede integrada de atenção à saúde no contexto da regionalização do SUS e linha de cuidado do câncer de mama no estado da Bahia



Fonte: elaboração própria

A partir dessa representação plana da estrutura da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas - Linha de Cuidado do Câncer de Mama, adicionada da questão problematizadora deste estudo e dos seus objetivos, fez-se um recorte dos elementos constitutivos da rede, cuja matriz do modelo teórico-lógico (Figura 6), elencou para efeitos analíticos da gestão de redes integradas, no contexto regional, duas dimensões que se inter-relacionam e se interpenetram, ou seja, a macro e micropolítica, composta, respectivamente, pela organização das RAS nas regiões de saúde e a gestão da rede de serviços de saúde. Para tanto, considerou-se os fundamentos teóricos de Hartz e Contandriopoulos (2004), no que se refere à compreensão de integração sistêmica para a integralidade do cuidado, composta pela integração normativa, funcional, clínica e do cuidado, em razão de sua convergência com as diretrizes normativas das RAS e com as contribuições de Malta e Merhy (2010). Considerando como conceito fundante do itinerário terapêutico a centralidade no usuário, foi incorporado esse componente, bem como a acessibilidade aos serviços de saúde, adaptando-se o modelo de Cunha e Vieira-da-Silva (2010).

Figura 5 - Matriz do modelo teórico-lógico para análise da integração sistêmica das ações e serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas – Linha de cuidado do câncer de mama no estado da Bahia



Fonte: adaptado do modelo teórico-lógico de Hartz e Contandriopoulos (2004); Cunha e Vieira-da-Silva (2010), com contribuições teóricas de Malta e Merhy (2010)

Em face ao exposto, na dimensão macropolítica, situa-se a subdimensão “organização das RAS nas regiões de saúde”, a qual envolve (i) o *desenho institucional da rede de oncologia no estado da Bahia*, (diretrizes políticas, distribuição dos serviços, abrangência regional e cobertura populacional); (ii) a *APS como porta de entrada*, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede; (iii) os *sistemas de apoio*, os quais envolvem os sistemas de informação em saúde, como o Registro Hospital de Câncer (RHC), Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), sua interoperabilidade, como também a existência ou não de sistema de informação que interligue todos os pontos de atenção da rede interorganizacional da linha de cuidado; (iv) *sistemas logísticos* (suporte estrutural de acolhimento, como casas de apoio ou similares, disponibilizadas pelos municípios; mecanismos de regulação do fluxo de acesso aos serviços, mediante transporte sanitário das/os usuárias/os e acompanhantes, sistemas de marcação de consulta e/ou exames de diagnóstico); (v) *gestão da clínica*, com ênfase para a vigilância em saúde, em especial a gestão dos riscos sanitários (Programa Nacional de Qualidade em Mamografia – PNQM, Farmacovigilância e Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – IRAS).

No tocante à dimensão micropolítica, tem-se como subdimensão a “gestão da rede de serviços de saúde”, com: (i) *fluxo intermunicipal e/ou interestadual e acessibilidade geográfica*, por meio do mapeamento do percurso entre o domicílio de residência até o município onde realiza o tratamento, as distâncias percorridas em quilômetros e as barreiras geográficas de acesso; (ii) *fluxo assistencial inter e intra-organizacional e acessibilidade sócio-organizacional*, através dos percursos trilhados pelas(os) usuárias(os) entre os diferentes pontos de atenção da rede pública e/ou privada não complementar ao SUS, o hiato entre um ponto de atenção e outro, as motivações para isso, início para o tratamento em tempo oportuno⁸, sequenciamento do tratamento e/ou procedimentos, reabilitação, observando-se as barreiras de acesso sócio-organizacionais; (iii) *centralidade para as(os)usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama*, com foco para a sua história singular, sinais da enfermidade, rede de apoio social e percepção sobre os serviços/atendimentos e percurso terapêutico.

Salienta-se que neste estudo, consideram-se como barreiras geográficas de acesso: indisponibilidade de serviços no município de residência e/ou região de saúde, distâncias percorridas, inexistência ou indisponibilidade de transporte para tratamento fora do domicílio, incompatibilidade da agenda de deslocamento do transporte com a agenda de consultas na

⁸ A Lei Federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, fixa o prazo máximo em 60 dias para início do tratamento, a contar da data do diagnóstico confirmatório.

unidade de tratamento, não inclusão de acompanhante no tratamento fora de domicílio, não ressarcimento das despesas de deslocamentos ou cobertura parcial dos valores custeados pelos usuários, indisponibilidade de recursos financeiros dos usuários para realizar deslocamentos periódicos.

Referente às barreiras sócio-organizacionais, estas se apresentam sob um leque de possibilidades, mantendo-se uma relação de interface com as barreiras geográficas. Sendo assim, priorizou-se quatro variáveis que podem atuar como barreiras ao acesso às organizações de saúde, quais sejam:

(i) *serviços no espaço locorregional*: inexistência de serviços da rede pública nos diversos níveis de atenção; ausência de profissionais qualificados e/ou especialistas para o atendimento de condições crônicas; reduzido número de profissionais para atender a demanda; inexistência e/ou indisponibilidade de recursos tecnológicos para realização de exames complementares para detecção e confirmação de diagnóstico para o câncer de mama e outros exames; problemas recorrentes de funcionamento e manutenção de equipamentos, em especial de exames de alta densidade tecnológica;

(ii) *informacionais e relacionais*: desconhecimento, por parte dos usuários, da rede de referência do SUS; insuficiência ou ausência de estratégias de comunicação e informação sobre a rede de serviços e unidades de referência; usuários não orientados adequadamente sobre as condições de sua saúde; profissional que não considerou a queixa da(o) usuária(o); profissional de saúde não orientou quanto à rede de referência do SUS e/ou não realizou o processo de encaminhamento para as unidades da rede para fins de diagnóstico e tratamento; profissional de saúde não informou com clareza os procedimentos a serem adotados e nem o direito dos usuárias(os) quanto ao tempo para início de tratamento e reconstrução de mama, em casos de mastectomia; recusa do profissional em atender usuárias(os) com condições crônicas, usuário foi informado da doença, mas preferiu aguardar por um tempo;

(iii) *regulação do fluxo de acesso*: demora no processo de agendamento para atendimento de consultas na rede pública; demora em liberar exames de alta densidade tecnológica pela central de regulação; insuficiência de vagas; limitação do exame de mamografia para mulheres com idade igual ou superior a 50 anos; demora da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) agendar e realizar o encaminhamento dos usuários para as unidades de referência da rede; sistema de marcação de consulta incompatível com o grau de necessidade dos usuários com excesso de fila e longos espaços de tempo entre uma consulta e outra;

(iv) *humanização do atendimento*: falta de acolhimento pelos trabalhadores de saúde; relação impositiva e verticalizada; inadequações da ambiência física.

Considerando os objetivos deste estudo e a abordagem de redes de políticas, aqui privilegiada, esta pesquisa assume como *conceito de integração sistêmica*, um conjunto de redes interorganizacionais e intra-organizacionais, coordenadas e articuladas, para organizar serviços de diferentes densidades tecnológicas numa região adscrita e gerir os distintos pontos de atenção à saúde que integram a linha de cuidado, com centralidade para os usuários, de forma a promover a acessibilidade geográfica e sócio-organizacional, para garantia da integralidade do cuidado, observando-se as noções de espaço e tempo para intervenção oportuna.

Esse conceito fundamenta-se na compreensão de que a provisão de serviços de diferentes densidades tecnológicas no espaço locorregional, envolve redes de organizações de saúde e estas, por abrigar diferentes pontos de atenção, são também redes de organização, uma vez que o processo de comunicação e interação se constituiu em vetor essencial para assegurar a sua existência e funcionalidade, de modo que a integração sistêmica requer, ao mesmo tempo, redes interorganizacionais e intra-organizacionais. Para tanto, entende-se que se tratam de redes complexas, no que se refere a multiplicidade de atores, conjunto de práticas, regras, normas, valores, crenças socialmente compartilhadas, conhecimentos, métodos e técnicas diferenciadas, o que requer um processo intermitente de articulação e de coordenação, para organizar a rede no território regional e gerir os serviços de saúde, com centralidade para o(a) usuário(a), com vistas a garantir longitudinalidade e integralidade do cuidado.

Sob essa perspectiva, o conceito de integração sistêmica reforça a diretriz da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009) ao tratar o nível de gestão e atenção do cuidado, a política e a clínica, os modos de produzir e gerir saúde como indissociáveis, mediante a organização da rede de atenção à saúde no território regional e o gerenciamento dos serviços de saúde, articulando a gestão integrada da rede em seu aspecto macro e micropolítico, para identificar os fatores que constroem a sua implementação no contexto da regionalização da saúde.

Do ponto de vista da gestão integrada de redes, implica considerar a gestão como uma prática social, e como tal, destituída de neutralidade e racionalismo abstrato capaz de garantir o controle e eficiência sobre as ações humanas no contexto das organizações. Com base nesse entendimento, as organizações são e estão imersas num ambiente dinâmico e de incertezas perenes, em que imperam transações negociadas, por meio de coalizões entre diferentes grupos de interesses, o que não anula e nem esconde a disputa de poder e de conflitos entre seus atores

na partilha de recursos e na gestão do trabalho. Além disso, a gestão é uma construção social, contextualizada historicamente, cujas estruturas sociais condicionam as ações humanas, mas podem também ser transformadas e redefinidas pelos seus atores, instituindo assim, um novo conjunto de normas, regras, regulamentos sociais, recursos materiais e simbólicos que conferem significado a ação de seus membros (JUNQUILHO, 2001).

Tal concepção, ao desmitificar o pensamento de racionalismo e determinismo imperante nas organizações, amplia o olhar para a gestão como um fenômeno coletivo, decorrente de práticas construídas pelos atores institucionais no cotidiano de suas ações, ou seja, as ‘práticas ordinárias’, na qual o vivido, o experienciado, ou seja, as ‘artes do fazer’ são negligenciadas em detrimento de uma lógica mecanicista, dotada de um receituário pragmático a ser aplicado para alcance dos resultados. Sob essa perspectiva, a gestão como prática social, integra os níveis institucional, organizacional e relacional, inserida no contexto sócio-histórico da própria organização na qual se estabelecem as relações sociais, sem se deslocar igualmente do contexto estrutural e mutável da realidade social. Nessa direção, o cotidiano se constitui no plano microsocial, onde as práticas acontecem, porém se entrecruzam com os aspectos globais do ambiente macrosocial, tecendo redes complexas, dinâmicas e singulares por meio das relações entre seus atores organizacionais (VARGAS e JUNQUILHO, 2013).

Ressalta-se que esta pesquisa compreende a gestão integrada da rede de atenção à saúde em seu aspecto macrosocial, como também no ambiente microsocial das organizações, uma vez que o percurso terapêutico da linha de cuidado do câncer, definido no escopo deste trabalho, perpassa as redes interorganizacionais, por meio dos itinerários nos diferentes pontos de atenção à saúde. Assim, é mapeado e analisado o seu ‘percurso externo’, bem como o seu ‘percurso interno’ na unidade onde realiza o tratamento, com o propósito de identificar os fatores restritivos ao acesso aos serviços de saúde e a garantia da integralidade da atenção à saúde nos ambientes, macro e micropolítico.

5.2 LOCUS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O *locus* principal deste estudo é a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em coparticipação com o Hospital Aristides Maltez (HAM), enquanto organização de saúde de referência para usuários(as) da Rede Estadual de Atenção ao Câncer. Por ser o único Centro de

Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e referência para todo o território baiano, para cânceres raros e prevalentes, entre eles, o câncer de mama, esta unidade hospitalar aporta o maior número de usuárias(os) da capital e interior do estado, conforme atesta os dados extraídos do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

Sendo assim, elegeram-se o Hospital Aristides Maltez para realização da coleta de dados, visto que esta organização de saúde culmina por atrair grande movimentação de usuárias(os) de diferentes municípios e respectivas regiões de saúde da Bahia. Essa escolha possibilitou mapear, os diferentes fluxos intermunicipal e/ou interestadual e de acesso assistencial na Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas / Eixo Oncologia - Linha de Cuidado do Câncer de Mama, desde a realização do primeiro atendimento, até os serviços de média e alta densidade tecnológica, considerando-se as dimensões tempo e espaço entre os distintos pontos de atenção à saúde, incluindo o itinerário terapêutico intra-organizacional, ou seja, dentro do próprio HAM, bem como as barreiras de acesso geográficas e sócio-organizacionais.

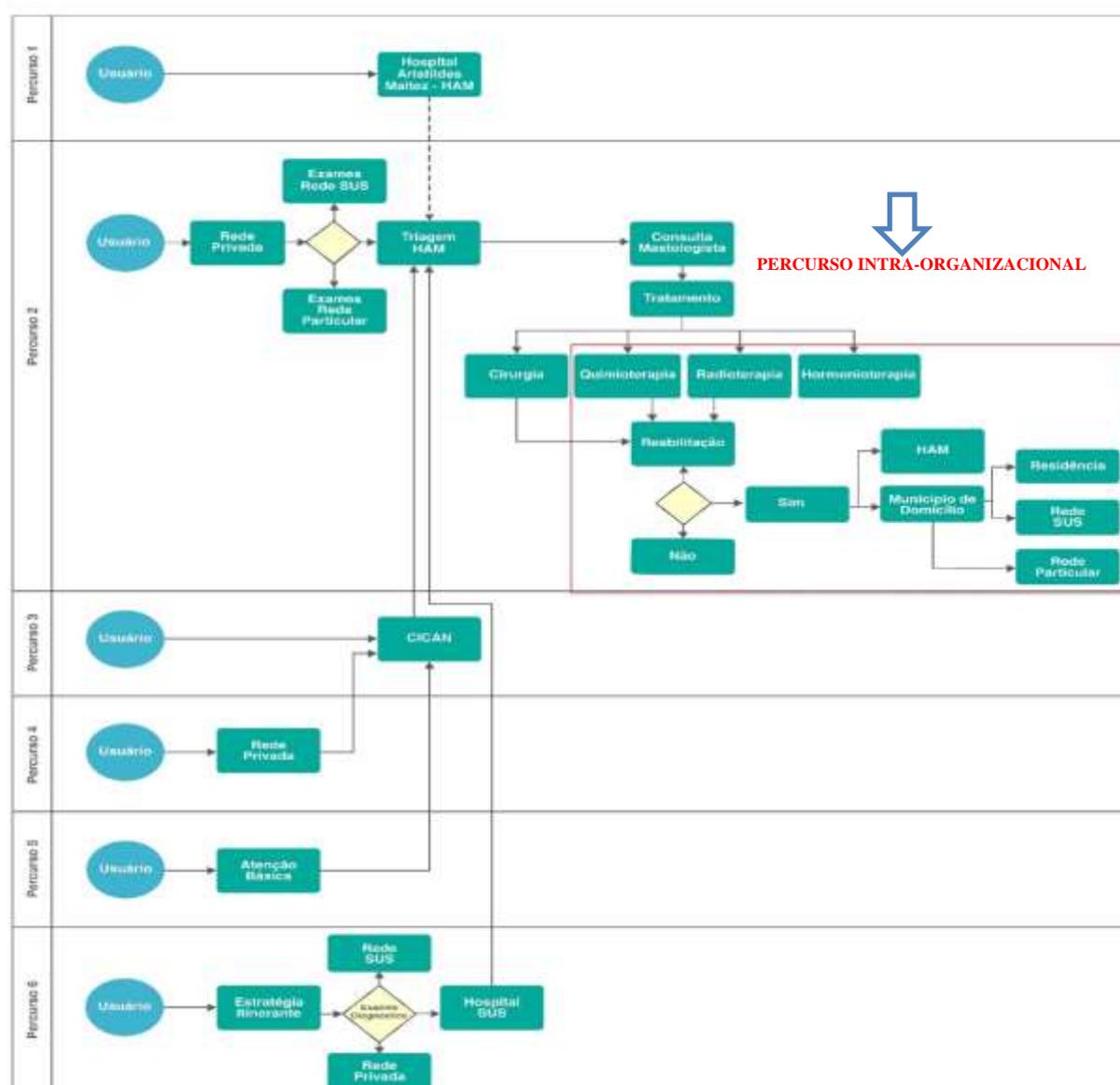
Para a fase de coleta dos dados com os usuários(as) da linha de cuidado do câncer de mama foi definido como *locus* o ambulatório de mastologia, juntamente com a profissional médica designada pelo referido hospital para supervisionar o trabalho empírico, em razão dos seguintes motivos: (i) possibilidade de ter acesso às(aos) usuárias(os) com quadro de saúde estável, com condições de participar voluntariamente da pesquisa e fornecer as informações solicitadas; (ii) usuárias(os) com estágios diferentes no processo de tratamento, envolvendo desde as(os) que se encontravam em fase inicial do primeiro tratamento, até as(os) pacientes de seguimento, ou seja, as(os) que estão em processo de acompanhamento semestral ou anual; (iii) dispor de vários consultórios, o que propicia um maior fluxo de usuárias(os), de modo a facilitar o encaminhamento para a coleta das informações.

Referente ao modelo amostral dos participantes da pesquisa, em observância ao tipo de estudo de natureza exploratória e descritiva, obteve-se uma amostra não probabilística que não exige a manutenção ou tentativa de manutenção por representatividade. Entre os critérios adotados para seleção das (os) participantes, optou-se por dois critérios em momentos diferentes da pesquisa, a saber:

No primeiro momento, referente à fase de testagem e validação do instrumento da pesquisa, cuja coleta foi realizada na primeira semana do mês de fevereiro de 2018, utilizou-se da amostragem acidental ou por conveniência, considerando-se o critério de facilidade de acesso aos participantes do estudo.

Na oportunidade, a pesquisadora aplicou os questionários (composto de 28 questões, contendo apenas duas perguntas abertas) para um público de cerca de 35 pacientes, todas do segmento feminino. Durante essa fase, percebeu-se que as participantes da pesquisa, na sua quase totalidade, estavam em processo inicial de tratamento, mediante intervenção cirúrgica, o que dificultava compreender o percurso das usuárias no espaço intra-organizacional e seu acesso aos demais serviços, constante no escopo do instrumento da pesquisa, conforme sinalizado na Figura 7. Percebeu-se também, que o percurso entre os pontos de atenção à saúde até a unidade de tratamento, ocorria em média em 3 a 4 pontos.

Figura 6 - Tipos de percursos observados durante a fase de testagem do instrumento de coleta de dados com as(os) usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 2018



Fonte. Elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico na fase de testagem do instrumento (2018)

Por outro lado, verificou-se que o instrumento não facilitava a coleta de forma mais precisa, no que se refere ao próprio percurso terapêutico, escolha dos serviços, decurso entre um ponto de atenção e outro. Além disso, a intenção inicial de usar a ferramenta eletrônica (*Tablet*) para proceder a aplicação do questionário, ancorado na Plataforma SurveyMonkey, no domínio da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (EAUFBA), mostrou-se inócua, pois a frequência do sinal de internet era inconstante, de modo que se recorreu ao método tradicional de impressão do instrumento de pesquisa.

Essas situações foram decisivas para realizar a revisão do instrumento de coleta de dados, transformando-o em entrevista semi-estruturada (Apêndice B), com 14 questões, sendo duas abertas para ouvir e registrar o próprio percurso terapêutico, com foco para percepção da(o) participante sobre sinais e sintomas da doença, escolhas pelos serviços de saúde do sistema formal e motivação para essas escolhas, participação da rede social de apoio (familiares, amigos etc), tempo de um ponto de atenção para o outro, motivos para o tempo apresentado, entre outros dados. Para tanto, foi reservado um espaço para traçar junto com as(os) usuárias(os) da pesquisa o próprio percurso terapêutico, por meio de pontos (nós), setas (arestas), adicionada de informações do ano de início do percurso, municípios de cada serviço de saúde, intervalo de tempo entre um serviço e outro, dificuldades enfrentadas à acessibilidade aos serviços, entre outras informações. Nessa fase, observou-se a multiplicidade de percursos e a pluralidade de “portas de entrada” na rede (Figura 7).

No segundo momento, após reavaliação do instrumento, a pesquisa foi realizada no mês de março de 2018, sendo que na primeira semana, a pesquisadora manteve-se presente nos cinco dias de expediente normal, nos dois turnos, para se ambientar no espaço, conhecer a equipe médica, a rotina, dias de maior fluxo de usuárias(os), sobretudo, do interior do estado da Bahia e realizar as primeiras entrevistas. Nas três semanas seguintes, concentrou-se a pesquisa nos dias de atividade da profissional médica, responsável pela supervisão do trabalho de campo, com ajuda da técnica de enfermagem que colaborou no encaminhamento das(os) usuárias(os) para a entrevista, mediante abordagem prévia sobre interesse e consentimento voluntário.

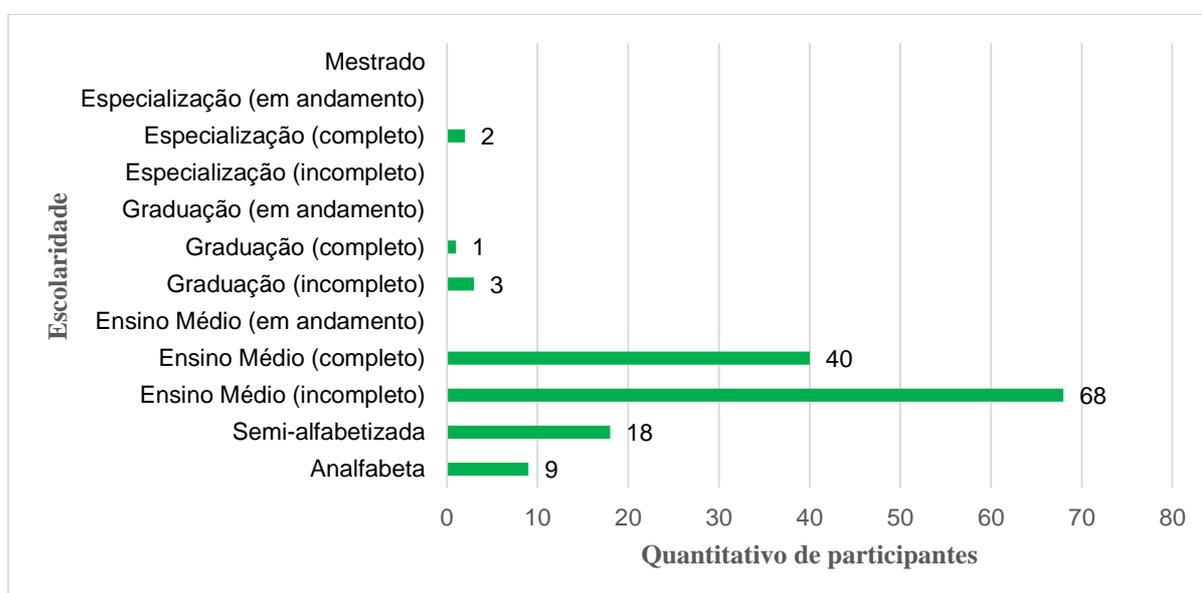
Nessa fase, foram entrevistadas 139 (98,5%) mulheres e 02 (1,41%) homens, totalizando 141 participantes, oriundos de 76 municípios, incluindo a capital do estado, correspondendo a 18,2% do total dos 417 municípios baianos. Do total de participantes, 101 são procedentes do interior do estado e 40 do município de Salvador, representando, este último, 28,3% da amostra. Dos 101 participantes do interior da Bahia, verifica-se que estes são oriundos de 08 (oito), do total de 09 (nove) macrorregionais de saúde, conforme Plano Diretor de

Regionalização (PDR), com exceção da Macrorregional Extremo Sul, a qual é composta pelas regiões de saúde de Porto Seguro e Teixeira de Freitas. Do total de 28 regiões de saúde, obtiveram-se participantes procedentes de 22 regiões de saúde, não tendo sido verificada a existência de usuáries(os) residentes nas regiões de saúde de Ilhéus e Itabuna (Macrorregional Sul), bem como de Ibotirama e Itapetinga, respectivamente, das Macrorregional Oeste (cuja referência é Salvador) e Sudoeste (com referência em Vitória da Conquista).

Para obter a participação de usuáries (os) do interior do estado, a fim de alcançar os objetivos propostos neste estudo, fez-se uso do critério de amostragem intencional para seleccionar, em maior número, pessoas residentes nesses municípios, muito embora a presença de usuáries(os) procedentes da capital seja significativa, provavelmente, em decorrência da acessibilidade geográfica, entre outros fatores, a serem detalhados nos capítulos dos resultados.

O perfil dos entrevistados, no que se refere ao grau de escolaridade, é em maior número de pessoas com ensino médio incompleto, seguido de ensino médio completo, não sendo desprezível o somatório do número de participantes semi-alfabetizadas(os) e analfabetas(os), correspondendo a 19,1% (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Escolaridade dos participantes da pesquisa. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

5.3 FONTES E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.3.1 Análise Documental

Esta pesquisa analisa o arcabouço legal-normativo do Sistema Único de Saúde, ou seja, portarias, leis, decretos, resoluções, referentes ao processo de institucionalidade do SUS e das redes de atenção à saúde e demais áreas, bem como do Plano Plurianual (PPA-BA 2016-2019), Plano Estadual de Saúde (PES 2016-2019), Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023, Relatório Anual de Gestão (RAG), resoluções CIB, atas de reuniões, relatórios técnicos.

Tais documentos foram examinados para obter as informações e evidências relativas aos componentes do modelo teórico-lógico, conforme Apêndice A. Além dos documentos, acima referidos, obteve-se dados dos sistemas de informação do câncer, através do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), tendo sido utilizados, neste estudo, apenas o RHC, em razão do tempo de defasagem do RCBP de cerca de 13 anos e por ser o mesmo restrito a uma população delimitada, no caso, o município de Salvador.

Os dados supracitados foram coletados na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, envolvendo a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS) e Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) e Diretorias correspondentes, uma vez que a estruturação da rede, em estudo, perpassa mais de uma superintendência.

Embora prevista inicialmente a coparticipação da Secretaria da Saúde do Município de Salvador, verificou-se no decorrer do estudo que os dados documentais poderiam ser obtidos junto à SESAB e respectivas Superintendências, supracitadas, preenchendo as condições para análise da rede de atenção ao câncer, no contexto da gestão regional, uma vez que o estudo não se limitou à capital do estado.

5.3.2 Entrevistas Semi-Estruturadas e análise dos dados levantados

Conforme mencionado anteriormente, inicialmente o estudo previu o uso de questionários aplicados. Porém, na fase de testagem do instrumento, contatou-se a necessidade de revisão do mesmo e da estratégia do uso da plataforma online.

Adotou-se a técnica de entrevistas semi-estruturadas, contendo 14 questões, relacionadas a dados pessoais da(o) participante, como sexo, idade, escolaridade, para identificação do perfil da população amostral (Apêndice B). As demais questões, referem-se à descrição do percurso terapêutico, para registrar todo o deslocamento entre municípios e/ou estados, bem como serviços de saúde, até a unidade de tratamento, o decurso entre um atendimento e outro, bem como os mecanismos de regulação do fluxo de acesso assistencial, incluindo o transporte sanitário. O instrumento contém questões relacionadas ao sistema de apoio estrutural de acolhimento, como casas de apoio ou similares e informações de percurso interno relacionado ao tratamento e demais serviços utilizados, percepção das(os) usuárias(os) sobre os serviços/atendimentos e avaliação do percurso terapêutico.

A técnica da entrevista semi-estruturada privilegiou o procedimento metodológico da história da narrativa oral, propiciando as(aos) participantes expressarem livremente suas histórias singulares de vida, reavivando memórias do passado, fatos e situações recentes, sem podá-las(os), na expressão de suas percepções sobre a enfermidade, tratamento, impressões sobre qualidade e acessibilidade aos serviços. O percurso terapêutico é único para cada sujeito, cuja história, lembranças, sentimentos lhes pertencem e a narrativa oral permite a reconstrução desse trajeto, reconstituindo cenas, cenários e o transitar na rede assistencial de cuidado do câncer de mama.

Porém, por se tratar de um olhar em retrospectiva para os aspectos vivenciados pelas(os) usuárias(os) durante o percurso terapêutico, constitui-se numa limitação para o estudo o viés de memória, sobretudo, no tempo relacionado entre um atendimento e outro na rede assistencial, bem como do início do tratamento.

O material obtido, por meio das 141 entrevistas, foi transcrito para planilha Excel, tendo sido estabelecido o percurso em quatro pontos de atenção à saúde, pois se observou, tanto na etapa de teste do instrumento (Figura 7), quanto na fase de aplicação das entrevistas que grande parte da população amostral finalizava o itinerário nessa média de serviços de saúde, com raras

exceções para menos ou para mais. Quanto ultrapassava o número de quatro pontos, utilizou-se do campo de observação para transcrever o percurso em sua totalidade.

Os dados relativos ao fluxo intermunicipal e/ou interestadual e fluxo de acesso assistencial foram transcritos para o Excel e exportados para o Gephi, software livre, versão 0.9.1, para visualizar a topologia da rede e suas conexões, com vistas a extrair seu sentido e significados. Ou seja, tentar compreender através dos dados quantitativos, juntamente com os qualitativos, o que está implícito e explícito, quanto a conformação e operacionalização da estrutura da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas – Linha de Cuidado do Câncer de Mama, do ponto de vista da rede interfederativa e da rede de serviços de saúde, para confrontar o desenho normativo com o modelo construído cotidianamente, no contexto das relações sociais e institucionais.

As demais informações quantitativas, como decurso entre um ponto de atenção e outro; uso do transporte sanitário; modalidade de serviços de saúde utilizados (rede pública, rede privada não complementar ao SUS, planos de saúde); faixa etária dos participantes, entre outros dados obtidos na entrevista e na análise documental, são representados graficamente, utilizando-se os recursos do Excel.

No que se refere aos dados qualitativos, em especial às narrativas das(os) usuárias(os), buscou-se histórias ou acontecimentos comuns aos participantes para correlacionar, por meio da transcrição, parcial ou total, com as dimensões e respectivos componentes do modelo teórico-lógico. Para a análise das narrativas, utilizou-se da identificação de núcleos de sentido a partir de palavras-chave, recorrentes nas histórias das participantes. Ou seja, a recorrência de palavras chave foi considerada um elemento confirmatório do núcleo de sentido prevalente na narrativa.

5.3.3 Observação Participante e não Participante

Ao considerar o papel da pesquisadora como servidora efetiva da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, a mesma atuou como observadora não participante, por meio de reuniões, na gestão da Rede de Atenção ao Câncer 2016-2023 e como observadora participante na Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), onde exerce suas atividades profissionais.

Referente ao *locus* de análise, priorizada para realização do estudo empírico com usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama, a atuação da pesquisa limitou-se a observação não participante.

5.4 ÉTICA DE PESQUISA EM SAÚDE

Este estudo desenvolveu-se em conformidade com os fundamentos éticos e científicos, estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas em saúde envolvendo seres humanos. Para tanto, cópia deste projeto foi encaminhado, juntamente com Carta da Organização Proponente, isto é, Universidade Federal da Bahia / Escola de Administração, a cada uma das instituições que, a priori, foram definidas como instituição principal (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB) e coparceiras desta pesquisa, respectivamente, Hospital Aristides Maltez – HAM e Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – SMS Salvador, para obtenção prévia da Carta de Anuência, para cadastramento e submissão na Plataforma Brasil.

Após obtenção das Cartas de Anuência e Declaração de Viabilidade Institucional, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, com parecer favorável emitido, no dia 25 de outubro de 2017 (Anexo 1). Em razão da condicionalidade da realização da pesquisa, no Hospital Aristides Maltez, com avaliação do projeto pelo Comitê de Pesquisa em Saúde da Liga Bahiana Contra o Câncer (LBCC), também cadastrado na Plataforma Brasil, o projeto sofreu nova submissão, cujo parecer favorável foi expedido em 18 de dezembro de 2017 (Anexo 2).

A pesquisa de campo, de natureza documental, iniciou-se em dezembro de 2017, após emissão do segundo parecer, sendo que a realização das entrevistas, referentes à etapa de testagem do instrumento, somente na primeira semana de fevereiro de 2018, após finalização de fruição de férias da profissional médica, responsável pela supervisão do estudo.

No caso dos questionários, na fase de testagem do instrumento, e das entrevistas, ambos foram realizados pela pesquisadora, em observância às condições estabelecidas conjuntamente com a supervisora do trabalho de campo, como a estabilidade do quadro de saúde do usuário, bem como a voluntariedade da(o) participante. O *modus operandi* da aplicação do questionário e entrevista, seguiu o procedimento padrão de apresentação da pesquisadora, dos objetivos do

estudo, riscos e benefícios. Obtida a concordância voluntária, ambos, usuárias (os) e pesquisadora, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), sendo a primeira via disponibilizada à (ao) participante. A guarda desse material é de responsabilidade da pesquisadora, a ser realizada em arquivo pessoal, por um período de 05 anos, para manter o sigilo e confidencialidade dos dados e informações, podendo a qualquer momento ser consultado pelas(os) participantes da pesquisa, mediante solicitação por escrito. Embora prevista a abordagem com menores de 18 anos, não se obteve público abaixo dessa faixa etária, tendo sido preparado TCLE específico para esse tipo de público, a ser assinado conjuntamente pelo responsável e/ou acompanhante legal (Apêndice D).

Ressalta-se que não foram utilizados recursos de gravação de áudio, cujo relato foi registrado manualmente e depois lido para a(o) entrevistada(o) conferir o conteúdo e veracidade do mesmo. Destaca-se ainda, que o risco deste estudo foi classificado como de grau mínimo, no que se refere a lembrança de fatos passados que poderiam ter causado algum desconforto emocional, de modo que a pesquisadora realizou a escuta atenta e qualificada, limitando-se a comunicar a supervisora da pesquisa, situações excepcionais relacionadas a complementação de dados.

Referente aos documentos obtidos junto à SESAB, estes foram escolhidos, considerando-se a sua autenticidade, credibilidade, representatividade e significação para os estudos. Nessa etapa, gestores das áreas e respectivos técnicos que operacionalizam os dados foram informados sobre o objetivo da pesquisa, seguida da assinatura do TCLE (Apêndice E) em duas vias, cabendo a cada informante-chave dispor da primeira via.

Importante salientar que os dados obtidos através dos sistemas de informação e/ou banco de dados, obedeceram rigorosamente aos critérios de sigilo e confidencialidade, não sendo revelado dados pessoais dos informantes-chave, nem dados de identificação das(os) usuárias(os).

6 DIMENSÃO MACROPOLÍTICA DA GESTÃO INTEGRADA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE: RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO NO ESTADO DA BAHIA

Os resultados do estudo empírico sobre a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, a partir do percurso terapêutico de usuários na Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas / Linha de Cuidado do Câncer de Mama, no estado da Bahia, serão apresentados a partir de *duas dimensões analíticas* que se interpenetram, a *macro e micropolítica da gestão integrada de redes*, no contexto da regionalização da saúde, correspondendo, respectivamente, duas subdimensões, *organização das RAS nas regiões de saúde e gestão da rede de serviços de saúde*, conforme modelo teórico-lógico.

Este capítulo traz os resultados da dimensão macropolítica, a qual envolve os seguintes componentes: *desenho institucional da rede de oncologia no estado da Bahia; Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede; os sistemas de apoio e logísticos; a gestão da clínica, com foco para o monitoramento dos riscos sanitários.*

Cada um deles será exposto em subitens, apenas para efeito didático, o que não significa uma relação de independência ou de compartimentalização, até porque existe uma relação de interconexão entre eles.

6.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM CÂNCER NO ESTADO DA BAHIA: DIRETRIZES POLÍTICAS, ABRANGÊNCIA REGIONAL E COBERTURA POPULACIONAL

O Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023, aprovado na Comissão Intergestores Bipartite, conforme Resolução nº 170/2015 e sujeito a revisões anuais, estabelece como princípios e diretrizes: reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível; implementação de ações intersetoriais direcionadas para a promoção da saúde, com foco nos condicionantes e determinantes; incorporação de tecnologias direcionadas para prevenção e controle do câncer; *atenção humanizada, multiprofissional, centrada no usuário e em suas*

necessidades; ampliação do acesso, por meio da expansão de serviços de atenção especializada, integração entre os módulos regulatórios (ambulatorial e hospitalar) e estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência; ***organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com pontos de atenção integrados, em observância aos critérios de acesso, escala e escopo para oferta do cuidado integral em tempo oportuno***; desenvolvimento de ações de educação permanente voltadas para qualificação dos trabalhadores que atuam nos diferentes níveis de atenção à saúde; monitoramento e avaliação da qualidade das ações e serviços, para mensurar eficácia, efetividade e resolutividade da atenção; articulação interfederativa para assunção de responsabilização pública, de forma solidária e compartilhada; financiamento tripartite; participação e controle social (BAHIA, 2016b).

Em observância aos princípios e diretrizes, o Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023 do Estado da Bahia, define-se como ***objetivo geral a organização da Rede de Atenção de Doenças Crônicas/Eixo Oncologia, mediante a implantação/implementação de ações articuladas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos***. Para tanto, tem-se como objetivos específicos: promover a ***descentralização dessas ações e serviços***; ***constituir mecanismos de regulação do acesso***, controle, avaliação e auditoria dos serviços, visando a eficácia na gestão dessa rede; ***pactuar fluxos de acesso de referência para garantir a integralidade da atenção à saúde***; ***manter os sistemas de informações de registro de câncer permanentemente atualizados***; monitorar e avaliar os indicadores de desempenho em todos os níveis de atenção (BAHIA, 2016b).

Conforme se observa, o desenho institucional da Rede de Atenção às Pessoas com Câncer, na Bahia, possui em seus princípios orientadores, bem como em seus objetivos, elementos contemplados no modelo teórico-lógico, seja na dimensão da macro ou micro política da gestão integrada da rede, sobretudo, no que se refere a organização da rede no território estadual, de forma regionalizada e descentralizada, com integração entre todos os pontos de atenção à saúde, incluindo as ações de promoção e prevenção, com centralidade para os usuários e suas necessidades, sendo constituída de sistemas de informação e mecanismos de regulação do acesso, para ofertar atendimento integral, humanizado e em tempo oportuno.

Ressalta-se que, no âmbito da Federação brasileira, a Bahia possui a quinta maior área territorial, com 564.7733 km² e o quarto maior contingente populacional, com uma população estimada em 15.344.447 habitantes (IGBE, 2017), distribuída nos 417 municípios que compõem sua base territorial. Do total de municípios, 370 (90,88%) possuem uma população abaixo de 60.000 habitantes, sendo 17,26% (72) com população entre 3.669 a 9.957; 40,04%

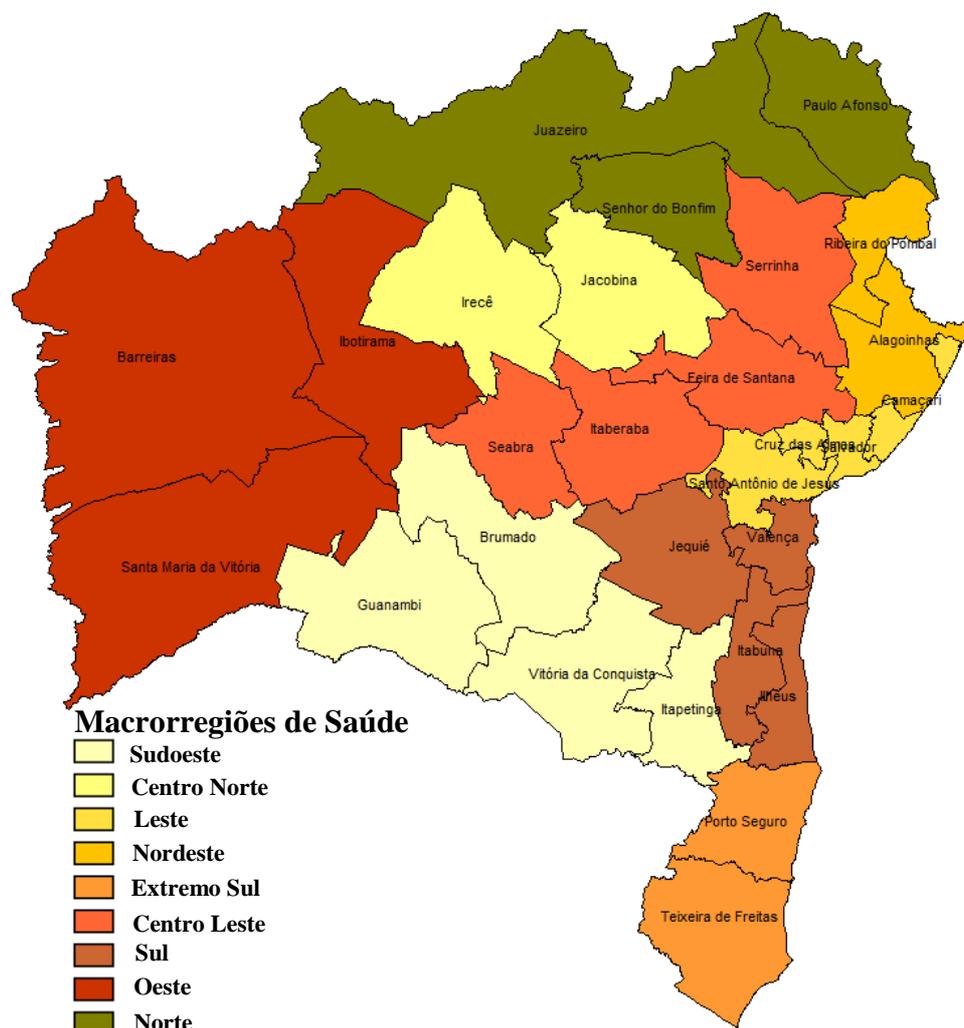
(167) com população entre 10.068 a 19.796; 26,61% (111) com população entre 20.189 a 39.718; 6,95% (29), variando entre 40.220 a 56.459 habitantes. Os demais 38 municípios, possuem um contingente populacional que se situa entre 61.924 e 98.749 habitantes, representando 5,03% (21) e 2,63% (11) entre 103.342 e 197.636, sendo 06 (seis) os municípios mais populosos: Itabuna (221.046); Juazeiro (221.773); Camaçari (296.893); Vitória da Conquista (348.718); Feira de Santana (627.477) e Salvador com 2.953.986 habitantes.

Os dados acima evidenciam que a realidade do estado da Bahia não difere do cenário nacional, onde predomina o quantitativo de municípios de pequeno porte, com população de até 50.000 habitantes, com variações na concentração do capital industrial e de serviços e, conseqüentemente, nos fixos e fluxos, produzindo diferenciadas escalas na rede urbana, independente de sua extensão territorial e de seu contingente populacional.

No tocante ao processo de territorialização para provisão de serviços de saúde no contexto da regionalização da saúde, a organização administrativa da Bahia, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), subdivide-se em 09 (nove) Macrorregiões de Saúde (Leste, Centro Leste, Nordeste, Norte, Centro Norte, Sul, Extremo Sul, Sudoeste e Oeste) e 28 Regiões de Saúde (Mapa 1).

Mapa 1 - Macrorregiões e Regiões de Saúde, segundo Plano Diretor de Regionalização da Bahia.

Bahia, 2017



Fonte: SESAB, 2017

Atualmente, a Rede de Atenção ao Câncer no Estado da Bahia, encontra-se com serviços implantados em 06 (seis) das 09 (nove) Regiões de Saúde, sendo composta por:

- ✓ 01 (um) Serviço Isolado de Radioterapia – Hospital Português (HP);
- ✓ 01 (um) Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) – Hospital Aristides Maltez (HAM), sendo, portanto, o único CACON do estado da Bahia, referência para todo o território baiano para atendimento de cânceres raros e os mais prevalentes, entres eles, o câncer de mama;

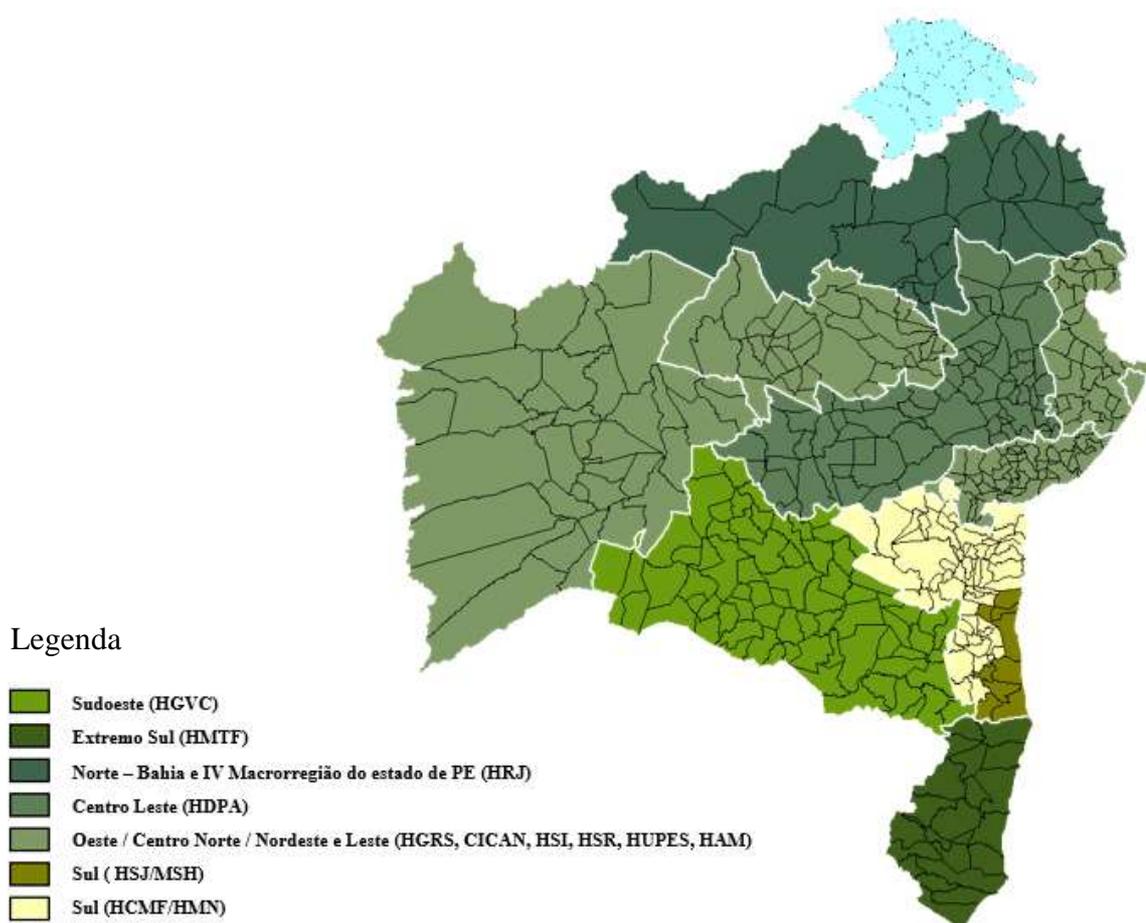
- ✓ 13 (treze) Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), sendo 06 (seis) localizadas na cidade de Salvador, a saber:
 - Hospital Martagão Gesteira (HMG), exclusivo em Oncologia Pediátrica;
 - Hospital São Rafael (HSR) e Hospital Santo Antônio (HSA), ambos com Serviço de Radioterapia;
 - Hospital Santa Isabel (HSI), com Serviços de Radioterapia e Hematologia;
 - Hospital Universitário Prof^o Edgard Santos (HUPES), com Serviço de Hematologia;
 - Centro Estadual de Oncologia (CICAN)/ Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), respectivamente, com Serviços de Oncologia Clínica e Cirurgia Oncológica;

- ✓ O interior do estado dispõe de 07 (sete) UNACON, nos seguintes municípios:
 - Feira de Santana: Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA), com Serviço de Radioterapia e Hematologia;
 - Itabuna: Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF)/Hospital Manoel Novaes (HMN), respectivamente, com Serviços de Cirurgia Oncológica e Radioterapia;
 - Ilhéus: Hospital São José (HSJ)/Maternidade Santa Helena (MSH);
 - Juazeiro: Hospital Regional de Juazeiro (HRJ);
 - Teixeira de Freitas: Hospital Municipal de Teixeira de Freitas (HMTF);
 - Vitória da Conquista: Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC) e Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMUR), ambos com Serviço de Radioterapia.

A abrangência populacional proposta inicialmente pelo Plano supracitado, difere da Portaria GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014⁹, - que redefine os critérios e parâmetros para a organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia, incluindo as condições estruturais de funcionamento e de recursos humanos para habilitação desses estabelecimentos no âmbito do SUS -, em razão do reduzido número de CACON e UNACON e da extensão territorial do estado (BAHIA, 2016b) (Mapa 2).

⁹ No Capítulo IV, Art. 28, fica estabelecido que a habilitação de estabelecimentos de saúde, na condição de UNACON e CACON, observará a razão de 01 (um) serviço para cada 500.000 habitantes, cujo cálculo deverá ser realizado com base nas estimativas mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a população da respectiva Região de Saúde ou Regiões de Saúde contíguas, intraestaduais ou interestaduais, de acordo com o disposto no Decreto Presidencial nº 7.508/2011.

Mapa 2 - Rede Estadual de Atenção ao Câncer e abrangência das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, por macrorregião de saúde. Bahia, 2016



Fonte: SESAB, 2016

Observa-se que a cobertura desses serviços regionalmente não obedece a lógica do PDR, uma vez que a Rede Estadual de Atenção ao Câncer tem sido implementada, considerando-se unidades que já existiam em algumas regiões de saúde (Mapa 2).

Entretanto, ao considerar a extensão territorial da Bahia, a distribuição desses serviços, a exemplo do município de Barreiras, sede da Macrorregional Oeste, cuja distância da capital do estado, onde se concentram os serviços de referência para essa região de saúde, é de quase 900 km, constituindo-se numa barreira de acesso geográfica, como também sócio-organizacional, com consequências na detecção precoce do câncer e tratamento em tempo oportuno.

Além disso, a Macrorregional Leste (Salvador) é referência para os municípios dessa região e para a Nordeste e Centro Leste, concentrando aproximadamente 50% da população do estado da Bahia, onde se localiza os seguintes serviços: Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Centro Estadual de Oncologia (CICAN), Hospital Santa Isabel (HSI), Hospital São Rafael (HSR), Hospital Universitário Prof^o Edgar Santos (HUPES), Hospital Aristides Maltez (HAM). A abrangência populacional para essa Macrorregião de Saúde é de 7.526.929 habitantes (BAHIA, 2016b).

Referente a Macrorregional Sul, verifica-se apenas um reordenamento populacional em termos de fluxo de referência para a rede de serviços, localizada nos municípios de Ilhéus (Hospital São José – HSJ / Maternidade Santa Helena - MSH) e Itabuna (Hospital Calixto Midlej Filho – HCMF e Hospital Manoel Novaes - HMN). No que se refere a cobertura populacional para essa região é de 1.686.237 habitantes, sendo 322.842 para a região de saúde de Ilhéus e 1.363.395 habitantes para as regiões de saúde de Valença, Itabuna e Jequié.

Destaca-se ainda, a cobertura da Macrorregional Norte, uma vez que integra a IV Macrorregião de Saúde do estado de Pernambuco, por meio da implantação de Complexo Regulador Interestadual de Leitos Hospitalares, conhecido como Rede Interestadual de Saúde Pernambuco/Bahia (PEBA), que funciona na modalidade de cogestão e abrange a Macrorregião Interestadual do Vale Médio do São Francisco, envolvendo 55 municípios e uma população de aproximadamente 2,1 milhões de habitantes, tendo como referência de polo interestadual os municípios de Juazeiro e Petrolina, respectivamente, da organização administrativa da Bahia e Pernambuco. Porém, até implantação do serviço de radioterapia no Hospital Regional de Juazeiro (HRJ), os usuários estão sendo referenciados para demais UNACON e CACON, localizados em Salvador, o que adensa ainda mais esses serviços em termos de demanda, cujos reflexos foram observados no excesso de demanda para a capacidade instalada da unidade de referência.

Na Macrorregional Sudoeste têm-se o Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), para uma abrangência populacional de 1.825.228 habitantes; Extremo Sul dispõe do Hospital Municipal Teixeira de Freitas (HMTF) para uma cobertura populacional de 846.897 habitantes e a Centro Norte com o Hospital Dom Pedro Alcântara (HDPA) para atender uma população de 2.280.033 das regiões de saúde de Feira de Santana, Itaberaba, Seabra e Serrinha.

A distribuição espacial de serviços observada, espelha uma lógica ainda predominante de organização de rede a partir da oferta e não da demanda, em observância à análise das

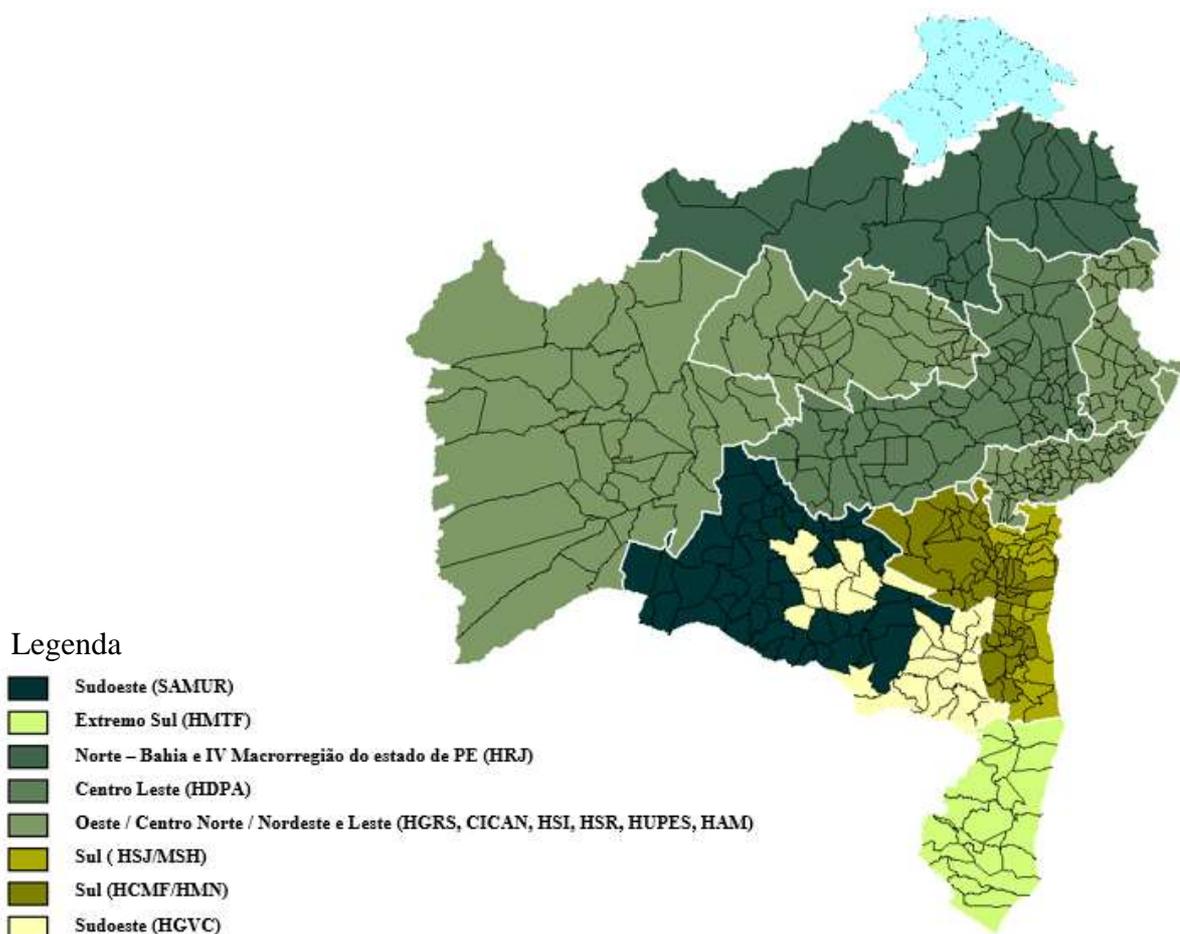
condições de saúde da população de cada região adscrita, seus condicionantes e determinantes, conforme previsto em normativa.

Do ponto de vista da relação entre planejamento regional e desenvolvimento, percebe-se que o modelo de redes vigente sinaliza que os serviços de saúde, enquanto capital econômico e social, territorializa regiões de grande adensamento populacional, reproduzindo o processo de iniquidades inter e intrarregional. Por outro lado, a concentração desses serviços no grande centro urbano da Bahia, revela que municípios de grande porte tendem a condensar os serviços de alta densidade tecnológica, provavelmente orientado sob uma lógica de custo-benefício com base em produtividade, dissociando-se do princípio que rege o direito à saúde.

Adiciona-se ainda, as condições impostas pela própria Portaria GM/MS nº 140/2014, que ao fixar um estabelecimento de saúde para cerca de 500.000 mil habitantes, fundamenta-se numa lógica de economicidade, desconsiderando-se o contexto heterogêneo e desigual do território brasileiro e da Bahia e compromisso ético-político do SUS com o atendimento universal, humano, resolutivo e integral.

Orientado pelos princípios e diretrizes de promover a descentralização e regionalização dos serviços para suprir lacunas assistenciais, o Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023, prevê a habilitação de novas unidades de oncologia, em observância à Portaria GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 (Mapa 3).

Mapa 3 - Desenho da Rede Estadual de Atenção ao Câncer, conforme projeção de habilitação de novas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, por macrorregião de saúde. Bahia, 2016



Fonte: SESAB, 2016

Essa nova proposta, conforme se verifica, não trata da redistribuição espacial dos serviços, mas de uma reorientação do fluxo de referência da população dos serviços de oncologia, nas Macrorregiões Sudoeste e Sul, permanecendo as demais inalteradas, no que se refere à acessibilidade geográfica e sócio-organizacional no espaço da região de saúde.

Sendo assim, a Macrorregional Sudoeste adicionará mais um serviço, ou seja, o Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMUR), para referência da população das regiões de saúde de Vitória da Conquista, Brumado e Guanambi, com cobertura de 1.255.163 habitantes. O Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC) será referenciado para as regiões de saúde de Vitória da Conquista, Itapetinga e Brumado, com abrangência populacional de 570.065 habitantes.

Referente a Macrorregional Sul, o novo desenho redefine o fluxo das regiões de saúde de Ilhéus e Valença para o Hospital São José (HJS) e Maternidade Santa Helena (MSH), com abrangência populacional de 642.685 habitantes, ao passo que o Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF) Hospital Manoel Novaes (HMN) serão referência para as regiões de saúde de Itabuna e Jequié, com cobertura populacional de 1.043.552 habitantes.

Em conformidade com o texto normativo, Portaria GM/MS nº 4.279/2010, a organização de Redes Integradas de Atenção à Saúde, no contexto da regionalização do SUS, e respectiva Linha de Cuidado deverá ser estruturada com os serviços da rede própria e indireta (conveniados e contratados), nos diferentes níveis de atenção para assegurar a integralidade do cuidado, desde as ações de promoção, serviços de assistência domiciliar, até cuidados paliativos. Tal proposição, implica repensar o próprio modelo de atenção à saúde, incluindo a formulação e implementação de políticas de caráter intersetorial, que extrapole os limites da saúde e compreenda o princípio da integralidade para além do sequenciamento assistencial, mas como um campo de articulação com outras políticas setoriais (BAHIA, 2016b). No entanto, não foi encontrado evidências de políticas intersetoriais, mas ações de natureza intrasetorial, conforme será abordado posteriormente.

Salienta-se que, os dados populacionais, anteriormente mencionados, apontam para diferentes capacidades técnicas, operacionais e políticas dos municípios para organizar, em âmbito regional, serviços de diferentes densidades tecnológicas, que contemple as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, cuja distribuição espacial dos serviços de oncologia evidenciam vazios assistenciais em 03 (três) da 09 (nove) Macrorregiões de Saúde, ou seja: Nordeste, Centro Norte e Oeste.

Esse cenário, reabre a discussão acerca do processo de regionalização que, em tese, seria um vetor de planejamento regional e desenvolvimento para superação das desigualdades intra e inter-regionais, de forma a romper o ciclo vicioso de iniquidades e promover qualidade de vida e saúde da população, assegurando a universalidade do acesso, com equidade e integralidade do cuidado. Sob essa perspectiva, a organização de redes, no território regional, ultrapassaria os limites de distribuição espacial de serviços, uma vez que se vincularia a políticas estruturantes para reduzir essas assimetrias históricas e estruturais.

Nesse sentido, há que se considerar a rede de articulação interfederativa, ou seja, a assunção de responsabilização pública de forma solidária e compartilhada pelas três esferas de gestão e o jogo de poder e interesses entre os próprios atores estatais e, destes, com os atores não estatais na conformação de redes integradas de atenção à saúde no território regional, uma

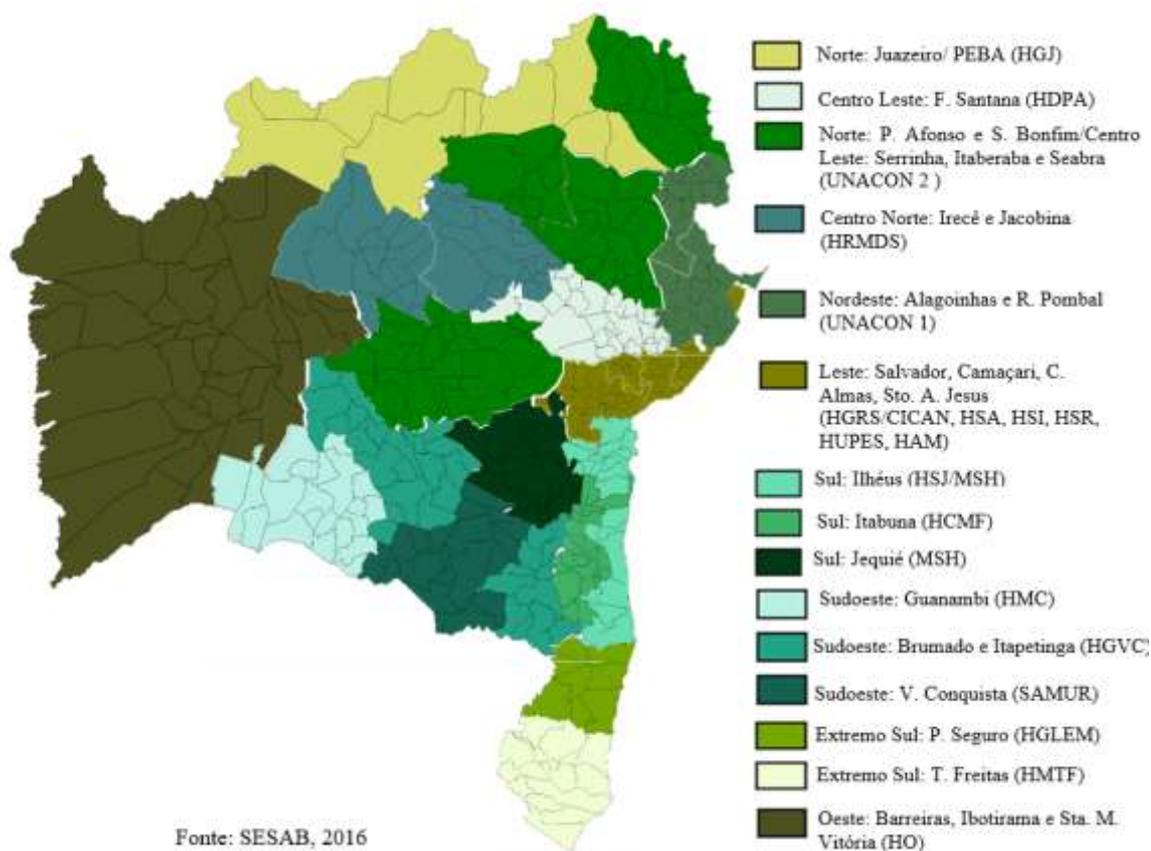
vez que a rede contratualizada implica na multiplicidade de atores, incluindo os prestadores de serviços.

Sob essa perspectiva, conjectura-se, diante do observado nos documentos oficiais, que algumas regiões de saúde reúnem condições para dispor de uma rede de ações e serviços de saúde. No entanto, as práticas de disputas antifederativas, somada-se aos embaraços e/ou pressões político-partidárias, associadas a grupos econômicos presentes no setor saúde, podem dificultar e/ou retardar o processo de implantação/implementação de uma rede coordenada e articulada no contexto locorregional, com base na demanda de saúde da população, reproduzindo a prática de organização de serviços centrados na oferta, pulverizados e fragmentados. Se considerar que a atual configuração da Rede de Atenção ao Câncer, trata-se de uma rede contratualizada, cuja estruturação de serviços é condicionada ao processo de negociação e pactuação regional, por meio das CIR, bem como da disponibilidade de prestadores, o cenário, acima descrito, pode não estar tão distante da realidade vivenciada.

Tal suposição, reforça o entendimento da permeabilidade do processo de institucionalidade do SUS e da estruturação de redes integradas de saúde no âmbito da regionalização da saúde, aos fatores de contexto histórico-estrutural, político-institucionais e conjunturais, influenciando em rotas e percursos, por vezes, dissociados entre conteúdo normativo e forma na sua implementação.

Sendo assim, a Bahia tem até 2023, o compromisso político e institucional promover a expansão da rede, mediante a implantação de novas UNACON e CACON (Mapa 4).

Mapa 4 – Desenho da Rede Estadual de Atenção ao Câncer, a partir da expansão de novas UNACON e CACON, por macrorregião e respectiva região de saúde. Bahia, 2016



Essa nova conformação da Rede Estadual de Atenção ao Câncer, embora busque seguir o desenho do PDR, no que se refere a cobertura populacional por macro e respectivas regiões de saúde, revela ainda alguns constrangimentos na distribuição desses serviços, em especial na Macrorregional Norte, a qual compreende três regiões de saúde: Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim. Apenas a região de Juazeiro e a Rede PEBA terá como referência o Hospital Regional de Juazeiro (HRJ). As duas outras regiões, serão agregadas às regiões de Serrinha, Itaberaba e Seabra, que integram a Macrorregional Centro Leste, que passarão a contar com mais uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON 2)¹⁰. No espaço geográfico entre essas cinco regiões de saúde, encontra-se a região de Feira de Santana que terá a referência do Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPa). Tal desenho pode ter como justificativa a distribuição de serviços por parâmetro populacional, o que não significa,

¹⁰ O município-sede será definido pela CIR e Grupo Conductor Estadual, de acordo com a disponibilidade de prestador de serviço com capacidade instalada. Tal situação, aplica-se para o UNACON 1, na Macrorregional Nordeste.

necessariamente, atender aos critérios de rotas viárias e identidade territorial que facilite o processo de acessibilidade geográfica dos usuários à rede de serviços de saúde.

Na Macrorregional Sudoeste, composta de quatro regiões de saúde, observa-se que as regiões de Brumado e Itapetinga, terão como referência o Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), cuja região de saúde situa-se entre essas duas. A região de Vitória da Conquista terá como referência o Serviço de Assistência Médica e Urgência (SAMUR) e a região de Guanambi, o Hospital Municipal de Caetité (HMC).

As três Macrorregionais onde existem vazios assistenciais, passarão a contar com serviços no território regional. É o caso da Macrorregional Oeste, com o Hospital do Oeste (HO), no município de Barreiras; Nordeste, com a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON 1); Centro Norte, com o Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho (HRMS), no município de Irecê.

A Macrorregional Sul, passará por novo ordenamento de fluxo, cabendo a região de saúde de Jequié a referência da Maternidade Santa Helena (MSH), no município de Ilhéus; a região de Itabuna, com o Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF), sediado nesse município que é também sede de região de saúde; Ilhéus, com o Hospital São José (HSJ) e MSH.

A Macrorregional Extremo Sul, permanecerá com as duas referências por região de saúde, ou seja, o Hospital Municipal de Teixeira de Freitas (HMTF) e o Hospital Regional Deputado Luis Eduardo Magalhães (HRLEM), respectivamente, para as regiões de saúde de Teixeira de Freitas e Porto Seguro. A Macrorregional Leste também permanecerá com os serviços já existentes, mantendo-se o CACON do Hospital Aristides Maltez como unidade de referência para todo o estado da Bahia.

Ao analisar os desenhos da Rede Estadual de Atenção ao Câncer, o atual e o esperado, observa-se que a proposta de redes de atenção à saúde, prescindem de territórios sanitários nos moldes do PDR, conforme prevê a própria normativa, e a região de saúde passa a ser um espaço geográfico formado por um aglomerado de municípios limítrofes, intra e interestadual, assumindo os mais variados contornos no contexto da regionalização da saúde, evidenciando que a formulação de desenhos normativos e institucionais, além de sua dimensão técnica, é um processo eminentemente político.

Nesse sentido, cabe uma breve reflexão acerca da própria macroestrutura de poder, no âmbito da SESAB, no que se refere à gestão de redes de atenção à saúde, visto que suas ações subdividem-se em duas superintendências: Superintendência de Atenção Integral à Saúde

(SAIS) e Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS), envolvendo várias diretorias, sem que isso signifique, impreterivelmente, transversalidade das ações e aumento do grau de comunicabilidade entre as áreas e setores envolvidos, mas sobreposição de atividades, com efeitos no processo de trabalho, na geração de informações que subsidia a arena decisória.

Ressalta-se que o espaço organizacional é também um campo de poder, permeado por disputas e conflitos de toda ordem e que uma estrutura funcional bipartida pode influir ou ser reflexo do modo de pensar e operar ainda fragmentado, no âmbito da saúde, dissociando-se a gestão da atenção; redes de cuidados assistenciais das ações de prevenção, promoção e proteção da saúde; o planejar do executar, monitorar e avaliar etc, cujo processo de trabalho pode ser decorrente do próprio sistema de saúde.

Retornando à configuração de redes assistenciais, salienta-se um aspecto situacional nesse cenário. Trata-se da implantação de consórcios intermunicipais de saúde, tendo sido inauguradas, no segundo semestre de 2017, quatro Policlínicas Regionais de Saúde, nos municípios de Teixeira de Freitas, Guanambi, Irecê e Jequié, e mais duas unidades, no segundo trimestre de 2018, nos municípios de Feira de Santana e Alagoinhas. Essas unidades, de abrangência regional, objetivam suprir lacunas assistenciais na média complexidade, uma vez que irão dispor de uma equipe interdisciplinar, estrutura para realização de exames de diagnóstico por bioimagem, pequenas cirurgias, entre outros serviços. O desenho de redes de policlínicas prevê, em seu escopo, um total de 18 unidades até o final do ano de 2018.

Caso semelhante, aplica-se ao Hospital da Mulher, inaugurado em 09 de janeiro de 2017, o qual ainda se encontra em processo de habilitação, embora já esteja em funcionamento. Essa unidade de saúde foi constituída para ser uma referência para todo o território estadual, para o câncer de mama e do colo do útero, cujo encaminhamento pelos municípios deverá ser realizado pela Fila Única, sistema em processo de implantação.

Salienta-se que a entrada desses novos serviços à rede de atenção à saúde, pode propiciar novas conformações e contornos à política estadual de atenção ao câncer, com possibilidades de alterar percursos terapêuticos no decorrer do seu processo de implementação.

Complementar à rede de atenção à saúde no diagnóstico do câncer de mama foi criado, em 2011, o Programa Estadual do Câncer de Mama – Estratégia Itinerante de Saúde, no município de Itaberaba, numa ação conjunta com os municípios, com o objetivo de ampliar o

acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama, para mulheres na faixa etária de 50 a 60 anos (BAHIA, 2016c).

Embora a Estratégia Itinerante anteceder a criação do Plano Estadual de Atenção ao Câncer, isso não significa que inexistissem redes assistenciais de oncologia no estado na Bahia. O modelo atual é resultante da ação indutora do governo federal, por meio da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, cujo desenho institucional considerou os serviços existentes da rede SUS-BA, conforme já mencionado. Entretanto, a formação de redes assistenciais de oncologia antecede esse período, cujo arcabouço normativo é constituído pelas Portarias GM/MS nº 3.535/1998, nº 1.478/199, nº 1.289/2002, revogadas com a Portaria GM/MS nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, que contemplava ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. Essa última foi revogada pela Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013, que 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), estando a mesma em vigência.

A Estratégia Itinerante de Saúde, operacionalizada por meio de uma rede contratualizada de Unidades Móveis, atua priorizando as regiões de saúde ainda não contempladas ou com mais tempo de realização, de forma a consolidar a estratégia de rastreamento do câncer, mediante o retorno a esses territórios regionais e respectivos municípios para fins de realização de novos ciclos de atenção. As ações são realizadas em parceria com os profissionais dos serviços de saúde, responsáveis pelo processo de mobilização, agendamento do público e apoio local, compondo-se em três etapas: (i) realização da mamografia; (ii) atendimento com profissional especializado em mastologia, realização dos exames complementares para melhor definição do diagnóstico, como Ultrassonografia da Mama e, quando indicado, Estereotaxia e Punção/Biópsia; (iii) encaminhamento da(o) usuária(o), em caso positivo, às UNACON/CACON de referência regional, para início do tratamento (BAHIA, 2016c).

Ao analisar o período de 2011, quando foi criada a Estratégia Itinerante, até o mês de outubro de 2016, verifica-se que das 28 regiões de saúde, duas não foram atendidas (Juazeiro e Guanambi) (BAHIA, 2016c). Além de não cobrir todo o território estadual, observa-se um decurso de quase seis anos para que se execute um ciclo, ainda que incompleto, cujo tempo, necessariamente, coincide com as necessidades de saúde da população usuária, de modo que essa estratégia, embora complementar, não é suficiente por si para cobrir as lacunas assistenciais.

No entanto, isso não significa negar sua contribuição, principalmente, quando se observa as dimensões continentais do estado da Bahia e a distribuição geográfica dos serviços da Rede Estadual de Atenção ao Câncer. Nesse sentido, a Estratégia Itinerante de Saúde para Rastreamento do Câncer de Mama, pode funcionar como uma porta de acesso à rede assistencial de oncologia, uma vez que o serviço se desloca regionalmente, aproximando-se da população alvo, embora isso não implica afirmar em resolutividade das suas ações, conforme narrativas das(os) participantes do estudo empírico, no que se refere a demora na devolutiva dos resultados dos exames.

Eu moro na zona rural e teve a Campanha com aqueles carros e eu fiz a mamografia. Demorou uns 7 meses para eu receber o resultado. Fui no posto e ele me encaminharam para a Policlínica de Guanambi. Mas eu fiz a biópsia particular para não demorar mais. A gente vem de tão longe com tanta dificuldade, mas mesmo assim a gente consegue o tratamento aqui (HAM) (Participante 77, Informação Verbal).

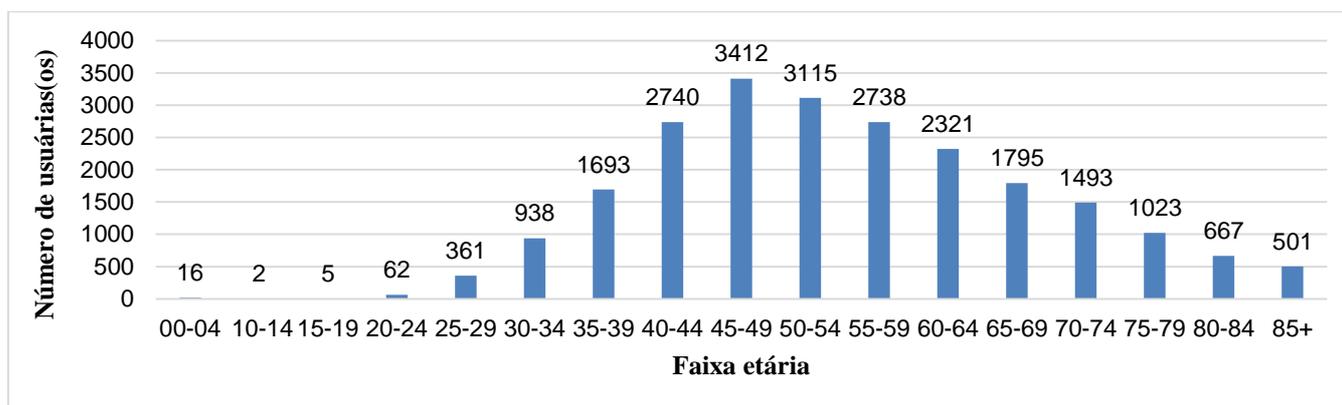
Esperei por quase um ano para receber a mamografia. É tempo, muito tempo e a gente fica sem poder fazer nada (Participante 122, Informação Verbal).

Eu passei foi quatro meses para receber o resultado da mamografia. Como pode passar 4 meses para receber um exame tão importante como esse? (Participante 124, Informação Verbal).

Só fui receber o resultado do exame depois de 6 meses. Quem já viu isso?! (Informante 140, Informação Verbal).

Sabe-se que o fator tempo é um balizador no tratamento de condições crônicas, em especial no câncer de mama, cuja detecção e tratamento precoce influi no uso de técnicas e procedimentos menos invasivos, com menos custos para os serviços de saúde e para a(o) própria(o) usuária(o), no que se refere ao processo de aflição com a enfermidade, bem como de situações limitante de sua capacidade laborativa e, até mesmo, ocorrência de óbitos de forma prematura e evitáveis.

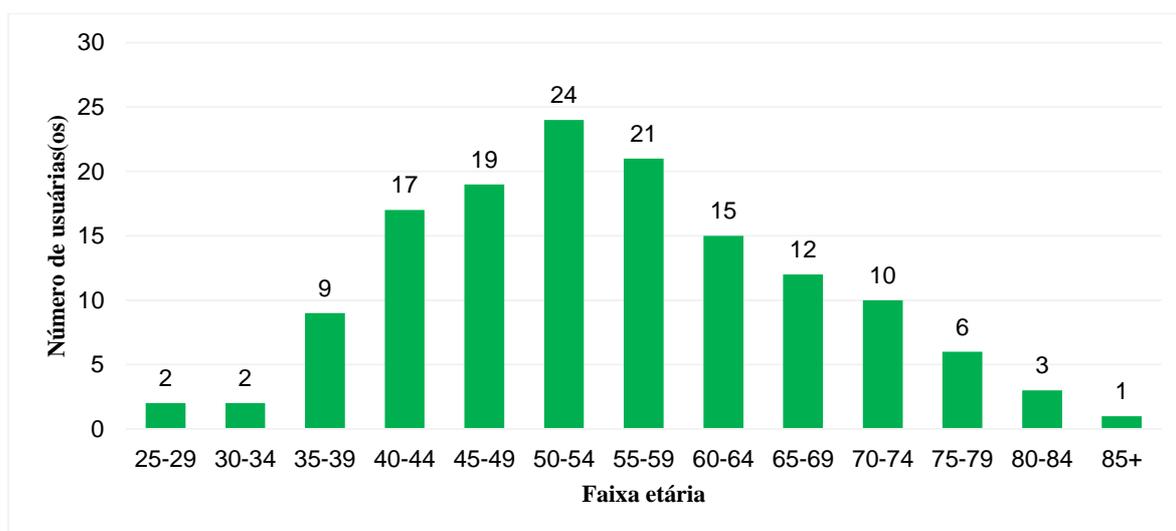
Destaca-se ainda, que ação da Estratégia Itinerante de Saúde se limita a um público de 50 a 60 anos, quando os dados epidemiológicos já sinalizam a incidência do câncer de mama entre outras faixas etárias (Gráfico 2), o que aponta o caráter dúbio da própria normativa, visto que ao priorizar determinada população, culmina por excluir as demais, podendo se constituir em barreiras de acesso para os demais públicos, conforme pode ser observada nas narrativas das(os) participantes da pesquisa, transcritas após as ilustrações.

Gráfico 2 - Número de casos de câncer de mama por faixa etária. Bahia, 1985-2015

Fonte: RHC – DIVEP / SUVISA / SESAB, 2017

Os dados acima mostram, no período acumulado de 1985-2015, uma maior concentração na faixa etária de 45-49, seguidas das faixas de 40-44 e 55-59 anos. Ressalta-se o registro de 16 casos na faixa etária de 00-04 anos, situação rara em âmbito nacional e mundial. Destaca-se ainda os casos entre jovens (15 a 24 anos) e adultos jovens (25 a 29 anos). Acima dos 60 anos, o maior número de casos, concentra-se na faixa etária de 60-64 anos.

Durante o estudo empírico, foram encontrados dados que evidenciam uma maior concentração na faixa etária de 50-54 anos, seguida daquelas que se situam entre 55-59 (21 casos); 45-49 (19 casos); 40-44 (17 casos). Destaca-se ainda, os casos de adultos jovens, na faixa etária de 25-29 anos (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Número de casos de câncer de mama por faixa etária, segundo dados do estudo empírico. Bahia, 2018

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

Ao observar existência de casos de câncer de mama em faixas etárias abaixo de 50, juntamente com as narrativas, conjectura-se indicativo para revisão das estratégias de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, sob pena de segmentar e excluir parcela significativa da população, privada de recursos financeiros para custear o pagamento de serviços que é seu de direito, conforme assegura o texto constitucional. Os relatos das participantes, com idade inferior a 50 anos, evidencia o retrato dessa realidade, sua condição de vulnerabilidade estrutural e socioeconômica e os constrangimentos para a acessibilidade aos serviços na rede pública de saúde.

No município não se consegue fazer mamografia pelo SUS antes dos 50 anos e tive que fazer particular para agilizar e sai até mais barato do que pagar passagem para fazer pelo SUS em outro lugar. No meu município, a saúde está muito mal, eles não estão nem aí para o paciente. O Secretário de Saúde não atende ninguém, dificulta e se a pessoa puder fazer particular é melhor, senão fica à míngua (Participante 13, Informação Verbal).

Iniciei meu atendimento numa clínica particular para agilizar, pois não fazia pelo SUS antes do 50 anos. Depois a secretaria de saúde fez o encaminhamento para cá. Demorou cerca de 3 meses para eu fazer a cirurgia por causa dos exames e problemas de vagas. Então, fiz alguns exames particular em meu município para não demorar muito, mas tudo isso com a ajuda de familiares, pois não tinha dinheiro para isso [...] (Participante 52, Informação Verbal).

Eu não conseguia fazer os exames no interior porque não tinha idade. Só faz a partir do 50 anos. Fui à secretaria de saúde para solicitar que providenciasse um local e aguardei uns oito meses para fazer a ultrassonografia da mama e mamografia numa clínica aqui em Salvador, com convênio com o município onde moro. Foi mais dois meses de espera para receber os resultados e aí eu vim para cá por conta própria. Cheguei aqui no dia 27 de dezembro e já fiz a minha cirurgia. Foi muito rápido. Agora essa questão da idade é ruim porque se não tem idade para a mamografia não faz. Se eu não tivesse corrido, não conseguiria (Participante 83, Informação Verbal).

Depreende-se dos depoimentos, acima transcritos, que o enfrentamento das questões de saúde pública estão longe de ser revolvidos pela via exclusiva dos aspectos normativos, enquanto modelos únicos e aplicáveis para todas as realidades, visto que ignoram a diversidade territorial, epidemiológica, sanitária e as reais demandas da população usuária.

Num esforço de síntese, conclui-se este item com alguns apontamentos sobre a atual conformação da Rede Estadual de Atenção ao Câncer, organizada ainda sob a perspectiva da oferta de serviços e, não pela demanda, com concentração na Macrorregião Leste e vazios assistenciais em outras macro e respectivas regiões de saúde, embora o Plano Estadual de Atenção ao Câncer tenha vigência até 2023 e seu escopo contemple desenho de expansão da rede, por meio da implantação/implementação de novas UNACON e CACON, através da

contratualização de serviços de saúde, o que inclui também as unidades móveis da Estratégia Itinerante de Saúde.

Os dados documentais apontam para um formato de rede contratualizada, confirmando a suposição de descentralização e transferência dos serviços para os prestadores, sem que isso signifique eficiência, eficácia e efetividade na redução das iniquidades intra e inter-regionais, socioespaciais, haja vista a permanência das lacunas assistenciais.

O processo de capitalização do setor produz uma relação recíproca de dependência entre o setor público e privado, no que se refere a provisão e ampliação dos serviços de saúde à população, por parte dos governos, concentrando os de maior densidade tecnológica e mais custosos no setor privado, sob a modalidade jurídica da contratualização/terceirização/parcerias público privadas, garantindo estabilidade sanitária aos agentes do mercado, tornando-se numa relação vantajosa, financeiramente, para a iniciativa privada.

Este cenário de incremento do formato de rede contratualizada e o não investimento público na atenção básica de natureza preventiva, parece caminhar na contra mão do que prevê a rede de atenção à saúde, a qual toma a APS como porta de entrada do SUS, e ordenadora da rede de atenção. O privilegiamento deste formato revela uma forte tendência em manter o modelo hegemônico médico-centrado, tecnicista e privatista, numa área da saúde pública em que os procedimentos são de alto custo, o que a torna extremamente atrativa para o setor privado não complementar ao SUS, retroalimentando o ciclo de financeirização do setor saúde e dependência das ações estatais do capital privado.

Além disso, esta opção, inviabiliza ou, no mínimo, compromete a atuação da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, confirmando um dos pressupostos desta pesquisa. Ressalta-se que os serviços de maior densidade tecnológica são constituídos por diferentes agentes dotados de grande capital econômico, cultural e social junto ao poder executivo e legislativo, bem como na grande mídia, com capacidade para influenciar os desenhos de políticas públicas, em favor dos seus próprios interesses e da privatização do setor saúde.

Por outro lado, a gestão de “redes de redes” de políticas, mediante a diversidade de atores, organizações e diferentes arranjos de gestão, justificada, em termos teóricos, para a eficácia na implementação de políticas públicas, em face à problemas complexos, não evidencia necessariamente padrões de interação, interdependência, cooperação e colaboração entre seus pares. Isto é evidenciado seja na rede interorganizacional, na medida em que se verifica a

constatação da existência de vazios assistenciais e o percurso terapêutico das(os) usuárias(os), observado no estudo empírico, conforme dados expostos nesta pesquisa, no decorrer dos demais componentes analíticos. Ou seja, muda-se a estratégia para redes, no sentido de promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, mas o modo de conceber e produzir saúde ainda se faz de maneira compartimentalizada, individualizada, cabendo a cada organização um contrato, uma área adscrita e/ou uma cobertura populacional, sem que isso implique em padrões de inter-relações entre cada organização que integra a rede e, estas, com a Atenção Primária à Saúde e vice-versa.

Sob esse aspecto salienta-se, em âmbito intra-organizacional da SESAB, que a macroestrutura de poder institucionaliza uma distribuição bipartida da gestão das redes de atenção à saúde, sinalizando um modo de pensar e operar de forma, aparentemente, descentralizada em várias áreas, setores, sem que isso signifique um aumento do grau de comunicabilidade e transversalidade das ações, mas a predominância do modelo burocrático de departamentalização, hierarquização, gerando fragmentação e/ou sobreposição das ações. Em outras palavras, a organização ainda não traduz no planejamento e na operacionalização dos seus processos de trabalho o modo de operar em redes, cuja raiz pode residir na própria concepção do sistema de saúde.

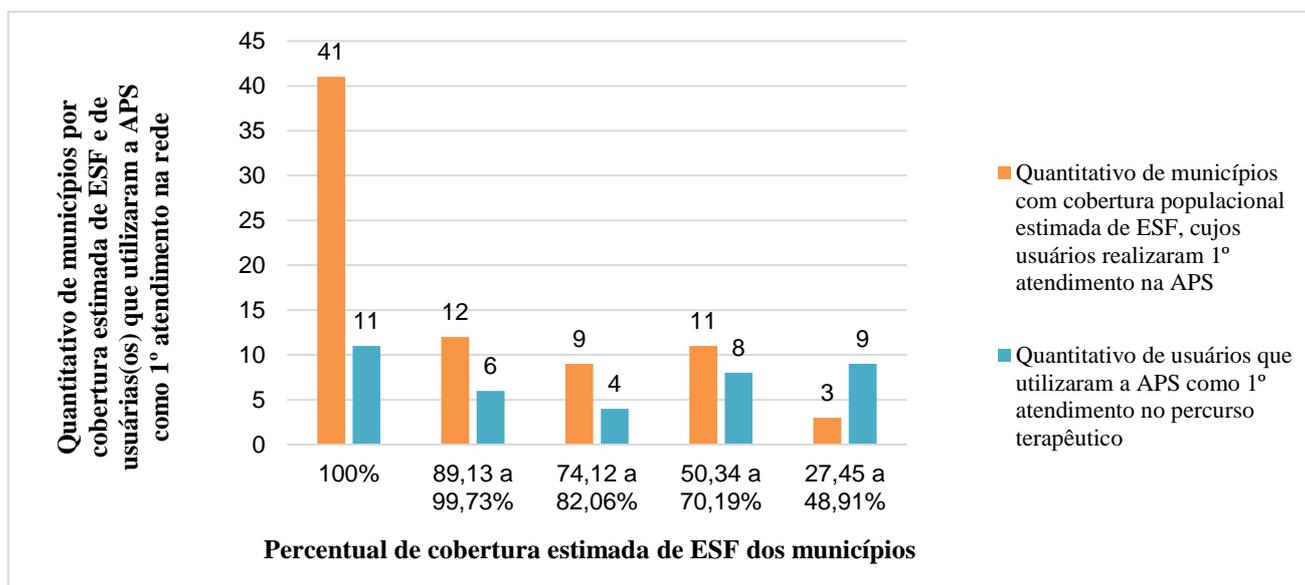
Por fim, embora a Estratégia Itinerante de Saúde seja uma ação complementar, seus ciclos duram mais de cinco anos sem que se completem e ao priorizar determinado público, em observância à normativa, tende a desassistir parcela significativa da população que se encontra também em situação de vulnerabilidade social, econômica e estrutural, no tocante à disponibilidade de serviços de saúde *in loco*. Ademais, o atraso na devolução dos resultados de diagnóstico tornam-se num entrave para a realização do tratamento em tempo oportuno.

6.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO COORDENADORA DO CUIDADO E ORDENADORA DA REDE: INTENÇÃO NORMATIVA OU REALIDADE?

A Atenção Primária à Saúde, no texto normativo, é considerada como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, apresentando-se como um mecanismo para superação da fragmentação sistêmica, seja pela sua organização interna e efetividade para enfrentar a complexidade do cenário sociodemográfico, econômico, epidemiológico e sanitário.

Porém, os achados empíricos apontam que essa realidade ainda se encontra distante da imagem desejada (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Quantitativo de municípios com cobertura estimada de Equipes de Saúde da Família (ESF), cujos usuários realizaram o 1º atendimento na APS. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir de dados de cobertura populacional de ESF da SESAB e achados do estudo empírico (2018)

Do total de 141 participantes, oriundos de 76 municípios, 38 (26,9%) declararam ter iniciado o percurso terapêutico, mediante atendimento pela Atenção Primária à Saúde, considerada pelo estudo, como Equipes de Saúde da Família, Postos ou Centros de Saúde.

Ao analisar a cobertura populacional estimada de ESF desses municípios com os dados da SESAB/Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (BAHIA, 2017b), percebe-se que 62 (81,5%), situam-se entre 74,12% a 100%, estando nesta última faixa o maior quantitativo de municípios (53,9%). No entanto, a cobertura populacional de 100% não demonstra ter uma correlação direta com a entrada da(o) usuária(o) na rede pela APS, o que pode ser indicativo de um conjunto de fatores, entre eles, a variabilidade da qualidade da atenção prestada por cada equipe dentro de um mesmo território sanitário, município e, deste, para outros, decorrente de questões relacionadas à qualificação dos profissionais; condições e vínculos de trabalho; infraestrutura física desses serviços, incluindo a disponibilidade de equipamentos e insumos de saúde; apoio matricial às equipes, entre outros.

A existência desses fatores pode sinalizar a priorização ou não da política da Atenção Primária à Saúde pela gestão do sistema municipal de saúde, visto que são atributos e funções

da APS a longitudinalidade do cuidado, com focalização na família e no seu contexto físico, social, econômico e cultural, de modo a identificar suas necessidades, condicionantes e determinantes da saúde de indivíduos e coletividades. Inclui ainda, estratificar os riscos para orientar e coordenar o cuidado na rede assistencial, visando a resolubilidade¹¹ e integralidade da atenção à saúde, sem se ater apenas aos fatores de riscos para não reproduzir o ciclo vicioso do modelo de atenção à saúde focalizado nas doenças e agravos.

Pelos achados empíricos, observa-se que APS, apesar da sua grande relevância para a coordenação do cuidado e direcionalidade da rede, não demonstrou evidências quanto a assunção dos seus atributos e funções, corroborada pelas narrativas das(os) participantes da pesquisa que relataram sua vivência e percepção sobre os serviços/atendimento na APS.

Eu tive que voltar duas vezes porque a médica esqueceu de fazer o pedido dos exames. Então, eu fiquei aguardando e com isso eu demorei uns 120 dias para fazer os exames (Participante 8, Informação Verbal).

Na minha cidade é tudo muito difícil. No bairro com mais ou menos 800 famílias e o médico só passa 2 vezes por semana. Tem um posto que só tem dipirona [...] (Participante 60, Informação Verbal).

A médica do posto disse que não tinha nada porque eu amamentei e que não poderia ser nada. Mostrei meu caroço para ela e pedi que ela fizesse o pedido de exames. Mas tive que insistir foi muito e mostrar o tamanho do caroço para conseguir esse pedido e ela dizia que era nervosismo meu. No dia seguinte, eu procurei uma clínica com preço popular e fiz meu exame de ultrassonografia de mama (Participante 62, Informação Verbal).

Realizei o exame de ultrassonografia de mama e o médico do posto disse que não tinha perigo que era uma landra [caroço mole]. Fiquei fazendo a ultrassonografia de mama e levava para o médico que dizia a mesma coisa. Então, procurei outro médico no posto (Participante 19, Informação Verbal).

A médica do Posto de Saúde foi péssima. Dizia que eu não tinha nada, apesar dos exames que levei. Ela disse que era normal o líquido sanguinolento e a dor que eu sentia. Chegou a dizer que era sistema nervoso [...] (Participante 10, Informação Verbal).

Quando fui a primeira vez no posto, a médica não quis me atender porque eu não estava marcada. Tive que insistir muito. Fiz o exame particular para agilizar e voltei para o posto para mostrar que o diagnóstico foi positivo, mas a médica se recusou a me atender novamente porque eu não tava marcada e disse para eu procurar a ginecologista. Foi, então, que minha irmã que mora aqui em Salvador marcou exames. No interior acontece muita dificuldade. Agora é que está fazendo mamografia. Antes, quem não tinha dinheiro não fazia. Eu só fiz uma vez de graça porque ganhei num sorteio na semana da campanha (Participante 21, Informação Verbal).

¹¹ Termo adotado pela Política Nacional de Saúde, significando combinação do grau de eficiência com eficácia.

Eu fui duas vezes ao Posto de Saúde, pois no primeiro atendimento a médica disse que era problema de amamentação [leite empedrado]. Eu sabia que não era isso, eu conheço meu corpo e foi aí que na mesma semana retornei, só que procurei um jeito de ser atendida por outro médico (Participante 41, Informação Verbal).

Os depoimentos acima, apontam para situações classificáveis como barreiras de acesso de natureza geográfica e sócio-organizacional, no que se refere, respectivamente, à indisponibilidade de serviços nos diversos níveis de atenção à saúde no território locorregional, incluindo a ausência de profissionais qualificados para realizar o atendimento necessário, bem como questões de ordem informacional e relacional, uma vez que os profissionais de saúde não acolheram a queixa das(os) usuárias(os), ignorando ou recusando-se a realizar uma escuta qualificada, informar, orientar e adotar os procedimentos necessários.

Além de evidenciar uma desresponsabilização com o cuidado assistencial, tais situações podem ser reveladoras de que APS não trabalha na perspectiva da análise das condições de saúde, para identificar os condicionantes e determinantes da população adscrita, estratificar riscos para coordenar e orientar e o cuidado nas redes assistenciais, sem focalizar exclusivamente nos riscos relacionados às doenças e agravos. Em alguns das situações, observou-se que a APS presta-se a ser uma mera estação de passagem, sem criação de vínculos que assegurem a longitudinalidade do cuidado.

O atendimento no posto foi apenas para solicitar da coordenação uma solicitação de ultrassonografia de mama (Participante 47, Informação Verbal).

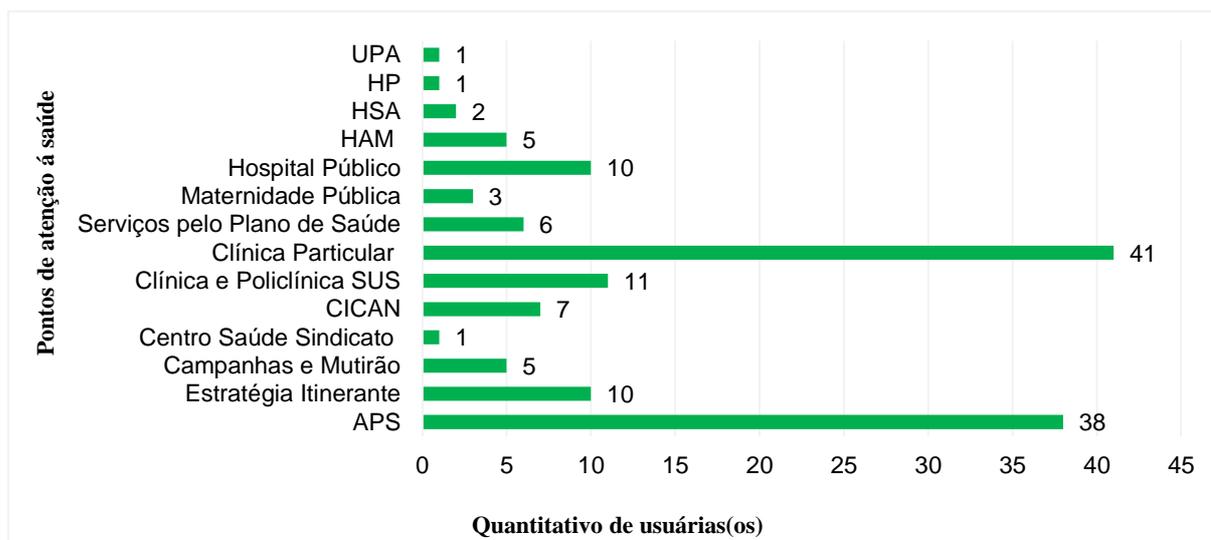
Por outro lado, a existência de lacunas assistenciais de serviços de apoio diagnóstico, articulado à APS, pode esvaziar o seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, uma vez que as(os) usuários(os) migram para a rede privada não complementar ao SUS, conforme depoimento a seguir.

Eu era acompanhada pela APS e realizava anualmente ultrassonografia de mama. Assim que foi dito que precisava examinar, leve um tempo para juntar dinheiro e para marcar consulta em clínica particular, paguei pelos exames para ser mais rápido (Participante 56, Informação Verbal).

No interior é mais complicado. Eles favorecem os puxa-saco, os ligados à política. Eu já era acompanhada no posto de saúde, mas paguei os exames porque não tinha pelo SUS. Para fazer pelo SUS tinha que ir para outra cidade e tem o custo do transporte. Médico da clínica particular falou que fazia a cirurgia, mas o preço estava acima das minhas condições. Vim para esse hospital e logo fiz minha cirurgia e aqui é o melhor lugar que fui tratada (Participante 88, Informação Verbal).

Ao analisar os demais serviços que foram utilizados como porta de entrada na rede, verifica-se que o somatório do quantitativo de usuários de clínicas particulares e de planos de saúde (clínicas, hospital e emergência), perfaz um total de 47 pessoas, representando 33,3%, ao passo que a APS alcança o percentual de 26,9% (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Serviços de saúde utilizados como 1º atendimento na linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

As razões para a escolha da rede privada não complementar ao SUS, decorre de vários fatores, com destaque para a necessidade de agilizar o diagnóstico e/ou tratamento, em razão da percepção das(os) usuárias(os) sobre o sentido de urgência que o caso requer, a demora para obtenção de atendimento pela rede SUS e a regulação no acesso aos serviços, conforme se observa nos depoimentos a seguir.

Procurei atendimento particular porque o SUS não oferece a vantagem da rapidez. No posto de saúde eu ia esperar meses. O SUS deixa muito a desejar [...] (Participante 25, Informação Verbal).

Eu fiz logo meus exames particular porque é mais rápido e eu queria apressar, pois fiquei inquieta. No interior não tem o que é preciso para a gente [...] (Participante 33, Informação Verbal).

Fiz meus exames particular porque é muito difícil pelo SUS e principalmente no interior que não tem nada a oferecer. Se fosse esperar eu ia morrer [...] (Participante 34, Informação Verbal).

Pelo SUS fica muito tempo aguardando e reservei um dinheirinho para ser acompanhada por uma médica numa clínica particular. Eu acho que os serviços poderiam ser melhor. Para mim que moro aqui em Salvador, não

sofro tanto, mas tive dificuldades e muita para juntar dinheiro e pagar as consultas e exames porque não consegui no Posto do bairro e nem no Hospital da Mulher. Para as pessoas do interior, é ainda mais difícil (Participante 35, Informação Verbal).

Para você conseguir fazer exames nos postos de saúde é muito complicado. Por isso, eu procurei logo atendimento numa clínica particular para ser mais rápido [...] (Participante 64, Informação Verbal).

Comecei meu atendimento numa clínica particular para ser mais rápido. Depois fui para o CICAN por ser uma referência e lá foi tudo muito rápido [...] (Participante 66, Informação Verbal).

No interior as coisas são mais difíceis e eu procurei atendimento numa clínica particular, com preço popular, para ser mais rápido [...] (Participante 67, Informação Verbal).

Meu percurso foi muito rápido porque agi rápido e procurei logo atendimento em clínica particular [...] (Participante 128, Informação Verbal).

No interior não tem acompanhamento, não tem nada. Até para um clínico a gente sofre, tem que ir às 04h00 da manhã, ficar lá na fila para ser atendida no Posto e o médico só atende 10 pessoas por dia. Quando eu descobri, eu tive que pagar consulta porque foi final de mandato, parou todos os serviços e não estava autorizando nada (Participante 132, Informação Verbal).

Além da autopercepção do sentido de urgência, observa-se nas narrativas que a escolha da rede privada não complementar ao SUS, decorre muito mais da falta de escolhas, isto é, de lacunas assistenciais de serviços nos níveis secundários para diagnóstico terapêutico, bem como de barreiras de acesso sócio-organizacional, de natureza informacional e relacional, de regulação do fluxo de acesso e de humanização do atendimento.

Observa-se ainda, que 14 (9,92%) usuárias(os) optaram por serviços de alta densidade tecnológica (maternidades e hospitais públicos, hospital privado como o Hospital Português – HP) e 15 (10,6%) pelas UNACON/CACON (CICAN, Hospital Santo Antônio – HSA e Hospital Aristides Maltez – HAM), para o 1º atendimento da linha de cuidado do câncer de mama, representando 20,5% do total de participantes da pesquisa.

Meu percurso foi muito rápido. Na verdade, eu sou acompanhada no CICAN e foi lá que iniciei meu tratamento. Depois dos exames, cerca de trinta dias eu comecei a quimioterapia. Como meu médico atende aqui no hospital, ele me encaminhou para fazer a cirurgia. Fiz a retirada das duas mamas. A primeira foi em 11.10.2013 e a 2ª no dia 16.03.2017. Desta vez demorou um pouco, uns 45 dias para receber o resultado da biópsia, tive que repetir várias mamografias e ultrassonografia de mama, porque não tinha uma conclusão (Participante 125, Informação Verbal).

Apesar da constatação que, na prática, a resolutividade da Atenção Básica seja de 80 a 90% (SANTOS, 2018), conjectura-se que as razões para a escolha dos serviços de alta

densidade tecnológica no 1º atendimento, pode decorrer de fatores de natureza histórico-estrutural e conjuntural que contribuíram para fomentar um modelo de atenção à saúde centrado nas ações curativas, de natureza individual, dependente de um complexo fragmentado de especialidades médicas, em que a unidade hospitalar é ainda tida como sinônimo de resolutividade, visto que disponibiliza num único local uma gama variada de serviços. Tal situação traduz uma intrincada relação entre poder simbólico e econômico, uma vez que a crença socialmente compartilhada sobre a função de resolutividade da unidade hospitalar, difundida intencionalmente pelo grande capital, associada às condições de vulnerabilidade socioeconômicas da população usuária, culmina por reforçar a ideia-força do modelo hospitalocêntrico, tornando a ação estatal mais dependente dos prestadores de serviços, detentores dos serviços de alta densidade tecnológica, favorecendo a lógica de mercado, a financeirização e mercantilização da saúde, em plena vigência do direito constitucional à saúde, universal e integral.

Destaca-se ainda, em percentual menor, 7,09% e 3,54%, referentes, respectivamente, à Estratégia Itinerante e a Campanhas / Mutirões, estes últimos decorrentes da realização do Outubro Rosa.

Eu acho muita dificuldade para ter acesso. Se você tem dinheiro para pagar a consulta e exame é mais fácil de resolver. Se não tiver, tem que esperar. Eu mesma só fiz no mutirão feito pela Igreja. Por causa da idade eu não conseguia fazer os exames pelo SUS (Participante 114, Informação Verbal).

Eu acho muito escasso serviços de diagnóstico, principalmente no interior. Só consegue pelo SUS quando tem mutirão (Participante 120, Informação Verbal).

Os achados do estudo empírico revelam que a Atenção Primária à Saúde (APS) não tem assumido o papel de “porta de entrada”, coordenadora e ordenadora da rede, no sentido de longitudinalidade e direcionalidade do cuidado, conforme prevê a normativa das RAS. Em que pese o alto percentual de cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF), na grande maioria dos municípios de domicílio dos participantes da pesquisa, essa relação não se mostrou correspondente em termos da assunção de funções e atributos inerentes à APS.

Diante do exposto, infere-se que as características e condições da atenção à saúde pela APS, podem incorrer em variabilidade, considerando-se o contexto heterogêneo, diverso e complexo da realidade brasileira, como também da capacidade organizacional, técnica e operacional de cada uma dessas unidades no território sanitário, incluindo o apoio matricial, institucional e financeiro que assegure o efetivo cumprimento de seu papel estratégico para a

gestão de redes integradas de atenção à saúde no SUS. Por outro lado, os achados empíricos demonstram a distância entre intenção normativa e realidade, formulação e implementação, planejamento e práticas de gestão, no âmbito da política pública de saúde.

Os dados do estudo empírico comprovam os pressupostos desta pesquisa sobre o percurso terapêutico, no sentido de que as escolhas dos serviços de saúde estão sujeitas às questões imateriais, de natureza subjetiva, individual, mas também por situações materiais de contexto, no que se refere a disponibilidade dos serviços nos vários níveis de atenção à saúde no território locorregional, condições socioeconômicas, financeiras, informacionais, entre outras. Ou seja, o itinerário terapêutico não segue, necessariamente, a fluxos e/ou esquemas pré-determinados, haja vista que o percurso se faz no devir, podendo, portanto, existir acesso a diferentes serviços, conforme observado neste estudo.

Por outro lado, ao considerar a situações subjetivas e situacionais, depreende-se que a pluralidade de portas de entrada na rede, nem sempre implica em possibilidades de escolhas efetivas de um caminhar sem tropeços na linha de cuidado do câncer de mama, mas pode ser indicativo de falhas estruturais e político-institucionais, tanto na concepção, como na implantação/implementação dos serviços, associados à frágil e/ou desconexa relação da rede interfederativa e interorganizacional, com pouca articulação e cooperação entre si.

Conjectura-se ainda a possibilidade de uma intencionalidade política de priorização dos serviços de alta densidade tecnológica, concentrados nos prestadores de serviços e/ou organizações contratualizadas, favorecendo a multiplicidade de arranjos organizacionais, com modelos e práticas muito distintas, o que aumenta ainda mais o desafio de fortalecer a APS como primeiro nível de atenção à saúde, essencial para a reorientação do modelo de atenção à saúde e a promoção da integração sistêmica das ações e serviços de saúde.

Apesar das evidências da eficiência e efetividade dos sistemas públicos universais, quando comparados com os modelos de mercado, a diferença do gasto em saúde entre um setor e outro é dispare. Enquanto no Brasil, 54% do gasto com saúde acontece no setor privado que atende apenas 25% da população, o SUS conta com apenas 46% dos recursos para atender 75% da população (CAMPOS, 2018). Diante dessa equação, torna-se difícil a APS “concorrer” em condições de igualdade com os serviços de alta densidade tecnológica, haja vista o interesse político em privilegiar a transferência da responsabilidade sanitária para o mercado, esvaziando a capacidade estatal de competências e conhecimento para fortalecer os valores civilizatórios do SUS.

Sob essa perspectiva, verifica-se a reprodução do modelo médico hegemônico, centrado na doença, no tratamento, no hospital e nos serviços especializados, em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde, na comunidade, nos territórios e na Atenção Básica (PAIM, 2018).

Ao observar, no Plano Estadual de Saúde (PES 2016-2019), a previsão alocativa de recursos orçamentários de 62,3% do Programa Saúde Mais Perto de Você para ampliação dos serviços da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar (BAHIA, 2016a), encontra-se a resposta para a priorização política da atual gestão.

6.3 SISTEMA DE APOIO À REDE

Em normativa, constituem-se no sistema de apoio à rede: o apoio diagnóstico terapêutico, a assistência farmacêutica e os sistemas de informação. *Neste estudo, o enfoque é dado aos sistemas de informação, voltados especificamente para o registro de câncer, entre eles, o câncer de mama, bem como a existência ou não de infovias de informação, interligando todos os pontos de atenção em saúde.*

Concernente aos *sistemas de informação*, existem três bases de registros, sendo o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), voltado para lançamento de dados da população de uma área geográfica delimitada, com diagnóstico confirmatório, estando esse registro limitado ao município de Salvador. O Registro Hospitalar de Câncer (RHC), sistema Web desenvolvido pela Instituto Nacional de Câncer (INCA), destina-se para coletar, armazenar, processar e analisar dados, mediante registro pelas unidades hospitalares, nas quais os usuários são atendidos, no caso da Bahia, nos UNACON E CACON que integram a Rede Estadual de Atenção ao Câncer. Por sua vez, o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), instituído pela Portaria GM/MS nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, tem por finalidade o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, confirmação diagnóstica, até início do tratamento do câncer do colo do útero e do câncer de mama, a ser realizada pelos serviços de saúde da rede pública ou privada que atuam como complementares ao SUS.

Na Bahia, o RCBP foi implantado no ano de 1996, no Hospital Aristides Maltez (HAM), sendo assumido pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), mediante expediente administrativo, datado de 21 de dezembro de 2011, estando sob a competência da

Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) / Diretoria de Vigilância Epidemiológica, juntamente com o RHC. O SISCAN, por sua vez, encontra-se sob gestão da SESAB / Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) / Diretoria de Gestão do Cuidado (DCG).

Observou-se que todos os sistemas, acima citados, encontram-se com os dados defasados em dois anos ou mais, como é o caso do RCBP, cujos dados datam do período de 1996 a 2005. As justificativas apresentadas pelas unidades notificadoras para o não cumprimento efetivo para entrada regular de dados no sistema, conforme exigência normativa, são de ordens diversas, como: reduzido quadro de pessoal nas unidades; qualificação técnica dos profissionais, embora a SESAB tenha apresentado evidências da realização de capacitações dos profissionais da rede. Essa realidade, no entanto, não difere da encontrada em outros Sistemas de Informação do SUS, porém com situações variadas, para as quais infere-se duas possibilidades não excludentes, ou seja, existem sistemas de informação em profusão, porém sem interoperabilidade entre eles, o que requer investimento em tempo, pessoas e capacitações e/ou os gestores não demonstram vontade política para priorizar o gerenciamento de dados e informações, enquanto ferramenta indispensável ao planejamento e gestão.

Referente ao SISCAN, por exemplo, o módulo do SISMAMA manteve-se ativo, quando deveria ter sido desabilitado desde a sua implantação, o que tem gerado duas bases de dados sem interoperabilidade, dificultando ainda mais a entrada regular de registros e o levantamento de informações mais fidedignas com a realidade. A falta de interoperabilidade é observada também, entre os três sistemas de registro para o câncer, o que compromete a qualidade das informações para subsidiar o processo de tomada de decisão na formulação e implementação de políticas públicas de enfrentamento das neoplasias. Ainda sobre o SISCAN, o mesmo não está implantado na maioria dos serviços de mamografia, constituindo-se num indicador de resultado no eixo diagnóstico, no Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023.

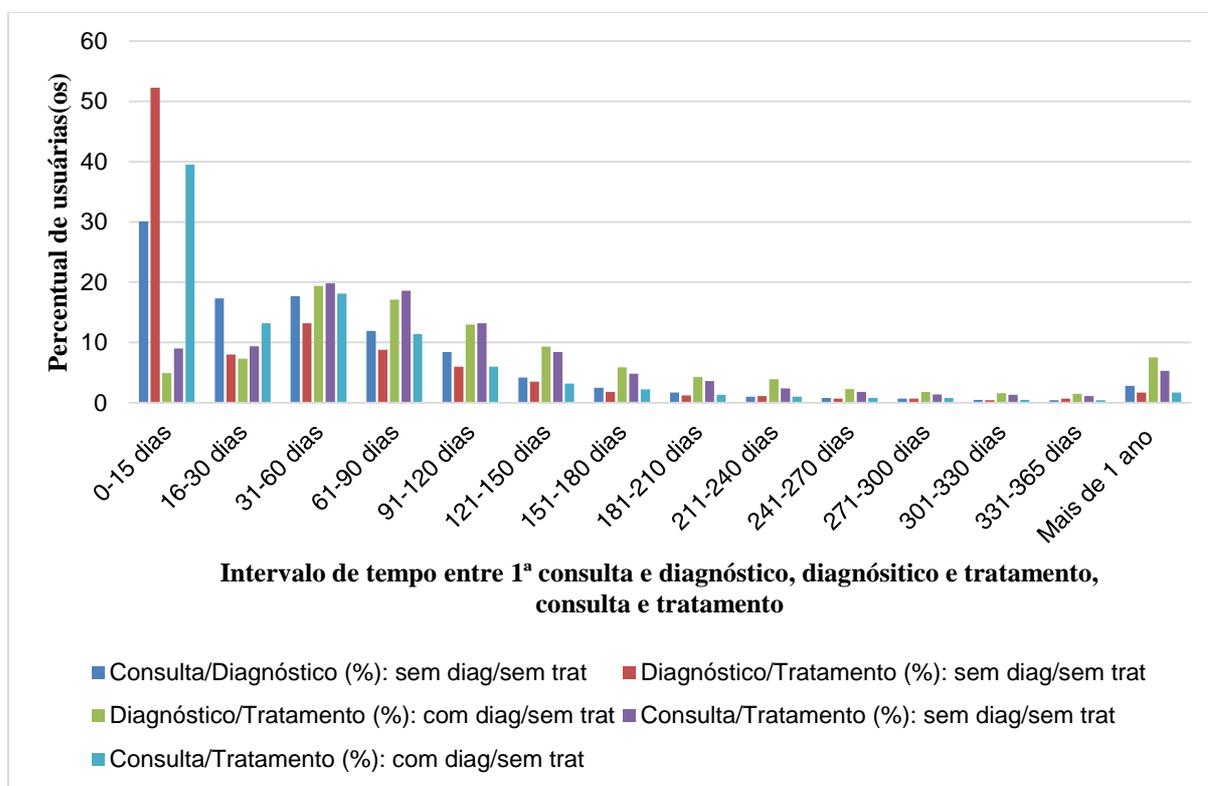
No tocante à *existência de sistemas de informação que mantenham todos os pontos de atenção interligados*, como corredores virtuais interconectados, embora exista iniciativa nesse sentido, no Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023, de integração do módulo ambulatorial e hospitalar, não foi encontrado evidências de sua efetiva operacionalização, permanecendo a rede interorganizacional que compõe a linha de cuidado do câncer de mama, sem sistema que os interligue. A permanência desse cenário, gera uma série de constrangimentos aos usuários, desde seu processo de acessibilidade aos serviços de saúde, como o comprometimento de informações sobre o seu histórico de saúde, o que pode redundar

no refazimento de exames, com retardamento na confirmação diagnóstica e início de tratamento em tempo oportuno.

Embora os dados constantes nos sistemas de informação, descritos neste item, não estejam atualizados temporalmente, os mesmos são utilizados para subsidiar o processo decisório dos formuladores dos desenhos institucionais de redes de atenção à saúde, que capturam dados de outros sistemas de informação em saúde para cruzar e/ou complementar as informações.

Considerando os objetivos deste estudo e respectivo modelo teórico-lógico, no que se refere às dimensões tempo e espaço, para identificar o hiato entre a primeira consulta e início de tratamento, bem como questões relacionadas à adesão ou não ao tratamento, priorizou-se por apresentar e discutir alguns dados extraídos do RHC¹², para dialogar com os demais componentes que integram a dimensão analítica da micropolítica de gestão dos serviços de saúde (Gráficos 6, 7 e 8).

Gráfico 6 - Intervalo de tempo entre 1ª consulta e diagnóstico, diagnóstico e tratamento, consulta e tratamento na linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 1985-2015



Fonte: RHC –DIVEP / SUVISA / SESAB, 2017

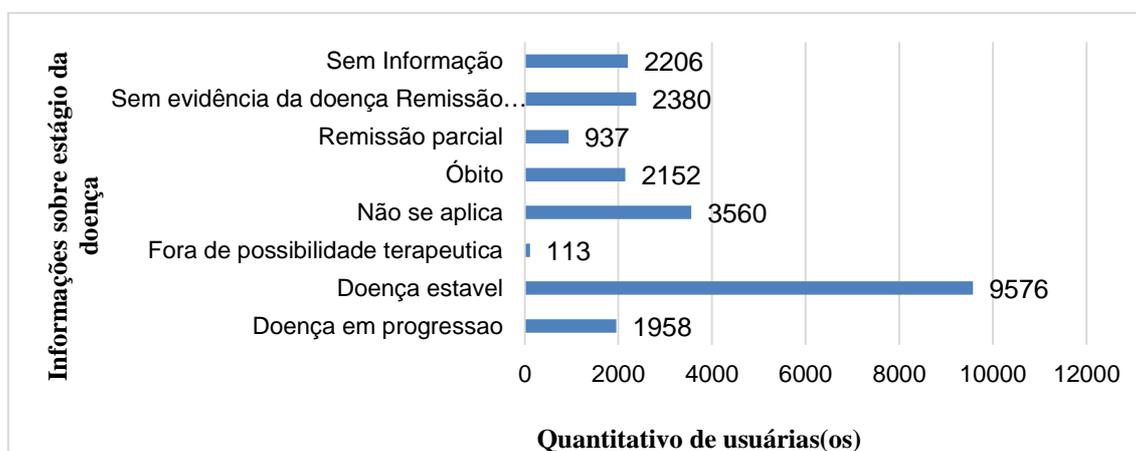
¹² Priorizou-se em apresentar somente dados do RHC, visto que este sistema está implantado em todas as UNACON e CACON que integram a Rede Estadual de Atenção ao Câncer.

Observa-se que nos primeiros quinze dias, os maiores percentuais são de usuários, respectivamente, sem diagnóstico e sem tratamento; com diagnóstico, mas sem tratamento. No período de 30 a 60 dias, o percentual de usuários com diagnóstico e sem tratamento e, aqueles sem diagnóstico e sem tratamento praticamente se equiparam, seguidos daqueles usuários que estão na 1ª consulta/diagnóstico, ou seja, sem diagnóstico e sem tratamento, com outros que já se encontram na fase de consulta/tratamento, porém continuam sem diagnóstico e sem tratamento.

Nos intervalos seguintes, constata-se um declínio em quase todas as fases, permanecendo discretamente mais alto o percentual de usuários da fase de diagnóstico/tratamento que se mantém sem diagnóstico e sem tratamento. O percentual de todas as fases aumenta no intervalo de mais de um ano, com destaque para os usuários que possuem o diagnóstico confirmatório, mas continuam sem tratamento, seguidos daqueles da fase de tratamento que se encontram sem diagnóstico e sem tratamento, isto é, grupo de pacientes que já era esperado estarem em tratamento, mas que sequer têm diagnóstico firmado. Esses dados evidenciam uma lacuna na fase de diagnóstico, como também um flagrante descumprimento à Lei Federal 12.732, de 22 de novembro de 2012, que fixa o prazo máximo de 60 dias para início de tratamento da neoplasia maligna, seja pela terapia cirúrgica ou quimioterapia ou radioterapia, dependendo de cada caso.

Os reflexos dessas lacunas assistenciais reverberam no processo de estadiamento da doença, sendo que do total de 22.882 casos registrados no período de 1985 a 2015, apenas 10,4% obtêm a remissão completa da doença (Gráfico 7).

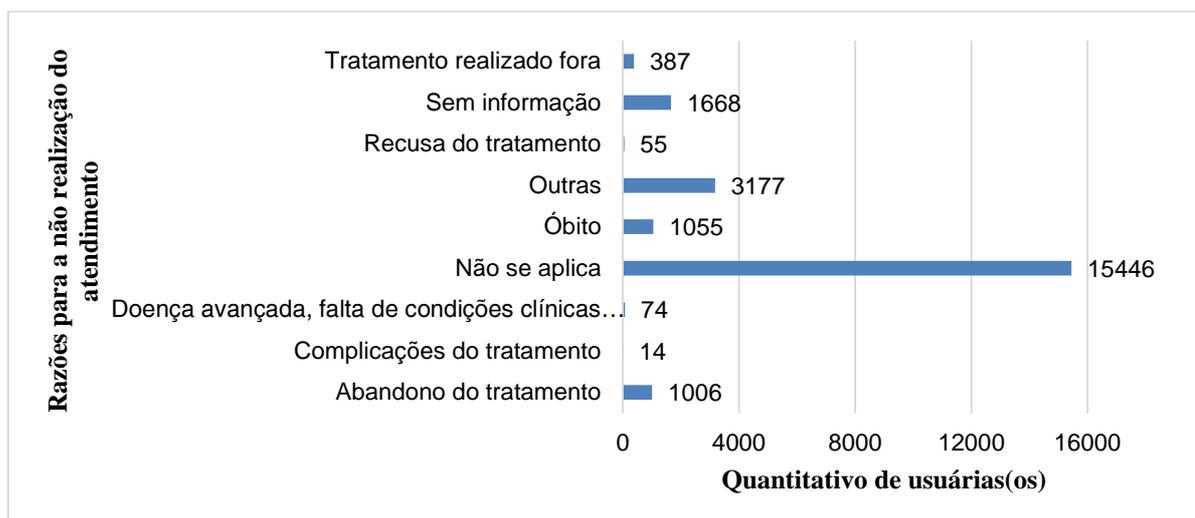
Gráfico 7 - Estágio final da doença dos usuários da linha de cuidado do câncer de mama após o 1º tratamento. Bahia, 1985-2015



Fonte: RHC – DIVEP / SUVISA / SESAB, 2017

Outro dado que chama a atenção, refere-se às razões dos usuários para não realizarem o tratamento (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Razões para os usuários da linha de cuidado do câncer de mama não realizar o tratamento. Bahia, 1985-2015



Fonte: RHC – DIVEP / SUVISA / SESAB, 2017

Do total de 22.882 usuáries, no período de 1985-2015, constata-se que 13,8% estão classificados na categoria “outras”, 7,28% “sem informação” e 4,39% como “abandono”. O somatório desses percentuais totaliza 25,37%, ou seja, um quarto da população, cujo tratamento não é dado seguimento, por razões que indicam necessidade de investigação em campo para identificar as causas, haja vista que acredita-se que o abandono é uma causa secundária, decorrente de um conjunto de outros fatores, inclusive da dinâmica socioeconômica, da acessibilidade geográfica e/ou sócio-organizacional.

Em suma, os sistemas de apoio, no que se refere aos sistemas de informação de registro do câncer apresentam dados defasados, visto que as unidades notificadoras não lançam os dados de forma regular no sistema, afetando a precisão e qualidade das informações, podendo, ainda, coexistir situações de subnotificação. Por outro lado, os sistemas de informação apontam necessidades de aperfeiçoamento para captura de dados essenciais, sem duplicidade e com interoperabilidade entre eles.

Concernente à interligação de todos os pontos de atenção da linha de cuidado, por meio de sistema de informação, embora prevista esta iniciativa de gestão entre módulos ambulatorial e hospitalar, não foi constatado a sua operacionalização, permanecendo os diversos pontos de atenção da rede sem infovias virtuais que os interconecte.

Os achados empíricos, demonstram o descompasso entre intenção normativa e a implementação do desenho institucional no contexto das organizações integrantes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas / Eixo Oncologia, uma vez que não se observa nos documentos oficiais estratégias de comunicação dos serviços para orientar a população sobre o fluxo assistencial e as unidades de referência da linha de cuidado do câncer de mama. As comunicações reduzem-se, quase sempre, a ações pontuais, como campanhas publicitárias ou de mobilização da população para as atividades da Estratégia Itinerante de Saúde, não sendo raro as narrativas de participantes que expressaram não saber onde buscar e/ou os meios para acessar os serviços.

Por outro lado, a estrutura bipartida da gestão da rede de atenção à saúde, conforme mencionada anteriormente, pode comprometer e/ou fragilizar a comunicabilidade entre as equipes e gerar sombreamento, fragmentação ou sobreposições de ações, dificultando, inclusive, o compartilhamento e acesso integral às informações, situação essa vivenciada durante o trabalho de campo.

Além disso, a defasagem de dados nos principais sistemas de informação, relacionados ao registro de câncer e a falta de interoperabilidade, gera fragmentação e dificulta o gerenciamento e monitoramento dos dados, como também o próprio ato de planejar e conceber desenhos institucionais de políticas públicas mais aderentes ao contexto de cada realidade regional.

Adiciona-se a inexistência de sistemas de informação que interconecte todos os pontos de atenção à saúde (ambulatorial e hospitalar), essencial para criar condições propícias para interação da rede interorganizacional, de forma a ampliar e fortalecer o fluxo de comunicação e informações, com ganho para os usuários e para a própria rede que passa a dispor do acesso sobre o percurso terapêutico da(o) usuária(o) na linha de cuidado, seu histórico, procedimentos, entre outros dados, o que pode contribuir para a tomada de decisão, como também para a definição mais precisa dos fluxos de referência, em observância às situações materiais e situacionais das(os) usuárias(os) e o contexto dos territórios.

6.4 SISTEMAS LOGÍSTICOS

Os sistemas logísticos, em observância à Portaria GM/MS nº 4.279/2010, são compostos pelos seguintes serviços: transporte sanitário, sistemas de identificação e acompanhamento do usuário, registro eletrônico em saúde e centrais de regulação.

A Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, concebe os sistemas logísticos como soluções em saúde e fixa como uma de suas competências a organização do transporte sanitário entre os pontos de atenção, nas situações eletivas e de urgência. Reafirma a garantia do acesso às ações e serviços de saúde de média e alta densidade tecnológica, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, considerando-se a estratificação dos riscos e as diretrizes clínicas.

Diante do exposto, este estudo elegeu para efeito analítico, *os mecanismos de regulação do acesso, por meio do transporte sanitário e fluxo de acesso assistencial, tendo sido incluída a variável aporte estrutural de acomodações, mediante casas de apoio ou similares, disponibilizadas pela gestão do sistema municipal de saúde de domicílio das(os) usuárias(os).*

A escolha dos mecanismos de regulação do acesso, ampara-se na Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação. Essa normativa, estabelece três dimensões de regulação do SUS, a regulação de sistemas de saúde, de atenção à saúde e de acesso à assistência. Compete à dimensão de regulação assistencial a organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais da rede SUS, a ser realizada pelo complexo regulador e unidades operacionais, sendo a regulação ambulatorial de responsabilidade sanitária dos sistemas municipais de saúde e a hospitalar, da esfera estadual de gestão. Em seus processos de trabalho, cabe ao complexo regulador as autorizações para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sendo esta uma das suas competências.

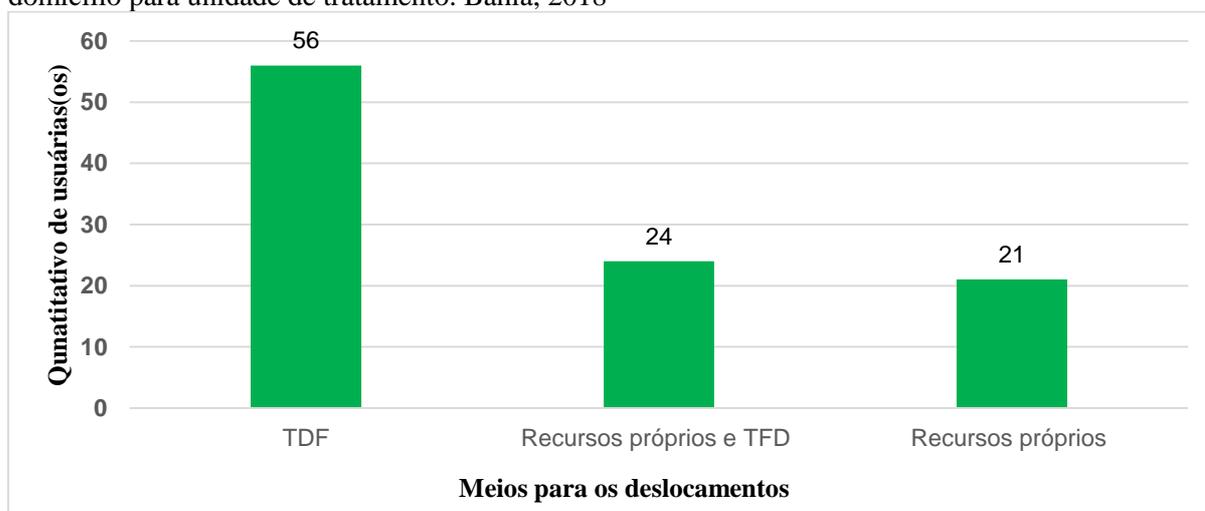
No tocante à variável aporte estrutural de acomodações, mediante casas de apoio ou similares, embora as mesmas não sejam classificadas como estabelecimentos de saúde do sistema formal, admite-se que assumem papel relevante na atenção das condições crônicas, cujo tratamento requer tempo e esse tipo de suporte para assegurar a continuidade do cuidado, haja vista as lacunas assistenciais em âmbito nacional e intraestadual. Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 2.555, de 28 de outubro de 2011, que dispõe sobre o incentivo financeiro para custeio das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids,

define as Casas de Apoio como pessoas jurídicas sem fins lucrativos, legalmente constituídas e organizadas para dar suporte de acolhimento temporário ou de longa duração, incluindo pernoite, alimentação e cuidados com a saúde, cuja lógica poderia ser aplicada na assistência às pessoas com condições crônicas.

No que se refere ao transporte sanitário, o Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023, refere-se a duas modalidades, a de referência hospitalar, a ser realizada pela Central Estadual de Regulação, quando houver necessidade de transportar o usuário de uma unidade oncológica para outra, e a de referência ambulatorial, mediante o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), em conformidade com a Portaria GM/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, a ser assegurado pela gestão do sistema municipal de saúde ao usuário, quando o município não dispôr de serviços para realização do tratamento requerido.

Neste estudo, *o enfoque centra-se no TFD*, em razão do recorte metodológico envolver a população do estado da Bahia que realiza o tratamento no CACON do Hospital Aristides Maltez. Do total de 141 participantes, 101 não residem na capital do estado, sendo que 56 (55,4%) utilizam-se apenas do TFD para realização dos deslocamentos, 24 (23,7%) usam o TFD e recursos próprios para custear os deslocamentos, 21 (20,79%) assumem integralmente os gastos com transporte (Gráfico 9). Esses dois últimos grupos, relataram que usam recursos próprios, em razão das dificuldades em obter o transporte sanitário. O somatório dos três grupos que relatam algum tipo de dificuldade corresponde a 63 usuários, ou seja, 62,3% da população.

Gráfico 9 - Tipo de recursos utilizados pelos usuários para realizar o deslocamento do município de domicílio para unidade de tratamento. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

As dificuldades relatadas pelos dois primeiros grupos para obterem o transporte sanitário, são muito variadas, desde o excesso de demanda, falta de vagas e os custos alegados pela Prefeitura; dias limitados para viagens, cujas datas nem sempre coincidem com o agendamento na unidade de tratamento; irregularidade na frequência do transporte; não reembolso das despesas custeadas pelas(os) usuárias(os); limitação de passagens por mês; não fornecimento de passagem para acompanhantes; o transporte não segue o roteiro até a unidade de tratamento, obrigando as(os) usuárias(os) a custearem os deslocamentos até o hospital.

Só pelo sangue do cordeiro, porque vim no domingo para ser atendida na quarta e ir embora na sexta-feira. Só tem duas vezes por semana (Participante 27, Informação Verbal).

Tem muita dificuldade, muita gente e dá trabalho para conseguir marcar. Eles dizem que não tem vaga. E eu que tenho que tá vindo com frequência (Participante 95, Informação Verbal).

Às vezes tem dificuldade e já faltei ao tratamento por causa de carro e tive que usar recursos próprios (Participante 75, Informação Verbal).

Às vezes muita dificuldade para conseguir. Hoje mesmo eu quase não vinha. Já vim com recursos próprios para não faltar ao tratamento (Participante 67, Informação Verbal).

Tem muita dificuldade para a gente conseguir a passagem e eles não querem nem fornecer a do acompanhante. Eles só fornecem 2 atendimentos por semana porque diz que é custo para o município (Participante 15, Informação Verbal).

O valor não é atualizado e a gente tem que complementar com R\$85,00. Se for com acompanhante, fica R\$170,00 os dois trechos. É inviável (Participante 132, Informação Verbal).

Para a gente que mora no interior temos o transtorno da viagem, moro num povoado e às vezes não acha carro da Prefeitura. Nunca tive reembolso de passagem (Participante 136, Informação Verbal).

Durante o mês tenho que vim umas três vezes e a Prefeitura só dá uma passagem por mês, as outras eu mesmo pago. Eles dizem que tem muita gente (Participante 105, Informação Verbal).

O carro deixa as pacientes solta na cidade e a gente é que tem que pagar o transporte até aqui para o hospital. A população não reclama e não se reúne para exigir os direitos do TFD deixar no hospital. A gente gasta um dinheiro que não tem (Participante 140, Informação Verbal).

Tem dias que fico no ponto e não me trazem, às vezes nem passam no ponto. Tem dias que volto de ônibus, porque o carro só vai tarde da noite. Depois da quimioterapia eu só quero descansar (Participante 129, Informação Verbal).

Quanto ao grupo que informou que utiliza somente recursos próprios, as motivações não diferem das apresentadas nos relatos acima, conforme observa-se nos depoimentos a seguir.

Ouvia relatos da dificuldade do transporte, incompatibilidade das datas de saída do veículo com as consultas no hospital. As passagens custam R\$400,00 reais, para os dois trechos e a Prefeitura só paga metade desse valor e é preciso falar diretamente com o Prefeito. Somente com ele para liberar. Já sabendo disso, compramos um carro para poder fazer os deslocamentos (Participante 99, Informação Verbal).

Eu procurei uma vez e disse que não tinha e o valor que eles disponibilizam é irrisório. Não gosto de ficar se humilhando para conseguir as coisas (Participante 120, Informação Verbal).

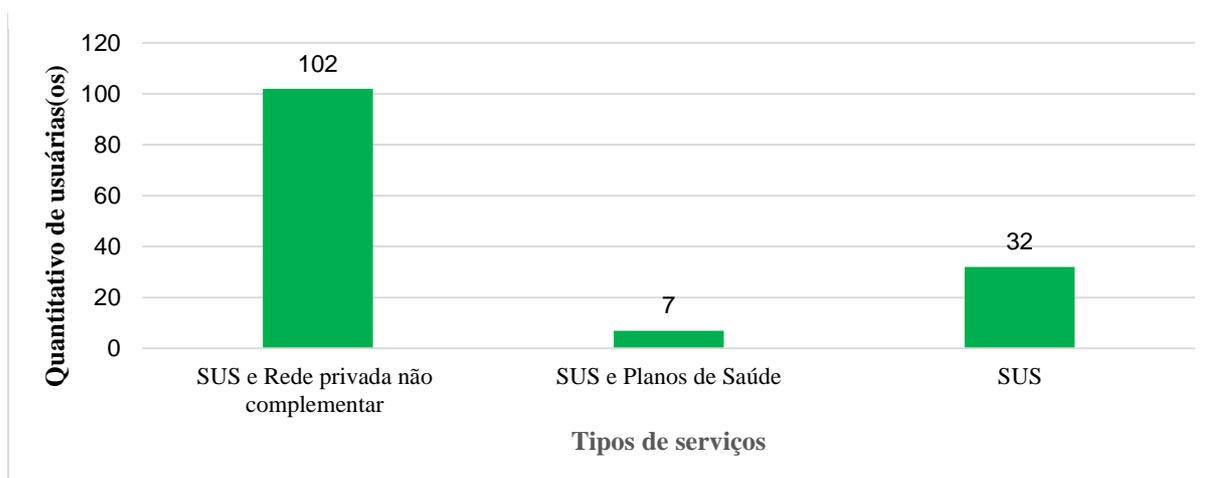
Dizem que não tem vaga, não tem carro. Eu venho com ajuda de minha família (Participante 137, Informação Verbal).

Os obstáculos relatados pelas(os) participantes da pesquisa em obter o TFD pode se constituir numa das razões para abandono de tratamento, conforme consta em algumas narrativas, aliada à própria situação de contexto para custear as despesas pessoais e de acompanhante, o que significa onerar ainda mais um segmento populacional vulnerável, do ponto de vista socioeconômico.

As barreiras sócio-organizacionais impostas às(aos) usuárias(os) para acesso ao TDF, fere o princípio de direito à saúde, reduzindo a obrigatoriedade do poder público municipal a uma ação de cunho facultativo, com atuação seletiva e restritiva, transformando levando os cidadãos à condição de pedintes. Tal ação pode comprometer, desde a detecção precoce do câncer de mama, até o tratamento em tempo oportuno e o seu seguimento, podendo prolongar o período de assistência terapêutica e/ou requerer procedimentos mais invasivos e radicais, com custo maiores para o SUS, bem como para as pessoas e familiares.

Concernente à regulação do acesso aos serviços de saúde, do total de 141 participantes, apenas 26 (18,4%) relataram algum tipo de regulação do sistema municipal para serviços dentro do território de domicílio e/ou para outras unidades de saúde, em âmbito intermunicipal. No tocante ao acesso às consultas e/ou exames de diagnóstico, 102 (72,3%) relataram que utilizaram a rede assistencial do SUS e a rede privada não complementar; 07 (4,9%) utilizaram a rede SUS e serviços credenciados ao Plano de Saúde; 32 (22,6%) somente a rede SUS (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Tipo de serviços utilizados para atendimento de consultas e exames de diagnóstico. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

As razões para uso da rede privada não complementar ao SUS já foram relatadas em itens anteriores e novamente é retomada neste tópico, no sentido de ressaltar as lacunas assistenciais na rede pública de saúde e evidenciar o processo de regulação de consultas e/ou exames de diagnóstico, no interior e capital, sobretudo para aquelas(es) que já estavam dentro da rede de atenção secundária e terciária, em alguns casos, em fase preparatória para início de tratamento. Verifica-se, ao analisar as narrativas das(os) participantes, uma contradição entre a natureza inerente ao serviço de regulação para assegurar o acesso e sua atuação na operacionalização de suas ações, cuja demora consiste na principal queixa das(os) usuárias(os).

Enfrentei foi demora na marcação do médico, não achava vaga, demora no resultados dos exames e a médica falou para fazer particular para ser mais rápido, mas não tinha meios para fazer e atrasou um pouco meu tratamento [...] (Participante 1, Informação Verbal)

Eu achei até rápido, porque tem paciente aqui que só Jesus na causa. Antes era tudo mais fácil porque não tinha a regulação, marcava diretamente no setor. Agora dá entrada na regulação e fica pesquisando na internet (Participante 16, Informação Verbal)

Tive que fazer alguns exames em clínica particular, como RX, porque a máquina aqui estava quebrada e outros para agilizar o tratamento, pois demora muito [...] (Participante 26, Informação Verbal).

[...] eu fiz a Mamografia no Hospital Irmã Dulce, mas tive que fazer o exame de Biópsia em Clínica Particular porque precisava ser rápida para a cirurgia [...] (Participante 37, Informação Verbal).

[...] fui ao Hospital Prado Valadares para fazer o exame, mas não consegui e pela pressa e para ser mais rápido, fiz o exame particular. Depois retornei à Santa Casa para fazer a punção e depois é que vim para cá. Minha cirurgia não foi feita logo porque teve muita demora em marcar exames [...] (Participante 47, Informação Verbal).

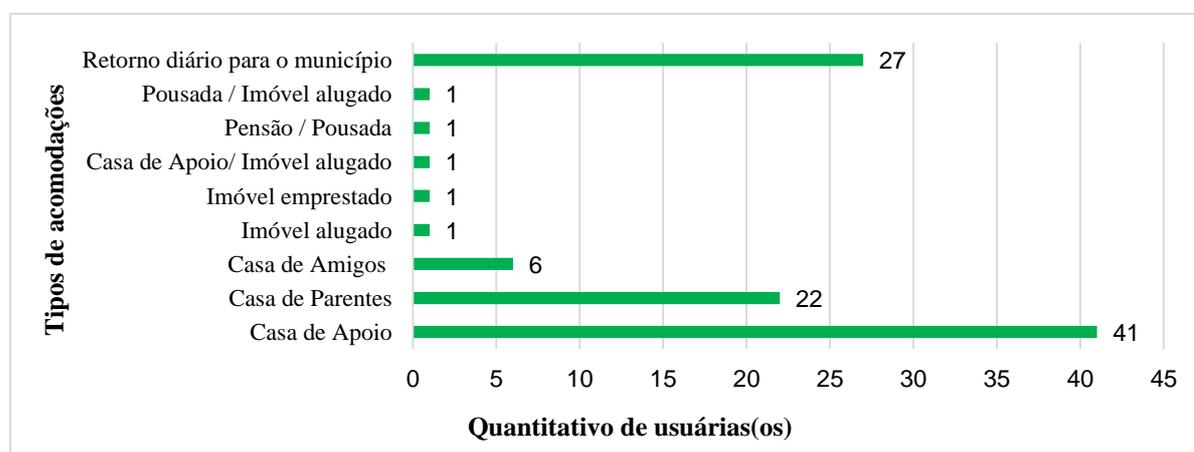
Fora daqui do hospital eu tenho que reclamar porque tem que pagar um dinheiro que não se tem para realizar os exames. Fiquei quatro meses esperando pela regulação e não consegui [...] (Participante 84, Informação Verbal).

Além da constatação de lacunas assistenciais na atenção diagnóstica, não se observa na regulação do acesso a existência e/ou efetividade de fluxos de referência entre os pontos de atenção da rede, cuja demora na liberação de exames, constitui-se numa barreira de acesso, com repercussões no tratamento em tempo oportuno, conforme se observa nos depoimentos acima transcritos.

No que se refere à estrutura de apoio para permanência na capital para realização do tratamento, 41 (50,5%) participantes informaram fazer uso da casa de apoio disponibilizada pelo município; 22 (21,7%) e 06 (5,9%) são acolhidas(os), respectivamente, em casa de parentes e amigos. Em menor quantitativo existem aquelas(es) que fazem uso de imóvel alugado ou emprestado, outras(os) utilizam-se inicialmente da casa de apoio ou pagam pousada e depois alugam imóvel nas adjacências da unidade hospitalar.

Salienta-se o quantitativo de 27 (26,7%) usuárias(os) que retornam diariamente para o município de domicílio (Gráfico 11). Nesse grupo, têm-se usuárias(os) que finalizaram o tratamento de radioterapia e se encontram na fase de quimioterapia ou aquelas que estão em fase de seguimento com ou sem uso de medicamento específico.

Gráfico 11 - Tipo de acomodação utilizada para permanência no município onde realiza o tratamento. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

Os dados expostos, ao tempo em que sinaliza as agruras das(os) usuárias(os) em seu percurso terapêutico, apontam os desafios institucionais para proceder a regulação do acesso, de modo a garantir atendimento humano, resolutivo e em tempo hábil, não sendo raro a transferência dessa responsabilidade, de competência da autoridade sanitária, para as(os) usuárias(os) da rede assistencial, que assumem os custos de transporte, como também da realização de exames.

Essa situação desnuda a realidade vivenciada pelas(os) usuárias(os) e revela a face de uma rede interorganizacional com pouca articulação, com reduzido grau de interação entre si, cujos mecanismos de regulação dos fluxos de acesso funcionam muito mais como uma barreira ou muralha de contenção, impondo restrições, do que do efetivo cumprimento de suas competências e responsabilidades sanitárias, evidenciando falhas ou inexistência de diretrizes clínicas e fluxos de referência e contrarreferência, ausências de serviços em quantidade e qualidade para atender a demanda, de modo a oportunizar intervenções integradas e tratamento em tempo oportuno.

6.5 GESTÃO DA CLÍNICA: MONITORAMENTO DOS RISCOS SANITÁRIOS

Na normativa, a gestão da clínica compreende a aplicação de ferramentas de micro gestão dos serviços, com o propósito de aumentar o grau de eficiência, efetividade das ações e melhoria da atenção à saúde, assegurando padrões clínicos em patamares de satisfatoriedade e diminuição dos riscos para usuários e trabalhadores (BRASIL, 2010).

Integram a gestão da clínica, as diretrizes clínicas que se desdobram em guias de prática e protocolos assistenciais que orientam a linha de cuidado, bem como a gestão de caso, auditoria clínica, lista de espera e gestão da condição de saúde. Esta última ultrapassa as fronteiras dos procedimentos curativos e reabilitadores e envolve ações de promoção da saúde, prevenção de condições adversas à saúde ou doença, como também dos riscos coletivos e ambientais (BRASIL, 2010), os quais requerem intervenções no campo da vigilância em saúde, cujas atividades são transversais a todos os níveis de atenção à saúde.

A integralidade da atenção à saúde não se resume meramente ao cuidado assistencial, mas requer um conjunto de práticas, ações e intervenção no campo da vigilância em saúde, a qual abrange a promoção e proteção da saúde, a vigilância da situação de saúde, a prevenção

das doenças/agravos, riscos e danos à saúde, associados aos produtos, serviços, meio ambiente, dos indivíduos, coletividades e saúde do trabalhador.

Considerando-se que a dimensão em análise se refere a “organização das RAS nas regiões de saúde”, a qual contempla serviços de diferentes densidades tecnológicas, cabendo a esfera estadual de gestão a implantação de UNACON e CACON, *privilegiou-se neste estudo a gestão da clínica correlacionada aos riscos sanitários*, sob competência do nível central da SESAB, com foco para *o monitoramento das ações do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM)¹³, Farmacovigilância (Vigilância Pós-Comercialização), Controle da Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS)*, uma vez que essas ações perpassam a rede de alta complexidade do SUS, sendo o PNQM indicador estratégico para a Rede Estadual de Atenção ao Câncer, conforme consta em seu plano institucional 2016-2023. A Farmacovigilância e Controle da Infecção Relacionada à Assistência à Saúde são indicadores constantes no Plano Plurianual (PPA 2016-2019) e Plano Estadual de Saúde (PES). Salienta-se que todos esses indicadores são de responsabilidade da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), operacionalizadas pela Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA).

No que se refere ao Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), bem antes de sua institucionalização, o estado da Bahia foi pioneiro desse tipo de ação, cujas atividades iniciaram-se em 2002. Na época, a DIVISA realizou o cadastro de todos os equipamentos com radiação ionizante e promoveu capacitação para os trabalhadores da vigilância sanitária (VISA) dos municípios para realização descentralizada das ações de fiscalização. Entretanto, em razão da mudança de governo, em âmbito estadual, essas ações foram descontinuadas e retomadas somente em 2012, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) constituiu novo comitê e publicou a Portaria GM/MS nº 531, de 26 de março de 2012, sendo revogada pela Portaria GM/MS nº 2.898/2013.

Nesse novo contexto, as equipes das VISA estaduais foram capacitadas e 131 técnicos cadastrados, em âmbito nacional, para operar o sistema de monitoramento, sob gestão da ANVISA e INCA. No sistema constam 13.826 unidades de saúde fixadas no estado da Bahia, independente de possuírem ou não serviços com radiação ionizante, o que se constitui num desafio para o gerenciamento e monitoramento dos dados. Entretanto, a própria ANVISA e

¹³ O monitoramento dos equipamentos e serviços de mamografia é regulado pela Portaria GM/MS nº 2.898, de 28 de novembro de 2013, que atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), sendo esta ação estruturante e constante no Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023.

INCA não deram continuidade ao ciclo de aperfeiçoamento e manutenção do sistema de monitoramento e a ação foi descontinuada.

Para evitar rupturas, a DIVISA manteve as atividades de inspeção, em observância à Portaria MS/SVS nº 453, de 1º de junho de 1998, que aprovou o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico e dispõe sobre o uso dos raios-X diagnóstico em território nacional. Desse modo, o monitoramento dos serviços de mamografias da rede pública direta e indireta, bem como da rede privada não complementar ao SUS, incluindo as unidades móveis da Estratégia Itinerante de Saúde é de competência da vigilância sanitária estadual, sendo realizada em parceria com os Núcleos Regionais de Saúde (NRS)¹⁴, quando os serviços se localizam no interior do estado. As atividades desenvolvidas consistem de inspeções e, caso sejam encontradas evidências de descumprimento da normativa vigente, o estabelecimento pode sofrer sanções, como interdição com auto de infração, variando de advertências a multas. Entre as ações desenvolvidas, destacam-se ainda as capacitações com as equipes dos NRS para atuação na região adscrita de saúde.

Referente aos serviços de radioterapia, atualmente 10 serviços estão cadastrados e todos estão sujeitos à inspeção sanitária e sanções, conforme acima referido, cujas ações são realizadas, em observância à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC/ANVISA) nº 20, de 02 de fevereiro de 2006.

Conforme se observa, a ação programática do PNQM sofreu descontinuidade no decorrer do seu processo histórico, seja por decisão política da esfera estadual ou federal, espelhando a própria trajetória de institucionalidade do SUS, marcada por processos contínuos de mudanças, intercorrências, interrupções, retrocessos e rupturas, em razão de fatores contingenciais e conjunturais.

Além dessas externalidades, que não são destituídas de uma intencionalidade política, salienta-se a ausência de sistema de informação para monitoramento sistemático das atividades do PNQM, inclusive para fornecimento de dados quantificáveis. Por outro lado, a área técnica responsável pela gestão dessa ação programática possui reduzido quadro de pessoal, em âmbito estadual e regional, de modo que sua atuação limita-se às inspeções pontuais ou sob demanda dos serviços de saúde e/ou denúncias. Com vistas a minimizar os efeitos desse tipo de

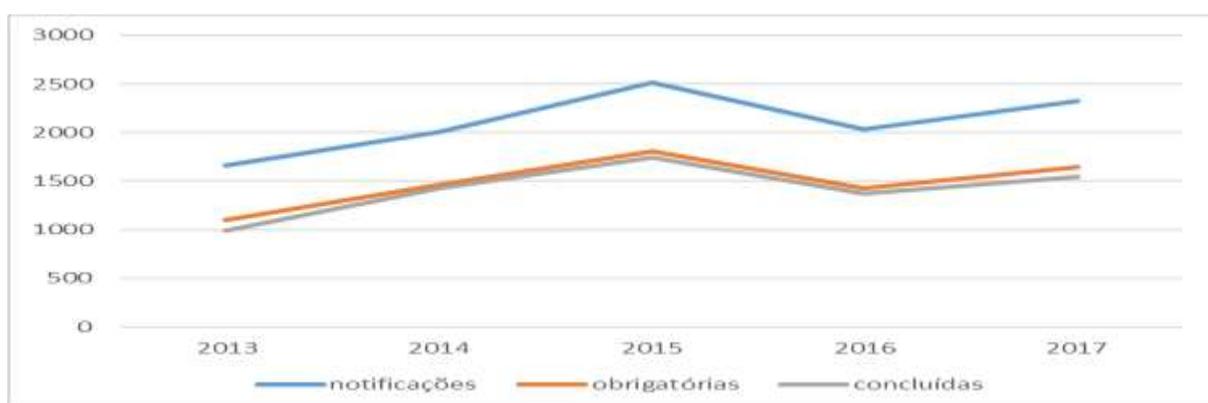
¹⁴ Núcleos Regionais de Saúde (NRS) são unidades administrativas da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, com competência técnica e gerencial, para atuação regional. Atualmente, são nove o número de NRS com área adscrita correspondente às Macrorregionais de Saúde, conforme PDR.

abordagem, pontual e pulverizada, foi implantado no segundo trimestre de 2018, a condicionalidade de renovação do alvará sanitário ao cumprimento efetivo dos critérios estabelecidos pela RDC ANVISA nº 20/2006.

Concernente às ações de farmacologia ou vigilância pós-comercialização, esta consiste do monitoramento de Queixas Técnicas (QT)¹⁵ relacionadas à fabricação do produto antes de sua administração no(a) usuário(a) e de Eventos Adversos (EA)¹⁶. Para tanto, a ação de monitoramento dos medicamentos não é exclusiva aos medicamentos oncológicos, envolvendo todos os medicamentos disponíveis no mercado. Para realização do monitoramento, conta-se com o Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA).

A meta anual dessa ação no Plano Estadual de Saúde (PES) é de 100%, para realização das investigações das notificações obrigatórias de QT e EA. Na série histórica de 2013-2017 (Gráfico 12), verifica-se, nas notificações, um curva de crescimento até 2015, seguida de um decréscimo em 2016, com retomada de crescimento em 2017. Esses resultados decorreram da ampliação do número de unidades notificadoras. No ano de 2017, do total de 2.326 notificações registradas, 70,6% preenchiam os critérios de investigação obrigatória, visto que apresentavam EA com algum dano no(a) paciente e QT, representando risco potencial à saúde de indivíduos e de coletividades. Do total informado, 94% das investigações foram concluídas, estando as demais em processo de investigação (BAHIA, 2017a).

Gráfico 12 - Notificações registradas, investigações obrigatórias e concluídas. Bahia, 2013-2017



Fonte: DIVISA / SUVISA, SESAB, 2017

¹⁵ Evento Adverso (EA) entendido como qualquer efeito não desejado em humanos decorrente do uso de produto sob vigilância sanitária.

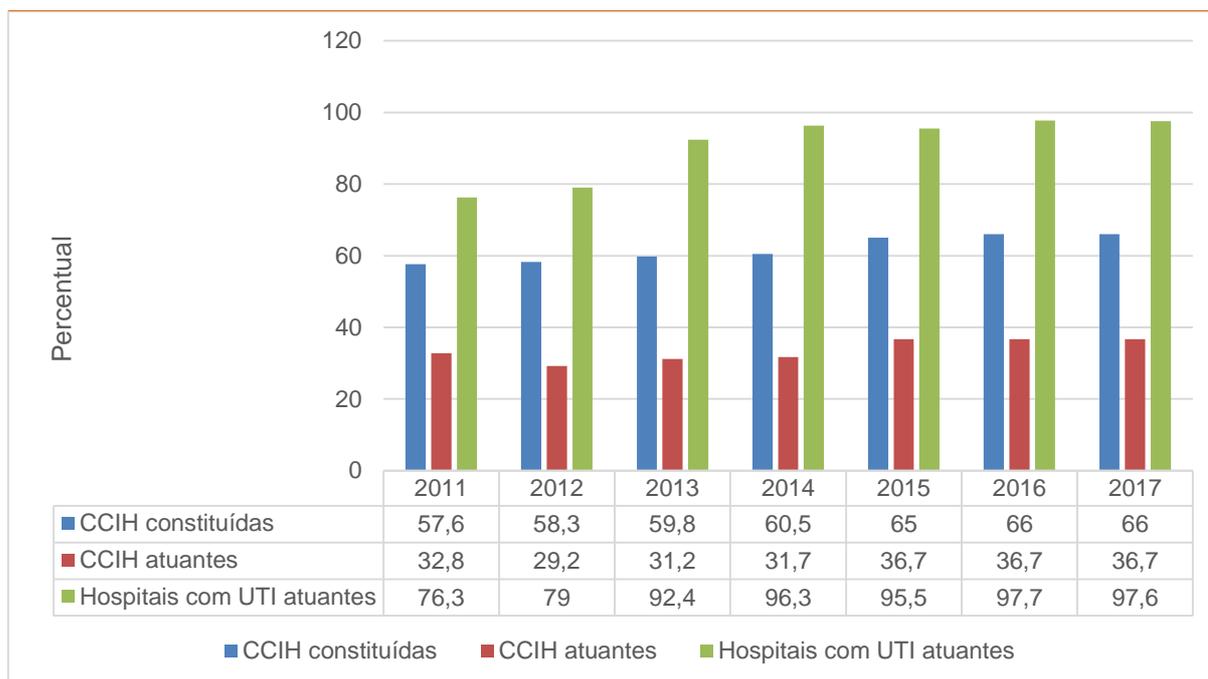
¹⁶ Queixa técnica (QT) é entendida como qualquer notificação de suspeita de alteração/irregularidade de um produto/empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, que poderá ou não causar danos à saúde individual e coletiva.

Referente às ações de coleta, no ano de 2017, registra-se que 16 medicamentos foram encaminhados para análise, visto que 15 apresentaram alteração de aspecto e um com suspeita de ineficácia terapêutica, estando este último sob investigação do Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Saúde (INCQS) (BAHIA, 2017a).

No tocante ao monitoramento da Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), o governo da Bahia, definiu desde 2001, por meio da Portaria Estadual nº 1.083, de 14 de maio de 2001, padrões de qualidade da assistência para auto-avaliação hospitalar com foco na qualidade e na prevenção das infecções hospitalares. As IRAS, referem-se à infecção adquirida durante o processo de cuidado hospitalar ou outros serviços de alta densidade tecnológica, podendo se manifestar durante a internação ou alta, representando, portanto, riscos aos pacientes em estado grave ou imunocomprometidos, como é o caso das(os) usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama.

A Bahia possui cerca de 552 unidades hospitalares, destas, 85 têm leitos de UTI, de modo que o monitoramento das IRAS, pela vigilância sanitária estadual, não se limita as UNACON e CACON, abrangendo todas as 85 unidades de saúde com leitos de UTI e que possuem Comissão de Controle Infecção Hospitalar (CCIH), a quem compete realizar a vigilância da infecção hospitalar e informar à DIVISA para registro em banco de dados, uma vez que inexistente sistema de informação para notificação da ocorrência de casos relacionados às infecções relacionadas à assistência à saúde. No banco de dados referido, constam indicadores de IRAS nos serviços de oncologia da Bahia, porém por se tratar de indicadores agregados e de informação sigilosa não foi possível obter essa informação para análise comparativa. Nesse sentido, os dados abaixo apresentados, referem-se a atuação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, no monitoramento da IRAS.

Ao analisar a série histórica do monitoramento das ações das IRAS, por meio das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, no período de 2011 a 2017, verifica-se um crescimento no número de CCIH constituídas, permanecendo estável o percentual das que se mantêm atuantes e tendência de crescimento nas unidades hospitalares com UTI atuantes, alcançando-se o percentual de 97,6% (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Situação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. Bahia, 2011-2017

Fonte: DIVISA / SUVISA, SESAB, 2017

Os achados do estudo empírico evidenciam que as ações de controle sanitário dos serviços de saúde não têm sido desenvolvidas em sua totalidade, no que se refere à qualidade da assistência, estando sujeita a movimentos de fluxos e contrafluxos, incluindo descontinuidade, rupturas, semelhantes ao processo de institucionalidade da política de saúde.

Embora os riscos sanitários relacionados à Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas / Eixo Oncologia – Linha de Cuidado do Câncer de Mama e demais redes assistenciais do SUS não se limitem às variáveis abordadas neste estudo, convém destacar semelhanças observadas ao que ocorre com a gestão das redes na macroestrutura da SESAB.

O Sistema Estadual de Vigilância em Saúde foi instituído, conforme Resolução CIB/BA nº 084/2011 e revisado pela Resolução CIB/BA nº 249/2014, sendo composto pela vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental, vigilância epidemiológica, vigilância e atenção à saúde do trabalhador e vigilância laboratorial. Cada uma dessas vigilâncias possuem objetos, métodos, técnicas e procedimentos inerentes à sua natureza, o que as tornam distintas, porém complementares entre si.

Entretanto, cada uma dessas organizações opera sob uma determinada lógica, com relações de interface em algumas ações, mas que não alcança a totalidade das atividades desenvolvidas pelo conjunto das vigilâncias, em parte, em razão de sua grande complexidade,

em outra, do próprio sistema de saúde e modelo de atenção à saúde que fragmenta processos, ações, atividades. Até mesmo internamente, no âmbito de cada uma das vigilâncias, o processo de departamentalização é flagrante e limitador de uma ação articulada e coordenada intra e interorganizacional, conforme se verifica na condição de observadora participante.

Nesse sentido, o olhar dos próprios trabalhadores da rede SUS-BA sobre a vigilância em saúde é quase sempre voltado para a vigilância epidemiológica, com foco nas doenças e agravos, em detrimento dos riscos epidemiológicos associados às infecções, aos produtos, serviços, meio ambiente, que podem afetar usuárias(os) e trabalhadoras(es) do sistema de saúde.

Reflexo desse modo de conceber e gerir as ações de vigilância em saúde é observada nos próprios instrumentos de planejamento e gestão, objeto de investigação neste estudo, cuja análise descritiva dos dados restringem-se a cada área programática sem processar uma interlocução que evidencie as interfaces, embora elas sejam perceptíveis no teor do documento. No entanto, não existe uma abordagem analítica transversal que correlacione os riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais, com a saúde da população e do trabalhador e os efeitos disso na vigilância laboratorial, nem como a ação desta reverbera nas demais vigilâncias.

Apesar de ser um campo multidimensional e multidisciplinar, considerando-se o objeto de todas as vigilâncias, com vastas informações e capacidade técnica para realizar e/ou assessorar vigilâncias municipais e demais áreas que integram os diferentes níveis de atenção à saúde, na análise sistêmica dos determinantes e condicionantes da saúde da população, observa-se que essas ações ainda ocorrem de forma muito tímida e/ou fragmentada, com articulação entre uma e outra área programática, sem que isso se materialize em sua totalidade, embora exista a intencionalidade política de seus atores nesse sentido.

Diante dessa visão reducionista, a elaboração de desenhos institucionais de políticas são restritos, quase sempre aos indicadores epidemiológicos de morbi-mortalidade, à despeito do próprio Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023 e do Plano Estadual de Saúde 2016-2019, desprezando-se um conjunto de informações que podem agregar conhecimento para uma análise mais acurada das condições de saúde, para subsidiar os decisores e formuladores de políticas públicas com proposições mais aderentes ao contexto de cada região adscrita, de forma a evidenciar as diferentes condições sanitárias, em âmbito intra e inter-regional.

Compreende-se que o próprio sistema de saúde e o modelo de atenção vigente, cria um campo organizacional de tensão e conflitos entre áreas e atores, privilegiando-se as redes assistenciais em detrimento das ações de vigilância em saúde, embora esta seja transversal a

todos os níveis de atenção à saúde, criando assim, uma relação dicotômica que colide com o princípio de integralidade do cuidado, que se fundamenta na articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação, reabilitação dos indivíduos e famílias, considerando-os em sua totalidade.

Ao invés da estrutura organizacional da SESAB criar mecanismos e/ou dispositivos que estimule e propicie os processos de integração das ações assistenciais e da vigilância em saúde, verifica-se orientação em sentido contrário, tratando-os como concorrenciais na partilha de recursos (financeiros e humanos), espaços e posições. A estratégia de manter benefícios diferenciados para os trabalhadores da rede assistencial, abdicando-se daqueles que atuam no Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, por exemplo, provocou um efeito migratório do quadro técnico para os serviços hospitalares, cuja situação foi agravada pela saída definitiva de servidores, em decorrência da aposentadoria. O esvaziamento do corpo funcional, conforme observado neste estudo, tem sido uma barreira institucional para que a vigilância em saúde, como um todo, em especial a vigilância sanitária, atue de forma diligente, ágil, dinâmica e eficaz, antecipando-se aos eventos e/ou ocorrências, conforme se espera de seu papel institucional.

Adiciona-se ainda, que a vigilância sanitária é um dos campos que atua na linha de frente com o grande capital, incluindo segmentos empresariais do setor saúde, como estabelecimentos de saúde, indústria farmacêutica, entre outros. As variáveis analisadas nesta subseção constituem-se em exemplo clássico dessa relação tensa e emblemática entre os interesses do poder público e do capital privado, alguns deles atuando como prestadores de serviços de saúde, no nível de atenção secundária e terciária, por meio dos diversos arranjos organizacionais de gestão.

A própria complexidade e amplitude do campo da vigilância sanitária, associada ao seu insulamento no contexto do SUS e ao reduzido quadro de pessoal para atender suas inúmeras demandas, incluindo as ações de promoção e proteção, reduzem e/ou limitam o processo de integração das suas práticas com a rede de atenção à saúde. Por outro lado, em razão do seu papel regulador e do seu poder de polícia, suas ações ainda carecem, no contexto do SUS e do mercado, de uma compreensão ampliada dos seus benefícios para toda a sociedade. Nesse sentido, o monitoramento da gestão dos riscos sanitários não se efetiva em sua plenitude, estando sujeita a pressão de toda natureza, seja pelos próprios órgãos públicos e/ou setor regulado, impondo constrangimentos ao desenvolvimento integrado das ações no contexto do SUS.

7 A DIMENSÃO MICROPOLÍTICA DA GESTÃO DA REDE INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: ANÁLISE DOS PERCURSOS NA REDE INTRA E INTERORGANIZACIONAL

Essa dimensão envolve os seguintes componentes: *fluxo intermunicipal e/ou interestadual*, compreendido desde o deslocamento do município de domicílio até a unidade onde realiza o tratamento, de modo a identificar o caminho transitado entre os diferentes municípios e as distâncias percorridas, incluindo as barreiras geográficas de acesso; *fluxo de acesso assistencial*, entendido como o percurso realizado pelas(os) usuárias(os) entre os diferentes pontos de atenção à saúde da rede formal, incluindo a rede privada não complementar ao SUS, o decurso entre um ponto de atenção e outro, as motivações para isso, intervalo de tempo para início do tratamento e/ou procedimentos, reabilitação, observando-se as barreiras de acesso sócio-organizacionais; *centralidade para as(os)usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama*, com foco para a sua história singular, sinais da enfermidade, rede de apoio social e percepção sobre os serviços/atendimentos e percurso terapêutico.

A seguir, cada um desses componentes será analisado, mantendo-se uma relação dialógica entre si e com os demais componentes da dimensão da macropolítica, uma vez que a gestão integrada de redes de atenção à saúde é uma prática social e política que envolve a construção coletiva, no âmbito macro e micropolítico.

7.1 FLUXO INTERMUNICIPAL E/OU INTERESTADUAL: PERCURSOS E PERCALÇOS NO CAMINHO

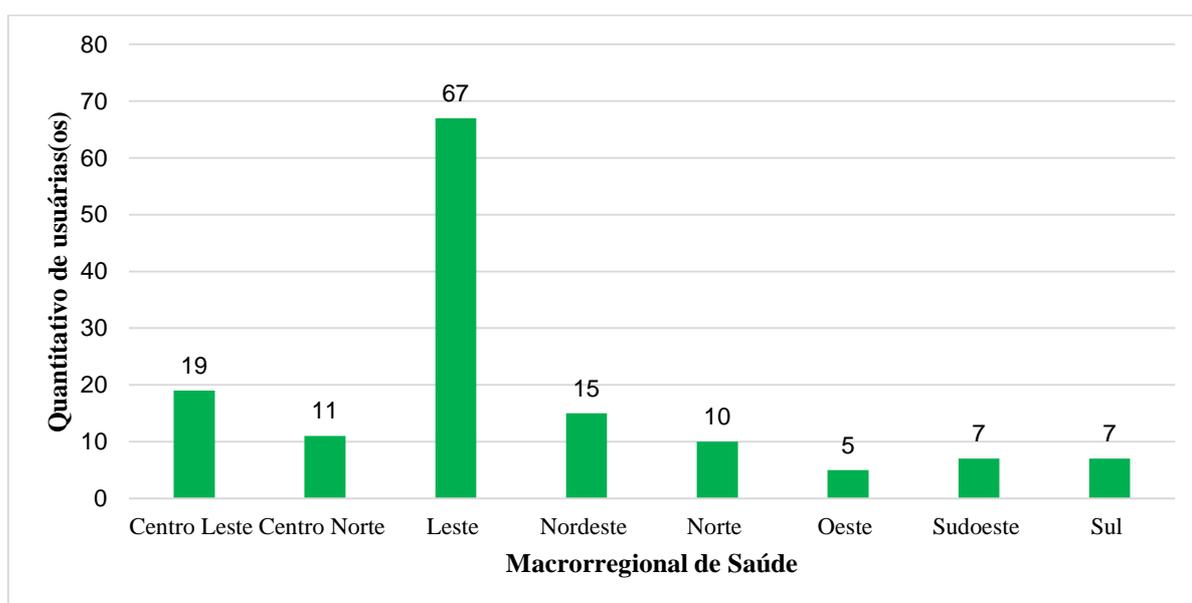
Ao considerar o desenho institucional da Rede Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023, conforme exposto na dimensão macropolítica, imagina-se que o percurso terapêutico das(os) usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama, em razão das lacunas assistenciais, ultrapassa as fronteiras limítrofes das regiões de saúde para buscar serviços de saúde que atendam, no plano ideário, seus anseios e expectativas, no que se refere à sua aflição.

Com base nesse entendimento, o itinerário terapêutico implica fazer uma incursão por municípios e/ou estados, até aportar numa unidade de saúde de referência para o tratamento da

enfermidade, visto que o percurso é permeável às questões individuais e subjetivas, bem como as situacionais e materiais.

Nesse sentido, observa-se que o fluxo intermunicipal com maior número de usuárias(os) é proveniente da Macrorregional Leste, correspondendo as regiões de saúde de Salvador (52 participantes), Cruz da Almas (06), Camaçari (05), Santo Antônio de Jesus (04) (Gráfico 14). Tal quantitativo é esperado, uma vez que essa macrorregional de saúde concentra a maior população do estado, quando comparada com as demais, sendo o município de Salvador referência para essas e outras macrorregiões de saúde, conforme já mencionado anteriormente. Além disso, convém reiterar, que a capital do estado dispõe de 06 do total de 13 serviços especializados que integram a Rede Estadual de Atenção ao Câncer.

Gráfico 14 - Origem do domicílio das(os) usuárias(os), por macrorregional de saúde. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

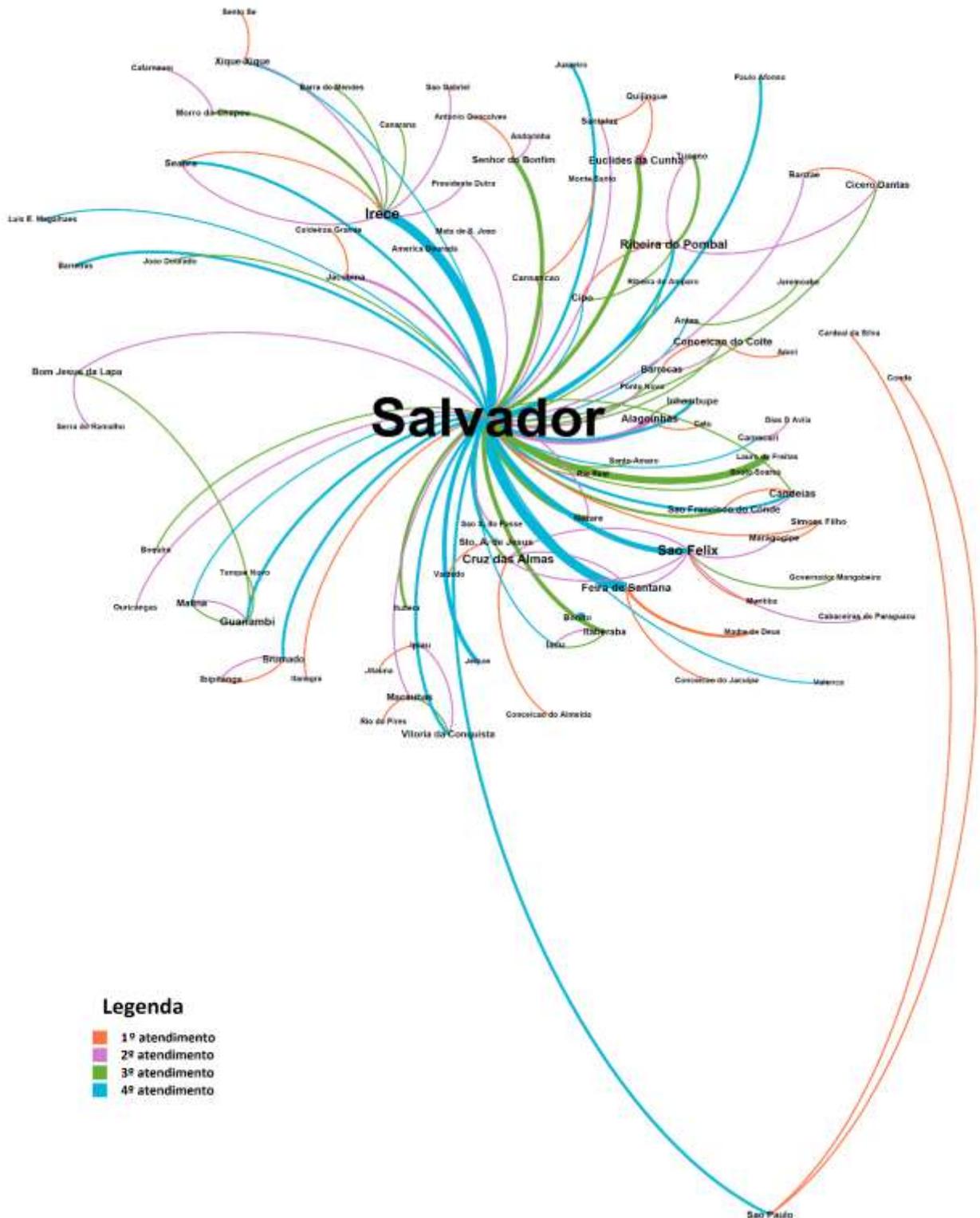
Em seguida, apresenta-se a Macrorregional Centro Leste com 19 usuárias(os), procedentes das regiões de saúde de Serrinha (08), Itaberaba (05), Feira de Santana (03) e Seabra (03). Esses dados chamam a atenção, visto que a região de saúde de Feira de Santana, no desenho atual, é referência para a Macrorregional Centro Leste. Situação semelhante ocorre com as regiões de saúde das Macrorregionais Sudoeste e Sul, ambas com referências, respectivamente, em Vitória da Conquista e nos complexos de Ilhéus e Itabuna.

O fluxo das demais Macrorregionais, Nordeste, Oeste e, temporariamente, Norte, é direcionado para a capital, em observância ao desenho normativo. Entretanto, ao analisar esse

deslocamento, considerando-se o município de domicílio e o percurso até a unidade onde realiza o tratamento, percebe-se que a configuração dos fluxos apresentam maior intensidade na Macrorregional Leste, seguida, respectivamente, da Centro Leste, Nordeste, Centro Norte e Norte (Figura 8). No caso da Macrorregional Centro Norte, ressalta-se a importância da região de saúde de Irecê para os municípios adjacentes, atuando como um ponto de interconexão com os serviços em Salvador.

Verificam-se dois casos em que houve deslocamento para a capital do estado de São Paulo, em razão do suporte de familiares e serviços, de acordo com o alegado pelas(os) participantes. Em âmbito intermunicipal, as motivações são decorrentes da busca de serviços para cuidar da situação de saúde (Figura 8).

Figura 7 - Rede do percurso intermunicipal e interestadual realizado pelas(os) usuárias(os) da linha de cuidado com câncer de mama. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico, com uso do Gephi (2018)

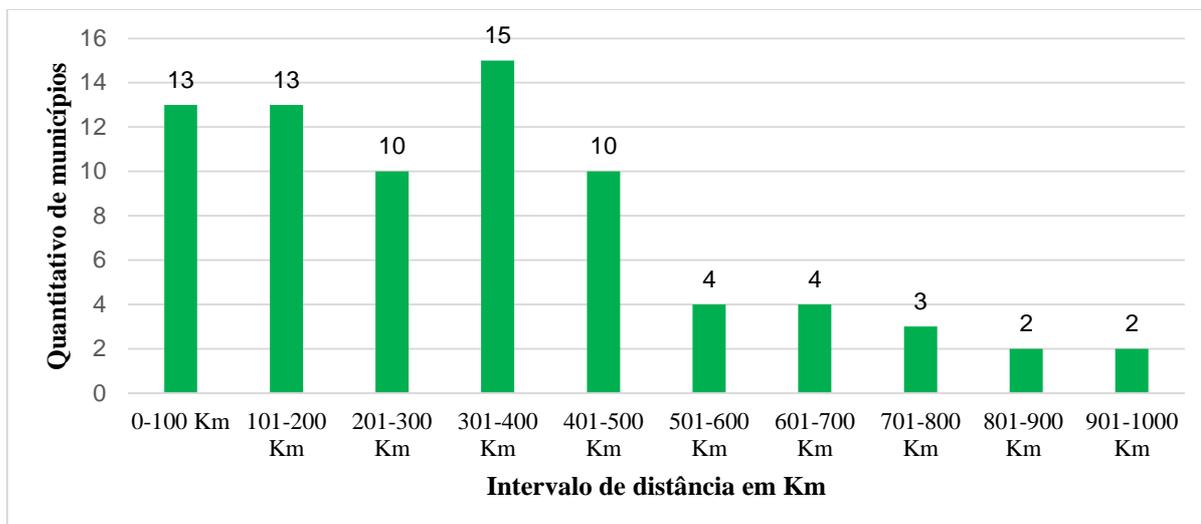
Embora a conformação do SUS exija atuação cooperada e solidária entre as três esferas de gestão para que seus princípios orientadores se cumpram efetivamente, os mecanismos indutores, em que pesem seu poder regulatório e simbólico, não tem demonstrado ser suficientes para assegurar que o pacto federativo se efetive nos moldes de sua imagem-objetivo, como uma “rede de redes” entre o continente e o conteúdo. A ilustração acima é exemplo de que essa trama de nós que se interconectam, se faz no devir, ou seja, no próprio percurso, seja por situações individuais e subjetivas e/ou materiais e de contexto, sobretudo, disponibilidade ou não da rede de serviços no território locorregional. Observa-se que essas dinâmicas, de contexto individual e situacional, tem sido balizadoras nas escolhas das(os) usuárias(os) e no traçado do seu percurso intermunicipal e/ou interestadual.

Nesse sentido, ao analisar a topologia da rede, exposta da Figura 8, infere-se que os fluxos intermunicipais e/ou interestaduais são decorrentes de interações que as(os) usuárias(os) constroem ao longo do caminho, do que propriamente diretrizes clínicas que orientem os fluxos e contrafluxos, previamente definidos e pactuados, no âmbito da política de gestão de rede integradas. Tal situação colide com o ideário da rede de política sustentada no princípio de interdependência entre organizações/atores, uma vez que são consideradas mutuamente dependentes entre si, cujas relações são baseadas na cooperação e gestão compartilhada, visando a solução dos complexos e crescentes problemas de saúde pública.

Diante do exposto, ao verificar que a estratégia de redes de atenção à saúde objetiva o aperfeiçoamento político-institucional do SUS e a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, assume relevância, nesse cenário, o processo de acessibilidade da população aos distintos pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas. Sob esse aspecto, ao analisar a extensão territorial da Bahia e a disposição dos serviços da Rede Estadual de Atenção ao Câncer, no território regional, ressalta-se as barreiras geográficas de acesso, no que se refere às distâncias entre os municípios de domicílio das(os) usuárias(os) e unidade de referência para o tratamento oncológico.

Ao comparar os municípios de domicílio (1º atendimento), dispostos na Figura 8, com os dados de Latitude (-12.970020) e Longitude (-38.504559) do município de Salvador, verificam-se escalas de distâncias que variam de 22 a 1.000 km, sob a perspectiva de rota viária (Gráfico 15). Ressalta-se que os dados abaixo não contabiliza os fluxos e contrafluxos entre um município e outro, realizados durante o percurso terapêutico.

Gráfico 15 - Quantidade de municípios em função das distâncias percorridas pelas(os) usuárias(os) entre o local de domicílio e a cidade de Salvador. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

Do total de 101 participantes procedentes do interior do estado da Bahia, estes são oriundos de 75 municípios. O gráfico acima, demonstra que 15 (20%) dos municípios possuem distâncias entre 301 a 400 km, em relação a Salvador. Em seguida, ressalta-se o quantitativo de 13 (17,3%) e 12 (16%) municípios, respectivamente, com distâncias entre 101 a 200 km e 22 a 100 km. Verifica-se que o somatório dos municípios com distâncias superiores a 400 km correspondem a 25, ou seja, 33,3%.

Essa situação de contexto reforça as narrativas descritas anteriormente, quando analisado o acesso ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e retoma-se novamente com a intenção de revelar outros aspectos vivenciados pelas(os) usuárias(os) em seu itinerário terapêutico.

[...] e essa viagem é muito cansativa, a gente viaja a noite toda para chegar aqui cedo, são quase 800 km daqui. É muito difícil. É preciso de forças e muita coragem para vencer tudo. É muito perigoso, é imprudência de motorista, é tudo (Participante 11, Informação Verbal).

Na estrada a gente vive toda sorte de coisas, de assalto a carro quebrado. Os bandidos levaram o carro uma vez e roubaram o pouco que a gente tinha. Ficamos na estrada até resolver (Participante 19, Informação Verbal).

[...] aqui é muito bom, gostei muito, só não gosto da distância [referindo entre o município de domicílio e município de tratamento] (Participante 33, Informação Verbal).

No interior é tudo muito difícil e essas viagens são muito cansativas, é muita distância. Por causa da dificuldade de transporte eu deixei de comparecer nas datas marcadas e meu tratamento demorou muito a iniciar porque tinha que remarcar sempre (Participante 115, Informação Verbal).

Na minha cidade não tem tratamento para câncer e a gente tem que se deslocar para outra cidade, passa a noite toda viajando, arriscando a vida na estrada. É muito difícil! Se na cidade tivesse os serviços seria melhor para a gente (Participante 110, Informação Verbal).

A indisponibilidade de serviços no território locorregional e as longas distâncias percorridas já se constituem em barreiras geográficas de acesso, porém, quando adicionadas às dificuldades na obtenção desse direito social e externalidades como assaltos e imprudências na direção do veículo automotor, aprofundam o quadro de exposição de riscos das pessoas às causas externas e geram constrangimentos à política de saúde, no que se refere à qualidade e humanização do atendimento.

Onde moro nem transporte eles dão e eu e meu marido não temos recursos, só o dinheirinho de uma aposentadoria. Hoje estou como extra, pois não tinha dinheiro para vim na data marcada. Ele tem câncer de próstata e trata em outro hospital. É mais despesa e nem sempre tem o dinheiro para isso. Até dinheiro para um lanche a gente não tem. Estou aqui sem comer nada até agora [já passava das 13h00]. Ainda bem que aqui eu consigo realizar meus atendimentos e quando eu falto por causa de dinheiro, o pessoal dá um jeito de marcar (Participante 60, Informação Verbal).

Considerando-se que o tratamento de condições crônicas requer, por vezes, o deslocamento semanal, as distâncias apresentadas e as dificuldades relatadas, nesta subseção e anterior, demonstram a amplitude dos desafios enfrentados pelas(os) usuárias(os) no seu percurso terapêutico e a responsabilidade sanitária das autoridades competentes para fazer valer o direito à saúde, o que inclui o respeito à dignidade humana.

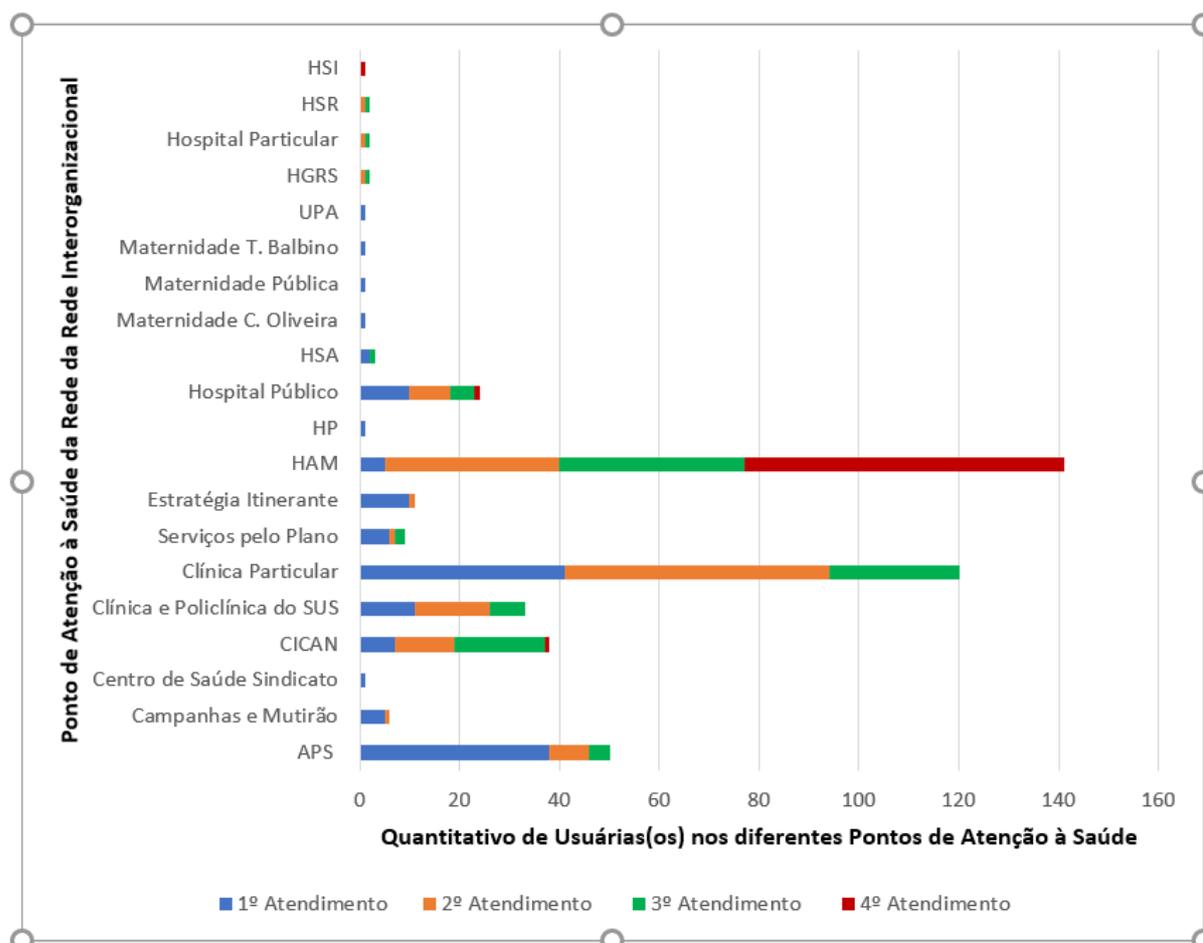
7.2 FLUXO DE ACESSO INTERORGANIZACIONAL E INTRA-ORGANIZACIONAL

Essa subseção dialoga com a anterior, pois compartilha-se do pensamento de que a rede interfederativa engloba a rede de serviços, de modo que o acesso a essa rede interorganizacional e intra-organizacional será analisada sob a perspectiva do percurso das(os) usuárias(os) entre os serviços de diferentes densidades tecnológicas até a unidade, na qual realizam o tratamento, incluindo a dimensão tempo entre um atendimento e outro, bem como o seu caminhar interno

entre os serviços da unidade hospitalar, identificando-se as barreiras de acesso, de natureza sócio-organizacional.

Conforme mencionado na metodologia, o percurso terapêutico na rede interorganizacional foi definido em quatro pontos de atenção à saúde (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Percurso terapêutico das(os) usuárias(os) entre os pontos de atenção à saúde da rede interorganizacional da linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

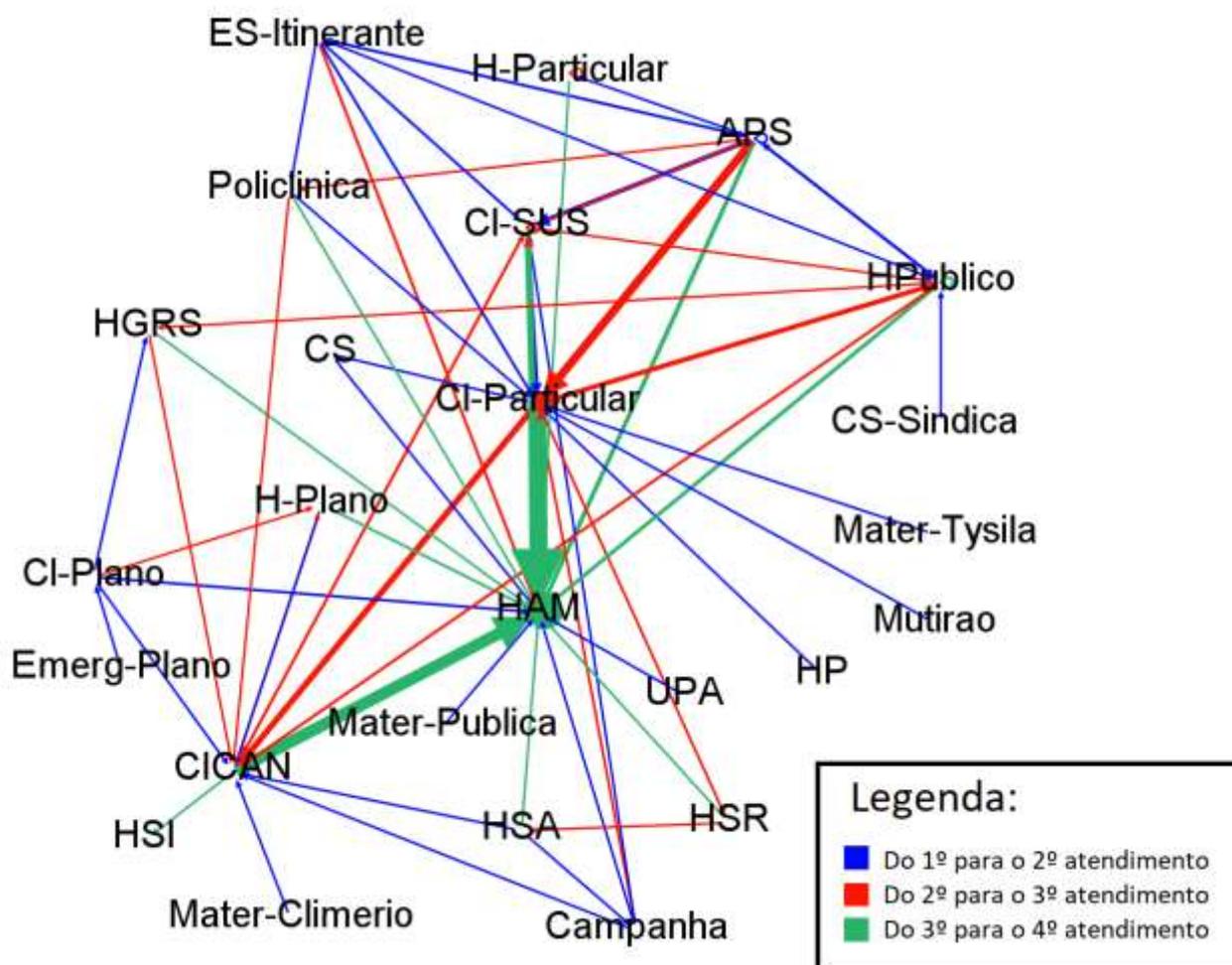
Os dados acima, apontam que a Atenção Primária à Saúde (APS) é utilizada até o 3º atendimento, porém em maior número no 1º atendimento. Entretanto, o setor privado não complementar ao SUS, representado pela “Clínica Particular”, supera a APS no 1º atendimento, conforme mencionado em subseção destinada a analisar a APS como porta de entrada na rede assistencial, como também supera os demais pontos de atenção no 2º e 3º atendimento, o que demonstra a supremacia desse setor. Tal situação, reforça argumentos

anteriores sobre a situação político-institucional da APS, incluindo as lacunas assistenciais na atenção especializada.

Nos achados empíricos, chama atenção que o CACON do Hospital Aristides Maltez (HAM) figure entre o 1º e 2º atendimento, visto se tratar de um serviço de alta densidade tecnológica, o que sinaliza situações materiais e de contexto, como lacunas assistenciais do nível secundário de atenção à saúde ou facilidade de acesso a essas unidades de saúde. A escolha deste serviço, pode ocorrer, também, em decorrência de crenças socialmente compartilhadas de ser a unidade de referência hospitalar o território sanitário da resolutividade, uma vez que abriga vários pontos de saúde num único local. Salienta-se ainda, que do total de 141 participantes, 03 (2,15%) iniciaram o 1º tratamento em outras unidades de saúde, sendo 01 (um) caso no CICAN, (01) um no Hospital Santa Izabel (HSI), ambos localizados na capital e outro num Hospital Público do interior da Bahia. Todos esses casos, são pacientes de seguimento de tratamento, sendo um deles acompanhado pelas duas organizações de saúde, CICAN-HAM.

Ao representar esse itinerário terapêutico, utilizando o recurso metodológico do grafo, verifica-se a forte presença do setor privado não complementar ao SUS e o CICAN como unidade ponte com o HAM (Figura 9).

Figura 8 - Rede do percurso interorganizacional realizado pelas(os) usuárias(os) da linha de cuidado com câncer de mama. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

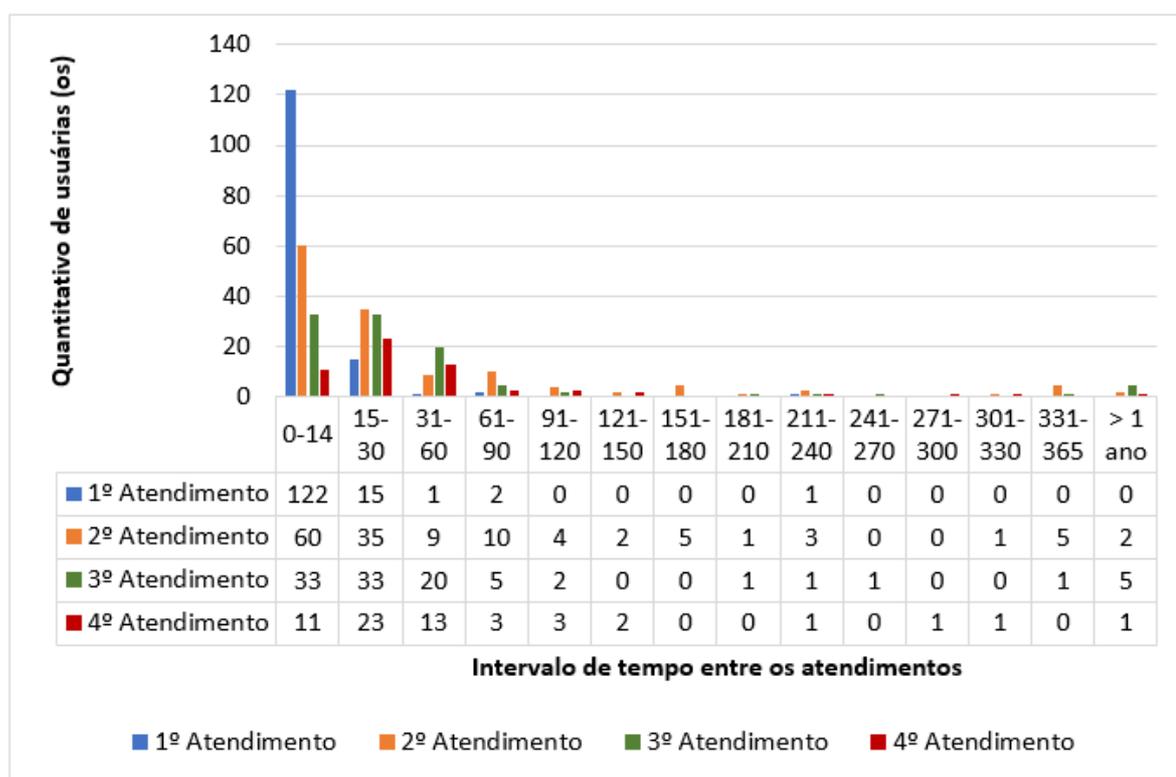
Concernente ao CICAN, o mesmo forma um complexo com o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS). No entanto, verificou-se que parte da equipe, que atua profissionalmente no CICAN, também integra o corpo funcional do HAM, o que explica essa intensidade nas relações entre essas duas organizações de saúde.

Eu tinha plano que era um plano morte. Fiz mamografia, ultrassonografia de mama e o médico dizia que eu não tinha nada, apesar do sangramento escuro. Fiquei sem plano e fui para o CICAN onde tive os atendimentos devidos. A médica de lá trabalha aqui e fez meu encaminhamento [...] (Participante 51, Informação Verbal).

Referente ao tempo entre um atendimento e outro na rede interorganizacional, utilizou-se do mesmo intervalo adotado pelo Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Trata-se do trânsito

entre um ponto de atenção e outro, para consultas, exames de diagnóstico, sem que isso signifique o intervalo de tempo para início do tratamento. Observa-se que o intervalo de tempo de 0-14 dias concentra o maior quantitativo de usuárias(os) nos 1º, 2º e 3º atendimento, seguido do decurso de 15-30 dias e 31-60 dias, respectivamente (Gráfico 17). Se considerar o fluxo de intensidade da rede privada não complementar ao SUS (Figura 9), talvez isso possa explicar a concentração de maior número de usuárias(os) no prazo de 15 a 60 dias, haja vista que a procura dessa rede, segundo relatos das(os) usuárias(os), decorre da necessidade de agilizar o processo de diagnóstico e também de tratamento, conforme será revelado posteriormente.

Gráfico 17 - Intervalo de tempo entre os atendimentos durante o percurso terapêutico na rede interorganizacional da linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

Verifica-se, nos dados acima, a ocorrência de atendimentos com intervalos de tempo superiores a 90 dias e as razões para essas situações, decorrem de vários fatores, como: ausência de profissional especializado no município, adicionada da dificuldade em obter transporte para comparecer no dia agendado e auto-interpretação de que os nódulos, por não causar incômodo, não representavam riscos à saúde; profissional médico não considerou a queixa da paciente;

demora na obtenção de resultados e extravio de dados, conforme se observa nas narrativas, abaixo dispostas.

Não tinha médico no lugar onde moro e fiquei aguardando para fazer a cirurgia para tirar o caroço. Às vezes, eu não conseguia transporte para ir no dia marcado. Somente depois de 2 anos eu fiz a cirurgia. Depois, descobri mais outros dois, mas como não sentia nada e nem me incomodava, relaxei (Participante 1, Informação Verbal).

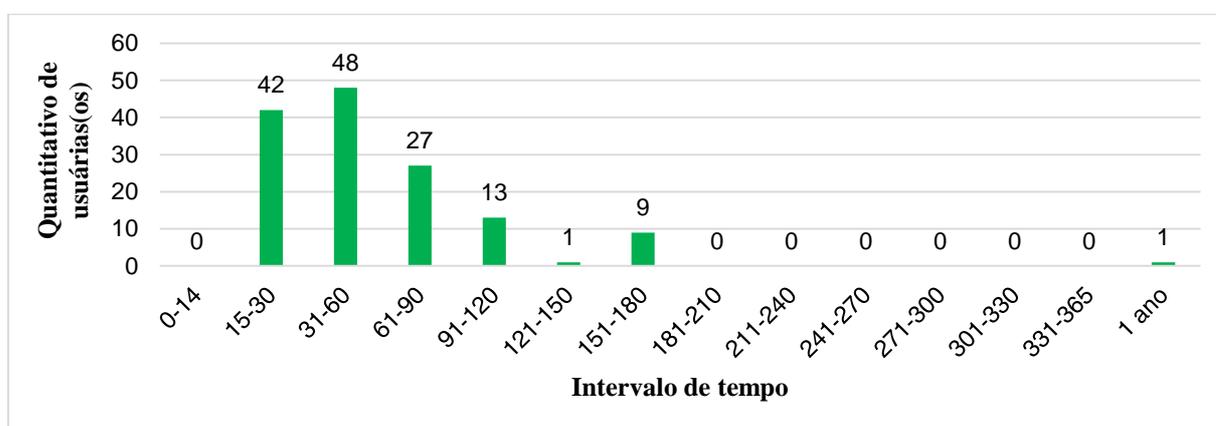
Eu tive que esperar uns 30 dias para ter o primeiro atendimento na Clínica do SUS, porque tem que marcar para ser atendida. Retonei 30 dias depois com os exames e a médica disse que eu não tinha nada e eu sentia que tinha alguma coisa. Depois de 10 meses, eu voltei novamente e foi dito a mesma coisa, mas eu insisti num pedido para outra ultrassonografia da mama e depois fui direto para o CICAN (Participante 30, Informação Verbal).

Eu fiz o exame naquelas carretas [Estratégia Itinerante de Saúde]. Demorou mais ou menos 1 ano que eu receber o resultado do exame. Minha filha que é agente comunitária de saúde e trabalha em outro município ter que ir lá para minha cidade para resolver na secretaria de saúde (Participante 72, Informação Verbal).

Eu fui para a Clínica Particular para ser mais rápido. Paguei R\$ 500 reais pela biópsia e fiquei esperando o resultado por uns 6 meses. Eu ficava direto procurando saber e foi que o médico disse que os dados foram perdidos quando ele enviou para fazer o exame aqui em Salvador e que ele teve que fazer tudo de novo (Participante 98, Informação Verbal).

No tocante ao intervalo de tempo para início do tratamento, em observância à Lei Federal nº 12.732/2012, que fixa o prazo máximo 60 dias, a contar da data do diagnóstico confirmatório, verifica-se que 90 (63,8%) participantes iniciaram o tratamento no prazo regulamentar (Gráfico 18).

Gráfico 18 - Intervalo de tempo para início do tratamento na linha de cuidado do câncer de mama. Bahia, 2018



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do estudo empírico (2018)

Entretanto, a demora na realização dos exames, entre eles a biópsia, bem como falta de vaga para marcação de consultas de retorno para outro profissional, estão entre as principais razões apresentadas pelas(os) participantes da pesquisa para atraso no início do tratamento. Destaca-se, inclusive, o conhecimento das(os) próprias(os) usuárias(os) de que essa demora se deve, em parte, à Central de Regulação e, em outra, ao sistema interno da unidade hospitalar no processo de marcação de consultas de retorno, pois a unidade de saúde funciona por demanda espontânea para os primeiros atendimentos, que consiste numa triagem, seguida da 1ª consulta, que muitas(os) afirmaram realizar os dois procedimentos até no mesmo dia. A questão central reside, portanto, na realização de exames regulados, cuja demora é motivo de preocupação para as(os) usuárias(os) que optam, grande parte deles, por realizar na rede privada não complementar ao SUS para dar celeridade ao início do tratamento e/ou procedimentos de seguimento.

[...] O SUS deveria ser mais ágil, tem uma pessoa na sala de espera que tem 4 meses esperando a biópsia. Quantos não morrem por causa da espera??!!! (Participante 23, Informação Verbal).

[...] Aqui fiz a biópsia, cintilografia, mas houve muita demora para obter consulta e só fiz a cirurgia cerca de quatro meses depois. Hoje com a regulação, um exame de cintilografia demora cerca de três meses, de tomografia uns seis meses. Eu já enfrentei um câncer ósseo, mas parece que não tenho mais nada. Agora apareceu no fígado. Apesar das filas, aqui é ótimo. Se não fosse esse hospital eu não sei o que seria da gente. No meu bairro não tem posto, não tem nada (Participante 51, Informação Verbal).

[...] Aqui no hospital, houve uma demora para a cirurgia por causa do carnaval e também alguns exames, mas acho que foi tudo muito rápido. Existe fila longa e demorada, lá fora e aqui dentro, porque a demanda é grande. Quando venho para cá já preparo meu psicológico para passar o dia (Participante 64, Informação Verbal).

Os exames aqui demoram muito e vou fazer agora tudo particular para agilizar a minha cirurgia. Mas aqui é muito bom. Em outros lugares o atendimento está muito precário (Participante 41, Informação Verbal).

A regulação demorou muito. Foi uma luta para eu conseguir, mas não foi fácil. Aqui fiz meu tratamento e gosto muito desse lugar [...] (Participante 91, Informação Verbal).

No que se refere ao percurso intra-organizacional, a queixa principal das(os) pacientes é centrada na demora entre um procedimento e outro, seja para atendimento com a equipe multidisciplinar, em especial o profissional de oncologia para definir os demais tratamentos.

O caminho é difícil, muito difícil. Existe muita demora entre um procedimento e outro. Por exemplo, da cirurgia para a quimioterapia. Isso demorou cerca de dois meses (Participante 118, Informação Verbal).

Outra queixa que assume centralidade, consiste na modalidade de mutirão, adotada pela instituição, onde os agendamentos só ocorrem uma vez por ano, quando a necessidade das(os) usuárias(os) sinaliza para uma maior brevidade. Além disso, essa modalidade de marcação provoca longas filas, segundo relatado, o que obriga as(os) usuárias(os) a dormirem no próprio local, expondo-se a vários riscos externos.

[...] A única coisa que pega aqui é a marcação que é doloroso e você chega de madrugada, perde o dia todo porque é gente, é gente. E também, o tempo para marcar consulta. Marquei em novembro de 2017 para consulta hoje [março 2018] (Participante 91, Informação Verbal).

Eu acho que o tempo para marcar exames e consulta é muito longo e dá muito trabalho. Não tenho o que dizer daqui, mas para ser atendida é preciso dormir aqui. Mas não tenho como agradecer a esse hospital (Participante 54, Informação Verbal).

Meu percurso foi muito difícil. Aqui a gente enfrenta longas filas. Já dormi na fila para marcar exame e consulta, porque agora é com mutirão. Tem funcionários da recepção e atendentes que se portam de forma agressiva. Dois ou três que atendam mal, já destrói o seu dia (Participante 22, Informação Verbal).

Concernente ao tratamento, constatou-se que a cirurgia costuma ser o primeiro procedimento adotado, correspondendo a 85,1% do total de 141 participantes da pesquisa. Do total de 139 mulheres da amostra, 69 (49,6%) submeteram-se à mastectomia, uni ou bilateral, sendo que apenas 10 (14,4%) realizaram a reconstrução da(s) mama(s) e, destas, 08 (80%) no ato da cirurgia. As motivações para a não realização desse tipo de procedimento, variam entre: “necessidade de tempo para refletir sobre o assunto”; “medo de se submeter ao procedimento”; “desejo de realizar o procedimento no futuro”; “falta de vaidade”. Em alguns casos, observou-se que as usuárias não estavam suficientemente informadas sobre esse direito, regulado pela Lei Federal nº 12.802, de 24 de abril de 2013.

O percentual de 49,6% de mulheres submetidas ao procedimento invasivo e mutilante da mastectomia, pode ser indicativo de que o sistema de saúde atua ainda de forma reativa, fragmentada e com pouca articulação entre os distintos pontos de atenção à saúde e, destes, com as ações de prevenção, promoção e proteção da saúde, prevalecendo a lógica do modelo médico-centrado, tecnicista e com foco nas ações curativas. Por outro lado, tal situação pode ser reveladora dos problemas de acessibilidade aos serviços de saúde, de natureza geográfica e

sócio-organizacional, largamente evidenciada nas narrativas das(os) participantes expostas neste estudo, comprometendo a detecção e tratamento precoce.

Referente à interrupção no processo de tratamento, decorrente de algum fator externo ou interno, 51 (36,1%) relataram ter sofrido algum tipo de interregno, seja por falta de transporte e de recursos para lanche, erro no sistema de marcação, baixa imunidade, falta de medicamento e problemas operacionais com a máquina de radioterapia, sendo esta a causa mais frequente citada pelas(os) usuárias(os), juntamente com a questão relacionada ao transporte sanitário e de condições socioeconômicas.

Nem sempre eu tinha dinheiro para pagar a passagem e faltei algumas vezes (Participante 60, Informação Verbal).

Não tinha dinheiro para lanche para mim e acompanhante durante o período da quimioterapia (Participante 1, Informação Verbal).

A doença em si não me abala. Agora o tratamento é que abala e essas coisas é que abalam mais, como a falta de carro, serviços. Isso faz com que muita gente desista do tratamento. No geral, eu vejo minhas companheiras sofrendo, porque não tem dinheiro, não tem passagem, interrompeu o tratamento por causa de dinheiro (Participante 137, Informação Verbal).

Tive duas marcações para o mesmo dia e me confundi com as datas e fiquei um mês sem fazer a quimioterapia, porque para remarcar foi difícil (Participante 41, Informação Verbal).

Teve problemas de medicação e eu fiquei de 08 a 15 dias sem pegar o medicamento (Participante 53, Informação Verbal).

Eu fiquei uns 20 dias sem fazer a radioterapia por causa da máquina quebrada (Participante 106, Informação Verbal).

O meu tratamento atrasou 30 dias para começar por causa da radioterapia que estava quebrada (Participante 114, Informação Verbal).

Além das situações de vulnerabilidade socioeconômica das(os) participantes, torna-se recorrente a transferência de responsabilidade da autoridade sanitária para as(os) usuárias(os). Além disso, observa-se a fragilidade da vigilância sanitária na fiscalização dos aparelhos de radiação ionizante, confirmando a sua atuação pontual e reativa a queixas e/ou denúncias, colidindo com sua missão precípua de proatividade para prevenir riscos, danos e desenvolver ações de promoção e proteção da saúde.

Quanto ao processo de reabilitação, observou-se que é um procedimento padrão da unidade hospitalar, em análise, encaminhar todas as pessoas que se submeteram a linfadenectomia axilar, entre outros casos, para tratamento fisioterápico, sendo disponibilizado

manual com instruções para que possa facilitar a realização das atividades em casa, após a devida orientação e atendimentos iniciais. Essa informação foi confirmada em visita ao serviço e durante as entrevistas, cujas(os) participantes relataram a realização do tratamento na própria unidade hospitalar ou no município de domicílio, pela rede pública ou na residência, mediante as orientações do serviço de fisioterapia.

Os dados apresentados neste e no subitem anterior, o qual analisou o fluxo intermunicipal e/ou interestadual, evidenciam que a estruturação da linha de cuidado do câncer de mama, no contexto da regionalização da saúde, apresenta-se de forma fragmentada, pulverizada, com vazios assistenciais, impondo às(aos) usuárias(os) fatores restritivos de acesso, geográficos e sócio-organizacionais à rede de atenção à saúde, transformando o percurso terapêutico em algo incerto, duvidoso, com limitações à garantia do seu direito à saúde e à integralidade do cuidado.

Embora as narrativas, até então expostas, falem por si e muito mais do que pode ser interpretadas e analisadas, no item seguinte o foco é centrado nas(os) usuárias(os), uma vez que estudos sobre itinerários terapêuticos partem de histórias de vida, num olhar em retrospecto para o passado, a fim de reconstruir o caminhar na rede de atenção à saúde e respectiva linha de cuidado, estando, portanto, tal processo sujeito a vários ângulos e visões.

7.3 ESCOLHAS, TRILHAS E DESCOBERTAS: COM A PALAVRA AS(OS) USUÁRIAS(OS) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS

Um dos atributos da rede de atenção à saúde consiste na centralização do cuidado às(aos) usuárias(os), em observância ao seu contexto sociocultural, econômico, material, sem desconsiderar o olhar para a dimensão individual e subjetiva, uma vez que não são dimensões separadas, mas que se interpenetram e orientam decisões na escolha dos serviços de saúde, tratamento, procedimentos, entre outras, num movimento contínuo de negociação entre os distintos atores envolvidos.

No entanto, não se tem a pretensão, aqui, de abordar o componente “centralidade no usuário”, sob a perspectiva da fenomenologia hermenêutica, mas em se tratando de um estudo sobre percurso terapêutico, é quase impensável não vocalizar as percepções dos principais

personagens que atuam no campo organizacional, costurando verbos, cerzindo palavras e gestos incontidos de dor, sofrimento, sonhos e esperanças.

Nesse sentido, este item é apresentado sob a forma de cenas, na tentativa de reconstruir situações diversas vivenciadas por quem faz o percurso terapêutico, na linha de cuidado do câncer de mama, um ato vivo.

7.3.1 CENA 1: O toque revelador e os sentimentos humanos: autoexame e confirmação diagnóstica

Ao serem indagadas(os), como e em que ano a(o) senhor(a) descobriu o câncer de mama, observou-se que a resposta, quase sempre, iniciava a partir do autoexame, de modo que 85 (60,2%) participantes da pesquisa, afirmaram que buscaram os serviços de saúde, após perceber algum sinal e/ou alteração na mama.

No meu caso, por eu ser jovem, poderiam ter um olhar mais especial. Não precisa ter um histórico familiar. A médica desacreditou de mim, dizia que não era nada e eu conheço o meu próprio corpo, sabia que havia algo. Se eu não fosse uma pessoa esclarecida e conhecesse meu próprio corpo, talvez não estivesse aqui. Lembro que fiquei apavorada e procurei fazer exames em clínica privada para agilizar. Precisa ter mais serviços para atender as mulheres (Participante 89, Informação Verbal).

Em outras situações, a descoberta ocorreu através dos serviços e as reações variaram do medo, desespero, choro e o sentido de pressa, de lutar contra o tempo, o que as fazem recorrer à rede privada não complementar ao SUS.

Não tinha noção de nada e fiquei desesperada. Marquei o exame de mamografia numa clínica particular porque estava desesperada. Depois fui no posto e lá a médica solicitou uma ultrassonografia da mama e outros exames. Juntei dinheiro, os parentes também ajudaram porque só eu estou passando por isso. Não foi fácil (Participante 87, Informação Verbal).

[...] Os primeiros exames de ultrassonografia não foram conclusivos, mas teve um exame que já apontou o nódulo e o médico não me esclareceu o suficiente para eu fazer logo a pequena cirurgia. Ele saiu de férias e fui atendida por outro médico que me acompanha aqui nesse hospital e foi que ele fez a pequena cirurgia e me disse se eu sabia que era câncer e que meu caso era mastectomia. Meu mundo caiu e aí eu me desesperei, chorei muito. Fiz alguns exames particular para agilizar meu tratamento e aqui não tenho o que falar [...] (Participante 90, Informação Verbal).

Eu era acompanhada no postinho e sempre fazia a ultrassonografia da mama. Foi a ginecologista que percebeu o nódulo e eu corri logo para fazer os exames particular em outra cidade, pois não tinha onde moro. Esperei quase 08 meses para a secretaria de saúde me encaminhar para cá e como isso não aconteceu eu vim por conta própria (Participante 56, Informação Verbal).

Em uma das histórias, verifica-se que a descoberta se deu através do toque do esposo.

Sempre tive medo porque já tive casos na família e foi meu marido quem descobriu e fui logo num médico clínico do posto de saúde que solicitou uma ultrassonografia da mama urgente. Tive que fazer particular porque não fazia pelo SUS e se não fizesse ia demorar e a família ajudou. Quando o médico disse que eu tinha câncer meu teto desabou e através de uma amiga consegui fazer a cirurgia pelo SUS lá mesmo no interior. Depois vim para esse hospital e faço acompanhamento anual. O empecilho daqui é marcar consulta (Participante 88, Informação Verbal).

Nas narrativas acima, além do contato com a dor, com algo desconhecido ou desenhado apenas no imaginário e que desperta o sentido de urgência, observam-se barreiras de acesso vivenciadas, sejam de ordem socioeconômicas, como também de natureza sócio-organizacional, relacionadas a indisponibilidade de serviços no município; informacional, por parte dos profissionais de saúde que não consideraram a queixa e nem orientaram adequadamente as(os) usuários; os mecanismos de regulação do acesso na rede inter e intra-organizacional, atuando em rota contrária às necessidades da população usuária. Tais barreiras podem retardar a confirmação diagnóstica e início do tratamento em tempo oportuno, ocasionando intervenções médicas radicais que provocam mais trauma, dor e sofrimento.

Foi muito difícil e entrei em desespero quando perdi a mama direita, porque achei que ia morrer. Tive que lutar por mim e depois tudo passa. Nada faria eu desistir do tratamento. Tive muito apoio de familiares e amigos (Participante 1, Informação Verbal).

Se eu tivesse vindo logo para aqui eu não precisaria tirar a mama [...] (Participante 19, Informação Verbal).

Observa-se nessas narrativas, que o processo cirúrgico da mastectomia provoca um sentimento de perda de uma parte do corpo sensível às mulheres, impregnada de simbolismos e múltiplos significados. Verifica-se ainda, a percepção quanto ao sentido de tempo, no sentido de um transitar na rede assistencial de forma resolutiva, para que as intervenções ocorram em tempo oportuno. Ou seja, as usuárias tomam para si todas as iniciativas, quando a mesma deveria ser um processo de corresponsabilização do poder público em sinergia com as reais demandas da população.

Um dos usuários do segmento masculino narrou que a descoberta ocorreu mediante a percepção de um sinal estranho, que ao tocar, se revelou uma espécie de protuberância. Mas ao compartilhar com a rede social de apoio, encarou a descrença, pois tal situação era estranha pelas pessoas que desconheciam que pudesse afetar homens.

7.3.2 CENA 2: Rede social de apoio e a capacidade de influência da rede informal nas relações de poder institucional

No processo de reconstrução do percurso, verificou-se que o suporte de familiares, seja na atenção dispensada ou no apoio com recursos financeiros para a realização de exames na rede privada não complementar ao SUS, mostrou-se muito presente. Destaca-se ainda a relação social com amigos e/ou conhecidos, cujos contatos estabelecidos com profissionais na rede assistencial, propiciaram o acesso tão desejado, demonstrando o poder das redes informais sobre o estabelecido, o fixado, o normativo.

A preocupação da família foi muito grande e todo mundo ajudou para pagar os exames na clínica particular em Feira de Santana, para ser mais rápido, antes de eu procurar o CICAN (Participante 44, Informação Verbal).

Meu percurso foi com muito gasto, com dinheiro da família inteira. É muito dinheiro, é preciso comprar remédio, ter uma boa alimentação. Aqui tem fila, desgaste, mas os profissionais são maravilhosos. Na minha cidade não consegue nada pelo SUS, só dificuldades. Fiz recentemente um plano de saúde ambulatorial para facilitar a realização dos meus exames (Participante 14, Informação Verbal).

Na época eu tinha plano de saúde e fiz logo ultrassonografia da mama, mamografia e a biópsia, em cerca de 15 dias. Como plano de saúde negou a exame de estereotaxia eu procurei um amigo médico no Hospital Roberto Santos e que encaminhou logo para o CICAN. [...] (Participante 58, Informação Verbal).

Eu fazia meu acompanhamento desde 2014 e quando senti alteração eu procurei a Maternidade Tsyla Balbino porque tenho conhecidos lá e eles facilitaram meu atendimento com a ginecologista (Participante 70, Informação Verbal).

Os relatos evidenciam a situação de vulnerabilidade sócio-econômica das(os) usuárias(os), o ônus da transferência da responsabilidade sanitária para familiares e o poder da rede informal para penetrar as barreiras sócio-organizacionais e obter o acesso que lhe é dificultado pela vias formais.

7.3.3 CENA 3: Acolhimento e humanização do cuidado

O acolhimento e humanização não é restrito a um local ou profissional específico, mas perpassa o ato do cuidado em toda a rede de atenção à saúde. Em narrativas, dispostas em capítulos anteriores, a questão da humanização do cuidado se fez presente, de forma explícita ou implícita, evidenciado que essa é uma questão que não se limita a rede intra-organizacional. Entretanto, observou-se que a unidade hospitalar, em análise, costumava ser utilizada como parâmetro para avaliar os demais serviços na rede assistencial, sendo este um tema que divide opiniões, haja vista ser algo que expressa a percepção de cada indivíduo, o que implica no modo como cada pessoa sente e interpreta o que vê e vivencia.

Aqui é mil. O pessoal da radioterapia foi maravilhoso, de atendente a todos. O CICAN tem uma facilidade grande de marcação, diferente daqui do hospital onde precisamos dormir nessa fila abençoada (Participante 31, Informação Verbal).

Aqui a marcação é por mutirão e as filas são longas. Os profissionais da recepção deixam a desejar no acolhimento [...] (Participante 23, Informação Verbal).

Esse hospital está de parabéns, recebe todos com carinho. A fila é normal, é boa, bate papo e passa (Participante 32, Informação Verbal).

[...] tem funcionários da recepção e atendentes que se portam de forma agressiva. Dois ou três que atendam mal, já destrói o seu dia (Participante 22, Informação Verbal).

[...] aqui o atendimento é pouco acolhedor pelos profissionais da recepção, atendentes. Já tem câncer e ainda ser tratada dessa maneira. Mas minha médica é ótima (Participante 27, Informação Verbal).

Aqui [HAM] é nota mil, todo mundo. Minha médica é como Deus (Participante 30, Informação Verbal).

Os relatos acima sinalizam a pluralidade de percepções, de modo que a mesma situação ou fato pode ser visto sob perspectivas diferentes. Observou-se que os profissionais que atuam no atendimento direto ao público tendem a receber mais críticas, quando comparados com os profissionais da medicina, aos quais são atribuídos vários adjetivos e qualificações míticas. Até a fila para marcação de consultas e exames passa a ser vista, por alguns, como um processo normal, natural e abençoado. Nesse sentido, observou-se que, para esse público, o fato de estar realizando o tratamento num hospital de referência compensa todo o desgaste físico e

emocional, o que pode reforçar crenças em favor da naturalização da desumanização, enfraquecendo a noção de cidadãos portadores de direito.

Considerando que a humanização integra as dimensões físicas, ambientais e relacionais, bem como a dimensão da gestão e atenção, os relatos, abaixo dispostos, apontam para uma reflexão nessa direção.

[...] Aqui no hospital fico esperando, chego de manhã e só sou atendida pela tarde. Depois da quimioterapia só quero deitar, mas tenho que esperar o carro até à noite (Participante 34, Informação Verbal).

No interior as pessoas esperam muito para marcar e eu não consegui compreender a demora na marcação pela secretaria da saúde, porque aqui você chega e faz logo a triagem e até a consulta no mesmo dia. Ainda não entendo esse fio, entre o que dizem lá e o que encontramos aqui. Na triagem e em outros locais de atendimento neste hospital, as pessoas são ásperas. Eu gosto de perguntar para poder saber, quero saber o passo a passo e na triagem a pessoa que me atendeu disse assim: 'sente e não faça nenhuma pergunta'. Falta acolhimento no pessoal da linha de frente, tanto da triagem, como nas recepções. Aqui mesmo só tem um funcionário para atender e a sala lotada. Minha acompanhante já ficou mais de duas hora em pé porque não tinha lugar para sentar. O pessoal da linha de frente, às vezes atuam como barreiras no atendimento. Onde está a humanização? Não somos vítimas e nem acho que somos fragilizados, como costumam dizer de pessoas que tem câncer. Porque essa lente somente com quem tem câncer e não com as outras? As pessoas usam o mito do termo de pessoas fragilizadas. Somos todos seres humanos e queremos respeito e atenção que todos merecem. Eu já estou percebendo algumas coisas aqui. Já percebi que para marcar revisão só para o próximo ano. Como pode isso?! Há um trânsito de um setor a outro e que falta comunicação, falta conexão entre os serviços aqui dentro (Participante 99, Informação Verbal).

As narrativas, acima expostas, evidenciam que a humanização do cuidado não se restringe ao pessoal da recepção das unidades de saúde, embora as críticas sejam mais direcionadas para esse grupo de profissionais, mas envolve outros atores e todos os serviços prestados às(aos) usuárias(os) durante todo o seu percurso terapêutico, desde o sistema de regulação do acesso, incluindo consultas, exames, transporte, até às instalações físicas e os aspectos comunicacionais e relacionais, incluindo o processo de interação e interdependência entre os pontos de saúde intra-organizacional. Além disso, o segundo relato provoca uma reflexão em torno da desmistificação do papel de vítimas e reafirma os direitos humanos, como condição fundamental a qualquer usuária(o), independente da condição de saúde.

7.3.4 CENA 4: Um olhar sobre o percurso terapêutico na linha de cuidado do câncer de mama

Selecionou-se dois percursos, com trajetórias diferentes, para ilustrar o caminho de quem inicia o itinerário terapêutico através de um plano de saúde e finaliza o tratamento na rede pública de saúde. A outra história, retrata o trajeto realizado na rede SUS, própria e contratada, com passagem na rede privada não complementar.

Minha história é uma verdadeira peregrinação. Iniciei no Hospital do Plano de Saúde e durante um ano fiz três mamografias e eles diziam que não era nada, mas eu sentia alteração em minha mama. Depois de tanta insistência minha, solicitaram um exame de estereotaxia que procurei nos serviços do plano de saúde, no SUS e em clínica particular e não encontrei. Então, eu deixei de lado e fiquei um ano sem procurar atendimento nenhum. Dei um tempo. Depois, eu mesma procurei por conta própria o CICAN porque tive a informação que era uma referência. Fui atendida no mesmo dia, fiz consulta, exames, mas fiquei lá por 8 meses na fila para fazer o exame de estereotaxia. Em consulta com outra médica, lá mesmo no CICAN, ela me disse para eu retornar para o hospital do meu plano de saúde. Voltei e logo queriam me enviar naquela mesma hora, sem qualquer preparação e aviso, para tratamento em outro estado [ocultamos o nome do estado da Federação brasileira]. Eu estava sem mala e só com a roupa do corpo. Como poderia viajar assim? Disse que não ia, que não era assim e somente no início de 2009 [três anos depois de ter iniciado o percurso terapêutico] eu consegui realizar a estereotaxia e procurei eu mesma este hospital. Olha, a saúde está uma negação, seja no plano ou na rede pública. Mas aqui é melhor, o corpo do hospital é bom. Quando vim para cá, até melhorei da depressão, porque se faz logo amizades, conversa com um e outro e sabe da história de uma e outra e vamos nos ajudando. A demanda aqui é grande, as filas são longas e hoje com a regulação demora muito (Participante 43, Informação Verbal).

Eu percebi um caroço em minha mama, mas tinha medo e vergonha. Aí ele foi crescendo e procurei uma clínica do SUS onde fui atendida no mesmo dia, mas foi difícil para ser atendida, pois na época tinha 29 anos e não fazia mamografia pelo SUS para pessoas dessa idade. Tivemos que falar com a coordenação da clínica para ser atendida, mas isso foi no mesmo dia. Depois procurei uma clínica particular para consulta com ginecologia que me disse para procurar uma mastologista. Fiz isso e também a biópsia. Fui encaminhada para o Hospital da Sagrada Família, mas chegando lá não fui atendida porque não liberou para o SUS. Em uma semana, procurei o CICAN e fiz alguns exames e fui logo encaminhada para cirurgia no Hospital Santa Izabel. Fiquei sendo acompanhada no CICAN, onde fiz a quimioterapia, o medicamento por cinco anos. A radioterapia fiz em outro hospital, foi no Hospital São Rafael, mas fiquei sendo acompanhada pelo CICAN. Em 2015, fiz uma biópsia aqui (HAM) e sou acompanhada aqui e no CICAN. Para mim foi tudo maravilhoso, não tive dificuldades nenhuma (Participante 92, Informação Verbal).

Essas duas histórias tratam de percursos que se iniciam em trilhas diferentes e retratam escolhas e decisões, em meio a situações materiais e de contexto. No entanto, em ambos os depoimentos, percebe-se o transitar em diversos pontos de atenção à saúde, as barreiras de acesso sócio-organizacionais relacionadas à *(i) capacidade instalada de serviços de saúde* que não dispõem de equipamentos para realizar determinado tipo de exame complementar para confirmação diagnóstica; *(ii) regulação do acesso*, seja na demora no processo de marcação dos exames, encaminhamento das usuárias para a rede assistencial de saúde, recusa da unidade de saúde contratada em atender a usuária, limite de idade para prestação de serviços de diagnóstico para o câncer de mama; *(iii) informacionais e relacionais*, no que se refere a ausência de instrumentos de comunicação efetivos que orientem as usuárias sobre a rede referencial de atenção ao câncer de mama; relação verticalizada e impositiva da unidade de saúde em determinar a transferência da usuária para outro estado, sem que a mesma tivesse sido preparada previamente sobre isso.

Apesar das barreiras de acesso, destaca-se o apoio mútuo entre as(os) participantes da pesquisa, presente no relato 43, como também foi observado durante o trabalho de campo. O sentimento de solidariedade, de cooperação as(os) aproxima como uma estrutura de apoio e proteção contra as adversidades e barreiras institucionais.

Essas e outras situações, conforme observado nos vários relatos expostos neste estudo, revelam as incontáveis dificuldades enfrentadas pelas usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama e que podem ser comuns a vários outras(os) usuárias(os) nesta e em outras linhas de cuidado assistencial, na Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Condições Crônicas.

7.3.5 EPÍLOGO: Aceita uma sugestão?

Entende-se que cada um dos relatos dispostos neste estudo traz em si uma percepção, uma vivência, mas também, implicitamente, uma ou mais sugestões. Retoma-se, aqui, algumas sugestões para melhoria do percurso na rede.

[...] Aqui é casa de mãe, onde você pode sempre voltar que é bem recebido. **Agora se a médica pudesse fornecer o medicamento a cada 3 meses seria bom para evitar deslocamento e gasto mensal, pois a consulta que tenho é a cada 6 meses** (Participante 5, Informação Verbal, grifo nosso).

[...] Apesar de ser público, funciona bem. Agora é assim, você tem horário de entrada, mas não tem horário para sair. Tem que ter muita paciência e esperar. **Se o medicamento pudesse ser fornecido por mês, seria melhor, pois teria menos deslocamento** (Participante 6, Informação Verbal, grifo nosso).

[...] Quando cheguei aqui demorou para fazer minha cirurgia, porque não tinha vaga. **Deveria ter mais vaga para tudo. Na radioterapia a máquina quebra muito. Poderia melhorar um pouco mais**, mas sou bem atendida aqui, os médicos, enfermeiros, todo mundo é muito bom (Participante 47, Informação Verbal, grifo nosso).

Eu trabalho e não tenho tempo para ficar procurando e nem na fila. Então eu fui logo para uma Clínica Particular para agilizar e depois eu mesma vim para cá. Demorou para a cirurgia, por causa dos exames e também para marcar consulta. Já dormi na fila para marcar consulta. **Deveria ter mais vaga e marcar durante o ano todo e não numa vez em mutirão, pois fica difícil.** Marca agora e depois só abre vaga em novembro (Participante 54, Informação Verbal, grifo nosso).

Naturalmente que as sugestões não se limitam ao percurso intra-organizacional, mas envolve toda a rede interorganizacional, considerando-se que o propósito maior da gestão da “rede de redes” é assegurar o continente e o conteúdo, a materialização constitucional do direito à saúde e os princípios e diretrizes orientadores do SUS.

Porém, ao verificar a dimensão analítica *gestão da rede de serviços de saúde*, sob a perspectiva dos componentes *fluxos intermunicipal e/ou interestadual, fluxo de acesso assistencial inter e intra-organizacional e a centralidade nos usuários*, percebe-se que a pluralidade de organizações estatais e não estatais, por meio da contratualização de serviços, não tem se mostrado conforme seu projeto ideacional, de interação, interconexão, interdependência, coordenação e articulação interinstitucional. Ao analisar o percurso, os fluxos e as narrativas, têm-se a impressão que cada organização se coloca como uma entidade autônoma, sem olhar ao seu redor e perceber que a dinâmica em rede implica relações de trocas e a compreensão da dependência uma das outras para a oferta do atendimento humano, resolutivo e integral. Os resultados analisados neste capítulo, evidencia uma forte presença da lógica do modelo burocrático, no que se refere a hierarquização, centralização, reproduzindo um modo de produzir saúde de forma, ainda fragmentada e com pouca articulação entre ações e serviços.

Observa-se ainda, nos achados empíricos, que o percurso terapêutico não segue, necessariamente, a mesma lógica estabelecida no desenho normativo, uma vez que as decisões e escolhas, de natureza individual e subjetiva, são permeáveis às condições materiais e situacionais. Incluem ainda, as variáveis socioeconômicas, geográficas e sócio-organizacionais,

cujo fluxo intermunicipal e interestadual demonstram que o trajeto, a busca por serviços de saúde para tratar a enfermidade ultrapassa as fronteiras limítrofes dos municípios, regiões de saúde e estados da Federação brasileira, assumindo contornos bem distintos do planejado.

Por outro lado, a lógica de economia de escala e escopo, com adensamento de serviços em localidades de grande cobertura populacional, esbarra na efetividade do direito à saúde, em observância à acessibilidade e ao atendimento humano, com equidade, integralidade e resolutivo.

Diante do exposto, concluiu-se que, em face ao contexto de heterogeneidade da realidade brasileira e baiana, marcada por profundas desigualdades sociais, intra e inter-regionais, distintas dinâmicas territoriais com múltiplas escalas da rede urbana, a indução de um modelo único sem considerar as especificidades locorregionais gera constrangimentos a implementação da rede de atenção à saúde e a integração sistêmica das ações e serviços de saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A configuração de redes de atenção à saúde, no contexto da regionalização, assume relevância a partir da segunda década de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante mecanismos indutores do governo federal, através da publicação da NOAS 2001, seguida do Pacto pela Saúde, em 2006. Entretanto, esta configuração já havia sido definida, desde a institucionalização do SUS pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, ao estabelecer que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se num sistema de comando único.

Embora a diretriz da regionalização esteja presente no texto constitucional e na Lei Orgânica da Saúde, o primeiro momento de institucionalidade do SUS foi marcado pela ênfase na municipalização, o que possibilitou ampliar a capacidade de gestão dos municípios na oferta de serviços. Todavia, o processo da descentralização da saúde, induzido pelo nível federal, não foi suficiente para fortalecer o papel dos estados na condução política de organizar, coordenar e regular as ações e serviços de saúde nos seus territórios. Por outro lado, não se pode pensar, no contexto brasileiro, que os municípios, isoladamente, seriam capazes de adquirir autossuficiência de recursos para prover serviços de diferentes densidades tecnológicas no território sanitário. A ausência de uma ação coordenada da esfera estadual, aliada a fatores histórico-estruturais e político-institucionais propiciaram condições para um quadro de pulverização e fragmentação das ações e serviços de saúde, gerando vazios assistenciais.

A estruturação de redes, regionalizadas e hierarquizadas, é retomada como uma estratégia para superar as iniquidades, até então geradas pelo processo de descentralização. No primeiro momento, o desenho institucional de redes proposto pelo Ministério da Saúde, aproxima-se do modelo inglês, documentado no Relatório Dawson, que formulou a concepção de territorialização, com formação e distribuição espacial dos serviços em distritos sanitários ou microrregiões de saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, amparada pelos sistemas de informação e de transporte.

Por outro lado, o formato de Redes de Atenção à Saúde (RAS) concebido pela Portaria GM/MS nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde, inspira-se no modelo americano e tem na contratualização, por meios dos diversos arranjos de gestão organizacional, um dos seus principais fundamentos, cujas estruturas policêntricas envolvem atores estatais e não estatais,

em meio a um contexto de crescente capitalização do setor saúde, que tem tornado o Estado nacional o principal garantidor da estabilidade sanitária dos agentes do mercado.

Em que pese as diferenças de natureza técnica, política e ideológica, entre esses dois desenhos de redes assistenciais, salienta-se que a institucionalização do SUS assenta-se sobre a estrutura do federalismo brasileiro, cujo modelo requer relações intergovernamentais de cooperação entre os entes federados, ao tempo em que estimula a competição na partilha de poder e recursos, impondo uma tensão contínua na arena política decisória.

Ademais, a conformação do SUS herda um processo histórico de cisão e fragmentação das ações e serviços de saúde, polarizada por um modelo de atenção que privilegiou as atividades médico-assistenciais, curativas, de cunho privatizante, em detrimento da saúde preventiva e coletiva. Essas situações de contexto histórico-estrutural e político-institucional evidenciam os desafios de constituir redes de saúde regionalizadas, num campo organizacional tensionado por interesses conflitantes e marcado por disputas de poder, recursos e posições, o que torna o processo de regionalização da saúde e redes integradas, fenômenos não apenas técnico, mas essencialmente políticos.

Por essa razão, reconhece-se que a conformação dessas redes de políticas requer uma relação de interdependência, interação e interconexão, entre a rede interfederativa, interorganizacionais e intra-organizacionais, para cumprir seu propósito de solucionar os crescentes e complexos problemas de saúde pública da realidade brasileira.

A análise dos dados do estudo empírico confirma que a organização das redes de atenção à saúde, no território regional no estado da Bahia, ainda reproduz a lógica do modelo de atenção à saúde pautado na oferta e não na necessidade da população. Nesse caso, a configuração do desenho institucional está condicionada a disponibilidade da rede contratualizada e das decisões colegiadas, no espaço de governança regional, das Comissões Intergestores Regionais (CIR), demonstrando a permeabilidade política do processo de implementação das ações e serviços de saúde e a relação de dependência da ação estatal do setor prestador.

Importa ressaltar que a estrutura em redes policêntricas não implica, necessariamente, em relações de interdependência, mas apenas uma denominação para um desenho, que embora requeira os atributos idealizados da rede de políticas, ergue-se sob a estrutura vigente de um modelo burocrático, em que prevalece o processo de hierarquização, departamentalização, compartimentalização, em âmbito intra-organizational, como também entre as organizações que integram a Rede Estadual de Atenção ao Câncer.

Nesse sentido, os prestadores de serviços comportam-se como se fossem unidades autônomas, “proprietárias” de uma região ou de uma determinada população, cabendo tão somente a prestação de contas do que ocorre intramuros, sem se responsabilizar pelos resultados coletivos da rede.

Do mesmo modo, embora a APS seja considerada, em normativa, como porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, os achados empíricos não evidenciam essa relação, mesmo nos municípios que possuem alta cobertura estimada de profissionais da Estratégia de Saúde da Família, confirmando um dos pressupostos desta pesquisa. Constatase, a partir da análise dos dados empíricos, uma tendência ao agravamento dessa situação, na medida em que se observa que os governos municipais e estadual continuam privilegiando o modelo hegemônico médico-centrado privatista, mediante a contratualização de serviços e procedimentos de alto custo, ofertado predominantemente pela rede de prestadores. Este cenário evidencia outra tendência, a da dependência da ação estatal dos prestadores privados de serviços de alta densidade tecnológica, retroalimentando a lógica de mercantilização da saúde, com o esvaziamento da ação estatal pública em conhecimento, pessoas e recursos.

Constata-se, também, que a operacionalização do fluxo de regulação do acesso assistencial, pelas secretarias municipais de saúde, contribui de forma indireta, para a supremacia do setor privado não complementar, haja vista a demora em se conseguir o atendimento, relatada pelos participantes da pesquisa. Para não retardar o processo de confirmação diagnóstica e início do tratamento, as(os) usuárias(os) são obrigadas(os) a recorrerem à rede privada, comprometendo seus recursos e/ou dos familiares, o que expõe o grau de vulnerabilidade socioeconômica da população usuária da linha de cuidado do câncer de mama. Sem contar, que o retardo no tratamento desta enfermidade, além de poder levar a mortes prematuras e evitáveis, implica na adoção de procedimentos invasivos e mutilantes com efeitos de natureza múltipla, inclusive incapacitantes.

Constata-se assim que a morfologia da Rede Estadual de Atenção ao Câncer, no contexto da regionalização da saúde no estado da Bahia, evidencia vazios assistenciais na média e alta complexidade, cujas lacunas têm sido ocupadas pelo setor privado não complementar ao SUS, num flagrante processo de transferência da responsabilidade sanitária para as(os) usuárias(os) da linha de cuidado do câncer de mama.

Os dados desta pesquisa também revelam que, entre o conjunto dos mecanismos de regulação do acesso, a questão do transporte sanitário, através do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), juntamente com o fluxo de acesso aos exames, foram considerados pelas participantes,

como uma das principais barreiras de acesso impostas pelo poder público para o gozo de um direito das(os) usuárias(os) do SUS. Essas barreiras afetam a regularidade no processo de tratamento e/ou obrigam as(os) usuárias(os) a assumirem os custos com os deslocamentos periódicos, onerando ainda mais as finanças dos indivíduos e/ou familiares, ou retardando e interrompendo o tratamento.

A linha de cuidado de uma rede de atenção à saúde é composta por diretrizes clínicas, direcionadas para orientar os movimentos de fluxos e contra fluxos de referência e contrarreferência na rede, cuja prática no cotidiano das organizações de saúde transforma a linha do cuidado num ato vivo em cena. Os achados empíricos confirmam que o percurso terapêutico prescinde de modelos, uma vez que é fruto de um processo individual e subjetivo, permeado por questões situacionais e de fatores socioeconômicos. Embora o itinerário terapêutico implique em planos, projetos, desejos, expectativas, por parte das(os) usuárias(os), seu trajeto se faz no devir, em razões dos fatores acima referidos, confirmando outro pressuposto desta pesquisa.

Os resultados desta investigação sobre o percurso terapêutico das(os) usuárias(os) do SUS, na linha de cuidado do câncer de mama, não podem ser generalizados para todos os percursos terapêuticos nas redes de atenção à saúde, visto que contraria os próprios argumentos desta pesquisa. Tais argumentos conferem à estruturação de redes integradas, no contexto da gestão regional, uma dinâmica própria a cada localidade, circunstanciada por questões histórico-estruturais e político-institucionais, decorrentes da correlação de forças intra e inter níveis de governo e, destes, com os demais atores não estatais.

Outra questão importante a ser destacada refere-se à gestão dos riscos sanitários. Em que pese a sua importância no monitoramento dos riscos sanitários relativos às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), Farmacovigilância e do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), os resultados desta pesquisa comprovam que existem múltiplos fatores que limitam a capilaridade das ações da vigilância à saúde no contexto do SUS. Um destes fatores, comprovado pelos dados desta pesquisa, refere-se a forma não sistemática, reativa ou pontual, como atua a vigilância sanitária no estado da Bahia, em decorrência do reduzido quadro de pessoal, adicionada às discontinuidades de algumas ações em determinadas conjunturas políticas. Ainda se observou, tanto no estado da Bahia quanto na esfera federal, que a política de saúde é marcada por processos sucessivos de mudança, recuos e, até mesmo, rupturas.

Os dados da pesquisa sinalizam que as barreiras geográficas de acesso, ocasionadas pela inexistência de serviços locais, longas distâncias entre o município de domicílio e de tratamento, associadas às dificuldades na obtenção do direito ao TFD, comprometem o desenho institucional de redes de atenção à saúde, fundamentado no princípio de economia de escala, mediante adensamento de regiões, populações e serviços, colidindo com as diretrizes do SUS e da própria normativa, no que se refere à disponibilidade e comodidade do acesso. Essa situação confirma o tensionamento entre o instituído e o instituinte, conforme aponta um dos pressupostos desta pesquisa e reforça mais uma vez que desenhos normativos não são suficientes para o enfrentamento de problemas complexos do contexto contemporâneo.

O percurso intra-organizacional, guardada as devidas proporções, revela barreiras de acesso sócio-organizacionais semelhantes as encontradas no itinerário interorganizacional, no que se refere à demora e longas filas, decorrentes do sistema de marcação de consulta, através de mutirão, impondo às(aos) usuárias(os), condições desumanas e riscos a agravos relacionados a causas externas. Apesar disso, o fato de conseguirem ser atendidas pela unidade hospitalar, mesmo com o desgaste físico e emocional das filas, as(os) participantes teceram elogios ao hospital e principalmente aos médicos, comparando-os com figuras “míticas de deuses”. Esses achados confirmam uma das premissas dos estudos avaliativos, de que o pós-atendimento é sempre um momento em que os pacientes relegam a um segundo plano todas as dificuldades enfrentadas em seu percurso terapêutico.

Adiciona-se ainda, o descompasso entre demanda e capacidade instalada, com demora no transitar interno entre um serviço e outro, sobretudo, do primeiro tratamento para os demais, com o decurso de dois ou mais meses. Foi também ressaltada a existência de problemas operacionais de manutenção das máquinas de radiação ionizante, numa clara evidência da fragilidade de articulação da vigilância sanitária e a rede assistencial. Embora a existência de problemas de manutenção é de responsabilidade dos prestadores, compete à vigilância fiscalizar e detectar irregularidades. Porém, a despeito de ser um dos itens de fiscalização pela vigilância, ainda observa-se precariedade na manutenção dos equipamentos, sugerindo a necessidade de maior atuação da vigilância sanitária, de modo a garantir segurança para as(os) usuárias(os). Soma-se a estes constrangimentos, problemas de abastecimento de medicamentos, gerando interrupções no tratamento, bem como questões relacionadas à falta de acolhimento e de humanização do atendimento da equipe da chamada linha de frente dos serviços.

Como um ponto positivo, as(os) participantes da pesquisa destacaram o serviço de reabilitação pelo procedimento sistemático de encaminhamento de pessoas que se submeteram

a linfadenectomia axilar, entre outros casos, para tratamento fisioterápico, sendo disponibilizado manual com instruções para facilitar a realização das atividades do autocuidado apoiado, com promoção da autonomia do sujeito.

Um dos limites desta pesquisa consiste no fato de se tratar de um estudo retrospectivo para reconstruir as cenas de cada um dos vários percursos, o que implica em viés de memória, em relação ao decurso entre um ponto de atenção e outro, bem como do início do tratamento, de modo que se trabalhou na perspectiva de tempos estimados.

Recomenda-se para estudos posteriores, no âmbito da dimensão macropolítica, que se inclua a dimensão de governança, para analisar o campo organizacional, sob a perspectiva dos conflitos e disputas de interesses, posições e recursos e, como as tensões deste campo interferem na gestão integrada de serviços de saúde. Da mesma forma, recomenda-se, para a dimensão da micropolítica, estudos que analisem o contexto inter e intra-organizacional, envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde e de vigilância, bem como os distintos segmentos dos profissionais das organizações de saúde, para complementar o olhar sobre a arte do fazer, cotidianamente, a linha do cuidado um ato vivo em cena.

Concluiu-se que a heterogeneidade do contexto brasileiro e baiano, marcado por profundas desigualdades sociais, intra e inter-regionais, distintas dinâmicas territoriais com múltiplas escalas da rede urbana, não autoriza a indução de um modelo único de redes de atenção à saúde sem considerar as especificidades locorregionais. A proposta de conformação de redes integradas de atenção à saúde do governo federal, ao tratar todos os entes federados como iguais, desconsidera o contexto diverso e heterogêneo da realidade brasileira e as distintas lógicas das dinâmicas territoriais e urbanas. Nesse sentido, esta pesquisa contribui para a reflexão sobre os desenhos de redes integradas, que considere esse cenário e não reproduza a lógica de modelos homogêneos e inflexíveis, sem admitir a dimensão política desse processo, superestimando o poder normativo para alterar cenários sociais e políticos institucionais.

Entende-se que os valores idealizados da rede de políticas para implementar e solucionar os complexos problemas da sociedade contemporânea, demonstra que a “rede contratualizada”, ou seja, a existência de estruturas policêntricas em âmbito inter e intra-organizacional, configura-se numa “rede multiforme” com aspecto variado na sua trama, coexistindo pontos esparsos, com lacunas, hiatos. Pontos tão amarrados em si mesmos que dificultam e/ou impedem o seguimento do fluxo e se transformam em planaltos; pontos interconectados por

filiação, identidade e interesses dos distintos atores; fios desconexos, desencapados que se tornam verdadeiros riscos à saúde e à vida. Trata-se de uma trama que se faz e desfaz, constrói e se desconstrói, uma rede que se esgarça, balança, arrisca cair. Uma rede com alguns elos de sustentação centralizados, em meio a um grande vazio. Uma rede a ser ouvida por quem nela transita.

REFERÊNCIAS

- ABRÚCIO, Fernando Luiz. **O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente.** 52 p. (Cadernos ENAP, n.10), Brasília, 1997.
- ACIOLE, G. G. Redes interfederativas de saúde: um arranjo assistencial instituinte ou mais uma estratégia gerencial? **Ciencia Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1681-1687, 2011.
- AGRANOF, R.; LINDSAY, V. A. Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. **Public Administration Review**, v. 43, n. 3, p. 227-238, 1983.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. d'A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, N. Especial, p. 28-38, dez., 2015.
- ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros.** 2013. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- ALMEIDA, A. B.; ACIOLE, G. G. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 18 Supl 1, p. 971-981, 2014.
- ALMEIDA, A. P. S. C.; LIMA, L. D. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, N. Especial, p. 51-63, dez, 2015.
- ALVES, P. C. B, SOUZA I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Orgs). **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 125-38.
- _____. Itinerário terapêutico, cuidado à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E. et al. (Orgs.). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016.
- ALVES, F.; BÄCKSTRÖM, B. Lidar com a Doença Mental – a Pluralidade de Sistemas de Cuidados e de Itinerários Terapêuticos: análise comparativa de dois estudos efetuados junto de duas populações residentes em Portugal. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 3, p. 543-557, 2012.
- ANSELL, C. Network Institutionalism. In: RHODES, R. A. W; BINDER, S. A.; ROCKMAN, B. A. (Orgs.) **The Oxford Handbook of Political Institutions.** Oxford University Press, 2006.
- ANTONACCI, M. H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 2013; v. 47, n. 4, p. 891-898, 2013

AQUINO, R. C. A.; RODRIGUES, M. Acesso e Itinerário Terapêutico dos Pacientes com Câncer: dificuldades enfrentadas para este percurso. **Rev. Saúde. Com.**, Vitória da Conquista – Ba, v. 12, n. 1, p. 488-496, 2016.

ARRETCHE, M. Prefácio. In: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. L. (Orgs.). **Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo: tendências nacionais e internacionais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, jan./-mar. 2015.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagem, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, Suplemento 3, p. 1-124, out./dez., 2016a.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia Saúde. **Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023**. Salvador, 2016b.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia Saúde. **Estratégia Itinerante: Programa Estadual de Rastreamento do Câncer de Mama**. Salvador, 2016c.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Relatório Anual de Gestão da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde**. Salvador, Ba, 2017a.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia Saúde. **Cobertura da Estratégia de Saúde da Família**. Salvador, Ba, 2017b. Disponível: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/> Acesso: 12.02.2018.

BARABÁSI, A.L. **Linked: a nova ciência dos networks**. São Paulo: Leopardo Editora, 2009.

BARBOSA, L. A.; SÁ, N. M. Linhas de Cuidado e Itinerários Terapêuticos para Doenças Raras no Distrito Federal, **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 69-80, set. 2016.

BARRETO JUNIOR, I. F. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p.461-471, 2015.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito federal, Brasil Central. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. 458-63, 2013.

BENEVIDES, Iracema. Redes de Atenção à Saúde x Sistemas Fragmentados: Definições, Dilemas e Perspectivas. In: TASCA, R.. (Org.). **Redes e Regionalização em Saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

BENSON, K. The interorganizational network as a political economy. **Administrative Science Quarterly**, v. 20, n. 2, p. 229-248, 1975.

BOUSQUAT, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Salvador, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BOURDIEU, P. **Réponses pour une anthropologie réflexive**. Paris: Seuil, 1992.

BRAGA, I. F. **Entidades empresariais e a Política Nacional de Saúde: da cultura de crise à cultura de colaboração**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde (SUS), com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 fev. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Redes de produção de Saúde**. 1ª edição. Brasília, 2009 (Série B, Textos Básicos de Saúde).

_____. **Decreto Presidencial nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011; Seção 1:109.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.600**, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jul. 2011, seção 1, pág. 70/72

_____. **Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26. dez. 2011.

_____. **Portaria GM/MS nº 793**, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 abr.2012 Seção I Pág. 94.

_____. **Lei Federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23. nov. 2012.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.898, de 28 de novembro de 2013.** Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 nov. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 483, de 1 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 organização de suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 abr. 2014a.

_____. **Portaria GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.** Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de serviços habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28. 2014.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Regiões de influência das cidades.** 2007.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População Estimada da Bahia para 2017.** Disponível: www.ibge.gov.br. Acesso em 12.02.2018.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 2, p.664-676, 2014.

CABRAL, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 57-68, jan./mar. 2014.

CARNEIRO, R. Descentralização, Hibridismo e o Desafio da Profissionalização da Administração Pública no Brasil. In: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. L. (Orgs.). **Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo: tendências nacionais e internacionais.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. M. F.; GOULART, S. A trajetória conservadora da teoria institucional. **Revsita de Adminsitração Públcia**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 849-874, jul./ago., 2005.

CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 737-748, 2014

CARVALHO, M. B. et al. Itinerários terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. :2463-2473, 2016

CASTRO, M. A.; SILVA, K. L.; MARQUES, R. C. Itinerários terapêuticos de homens acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v. 10, n. 7, p. 2488-95, jul. 2016.

CERQUEIRA, M. M. F.; ALVES, R. O.; AGUIAR, M. G. Experiências vividas por mães de crianças com deficiência nos itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3223-3232, 2016.

CONIL, E. M. et al. O *mix* público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Intégration dessoins: dimensions et mise-en-oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire em santé*, v. 8, n. 2, p.38-52, 2001.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 24, n. 2, p.447-460, 2015.

CORREA, C. S.; QUEIROZ, B. L.; FAZITO, D. Relação entre tamanho e estrutura da rede de apoio e o tempo individual dedicado à atenção ao idoso na cidade de São Paulo, 2000. *R. Bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 75-97, jan./abr. 2016.

COSTA, P. H. A. et al. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 245-252, 2015.

COX, K. R. Territory, Scale, and Why Capitalism Matters. *Territory, Politics, Governance*, v. 1, n. 1, p. 46–61, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/21622671.2013.763734>. Acesso em 30 abr. 2018.

CUNHA, A. M.; SIMÕES, R. F.; PAULA, J. A. História Econômica e Regionalização: Contribuição a um Desafio Teórico-Metodológico. *Est. econ.*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 493-524, jul./set. 2008.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.725-737, abr. 2010.

DIAS, R.; MATOS, F. **Políticas Públicas:** princípios, propósitos e processos. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

DIMAGGIO, P; POWELL, W. W. Introduction. In: DIMAGGIO, P; POWELL, W. W. (Ed) **The neoinstitutionalism in organizational analysis**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991. p. 1-38.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud:** aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México DF: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DUARTE, C. M. R. et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1163-1174, jun. 2015.

DUARTE, L. S.; PESSOTO, U. C.; GUIMARÃES, R. B. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

ESCOREL, et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FABREGA, H. **Disease and Social Behavior: an interdisciplinary perspective.** Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1974.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1311-1320, 2017.

FERREIRA, J; ESPÍRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos. **Physis Rev Saude Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 179-98, 2012.

FLEURY, S.; OUVERVEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FRENK, J. et al. La transición epidemiologica en America Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, V.111, n. 6, p. 458-496, 1991.

_____. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico.** Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

_____; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: GERHARDT, T. E. Et al. (Orgs.). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, Supl. 1), p. 1081-1096, 2011.

GONÇALVES, R. C. R. et al. Nós em rede: vivências da parceria ensino-serviço produzidas pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, Supl 1, p. 903-912, 2015.

GOMES, R. M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38. n.103, p. 938-952, out./dez. 2014.

GOMIDE, M. et al. Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Matriz FOFA) de uma Comunidade Ribeirinha Sul-Amazônica na perspectiva da Análise de Redes Sociais: aportes para a Atenção Básica à Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 222-230, 2015.

GOBBI, B. C. et al. Politizando o conceito de redes organizacionais: uma reflexão teórica da governança como jogo de poder. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, mar. 2005.

GRYSCHER, A. L. F. P. L. et al. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 689-700, 2014.

GUERIN, G. D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, 2012.

GUIMARÃES, M. C. L. **Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998.** 2000. Tese (Doutorado) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

HALL, T. E.; O'TOLLE, L. J. O. Revisiting old friends: networks, implementation structures and the management of interorganizational relations. **European Journal of Political Research**, v. 21, Issue 1-2, fev. 1992.

HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, v. 58, p.193-224, 2003.

HARTZ, Z. M. A.;CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup.2, p. 331-333, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2017.128 p. Disponível: <http://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resources/inc-36228>. Acesso: 10 abr. 2018.

KLIJN, E.H.; HOPPENJAN. Public management and policy networks: foundations of a network approach to governance. **Public Management Review: an international journal of research and theory**, v. 2 - Issue 2 p. 135- 158, 2000. Disponível em: <https://repub.eur.nl/pub/50158/>. Acesso em 18 abr. 2018.

KEHRING, R. T; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 948-961, out./dez. 2015.

KEMPER, et al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v 19, supl. 1, p. 995-1003, 2015.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

_____. **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KOOS, E. **The Health of Regionville**: what the people thought and did about it. New York: Columbia University Press, 1954.

JUNQUILHO, G. S. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. **Gestão & Produção**, São Carlos, v.8, n.3, pp.304-318, 2001.

LANDIM, E. L. A. S. **Descentralização da gestão do Programa de DST/Aids no Estado da Bahia**: desafios para os municípios como território de práticas de saúde. 2008, 145 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

_____.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da Gestão Descentralizada do programa de DST/Aids; um estudo em municípios baianos. In: MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C.; SANTOS, T. A. (Orgs.). **Avaliação**: metodologias no campo da saúde e da formação. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2012.

LEAL, D. L. et al. Adaptação da versão saúde bucal do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1341-1347, jun. 2014.

LIMA, N. et al. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil. In: LIMA, N.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.; SUÁREZ, J. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LIMA, N. C.; BAPTISTA, T. W. F.; VARGAS, E. P. Ensaio sobre ‘cegueiras’: itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 615-27, 2017.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V; GERASSI, C. D. O neoinstitucionalismo e a análise de política de saúde; contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, Rio de Janeiro, 2011, p.111-137.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 903-1914, 2012.

_____.; LEITE, M. T. S.; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39. n. 104, p. 65-75, jan./mar. 2015.

LINS, A. U. F. Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 171-194, 2010.

LOPES, G. B. C. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1237-1242, 2012.

MACHADO, J. A. Pacto de Gestão na Saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, out. 2009.

MAHONEY, J. Path Dependence in Historical. **Theory and Society**, v. 29, n. 4, p. 507-548, aug. 2000.

MALISCA, I. C. A.; PADILHA, I. C. S. Aids: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 09, n. 03, p. 687 - 698, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>. Acesso em 10.04.2018.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p.593-605, jul./set. 2010.

MANDELL, M. P. Network management: strategic behavior in the public sector. In: GAGE, R.; MANDELL, M. P (Orgs.). **Strategies for managing intergovernmental policies and networks**. New York: Praeger, 1990.

MANGI, L. C. Neoinstitutionalism and the appropriation of Bourdieu’s work: a critical assessment. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 49, n. 3, jul./set., 2009.

MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. Neo-institucionalismo: fatores organizacionais na vida política. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, v. 16, n. 31, p. 121-142, 2008.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 433-44, abr./jun. 2013.

MARQUES, E. C. L. Governo, Atores Políticos e Governança em Políticas Urbanas no Brasil e em São Paulo: conceitos para uma agenda de pesquisa futura. In: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. L. (Orgs.). **Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo: tendências nacionais e internacionais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

MARTINELLI, N. L.; VIANA, A. L. D.; SCATENA, J. H. G. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 76-90, dez. 2015.

MARTINS, P. V.; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 273-289, 2014.

MASSÉ, R. **Culture et santé publique**: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur, 1985. 330p.

MATIAS-PEREIRA, J. **Governança no Setor Público**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**; Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007.

MECHANIC, D.; VOLKART, E. H. Stress, illness behavior, and the sick role. **American Sociological Review**, v. 26, n. 1, p. 86-94, 1960.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr.).

MELLO, A. L. S. F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p.1219-1239, out./dez. 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, A. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

_____.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015.

MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. L. **Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo**: tendências nacionais e internacionais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

MUSQUIM, C. A. et al. Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. **Rev. Electr. Enf.** [Internet].v. 15, n. 3, p. 656-66, jul./set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17730>. Acesso em 10 abr. 2018.

NOGUEIRA, L. M. V. et al. Therapeutic itineraries and explanations for tuberculosis: na indigenous perspective. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 1-7, 2015

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, mar./abr. 2004.

OMRAN, A R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Mem. Fund.**, v. 49, p. 509-583, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

O'TOLLE, L. J. Treating networks seriously: practical and research-based agendas in public administration. **Public Administration Review**, v. 57, n. 1, p. 45-53, 1997.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAULA, A. P. P. **Por uma Nova Gestão Pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2005.

PERES, P. S. Comportamento ou instituições? A evolução histórica do neoinstitucionalismo da ciência política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 68, p. 53-71, out. 2008.

PEREIRA, D. N. Incertezas de pacientes no sistema público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 145-169, 2010.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, out. 2014.

PEREIRA, A. M. M. et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 11-27, dez, 2015.

PIERRE, J. Reafirmando a Capacidade de Governar: o papel esquecido da liderança. In: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. L. (Orgs.). **Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo: tendências nacionais e internacionais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, 2016.

PINHEIRO, R. et al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.).

Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-47, abr./jun. 2012.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. A. Governança, Arranjos Institucionais e Capacidade Estatais na Implementação de Políticas Federais. In: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. L. (Orgs.). **Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo: tendências nacionais e internacionais.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

PONTES, A. L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015.

QUEIROZ, Lúcia. A descentralização da Gestão: uma abordagem introdutória aos principais desafios postos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. In: In: TASCA, R.. (Org.). **Redes e Racionalização em Saúde no Brasil e na Itália** : lições aprendidas e contribuições para o debate. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

RÉZIO, L. A. et al. Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19 Supl 1, p. 793-803, 2015.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015.

RHODES, R. A. W. **European policy-making, implementation and subcentral governments: a survey.** Maastricht: European Institute of Public Administration, 1986.

ROCHA, V. C. Neoinstitucionalismo como modelo de análise para as Políticas Públicas: algumas observações. **Civitas**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 11-28, jan./jun. 2005

ROCHA, E. S. et al. Itinerário terapêutico de indivíduos com suspeita de transtorno mental comum. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.8, n. 6, p. 1451-1457, jun. 2014.

RODRIGUES-SILVEIRA, R. Taxonomía de los sistemas municipales de salud: un acercamiento metodológico a los impactos de la descentralización político-administrativa en la estructura de prestación de servicios sanitarios en Brasil. In: REUNIÓN ANUAL DE LA RED EUROPEA DE POLÍTICA LATINOAMERICANA (REPLA). 3., 2009, Salamanca. **Anais...** Salamanca, 2009. Disponível em https://www.academia.edu/29717222/Taxonom%C3%ADa_de_los_sistemas_municipales_de_salud_Un_acercamiento_metodol%C3%B3gico_a_los_impactos_de_la_descentralizaci%C3%B3n_pol%C3%ADtico-administrativa_en_la_estructura_de_prestaci%C3%B3n_de_servicios_sanitarios_en_Brasil. Acesso em 20 nov. 2016.

_____. The Network Approach to State Institutions and public Policy: Analysing Health Care Networks in Spain. In: WORKSHOP “FISCAL FEDERALISM, SOCIAL POLICY AND

SUBNATIONAL POLITICS IN SOUTH ASIA AND LATIN AMERICA”, King’s College London, May, 2016.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M.. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1.671-1.680, 2011.

_____. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa**. São Paulo: Saberes Editora, 2013.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec: Edusp, 1978.

_____. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, 2014.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, V. C. F.; GERHARDT, T. E. A mediação em saúde: espaços e ações de profissionais na rede de atenção à população rural. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 4, p.1164-1179, 2015.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, mar, 2016.

SANTOS, C. T. B. et al. Percurso do idoso em redes de atenção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p. 45-62, 2016.

SANTOS, V. C. F.; GERHARDT, T. E. A mediação em saúde: espaços e ações de profissionais na rede de atenção à população rural. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 4, p.1164-1179, 2015.

SANTOS, C. T. B. et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um ele a ser construído. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 45-62, 2016.

SANTOS, Anderson Ferreira dos. **Evolução dos Modelos de Administração Pública no Brasil. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Edição 04. Ano 02, v. 01, p. 848-857, Julho, 2017.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SALTMAN, R. B.; BOERMA, W. G.W. Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun., 2011.

SCHNEIDER, V. Pós-democracia ou Complexa Partilha de Poder? Redes de políticas públicas na Alemanha. In: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. L. (Orgs.). **Gestão e Políticas Públicas**

no Cenário Contemporâneo: tendências nacionais e internacionais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 101-1122, 2013.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.4, p. 1106-1116, 2013.

_____. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014.

SILVA, M.; REGIS, H. P. Perspectiva histórica da Análise de Redes Sociais. In: BASTOS, A. V. B.; LOIOLA, E.; REGIS, H. P. (Orgs.) **Análise das redes sociais em contextos organizacionais.** Salvador: Editora UFBA, 2015.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, F. de A. et al. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 402-408, 2015.

SILVA, L. A. D. S.; DOURADO, I. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 951-973, 2015.

SILVA, N. E. K.; FREITAS, H. A. G.; SANCHO, L. G. Da apreensão de informações aos itinerários terapêuticos de homens diante de suspeita ou com diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis. A internet em pauta. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n 2, p. 669-689, 2016.

SILVA, D. C. et al. Itinerário terapêutico: tendência em teses e dissertações da enfermagem no Brasil. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 40, n. 1, jan./jul, p.21-30, 2014.

SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; WAGNER, S. F. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-851, 2016.

SILVA, J. A. A.; COSTA, E. A.; LUCHESE, G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1962, 2018.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, v. 4, p. 1101-1122, 2013.

SOARES, E. P.; SCHERER, M. D. A.; O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p.616-626, jul./set. 2015.

SOUZA, M. H. T. et al. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. p. 2277-2286, 2014.

SOUSA, L. M. O.; ARAÚJO, E. M.; MIRANDA, J. G. V. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2017; v. 33, n. 12, 2017

STOKER, G. **Governance as theory: five propositions**. Published by Blackwell publishers. 1998. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-2451.00106>. Acesso em 15 abr. 2018.

TAYABAS, L. M. T.; SALCEDO, L. A.; ESPINO, J. M. Itinerários terapêuticos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama filiadas ao Seguro de Saúde Popular em San Luís Potosí, região central do México. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 60-70, jan, 2015.

TORRES, S. F.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n.1, p. 361-373, 2015.

TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr. 2010.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E de.; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VARGAS, R. A.; JUNQUILHO, G. S. Funções administrativas ou práticas? As “artes do fazer” gestão na Escola Mirante. **Revista de Ciências da Administração**, Santa Catarina, v. 15, n. 35, p. 180-195, abr., 2013.

VIANA, et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jul., 2008.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

_____. O processo de regionalização na saúde contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. A; LIMA, L. D (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa 2011.

_____. Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 202-206, jan. 2013.

VIANA, A. L. D. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

_____. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia – Brasil. **Cad Saúde Pública**, rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

VISENTIN, A.; LENARDT, M. H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paul Enferm**; São Paulo, v. 23, n. 4, p. 486-492, 2010.

ZANCAN, C.; SANTOS, P. C. F.; CAMPOS, V. O. As contribuições teóricas da análise de redes sociais (ARS) aos estudos organizacionais. **Revista Alcance - Eletrônica**, v. 19, n. 1, p. 62-82, jan./mar. 2012. Disponível em <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/ra/article/view/2166>. Acesso em 10.04.2018.

ZBOROWSKI, M. Cultural components in responses to pain. **Journal of Social Issues**, v. 8, Issue 4, p. 16-30, 1952.

APÊNDICE A - Modelo Teórico-Analítico das Redes Integradas de Saúde: dimensões, componentes, variáveis/indicadores, meios de verificação e método

Objetivo geral: analisar a integração sistêmica da atenção à saúde, através do itinerário terapêutico de usuários(as) da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, no contexto da gestão regional da saúde no estado da Bahia					
Conceito de integração sistêmica: redes inter e intra-organizacionais, coordenadas e articuladas, para organizar serviços de diferentes densidades tecnológicas numa região adscrita e gerir os distintos pontos de atenção à saúde que integram a linha de cuidado, com centralidade para os usuários, de forma a promover a acessibilidade geográfica e sócio-organizacional, para garantia da integralidade do cuidado, observando-se as noções de espaço e tempo para intervenção oportuna.					
Dimensão	Subdimensões	Componentes	Variáveis/Indicadores	Meios de Verificação	Método / Técnicas
Macropolítica	Organização da rede de atenção na região de saúde	Desenho institucional da rede de oncologia no estado da Bahia	- Diretrizes Políticas - Distribuição dos serviços - Abrangência regional e cobertura populacional	- Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023 - Plano Plurianual de Saúde - Plano Diretor de Regionalização - Atas de reuniões	Abordagem Qualitativa, por meio de: - Análise documental - Observação não participante
		Atenção Primária à Saúde (APS)	- Quantitativo de usuário que utilizam a APS como porta de entrada na rede - Cobertura de ESF nos municípios de domicílio dos usuários participantes da pesquisa	- História da Narrativa Oral - Banco de dados da Atenção Básica	Abordagem Qualitativa, por meio de: - Entrevistas semiestruturadas Abordagem Quantitativa, por meio de: - Representações gráficas, mediante uso do Excel
		Sistemas de Apoio	- Sistemas de Informação voltados para registro do câncer - Qualidade dos dados; entrada periódica da informações e tratamento dos dados - Interoperabilidade dos sistemas de informação - Existência de sistemas de informação que interligue todos os pontos de atenção da LC	- Sistema de Informação: RHC, RCBP, SISCAN - Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023	Abordagem Qualitativa, por meio de: - Análise documental Abordagem Quantitativa, por meio de: - Representações gráficas, mediante uso do Excel
		Sistema logísticos	- Mecanismos de regulação do acesso: disponibilidade de transporte sanitário para Tratamento Fora do Domicílio (TFD), marcação de consultas e exames para diagnóstico terapêutico - Aporte estrutural de casas de apoio ou similares	- Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023 - Arcabouço normativo - História da Narrativa Oral	Abordagem Qualitativa, por meio de: - Entrevistas semiestruturadas e Observação não participante Abordagem Quantitativa, por meio de: - Representação gráfica, mediante uso do Excel
		Gestão da Clínica	- Gestão das condições de saúde, com foco para o monitoramento dos	- Relatórios Anuais de Gestão	Abordagem Qualitativa, por meio de:

			riscos sanitários relacionados as seguintes ações: (i) Programa Nacional da Qualidade em Mamografia (PNQM); (ii) Farmacovigilância; (iii) Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS)	-Relatórios técnicos -Atas de reuniões	-Análise documental -Observação participante
Micropolítica	Gestão da rede de serviços de saúde	Fluxo intermunicipal e/ou interestadual	- Mapeamento do fluxo intermunicipal e/ou interestadual, considerando o percurso entre o domicílio de residência até o município onde realiza o tratamento, bem como a distância percorrida em quilômetros - Barreiras de acesso geográficas	- História da Narrativa Oral - Topologia do fluxo intermunicipal e/ou interestadual da rede	Abordagem Qualitativa, por meio de: -Entrevistas semiestruturadas e Observação não participante Abordagem Quantitativa, por meio do uso da ferramenta Gephi para representar graficamente a topologia do fluxo de acesso - Representação gráfica, mediante uso do Excel
		Fluxo assistencial inter e intra-organizacional	- Mapeamento dos diferentes pontos de atenção na rede interorganizacional, incluindo a rede pública e/ou privada não complementar ao SUS - Intervalo de tempo entre os diversos pontos de atenção à saúde - Percurso intra-organizacional: início do tratamento e outros procedimentos, sequenciamento do tratamento e reabilitação - Barreiras sócio-organizacionais	- História da Narrativa Oral - Topologia do fluxo de acesso assistencial da rede	Abordagem Qualitativa, por meio de: -Entrevistas semiestruturadas e Observação não participante Abordagem Quantitativa, por meio do uso da ferramenta Gephi para representar graficamente a topologia do fluxo assistencial - Representação gráfica, mediante uso do Excel
		Usuários da LC	- Sinais da enfermidade, rede social de apoio, percepção sobre os serviços/atendimentos e percurso terapêutico	- História da Narrativa Oral	Abordagem Qualitativa, por meio de: -Entrevistas semiestruturadas e Observação não participante

Fonte: elaboração própria

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturadas para Usuárias(os) da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas – Eixo Oncologia / Linha de Cuidado do Câncer de Mama

Nome:		Nº	Para quê serve esta informação na Tese
1. Sexo:	2. Município de residência:	3. Idade:	Caracterização dos participantes da pesquisa.
4. Escolaridade: (I – Incompleto), (C- Completo) Analfabeta () Semi-Alfabetizada () Ensino Médio () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado ()			
5. Percurso Terapêutico (descrever o percurso até o Hospital Aristides Maltez) Como e em que ano a(o) Senhora/Senhor descobriu que estava com câncer de mama? Como foi essa experiência? Que serviço a(o) Senhora/Senhor procurou primeiro? Em que cidade foi? Preciso de marcação/regulação pela SMS? Quantos dias foram necessários para ser atendido nesse primeiro local? Depois desse atendimento, qual foi o seguinte? Quanto tempo de um para o outro? Por que? Preciso de algum tipo de marcação/regulação pela SMS? Qual a cidade? (...)			<ul style="list-style-type: none"> - Traçar o percurso terapêutico interorganizacional para representar graficamente o fluxo intermunicipal e/ou interestadual (municípios percorridos até a unidade de tratamento) e fluxo assistencial (pontos de atenção percorridos até a unidade de tratamento). - Verificar o intervalo de tempo entre um ponto de atenção e outro e os motivos que retardam o atendimento. - Verificar a existência de mecanismos de regulação do acesso pelas SMS e/ou organizações de saúde. - Verificar se contou com alguma rede social de apoio (familiares, amigos etc).
6. Durante o tratamento, onde foi abrigada(o)? (Somente para usuárias/usuários não residentes em Salvador)			- Observar a existência e as condições dos sistemas logísticos (casas de apoio ou similares; transporte sanitário).
7. Como realiza os deslocamentos para Salvador? (Somente para usuárias/usuários não residentes em Salvador) TFD () Recursos próprios () Ambos ()			- Verificar o efetivo cumprimento desse direito aos usuários, existência de dificuldades ou não.
8. Tem alguma dificuldade em obter o TFD? Não () Sim (). Por quê?			
9. Qual o período de tempo para iniciar o tratamento? (Considerar a data inicial da triagem até o início de uma das formas de tratamento)			- Traçar o percurso terapêutico intra-organizacional, para identificar o cumprimento de realização do tratamento no prazo máximo de 60 dias, conforme normativa.
10. Qual tipo de tratamento realizado?			

<p>11. Se mastectomizada, fez a reconstrução? Sim, no ato () Sim, depois da cirurgia () Não () Por quê?</p>	<p>- Verificar os tipos de tratamento e a existência de fatores restritivos ao acesso aos serviços internos na unidade onde realiza o tratamento.</p>
<p>12. Em algum momento o tratamento foi interrompido? Não () Sim () Por quê?</p>	<p>- Verificar o cumprimento legal quanto ao processo de reconstrução da mama.</p>
<p>13. Foi encaminhada para fisioterapia? Sim () Onde realiza? Não () Por quê?</p>	<p>- Reabilitação.</p>
<p>14. O que a(o) Senhora/Senhor tem a falar sobre o seu percurso na rede de serviços que descreveu agora, desde o primeiro atendimento até o tratamento aqui neste hospital?</p>	<p>- Expressão livre com relação à descoberta dos sinais da enfermidade ou confirmação diagnóstica, rede social de apoio, percurso, disponibilidade dos serviços, percepção sobre o atendimento nos vários pontos de atenção à saúde etc.</p>
<p>Anotações da pesquisadora:</p>	
<p>Data:</p>	

APENDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em conformidade com Diretrizes contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde (MS) nº 466/2012, para aplicação de entrevistas com usuárias(os) da Linha de Cuidado do Câncer de Mama da Rede SUS/BA

Prezado(a) Senhor(a):

Convidamos o(a) Sr.(a) a participar desta pesquisa, intitulada “**REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS: UMA ANÁLISE DO PERCURSO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DA BAHIA**”, a qual é parte do Projeto do Curso de Doutorado em Administração da Universidade Federal da Bahia (UFBA), de autoria da aluna Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim, sob a Orientação da Prof^a Dr^a Maria do Carmo Lessa Guimarães.

O **objetivo** geral desse estudo consiste em analisar a integração sistêmica da atenção à saúde, através do percurso terapêutico de usuários da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, no contexto da gestão regional da saúde no estado da Bahia.

Este estudo visa identificar os problemas de acesso à rede de serviços à saúde e futuramente traçar estratégias de melhoria de atendimento com agilidade e qualidade. Além disso, esta pesquisa pode servir de referência para a realização de outros estudos que identifiquem os problemas de acesso aos serviços, em outras regiões de saúde do estado da Bahia, de modo a obter uma visão ampliada sobre a integração sistêmica para os cuidados do câncer de mama.

Solicitamos a sua colaboração para participar da entrevista, a qual consiste de perguntas relacionadas ao seu percurso na rede assistencial do SUS, desde o primeiro atendimento até obter o diagnóstico e realizar tratamento nesta unidade de saúde, incluindo o tempo de deslocamento em um serviço e outro, bem como os fatores que afetaram o acesso aos serviços de saúde e sua avaliação sobre esse percurso terapêutico. Asseguramos-lhe sigilo e confidencialidade, de modo que garantimos que sua identidade não será revelada em nenhuma hipótese. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida participar do estudo, o(a) Sr.(a) pode perguntar a qualquer momento para esclarecer suas dúvidas, como também desistir do mesmo a qualquer tempo, sem sofrer nenhum dano ou constrangimento na assistência que o(a) vem recebendo na instituição. Informamos que a participação nesta pesquisa não implica em nenhuma forma de remuneração

ou ressarcimento, visto que a participação nesta pesquisa é voluntária e não implica em quaisquer custos aos participantes. Em casos de eventuais danos comprovados como decorrentes da participação nesta pesquisa é garantida ao participante o direito de indenização.

Os riscos dessa pesquisa, são mínimos, e estão associados a lembrar de fatos passados que possam ter causado algum desconforto emocional, no que se refere ao conhecimento do diagnóstico. Se for necessário, estaremos à disposição para ouvi-lo(a) atenta e respeitosamente, podendo atuar como intermediária no encaminhamento ao Serviço Social e/ou Psicoterapêutico da instituição onde realiza tratamento.

A segunda via do Termo será manuseada somente pela pesquisadora e guardada em arquivo pessoal por 05 (cinco) anos, podendo ser acessado pelo Sr.(a) durante esse período, caso haja algum interesse. Finalizado esse prazo, os mesmos serão desprezados.

Os resultados deste estudo serão publicações em periódicos nacionais e internacionais e outros veículos, divulgação em eventos correlatos ao campo de estudo dessa pesquisa.

Informamos que após a assinatura deste termo em duas vias, o(a) Senhor(a) receberá uma cópia, onde constam os dados da pesquisadora, instituição promotora, instituição co-participante (Hospital Maltez - HAM), Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, podendo esclarecer alguma dúvida.

Contatos da Pesquisadora: Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim, RG 2.134.392-63, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)/Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA)/Assessoria Técnica (ASTEC), Centro Administrativo da Bahia (CAB), 2º andar, tel.: (71)3115-4217, Salvador-BA, e-mail: vanialandim@hotmail.com

Contatos da Instituição Proponente: Escola de Administração da UFBA / Núcleo de Pós-Graduação em Administração 3º andar, Av. Reitor Miguel Calmon, s/n – Vale do Canela / Salvador- BA, tel (71) 3283-7658.

Contatos do Hospital Aristides Maltez: Av. Dom João VI, 332 – Brotas / Prédio da Oncopediatria – 4º andar, Salvador, BA, tel. (71)3357-6997, email: cep@aristidesmaltez.org.br

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA: Rua Augusto Viana, s/n – Campus do Canela, bairro Canela, 4º andar, Salvador, BA, tel. (71) 3283-7615, email: cepee.ufba@ufba.br

Agradeço pela sua colaboração e caso deseje participar, por favor, preencha a página seguinte.

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Eu, _____,
domiciliado _____
_____, declaro
que compreendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nesta pesquisa e
concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Local e Data

Assinatura do(a) Participante(a)

Assinatura da Pesquisadora

APENDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em conformidade com Diretrizes contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde (MS) nº 466/2012, para aplicação de entrevista com responsáveis legais e/ou acompanhantes de menores de 18 anos ou idade superior a esta, no caso de concordância das(os) usuárias(os) da Linha de Cuidado do Câncer de Mama da Rede SUS/BA

Prezado(a) Senhor(a):

Na condição de responsável legal e/ou acompanhante do(a) usuário(a) _____

convidamos o(a) Sr.(a) a participar desta pesquisa, intitulada **“REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS: UMA ANÁLISE DO PERCURSO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DA BAHIA”**, a qual é parte do Projeto do Curso de Doutorado em Administração da Universidade Federal da Bahia (UFBA), de autoria da aluna Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim, sob a Orientação da Prof^ª Dr^ª Maria do Carmo Lessa Guimarães.

O **objetivo** geral desse estudo consiste em analisar a integração sistêmica da atenção à saúde, através do percurso terapêutico de usuários da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, no contexto da gestão regional da saúde no estado da Bahia.

Este estudo visa identificar os problemas de acesso à rede de serviços à saúde e futuramente traçar estratégias de melhoria de atendimento com agilidade e qualidade. Além disso, esta pesquisa pode servir de referência para a realização de outros estudos que identifiquem os problemas de acesso aos serviços, em outras regiões de saúde do estado da Bahia, de modo a obter uma visão ampliada sobre a integração sistêmica para os cuidados do câncer de mama.

Solicitamos a sua colaboração para participar da entrevista, a qual consiste de perguntas relacionadas ao seu percurso na rede assistencial do SUS, desde o primeiro atendimento até obter o diagnóstico e realizar tratamento nesta unidade de saúde, incluindo o tempo de deslocamento em um serviço e outro, bem como os fatores que afetaram o acesso aos serviços de saúde e sua avaliação sobre esse percurso terapêutico. Asseguramos-lhe sigilo e confidencialidade, de modo que garantimos que sua identidade não será revelada em nenhuma hipótese. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida participar do estudo, o(a) Sr.(a) pode perguntar a qualquer momento para esclarecer suas dúvidas, como também desistir do mesmo a qualquer tempo, sem sofrer nenhum dano ou constrangimento na assistência que o(a) usuário(a) vem recebendo na

instituição. Informamos que a participação nesta pesquisa não implica em nenhuma forma de remuneração ou ressarcimento, visto que a participação nesta pesquisa é voluntária e não implica em quaisquer custos aos participantes. Em casos de eventuais danos comprovados como decorrentes da participação nesta pesquisa é garantida ao participante o direito de indenização.

Os riscos dessa pesquisa, são mínimos, e estão associados a lembrar de fatos passados que possam ter causado algum desconforto emocional, no que se refere ao conhecimento do diagnóstico. Se for necessário, estaremos à disposição para ouvi-lo(a) atenta e respeitosamente, podendo atuar como intermediária no encaminhamento ao Serviço Social e/ou Psicoterapêutico da instituição onde o(a) usuário(a) realiza tratamento.

A segunda via do Termo será manuseada somente pela pesquisadora e guardada em arquivo pessoal por 05 (cinco) anos, podendo ser acessado pelo Sr.(a) durante esse período, caso haja algum interesse. Finalizado esse prazo, os mesmos serão desprezados.

Os resultados deste estudo serão publicações em periódicos nacionais e internacionais e outros veículos, divulgação em eventos correlatos ao campo de estudo dessa pesquisa.

Informamos que após a assinatura deste termo em duas vias, o(a) Senhor(a) receberá uma cópia, onde constam os dados da pesquisadora, instituição promotora, instituição co-participante (Hospital Maltez - HAM), Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, podendo esclarecer alguma dúvida.

Contatos da Pesquisador: Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim, RG 2.134.392-63, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)/Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA)/Assessoria Técnica (ASTECA), Centro Administrativo da Bahia (CAB), 2º andar, tel.: (71)3115-4217, Salvador-BA, e-mail: vanialandim@hotmail.com

Contatos da Instituição Proponente: Escola de Administração da UFBA / Núcleo de Pós-Graduação em Administração 3º andar, Av. Reitor Miguel Calmon, s/n – Vale do Canela / Salvador- BA, tel (71) 3283-7658.

Contatos do Hospital Aristides Maltez: Av. Dom João VI, 332 – Brotas / Prédio da Oncopediatria – 4º andar, Salvador, BA, tel. (71)3357-6997, email: cep@aristidesmaltez.org.br

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA: Rua Augusto Viana, s/n – Campus do Canela, bairro Canela, 4º andar, Salvador, BA, tel. (71) 3283-7615, email: cepee.ufba@ufba.br

Agradeço pela sua colaboração e caso deseje participar, por favor, preencha a página seguinte.

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Eu _____,
domiciliado _____
_____,
na condição de _____ (responsável legal ou
acompanhante) do(a) _____ usuário(a)
_____, declaro que
compreendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nesta pesquisa e concordo
em participar voluntariamente deste estudo.

Local e Data

Assinatura do(a) Participante(a)

Assinatura do(a) Responsável Legal e/ou Acompanhante

Assinatura da Pesquisadora

APENDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em conformidade com Diretrizes contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde (MS) nº 466/2012, para acesso a bancos de dados e informações documentais pelos técnicos responsável e gestores da Rede SUS/BA

Prezado(a) Senhor(a):

Convidamos o(a) Sr.(a) a participar desta pesquisa, intitulada “**REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS: UMA ANÁLISE DO PERCURSO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DA BAHIA**”, a qual é parte do Projeto do Curso de Doutorado em Administração da Universidade Federal da Bahia (UFBA), de autoria da aluna Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim, sob a Orientação da Prof^a Dr^a Maria do Carmo Lessa Guimarães.

O **objetivo** geral desse estudo consiste em analisar a integração sistêmica da atenção à saúde, através do percurso terapêutico de usuários da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, no contexto da gestão regional da saúde no estado da Bahia.

Este estudo visa identificar os problemas de acesso à rede de serviços à saúde e futuramente traçar estratégias de melhoria de atendimento com agilidade e qualidade. Além disso, esta pesquisa pode servir de referência para a realização de outros estudos que identifiquem os problemas de acesso aos serviços, em outras regiões de saúde do estado da Bahia, de modo a obter uma visão ampliada sobre a integração sistêmica para os cuidados do câncer de mama.

Solicitamos a sua colaboração para acessar e/ou disponibilizar informações de banco de dados e documentos relacionados à Rede de Doenças Crônicas – Eixo Oncologia / Linha de Cuidado do Câncer de Mama. Asseguramos-lhe sigilo e confidencialidade, de modo que garantimos que sua identidade não será revelada em nenhuma hipótese. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida participar do estudo, o(a) Sr.(a) pode perguntar a qualquer momento para esclarecer suas dúvidas, como também desistir do mesmo a qualquer tempo, sem sofrer nenhum dano ou constrangimento na instituição na qual atua profissionalmente. Informamos que a participação nesta pesquisa não implica em nenhuma forma de remuneração ou ressarcimento, visto que a participação nesta pesquisa é voluntária e não implica em quaisquer custos aos participantes. Em casos de eventuais danos comprovados como decorrentes da participação nesta pesquisa é garantida ao participante o direito de indenização.

Os riscos dessa pesquisa, são mínimos, uma vez que o acesso a banco de dados do SUS e/ou fornecimento de dados documentais, requerem o cuidado ético no manuseio nas informações para garantir sua fidedignidade, de ambas as partes, técnicos e gestores. Para mitigar e/ou prevenir esses riscos, a pesquisadora se propõe a apresentar previamente o propósito deste estudo a gestores e técnicos, no sentido de dirimir dúvidas e esclarecer o percurso analítico e metodológico da pesquisa, incluindo a publicação das informações, cujo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão assinados por ambos.

A segunda via do Termo será manuseada somente pela pesquisadora e guardada em arquivo pessoal por 05 (cinco) anos, podendo ser acessado pelo Sr.(a) durante esse período, caso haja algum interesse. Finalizado esse prazo, os mesmos serão desprezados.

Os resultados deste estudo serão publicações em periódicos nacionais e internacionais e outros veículos, divulgação em eventos correlatos ao campo de estudo dessa pesquisa.

Informamos que após a assinatura deste termo em duas vias, o(a) Senhor(a) receberá uma cópia, onde constam os dados da pesquisadora, instituição promotora, instituição co-participante (Hospital Maltez - HAM), Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, podendo esclarecer alguma dúvida.

Contatos da Pesquisador: Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim, RG 2.134.392-63, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)/Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA)/Assessoria Técnica (ASTECA), Centro Administrativo da Bahia (CAB), 2º andar, tel.: (71)3115-4217, Salvador-BA, e-mail: vanialandim@hotmail.com

Contatos da Instituição Proponente: Escola de Administração da UFBA / Núcleo de Pós-Graduação em Administração 3º andar, Av. Reitor Miguel Calmon, s/n – Vale do Canela / Salvador- BA, tel (71) 3283-7658.

Contatos do Hospital Aristides Maltez: Av. Dom João VI, 332 – Brotas / Prédio da Oncopediatria – 4º andar, Salvador, BA, tel. (71)3357-6997, email: cep@aristidesmaltez.org.br

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA: Rua Augusto Viana, s/n – Campus do Canela, bairro Canela, 4º andar, Salvador, BA, tel. (71) 3283-7615, email: cepee.ufba@ufba.br

Agradeço pela sua colaboração e caso deseje participar, por favor, preencha a página seguinte.

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Eu, _____, domiciliado

_____, na condição de
_____(técnico ou gestor) da

_____,
declaro que compreendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nesta pesquisa
e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

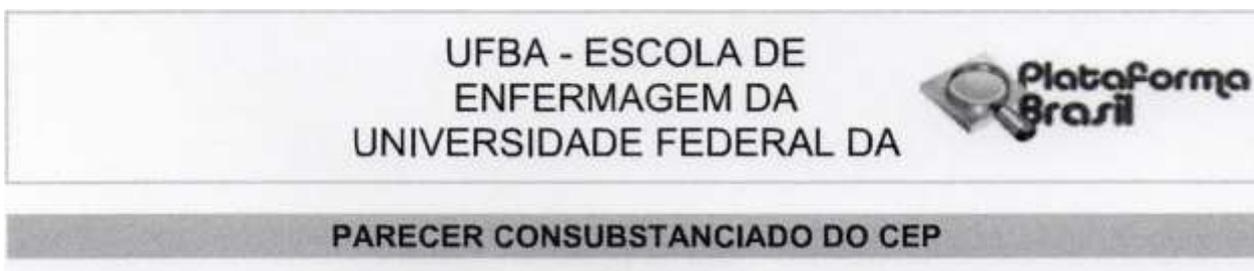
Local e Data

Assinatura do(a) Técnico(a)

Assinatura do(a) Gestor(a)

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Usuários da Rede de Doenças Crônicas / Eixo de Oncologia - Linha de Cuidado do Câncer de Mama

Pesquisador: EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS

LANDIM Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78889717.3.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Administração

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.349.858

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de doutorado com a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Lessa Guimarães.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a integração sistêmica da atenção à saúde, através do percurso terapêutico de usuários da Rede de Doenças Crônicas / Eixo Oncologia — Linha de Cuidado do Câncer de Mama, no contexto da gestão regional da saúde no estado da Bahia.

Objetivo Secundário:

- Construir graficamente a estrutura sistêmica da linha de cuidado de usuário com câncer de mama que acessam determinado serviço de alta complexidade, localizado no município-sede da Região de Saúde de Salvador-Bahia;
- Analisar o acesso dos usuários dos serviços que integram a Rede de Doenças Crônicas / Linha de Cuidado do Câncer de Mama, observando-se o deslocamento entre domicílio e a ocorrência dos atendimentos na rede SUS-Bahia, bem como os fatores restritivos ao seu acesso;
- Examinar o percurso assistencial dos usuários da Linha de Cuidado do Câncer de Mama na Rede SUS — Bahia, desde o primeiro ao último atendimento, incluindo a dimensão tempo e os mecanismos para informação e regulação do fluxo entre os diferentes pontos dessa rede de atenção à saúde;

- Verificar as relações de interfaces e padrões de interação entre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama com os elementos constitutivos da micro gestão dos serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisadora descreve:

Este projeto é classificado como grau mínimo de risco, cujo plano de gerenciamento encontra-se abaixo descrito: 1 . Banco de dados e Documentos:

apesar da Lei de Acesso à Informação (LAI), o acesso a banco de dados do SUS elou fornecimento de dados documentais, requerem o cuidado ético no manuseio nas informações para garantir sua fidedignidade, de ambas as partes, técnicos e gestores. Para mitigar elou prevenir esses riscos, a pesquisadora se propõe a apresentar previamente o propósito deste estudo a gestores e técnicos, no sentido de dirimir dúvidas e esclarecer o percurso analítico e metodológico da pesquisa, incluindo a publicação das informações, cujo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão assinados por ambos.

2. Usuários(as) da linha de cuidado do câncer de mama: para este participante da pesquisa, existe o risco de lembrar de fatos passados que o(a) possam ter causado algum desconforto emocional, de modo que a pesquisadora de propõe a ouvilos(as) atenta e respeitosamente, podendo atuar como intermediária no encaminhamento ao Serviço Social elou Psicoterapêutico da instituição onde realiza o tratamento, se for necessário.

3. Guarda de Arquivo: os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), serão guardados em arquivos pessoal da pesquisadora, sendo os mesmos digitalizados e mantidos em HD externo por um período de 05 (cinco) anos, podendo estes ser consultados pelos participantes da pesquisa em qualquer tempo. Finalizado o prazo, esses dados serão destruídos.

Benefícios:

Esta pesquisa, através da escuta direta com os usuários do SUS/Linha de Cuidado do Câncer de Mama, busca-se confrontar a rede real com o desenho normativo, no sentido de apontar os fatores restritivos à integração sistêmica das ações e serviços de saúde, possibilitando assim, repensar a formulação de políticas frente ao contexto diverso, heterogêneo e complexo da Federação brasileira, com distintas condições político-institucionais, socio espaciais, territoriais e sanitárias, de modo a organizar e prover serviços de saúde complementares no território, com vistas à universalidade e do acesso e integralidade da atenção à saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Estudo de Caso, de natureza exploratória e descritiva, para compreender em profundidade a conformação das Rede de Doenças Crônicas / Eixo Oncologia — Linha de Cuidado do Câncer de Mama, na perspectiva de sua integração sistêmica. A pesquisadora realizará:

- (i) análise documental (Desenho da Rede e respectiva distribuição dos serviços por Regiões de Saúde,

Portarias, Protocolos Assistenciais, Relatórios; Planos; Monitoramento de indicadores do Plano Estadual de Saúde (PES) e Plano Plurianual (PPA) 2016-2019, Relatório Anual de Gestão, Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia / Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS), Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) e Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, município-sede da Região de Saúde, onde será realizado o estudo;

- (ii) questionários aplicados aos usuários da linha de cuidado do câncer de mama, cuja amostra será definida com base no número de atendimento/mês matriculados para atendimento na unidade de referência estadual, ou seja, Hospital Aristides Maltez, unidade que reúne os procedimentos de maior densidade tecnológica (cirurgia, quimioterapia, radiologia e farmacêutico).
- (iii) análise de conteúdo para as duas questões abertas que integram o questionário aplicado, para definição de termos/ palavras-chave para verificar a frequência e elaborar a rede semântica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apensados. Porém é necessário adequações segundo a Resolução 466/12.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro parecer de APROVAÇÃO ao projeto apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Estudo de Caso, de natureza exploratória e descritiva, para compreender em profundidade a conformação das Rede de Doenças Crônicas / Eixo Oncologia — Linha de Cuidado do Câncer de Mama, na perspectiva de sua integração sistêmica. A pesquisadora realizará:

- (i) análise documental (Desenho da Rede e respectiva distribuição dos serviços por Regiões de Saúde, Portarias, Protocolos Assistenciais, Relatórios; Planos; Monitoramento de indicadores do Plano Estadual de Saúde (PES) e Plano Plurianual (PPA) 2016-2019, Relatório Anual de Gestão, Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia / Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS), Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) e Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, município-sede da Região de Saúde, onde será realizado o estudo;
- (ii) questionários aplicados aos usuários da linha de cuidado do câncer de mama, cuja amostra será definida com base no número de atendimento/mês matriculados para atendimento na unidade de referência estadual, ou seja, Hospital Aristides Maltez, unidade que reúne os procedimentos de maior densidade tecnológica (cirurgia, quimioterapia, radiologia e farmacêutico).
- (iii) análise de conteúdo para as duas questões abertas que integram o questionário aplicado, para definição de termos/ palavras-chave para verificar a frequência e elaborar a rede semântica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apensados. Porém é necessário adequações segundo a Resolução 466/12.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro parecer de APROVAÇÃO ao projeto apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.docx	25/10/2017	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES B SICAS DO p RãJETO 978227. di	16/10/2017 14:14:36		Aceito
Outros	Cartas de Acesso Informacoes Dados Publicos.pdf	16/10/2017 14:13:29	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	ProjetoDetalhadoELandim.pdf	16/10/2017 14:12:00	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termos_e_DeclaracaoPesquisadores.pdf	15/10/2017 19:48:22	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Outros	Solicitacao_de_Campo.pdf	15/10/2017 19:46:21	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Outros	DeclaracoesInstituicoesParceiras.pdf	15/10/2017 19:43	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito

Outros	VinculoInstitucional.pdf	15/10/2017 19:36:14	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Participantes_da_Pesquisa.pdf	15/10/2017	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/10/2017	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	15/10/2017 19:24:12	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LAND M	Aceito
Outros	Res0510.pdf	04/10/2017	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	Res0466.pdf	04/10/2017	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	Checklist.docx	04/10/2017	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	MODELO DOS TERMOS COMUNS TODOS -OS ãOJETOSTdoc	04/10/2017	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito

Continuação do Parecer: 2.349.858

Outros	QUESTIONARIO.pdf	04/10/2017 00:01	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	03/10/2017 23:36:25	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

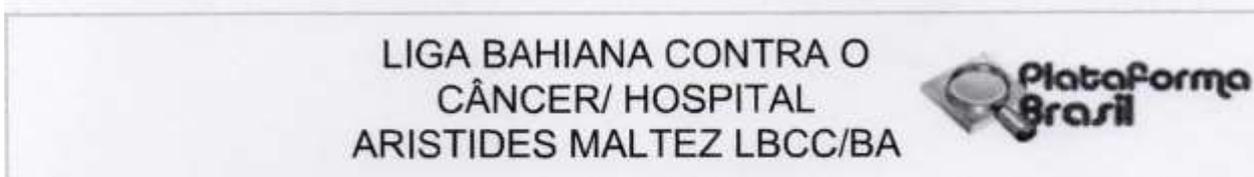
Não

SALVADOR, 25 de Outubro de 2017

Assinado por:
Maria Carolina Ortiz Whitaker
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa de Saúde da Liga Bahiana Contra o Câncer / Hospital Aristides Maltez



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Usuários da Rede de Doenças Crônicas / Eixo de Oncologia - Linha de Cuidado do Câncer de Mama

Pesquisador: EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS

LANDIM Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78889717.3.3001.0050

Instituição Proponente: Liga Bahiana Contra o Câncer/Hospital Aristides Maltez

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.444.577

Apresentação do Projeto:

A descentralização da saúde implementada no decorrer dos anos 90, ao tempo em que ampliou a provisão de serviços de atenção à saúde em âmbito local, gerou um processo de pulverização e fragmentação das ações e serviços de saúde no contexto do SUS, não sendo raro a existência de vazios assistenciais. Espera-se que esse estudo possa contribuir para suprir possíveis lacunas no campo teórico e analítico das redes de atenção à saúde, na perspectiva de integração sistêmica das ações e serviços, com foco no seu modo de operar e de se articular para a consecução dos seus objetivos principais, no contexto do federalismo sanitário brasileiro, caracterizado pela dialética das relações de competição e cooperação intergovernamentais e interníveis de governo. Espera-se ainda, que o modelo teórico lógico aplicado desta pesquisa possa servir de referência para ampliação desse estudo em outras Macrorregionais de Saúde do estado da Bahia para uma visão mais ampliada e sistêmica da estrutura operacional dessa linha de cuidado no contexto da gestão regional da saúde no território baiano

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a integração sistêmica da atenção à saúde, através do percurso terapêutico de usuários da Rede de Doenças Crônicas / Eixo Oncologia — Linha de Cuidado do Câncer de Mama, no contexto da gestão regional da saúde no estado da Bahia.

Objetivo Secundário:

- Construir graficamente a estrutura sistêmica da linha de cuidado de usuário com câncer de mama que acessam determinado serviço de alta complexidade, localizado no município-sede da Região de Saúde de Salvador-Bahia;

- Analisar o acesso dos usuários dos serviços que integram a Rede de Doenças Crônicas / Linha de Cuidado do Câncer de Mama, observando-se o deslocamento entre domicílio e a ocorrência dos atendimentos na rede SUS-Bahia, bem como os fatores restritivos ao seu acesso;
 - Examinar o percurso assistencial dos usuários da Linha de Cuidado do Câncer de Mama na Rede SUS — Bahia, desde o primeiro ao último atendimento, incluindo a dimensão tempo e os mecanismos para informação e regulação do fluxo entre os diferentes pontos dessa rede de atenção à saúde;
- 'Verificar as relações de interfaces e padrões de interação entre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama com os elementos constitutivos da micro gestão dos serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora Responsável, os riscos previstos para este estudo são mínimos e a mesma garante a aquisição da anuência dos gestores e técnicos envolvidos na pesquisa, garante também o apoio emocional e psicossocial no caso de desconforto emocional das mulheres com cancer de mama. Se compromete por fim a zelar pelos dados oriundos desta investigação científica que permanecerão sob os seus cuidados durante 5 anos e após isto devidamente descartados.

Benefícios : é proposto pela pesquisadora que este estudo possa gerar impacto nas diversas ações de saúde pública e possa servir de referência para a ampliação deste estudo para as demais Macrorregiões de Saúde e respectivas Regiões de Saúde, de modo a obter um panorama mais ampliado sobre a estrutura da Rede de Doenças Crônicas / Eixo Oncologia — Linha de Cuidado do Câncer de Mama, nas perspectiva da integração sistêmica ou não das ações e serviços de saúde que integram essa linha de cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Estudo de Caso, de natureza exploratória e descritiva, para compreender em profundidade a conformação das Rede de Doenças Crônicas / Eixo Oncologia — Linha de Cuidado do Câncer de Mama, na perspectiva de sua integração sistêmica. Considerando que a Macrorregional Leste, especificamente a Região de Saúde de Salvador, concentra os mais variados serviços de densidades tecnológicas distintas e a Unidade de Saúde de referência para todo o estado da Bahia (Hospital Aristides Maltez - HAM), este estudo delimita o município-sede da Região de Saúde de Salvador para a realização desta pesquisa, o que possibilitará mapear, por meio de questionários aplicados, o itinerário do cidadão na Linha de Cuidado do Câncer de Mama, desde a realização do primeiro atendimento na rede SUS-BA, até os serviços de alta complexidade do sistema, considerando-se as dimensões tempo e espaço dentro dessa linha de cuidado.

1. Análise documental: Serão colhidas informações obtidas através de Desenho da Rede e respectiva distribuição dos serviços por Regiões de Saúde, Portarias, Protocolos Assistenciais, Relatórios; Planos; Monitoramento de indicadores do Plano Estadual de Saúde (PES) e Plano Plurianual (PPA) 2016-2019, Relatório Anual de Gestão (RAG), Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia / Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS), Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) e Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA);

2. Questionários: aplicados com usuários em tratamento, para mapear o itinerário terapêutico, desde o primeiro atendimento até o tratamento/reabilitação, incluindo a questão de tempo e espaço entre os diferentes percursos dentro da Linha de Cuidado de Câncer de Mama do estado da Bahia, a fim de identificar as barreiras de acesso à rede estudada, como também os processos de comunicação, informação e regulação dos fluxos de acesso e assistencial. Serão aplicados os TCLE e Termo de Assentimento de acordo com faixa etária; O questionário será on-line e a pesquisadora estará com um tablet para a coleta de informações. Se necessário também haverá a possibilidade da versão impressa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE : muito bem redigido, claro e objetivo garantindo a preservação da autonomia dos participantes;
- Demais documentos anexados e compatíveis com a análise bioética embasada na Res.466/12

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo sido atendidas as pendências assinaladas anteriormente referentes ao TCLEI consideramos este protocolo exequível e passível de execução a partir da metodologia e cronograma propostos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo atendeu as pendências solicitadas pelo relator e observou os princípios éticos da beneficência, justiça e equidade e da não maleficência, assim como assegura o sigilo das identidades, das informações e dados. Está em conformidade com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, pois os pesquisadores comprometem-se em zelar pelo sigilo e proteção aos participantes sob todos os aspectos, garantindo assim os direitos fundamentais do participante da pesquisa quanto à informação e privacidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB BÁSICAS_DO_P INFORMAÇÕES ROZIETO 1023655. -df	30/1 1/2017		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Retificado_Participantes_da_Pes quisa.pdf	27/11/2017	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Parecer Anterior	PB PARECER CONSUBSTANCIADO CEP_2349858.Bdf	26/10/2017 21	EDIVANIA LUCIA	Aceito

			ARAUJO SANTOS LANDIM	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.docx	25/10/2017	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito
Outros	Cartas de Acesso Informacoes Dados Publicos.pdf	16/10/2017 14:13:29	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investi ador	ProjetoDetalhadoELandim.pdf	16/10/2017 14:12:00	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Outros	Solicitacao_de_Campo.pdf	1 5/10/2017 19:46:21	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Outros	DeclaracoesInstituicoesParceiras.pdf	15/10/2017	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
Outros	VinculoInstitucional.pdf	1 5/10/2017 19:36:14	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito

Continuação do Parecer: 2.444.577

TCLE / Termos de Assentiment o / Justificativa de Ausência	TCLE_Participante s_da_Pesquisa.pdf	15/10/2017	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito
--	--	------------	---	--------

Outros	Res0510.pdf	04/10/2017	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	Res0466.pdf	04/10/2017	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	Checklist.docx	04/10/2017	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	MODELO_DOS_TERMOS COMUNS TODOS OS PROJETOS-.doc	04/10/2017	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.p df	04/10/2017 00:01	EDIVANIA LUCIA ARAUJO SANTOS LANDIM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 18 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Marcus António de Mello Borba
(Coordenador)

Endereço: Av.D.João VI 332 - Unid. Oncologia Pediátrica
 Bairro: 4º andar - Brotas CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3357-8997 Fax: (71)3357-6997 E-mail: cep@aristidesmaltez.org.br