

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
- MESTRADO E DOUTORADO -
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Isabel Helena Forster Halmenschlager

**POLÍTICA MUNICIPAL E REGIONAL DO CÂNCER DE MAMA EM
SANTA CRUZ DO SUL:
Um estudo de gestão territorial de uma política pública**

Santa Cruz do Sul, março de 2008

Isabel Helena Forster Halmenschlager

**POLÍTICA MUNICIPAL E REGIONAL DO CÂNCER DE MAMA EM
SANTA CRUZ DO SUL:
Um estudo de gestão territorial de uma política pública**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Marcos A. F. Ferreira

Santa Cruz do Sul, março de 2008

Isabel Helena Forster Halmenschlager

**POLÍTICA MUNICIPAL E REGIONAL DO CÂNCER DE MAMA EM
SANTA CRUZ DO SUL:
Um estudo de gestão territorial de uma política pública**

Esta Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira
Professor Orientador

Dr. Mário Riedl

Dra Stela Nazareth Meneghel

RESUMO

O estudo tem como objeto a análise da gestão territorial de uma política pública regional: a política do câncer de mama na região da 13^a. Coordenadoria de Saúde, no Rio Grande do Sul, com taxas de mortalidade muito acima da média nacional. O foco da análise recai sobre as ações dos gestores municipais, estaduais e profissionais da região da 13^a. Coordenadoria Regional de Saúde, assim como os efeitos sobre as usuárias. A partir da concepção dialética para estudo das políticas públicas, o material empírico teve como base, a observação de campo, a leitura sistemática de documentos institucionais, aplicação de questionários, entrevista com gestores, técnicos do sistema de saúde, profissionais de saúde não vinculados ao SUS e usuárias dos serviços de saúde. A agenda regional de saúde pública e a dinâmica da gestão territorial nas ações públicas na prevenção do câncer de mama, evidenciou que a gestão territorial da política atende parcialmente às normas e diretrizes do Ministério da Saúde. Destaca-se a precária distribuição espacial da prestação de serviços envolvidos na estratégia de prevenção do câncer de mama, restringindo o acesso. Os fluxos e procedimentos-padrões instituídos pelo Ministério da Saúde não têm atingido seus objetivos, na medida em que as usuárias estão submetidas a lógicas de atenção identificadas claramente com princípios de mercado. Os critérios de trabalho adotados por alguns dos atores sociais mais influentes – gestores e médicos - apresentam interesses não convergentes com a produção de um bem público, cuja conduta interfere na execução desta política pública. Os avanços obtidos nesta política e os limites de sua efetividade sustentam-se em campo discursivo estruturado sobre valores legítimos. Para uma questão localizada no coração do conflito mercado/saúde pública, a dificuldade de incorporar a política pública do câncer de mama no cotidiano do SUS tem perpetuado a aceitação passiva de suas insuficiências.

Palavras-chave: políticas públicas, câncer de mama, gestão territorial da saúde.

ABSTRACT

The object of this study is the territorial administration analysis of a regional public policy: the policy of breast cancer in the 13th Health Coordination region, in Rio Grande do Sul State, with mortality rates above the national average. The analysis focuses actions taken by the municipal and state, managers and professionals from the 13^a Regional Health Coordination region, as well as the effects on the users. Starting from the dialectic conception for the study of public policies, the empirical material had as its source, the field observation, the systematic reading of institutional documents, questionnaires application, interviews with managers, technicians of the health system, health professionals not connected to SUS and with health services users. The regional calendar of public health and the dynamics of the territorial administration in the public actions toward the breast cancer prevention evidenced that the territorial administration of the policy assists partially the norms and guidelines of Ministry of Health. It highlighted the precarious space distributions of the services rendered involved in the strategy of breast cancer preventions, restricting the access. The flows and standard-procedures instituted by Ministry of Health have not been reaching their goals, to the extent that the users are subjected to attention logics clearly identified with market principles. The work criteria adopted by some of the more influential social actors – managers and physicians – showed non convergent interests with the production of a public good, whose conduct interferes in the execution of this public policy. The progresses obtained in this policy and the limits of its effectiveness are sustained in discursive field structured on legitimate values. For a matter situated in the heart of the conflict market/public health, the difficulty of incorporating the breast cancer public policy in the everyday of SUS (the public health system) has been perpetuating the passive acceptance of its inadequacies.

Key-words: public policies, breast cancer, territorial administration of health.

LISTA DE TABELAS

01 – Mamografias realizadas no SUS – RS de 1995 a 2002	44
--------------------------------------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEMAI	Centro Materno e Infantil
COREDE	Conselho Regional de Desenvolvimento
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NIS	Núcleo de Informações em Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Política de Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 POLÍTICAS PÚBLICAS	14
1.1 Formulação	17
1.2 Implementação	18
1.3 Avaliação	19
1.4 Política de Proteção Social – <i>Welfare State</i>	21
2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ASPECTOS LEGAIS E HISTÓRICOS E SUA TERRITORIALIDADE	24
2.1 SUS – aspectos legais e históricos	24
2.2 Políticas Públicas e Territórios	29
2.3 SUS, Regionalização e Gestão Territorial	32
3 POLITICAS PÚBLICAS PARA O CÂNCER DE MAMA	38
3.1 Política Pública para o câncer de mama no Brasil	41
3.2 Política Pública para o câncer de mama no Rio Grande do Sul	43
3.3 Política Pública para o câncer de mama na 13ª CRS	45
3.4 Enfoque clínico sobre o câncer de mama	46
3.5 Magnitude do câncer de mama no mundo e no Brasil	47
3.6 O câncer de mama no contexto de Saúde Pública	48
3.7 Rastreamento, detecção e diagnóstico precoce	50
4 MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO	53
4.1 Coleta de Informações e estratégia analítica	53
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	56
5.1 As bases institucionais da política do câncer de Mama e sua gestão territorial	56
5.2 Atores sociais e suas concepções. Por onde um bem público se torna privado	70

CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	86
ANEXO A – Questionário e entrevistas aplicadas pela autora	92
ANEXO B – Legislações Aplicáveis – Constituição Federal – 1988	98
ANEXO C – Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	100
ANEXO D – Questionário 13ª CRS	110
ANEXO E – Fluxograma do Ministério da Saúde	111

INTRODUÇÃO

Esta dissertação nasceu de uma reflexão sobre a efetividade das ações de saúde pública sobre o câncer de mama, a partir da atividade da autora como funcionária da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (13ª CRS), sediada em Santa Cruz do Sul - RS. Nesse órgão de governo a autora desempenha a função de responsável pela saúde da mulher e coordena as atividades relacionadas à política sobre o câncer de mama.

A 13ª CRS é um órgão da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e coordena as políticas públicas nos municípios que a compõem, os quais são: Santa Cruz do Sul (Sede), Candelária Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz.

A autora, ao observar o cotidiano de trabalho no âmbito regional da SES, coordenando a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher nos municípios de abrangência da 13ª CRS, percebeu a necessidade de avaliar a ação de vigilância nos processos que envolvem a política pública do câncer de mama, considerada uma ação de vital importância para a proteção e promoção de saúde das mulheres que pertencem à região da 13ª CRS.

Um dos questionamentos centrais que motivou a realização da pesquisa tem a ver com o valor do coeficiente de mortalidade do câncer de mama que tem se revelado nessa região (15,8 em 100000 mulheres – NIS 2004) um pouco menor que no conjunto do Estado do RS onde o coeficiente é 16,8. No Brasil, em 2004, esse coeficiente era de 10,60 em 100000 mulheres, (Ministério da Saúde, 2006).

Pensando nisso, procurou-se analisar as relações entre saúde, desenvolvimento regional, mapear conflitos e identificar interesses privados e públicos, pois sabe-se que a política de saúde tem as suas diretrizes elaboradas

pelo Ministério da Saúde para todo o país, no entanto a execução da política fica a cargo do gestor público municipal que é o Secretário de Saúde.

A política pública sobre o câncer de mama é analisada, nesta dissertação, sob a ótica dos conceitos de análise política de políticas públicas aplicadas ao campo da saúde.

Segundo Marta Arretche (2000) em “Dossiê” agenda de pesquisa em políticas públicas, o crescente interesse por essa temática está diretamente relacionado às mudanças recentes da sociedade brasileira.

A implementação das políticas públicas tem estado, muitas vezes, baseada na lógica tecnocrática, sob influência das demandas de instituições internacionais e dos quadros técnicos e consultores do Ministério da Saúde. Aqui cabe uma observação a respeito da força dessa construção técnica. As normas, os protocolos e diretrizes elaborados pelo Ministério da Saúde possuem uma força normativa que consegue ser repassada para os níveis subnacionais de gestão da política. Já o discurso favorável à participação cidadã não experimenta o mesmo sucesso, pois o controle social nem sempre é efetivo.

A partir da entrada do tema câncer de mama na arena decisória, sua possível inclusão na agenda pública e conseqüente formulação de política, os caminhos percorridos indicam a presença de manobras relacionadas ao jogo político, preenchendo os espaços entre o que é legalmente instituído e o que é efetivamente realizado.

A agenda pública de saúde na região da 13ª CRS contempla de forma incipiente ao conjunto de ações voltadas para a prevenção do câncer de mama em face das relações conflituosas entre o poder público e os prestadores privados de serviços de saúde.

As decisões de gestão pública sobre a política em pauta apresentam um afastamento permanente do critério orientado pela ênfase no interesse público em

sua implementação e ordenamento territorial, ou seja, como esta política será trabalhada no território. Os critérios para a tomada de decisão obedecem a lógicas na maioria das vezes, afastadas do que se poderia reconhecer como “decisão voltada para o bem comum”, como afirma Souza (2003):

A formulação e a implementação de políticas públicas não são processos exclusivamente racionais e lineares, desvinculados dos processos políticos. Este tipo de análise ainda é muito influenciado pela tentativa de se separar o mundo do governo e da administração pública do mundo da política.

Ou seja, ao estudar o governo em ação, as regras do jogo nem sempre são muito claras, percebendo-se isso na política pública do câncer de mama no âmbito territorial abordado.

Esta dissertação tem como objetivo avaliar a agenda regional de saúde pública e a estrutura da dinâmica da gestão territorial das ações públicas em relação à prevenção do câncer de mama na região da 13ª CRS.

Este estudo também tem por objetivos específicos:

- a) verificar a existência de uma estratégia territorial da política para a região, além das normas e diretrizes do Ministério da Saúde;
- b) avaliar a distribuição espacial de prestação de serviços envolvida na política de prevenção ao câncer de mama;
- c) avaliar fluxos e procedimentos padrões da política e sua repercussão junto aos usuários, através de aplicação e análise de questionários e leitura de documentos institucionais;
- d) identificar os atores sociais envolvidos no desenvolvimento da política sobre o câncer de mama e os mais influentes nos processos decisórios sobre a gestão territorial na política de prevenção ao câncer de mama.

O estudo se justifica porque no Brasil o câncer de mama é a segunda causa de morte entre as mulheres (a primeira está relacionada a doenças cardiocirculatórias – NIS 2004), e a prevalência na região da 13ª CRS é maior que no restante do Brasil..

Nesse sentido, torna-se importante analisar alguns aspectos da estrutura e da dinâmica da política pública do câncer de mama na região da 13ª CRS, para tentar entender que razões e mecanismos podem estar relacionados ao aumento da prevalência de câncer de mama nesta região em comparação com o país.

A abordagem a ser utilizada define um campo de preocupações relacionadas com a implementação e a gestão da política: o acesso às informações sobre os aspectos da agenda política; seu desenvolvimento e implementação e a gestão da política num determinado território. Não foram encontrados estudos com essas características no Rio Grande do Sul e, mesmo, na literatura brasileira.

Portanto, o tema dessa política tem, neste trabalho, alguns achados e argumentos que buscam dar conta da multiplicidade desses interesses envolvidos e das condutas institucionais como fatores intervenientes para o êxito ou fracasso da política. Dessa forma, contribui para que técnicos, gestores públicos, trabalhadores do terceiro setor, entre outros, possam refletir sobre as realidades em que atuam, ao entenderem, em um caso específico, aspectos da política que tendem a estar presentes em muitas regiões do Brasil.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS

O que são políticas públicas? Não existe uma única, nem melhor definição sobre o que seja política pública.

Segundo Souza (2003), pode-se resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real.

Essa definição de Souza (2003) expressa uma visão muito ampla e muito abrangente do tema, percebendo-se o valor das políticas públicas, numa visão de que indivíduos, instituições, interações, ideologias e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa desses fatores em sua contribuição para análise mais completa do fenômeno.

Podemos sintetizar os elementos principais que configuram as políticas públicas a partir da mesma autor (2003) quando comenta sobre as diversas definições e modelos sobre políticas públicas:

- a política pública distingue o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz;
- a política pública envolve vários níveis de governo e não necessariamente, se restringe aos participantes formais, já que os informais são também importantes;
- a política pública é abrangente e não se limita a leis e regras;
- a política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados;
- a política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é de longo prazo;
- a política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica, também, em implementação, execução, gestão e avaliação;

- A luta pelo poder e por recursos entre grupos sociais é o cerne da formulação de políticas públicas;
- Instituições são regras formais e informais que moldam o comportamento dos atores.

O comportamento dos atores que estão envolvidos em todos os momentos da política pública é moldado pelas instituições, entendidas, aqui, como as regras do jogo, sejam essas regras formais ou informais.

Aragão (1997) diz que:

“Devemos reconhecer que a eficiência do setor público e a capacidade do Estado de formular e implementar políticas públicas dependem de sua estrutura administrativa e da estrutura social na qual esta inserida”.

Na visão de Aragão (1997), a esfera pública deve estar apta a estimular o equilíbrio entre os interesses que informam a vida e a organização dos diversos grupos sociais, que, embora possuam diferentes níveis de recursos e motivações, devem ser atendidos equitativamente.

É preciso pontuar, ainda, que a política pública também é um espaço de não - decisão (Vallés, 2000) e que se pode analisá-la desde a perspectiva de um ciclo em movimento, onde a dinâmica político-institucional, o caráter histórico e social e a relação conflitivo-cooperativa entre os atores sociais se fazem presentes num processo de formulação, implementação e avaliação das características evolutivas adaptativas em relação ao meio onde “vive”. Dessa forma é que se pode buscar compreender por que traçados de uma política, no nível nacional, tomam formas tão diversas quando são implementados pelos níveis sub-nacionais e/ou regionais.

A análise de política tem, como objeto, os problemas com que se defrontam os autores de política (*policy-makers*) e, como objetivo, auxiliar o seu equacionamento através do emprego de criatividade, imaginação e habilidade (DAGNINO, R. GAPI-2002). Wildavsky (1979), por sua vez, destaca que a análise

de políticas envolve certo aprendizado, a partir da experiência, especialmente, da experiência do fracasso e da correção dos erros cometidos.

Reis (2003) afirma que a perspectiva característica dos estudos de políticas públicas tende, inevitavelmente, a dar ênfase à eficácia global das políticas ou decisões, mesmo quando se tem em mente a diversidade de categorias sociais ou de focos de interesses para os quais tais decisões podem ser relevantes.

A política pública nem sempre é interpretada pelos atores sociais e implementadores da mesma forma: situações de conflito são bem freqüentes. A implementação é um processo de construção social e o conflito é algo inerente a ele. Como forma de contornar essas situações no jogo do poder são fixadas regras a serem seguidas. Essas regras especificam os diferentes papéis a serem desempenhados, assim como as competências dos atores envolvidos (SILVA, 2000).

Políticas públicas é o Estado em ação. A tomada de decisões é o que é importante em termos de políticas públicas para ser alavancado.

A tomada de decisões implica, sempre, escolhas, e toda decisão exige atenção às necessidades sociais e usa avaliação judiciosa. Envolve, também, informação, diagnóstico, capacidade preditiva, coordenação e planejamento, escalonamento de prioridades, compreensão de interesses e valores envolvidos, avaliação dos limites da racionalidade técnica, avaliação dos limites, das vantagens ou adversidades do clima político e conhecimento das regras do jogo.

As políticas públicas de saúde contêm em seu ciclo de política (*policy cycle*) diferentes fases constitutivas, reconhecidas como formulação, implementação e avaliação. A seguir serão abordadas essas fases.

1.1 Formulação

A formulação de política pública é um processo complexo, que requer tempo, investimento e compreensão abrangente e teórica, não só do tema que será objeto da política pública, mas, também, dos seus processos e dos conflitos envolvidos desde o seu início.

Conforme Elisa Reis (2003) em *Reflexões Leigas para a Formulação de uma Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas*, a formulação de *policies* constitui causa e efeito das mudanças político-institucionais em curso.

Para a formulação de política pública, é necessário, conforme Celina Souza, identificar, claramente, os objetivos da política pública, considerando contextos locais, nacionais e internacionais; questionando visões tradicionais e testando novas idéias/propostas; utilizando dados de diversas fontes, analisando as diversas alternativas para enfrentar o problema que a política pública visa solucionar; calculando os custos, considerando o impacto sobre as demandas/necessidades dos que serão direta ou indiretamente afetados pela política pública.

Faz-se necessário considerar e dimensionar as capacidades institucionais, operacionais e financeiras do governo e a inserção da política no planejamento estratégico, considerando fatores externos, o aprendizado, vetos e apoios prováveis, as especificidades que marcam as arenas decisórias, a existência de políticas prévias, a "*policy community*" (comunidade de especialistas) interessada no tema, construindo uma consciência coletiva sobre a importância da política pública. Nesse esforço deve sobressair a capacidade de mapear as redes sociais envolvidas, seus objetivos, operando controles que minimizem a captura da política pública por interesses particulares e a identificação de regras formais e informais das instituições políticas, sociais e governamentais que podem influenciar, positiva ou negativamente, na política pública.

A formulação, em síntese, é a fase de formular, elaborar a política, ocorrendo a partir de um processo decisório ou tomada de decisão, pois a ação de governo está voltada no sentido de maximizar os recursos para o bem comum.

1.2 Implementação

A implementação se refere ao modo como a política pública está sendo posta em prática, ou seja, à transformação da política em ação (SOUZA, 2002). Na visão teórica do ciclo das políticas compreende um estágio que sucede a formulação de uma política pública.

Na implementação é importante identificar os fatores organizacionais e as particularidades que definem o desempenho e as condutas mais correntes da burocracia, assim como das organizações que recebem delegação do governo para implementar a política pública, pois a burocracia que a implementa é fundamental nessa etapa:

Na implementação de uma política pública é importante o grau de conhecimento e capacidade das organizações e dos implementadores sobre a política que está sendo implementada; entender os diversos processos que compõem a implementação, focalizar o papel dos atores e dos agentes da implementação e entender o grau de discricionariedade da burocracia quando implementa a política pública. (SOUZA, 2002).

A implementação é um processo de interação estratégica entre diversos atores e numerosos interesses na busca de certos objetivos (VIANA, 1996), ou seja, a fase da implementação corresponde à execução da política formulada.

Para se compreender melhor a implementação de uma política pública, é preciso entender a sua complexidade, as possibilidades de fracasso dessa política, a transformação da política em ação, os detalhes técnicos e a base de informações, o papel dos servidores, as contradições da política pública, as questões práticas do dia-a-dia.

Falar na implementação como um processo que exige coordenação e atenção da agência de governo responsável (Secretaria de Saúde, no caso deste estudo) e da dificuldade de estabelecer controles – (em geral) sobre os muitos interesses organizados e envolvidos na arena decisória.

A implementação, em simples, palavras é tirar a política do papel para acontecer na prática.

1.3. Avaliação

A avaliação é uma tarefa complexa, pode assumir a forma de avaliação de processos e/ou resultados. Esse processo tem um conteúdo substantivo, porque atribui valor e é importante na definição de critérios, que devem variar de acordo com a política que está sendo avaliada. A avaliação de processos visa à aferição da eficácia de uma política pública, ou seja, se essa política está sendo (ou foi) implementada de acordo com as diretrizes concebidas para a sua execução e se atingirá ou atingiu as metas desejadas.

Para Sanderson (2002), avaliar significa compreender e explicar o “que funciona para quem e em que circunstâncias”.

A avaliação está, atualmente, muito difundida nos governos, mas seus resultados são de difícil aceitação pelos envolvidos com a sua formulação/implementação. É ou deve ser uma prática permanente do poder público na busca da transparência e na prestação de contas para a comunidade. Avaliar uma ação é julgar seu valor (Société Française de l'évaluation, 2003). Assim, avaliar uma política pública é julgar seu valor à vista de critérios explicitados com antecipação e sobre a base de informações colhidas e analisadas para este efeito. A avaliação deve permitir a compreensão do conjunto da política estudada, a apreciação global de seus efeitos e do grau de atenção de seus objetivos e, enfim, a pertinência e a eficácia dos recursos mobilizados colocados em ação.

É importante, ao analisar a avaliação em política pública, questionar-se por que certas políticas são bem-sucedidas, e outras, não. Outra questão é onde podemos detectar os problemas que inviabilizaram ou reduziram os efeitos de uma política pública.

Segundo Ferreira (2006)¹, a análise de políticas públicas compreende a descrição e explicação das causas e conseqüências da atividade governamental:

- uma descrição do conteúdo da política (*policy*);
- uma compreensão do impacto das forças sociais sobre o conteúdo da *policy*;
- uma análise do efeito de vários arranjos institucionais e processo políticos sobre a *policy*;
- uma análise das conseqüências de diferentes políticas públicas sobre o sistema político;
- uma avaliação do impacto das *policies* sobre a sociedade, tanto das conseqüências esperadas como as não esperadas.

A avaliação pode ocorrer a qualquer momento durante o processo de estruturação da política, na forma de monitoramento, Deixar para avaliar depois de implementada é uma diretriz superada, com riscos de inviabilizar a *policy*.

Na avaliação muitos fatores podem ser avaliados, tais como Ferreira, 2006, aponta²:

- o conteúdo da política, alcance, efetividade, eficácia, eficiência, equidade, conflito com direitos, procedimentos, rotinas, fluxos.;
- os objetivos e metas preconizados;
- sua implementação – velocidade, ritmo, coordenação, cooperação, conflitos
- a adequação dos recursos;
- o fator humano envolvido na execução e gestão;
- nível de informação dos usuários – divulgação;
- parecer da opinião pública – partidos, sindicatos, mídia etc.

¹ FERREIRA, MAF, 2006, conteúdo de apresentação power point elaborada para disciplina “Formulação, Implementação e Avaliação em Políticas Públicas”, Programa de Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional, Santa Cruz do Sul, UNISC, 2006.

O processo de avaliação utiliza-se de métodos de pesquisas científicas quantitativas e qualitativas para obter resultados confiáveis, ou seja, a avaliação é o instrumento de análise mais adequado para sabermos se uma política está sendo implementada no sentido de observar criticamente a distância entre as conseqüências pretendidas e aquelas efetivadas, detectando as disparidades entre metas e resultados.

Segundo Bosi “Mercado em Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde” (2000, p.125) Os serviços e ações de saúde têm usuários que são parte do próprio processo de organização e prestação destes. Portanto, consideramos que a avaliação das ações de saúde lida com um fator complexo, que é o seu produto. Portanto, um grande avanço na avaliação em saúde é compartilhar o processo de avaliação com os usuários, considerando sempre que possível a sua perspectiva.

Fomentar uma cultura de avaliação é fundamental para aperfeiçoar políticas, conferir credibilidade às iniciativas do poder público, consolidar o controle social das políticas como um dos controles fundamentais para o aperfeiçoamento democrático e o valor do exercício da cidadania. (FERREIRA, 2006)

1.4 Política de Proteção Social - *Welfare State*

O *Welfare State* compreende um conjunto de políticas públicas de reprodução da vida social, fora do âmbito de mercado, ou seja, a ênfase é na produção de bens públicos. O *Welfare State* vai atender às necessidades de reprodução da vida social em questões em que o mercado tem dificuldades de ser eficaz ou de demonstrar interesse, ou ainda, muitas pessoas não possuem recursos para obter como bem de mercado. Alguns exemplos são a proteção ao envelhecimento, riscos no trabalho, adoecimento, desemprego e pobreza das famílias.

Duas tradições teóricas importantes que tratam sobre o *Welfare State* merecem destaque pela sua importância e presença na literatura internacional: a

² FERREIRA, 2006, *ibid.*

versão pluralista e a versão marxista: A versão pluralista tem origem no pensamento liberal e nasce para atender aos efeitos (as externalidades) de algumas situações provocadas pelo aumento demográfico, pela urbanização, modernização, industrialização. A versão marxista, tem base no conflito de classes, onde o conflito entre capital e trabalho, destaca a necessidade da reprodução da força de trabalho, pois, para os marxistas o capitalismo é uma relação que promove sua reprodução pela acumulação de capital, aumentando as desigualdades sociais com base na extração de mais- valia – trabalho não pago.

A ação do governo está voltada no sentido de maximizar os recursos para o bem comum, ou seja, a oferta dos bens públicos estrategicamente colocados é o estado de bem-estar social.

O *Welfare State* é um produto da sociedade moderna, que nasceu com os Estados Modernos e configura um sistema de proteção social na tentativa de reduzir os danos provocados pela concentração de riqueza via mercado.

No Brasil, não se pode falar em *Welfare State* da maneira clássica. A configuração histórica, cultural, política e econômica, do país, além da pequena envergadura histórica dos movimentos sociais. Esses passaram a criar corpo e impor, na agenda pública, seus anseios de forma mais consistente, a partir do final da ditadura militar, no bojo da democratização política do país e da possibilidade de novos arranjos institucionais. Além disso, os tradicionais *welfare states* têm passado momentos difíceis na esteira das imposições de novas políticas econômicas, afeitas às transformações do capitalismo na atualidade. Essa novidade tende a produzir maior impacto em sociedades fora do eixo central do sistema capitalista.

Foi assim que, a partir da Constituição Federal de 1988, se iniciou a construção de um sistema de proteção social brasileiro com características mais próximas às dos sistemas de *welfare* mais reconhecidos, onde a universalidade das políticas é um traço fundamental.

Até o momento, pode-se dizer que, entre avanços e retrocessos - estagnação em algumas áreas, deve-se admitir –, o sistema de proteção social tem se organizado através de políticas públicas setoriais de forma compartimentada e conta com pelo menos uma política – ou um conjunto de políticas – a de saúde, que pode ser considerada representativa no que se refere à descentralização e tentativa de assunção de novos papéis, tanto do poder público quanto da sociedade civil.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ASPECTOS LEGAIS E HISTÓRICOS E SUA TERRITORIALIDADE

2.1 SUS – aspectos legais e históricos

Na área de saúde, a Constituição de 1988 representou um avanço considerável. As leis 8080 e 8142 expressam as conquistas da Constituição de 1988 neste setor.

Elaborada no período 1988-1990 e aprovada em 19 de setembro de 1990, a Lei Federal 8080, chamada Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo de saúde na constituição (WESTPHAL, M. F.; SAMPAIO, E. A., 2001. p. 32). A Lei Nº 8080/1990 também atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de *“elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os Estados, Municípios e Distrito Federal”* (inciso XVIII do artigo 16CF/1988).

Logo a seguir, a lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 resgatou a proposta de regulamentação de participação social e a transferência inter governamental de recursos financeiros de saúde (Fundo Nacional de Saúde), repasses automáticos e condições para que os municípios e estados pudessem receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários (WESTPHAL, M. F.; SAMPAIO, E. A. 2001, p. 32).

Assim, o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se em leis que buscam garantir a integralidade de atenção em saúde, à gestão descentralizada e com participação da comunidade e sob direção única em cada esfera de governo. No Anexo A encontra-se a transcrição de algumas destas leis aqui citadas.

Este processo de implantação do SUS, estabelecido no início da década de 1990, significou uma nova formulação política organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde, formulação esta estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente pelas leis que a regulamentam. O SUS é portanto um novo sistema de saúde em processo de construção (WESTPHAL, M. F.; SAMPAIO, E. A., 2001. p. 34).

O Sistema Único de Saúde segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das 3 esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema, que significa um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do Sistema, referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção e recuperação de saúde (WESTPHAL, M. F.; SAMPAIO, E. A., 2001. p. 35).

Quanto ao financiamento do SUS, ou, em outras palavras, - de onde vem o dinheiro? O governo federal financia a política através de recursos da seguridade social e recursos da União (Lei de Diretrizes Orçamentárias); nos estados, parte são recursos do próprio estado (Fundo Estadual de Saúde) e transferências de recursos da União, enquanto que nos municípios parte vem do orçamento (Fundo Municipal de Saúde) e parte, de repasses federais e estaduais (a menor fatia).

Pelos princípios doutrinários do SUS, tais como a universalidade, a eqüidade, a integralidade, a gratuidade, todas as pessoas tem direito à saúde. A Gratuidade, como o termo já diz, significa que não pode ser cobrado do cidadão. A Universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (garantido após Constituição de 1988). A Eqüidade significa assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios ou barreiras, pois todo o cidadão é igual perante o SUS. A Integralidade entende cada pessoa como um todo indivisível e integrante de uma comunidade e que deverá ser atendido com esta visão integral por um Sistema de Saúde também integral. Na Integralidade, as

ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e cura.

O objetivo explícito do SUS, de assistir as pessoas, integrando ações assistenciais e preventivas, leva à realização de ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde. Exemplo clássico é a prevenção ao câncer de mama, o qual é motivo desta dissertação.

Ainda, dentre os princípios que regem o SUS estão: regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos. Seguindo esses e os demais princípios do SUS, bem como em suas diretrizes, está prevista a complementaridade das ações pelo setor privado.

Na regionalização e hierarquização a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. O acesso da população à rede deve dar-se por intermédio dos serviços de nível primário de atenção, que devem ser e estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não podem ser resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. Na resolutividade, espera-se que o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentar e resolver os problemas de saúde no nível de sua complexidade.

Já a descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto (WESTPHAL, M. F.; SAMPAIO, E. A., 2001. p. 37). Municipalização é o nome dado ao processo para um nítido reforço do poder municipal no tocante à saúde, pois deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis do governo. Aos municípios cabe, portanto, a maior

responsabilidade na implementação das ações de saúde, diretamente voltadas para os seus cidadãos.

Até o final da década de 90 com base nas Leis Federais 8080/90 e 8142/90, as Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde (NOB-MS) definiram, precisamente, o que é obrigação de cada esfera de governo. Na década iniciada em 2000, foram formuladas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde. Estas regulamentações refletem o processo de construção do sistema da saúde, ora fortalecendo alguns princípios, ora enfraquecendo outros, por vezes, buscando corrigir rumos, mas, em geral, possibilitando ampliar as possibilidades de participação dos diferentes atores sociais na gestão local e regional de saúde. A participação dos cidadãos é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve dar-se, sistematicamente, nos conselhos de saúde, através do poder deliberativo sobre a política pública, com representação paritária de usuários em relação às representações de governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços.

As conferências de saúde, nas três esferas de governo, devem constituir as instâncias máximas de deliberação, devendo ocorrer periodicamente.

É dever das instituições oferecer as informações e os conhecimentos necessários para que a população se posicione em relação às questões que dizem respeito à saúde. Saúde que foi definida pela Constituição Federal de 1988 no seu artigo 196 como: “direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da doença”.

Pela via da participação e da concepção de saúde como bem público, chega a constituir-se a organização pública das ações e serviços de saúde mesmo quando complementada pelo setor privado

Neste sentido, a Constituição Federal definiu regras para a Complementaridade do Setor Privado. Quando por insuficiência do setor público for necessária a contratação de serviços privados, este deve seguir as seguintes condições:

- A celebração do contrato conforme as normas de direito público;
- A instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS;
- A integração dos serviços privados deverá dar-se na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos (hospitais filantrópicos, santas casas) conforme determina a constituição. O SUS procura tornar as ações e os serviços de saúde mais eficazes, justamente por propiciar maior autonomia administrativa, financeira e decisória aos municípios na gestão do setor. Portanto, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e na seqüência complementar a rede assistencial com o setor privado não lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização (WESTPHAL, M. F.; SAMPAIO, E. A., 2001. p. 32).

Concebem-se, pois, os gestores como entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente, dentro dos seus princípios e diretrizes. Os gestores municipais são secretários municipais de saúde, o gestor estadual é o Secretário de Estado da Saúde, e o gestor federal é o Ministro de Estado da Saúde.

O SUS tem tido importantes avanços nesses 18 anos de sua criação. É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento capaz de favorecer a aplicação de toda sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva, para a consolidação desse sistema.

2.2 Políticas Públicas e Territórios

Do conceito de espaço se originou a noção de território que pode exercer papel importante na organização do sistema de saúde.

O espaço geográfico é definido como:

um conjunto indissociável de sistemas de ações e objetos, e os objetos são esse extenso, esta objetividade, isso que se cria fora do indivíduo e se torna instrumental de sua vida, tal uma cidade, barragem, estradas de rodagem, porto, etc. São de domínio tanto da geografia física quanto da geografia humana que, através da história desses objetos, da forma como foram produzidos e mudam, essas geografias se encontram (SANTOS, 2002. p. 51).

Território é entendido e abordado de acordo com diversos pontos de vista, estando não só associado à uma porção específica da Terra. Os territórios são definidos pela maneira como se organizam socialmente ao longo da história.

Na visão de Santos (1996), o território é a arena da oposição entre o mercado – que singulariza com as técnicas de produção, a organização da produção, a “geografia da produção” e a sociedade civil – que generaliza – e desse modo envolve, sem distinção, todas as pessoas. Com a presente democracia de mercado, o território é suporte de redes que transportam as verticalidades, isto é, regras e normas egoísticas e utilitárias (do ponto de vista dos atores hegemônicos), enquanto as horizontalidades levam em conta a totalidade dos atores e das ações.

O conceito chave da obra de Santos é a técnica, pois o indivíduo em sociedade forma um conjunto de meios instrumentais e sociais com os quais realiza sua vida, produz e ao mesmo tempo cria espaço.

Segundo Santos (1996):

O entendimento e funcionamento do mundo passa pela compreensão do papel do fenômeno técnico, em suas manifestações atuais, no processo de produção de uma inteligência planetária.

Santos ainda destaca a emergência de uma unicidade técnica, uma unicidade do tempo, e uma unicidade do motor da vida econômica e social, determinando que estas três unicidades são a base do fenômeno de globalização e das transformações contemporâneas do espaço geográfico. As pessoas movimentam-se em espaços físicos, cujas propriedades interagem com suas capacidades, dadas as restrições apontadas por suas fronteiras físicas, sociais e simbólicas. Portanto, na maior parte dos dias a mobilidade se dá dentro de áreas restritas.

Segundo Santos (2002), nas atuais condições, os arranjos territoriais não se dão apenas através de figura formadas de pontos contínuos ou contíguos. Hoje ao lado dessas manchas, há também constelações de pontos descontínuos, mas interligados, que definem um território de fluxos reguladores.

Território é uma expressão que remete a conceito de espaço apropriado, espaço usado, com caráter demarcatório. Já, região, implica uma organização social, política de construção, de uma identidade, a partir de características presentes em um determinado território. É resultante de um processo de articulação supra municipal, marcado por uma identidade política, econômica e social, e a região é uma particularidade, e que vai ser influenciada pela dinâmica do todo e também vai influenciar o todo.

Conforme Etges (2001),

As formas atuais revelam o uso que foi dado e principalmente, que vem sendo dado atualmente a este território. E esse uso é determinado por interesses econômicos, sociais, políticos e culturais.

Esses aspectos ajudam a definir uma região, mas eles não se restringem aos interesses locais. Também deve-se considerar, no ordenamento da região, os interesses dos agentes que atuam na rede e que mesmo sem localizarem-se especificamente, no território, nele influenciam marcadamente. Nisto percebe-se que a região precisa ser vista como um processo dinâmico, com a interação e oposição de forças para a construção desta identidade regional, com forças horizontais e verticais.

O território onde se verifica a interação populações-serviço no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção.

O reconhecimento deste território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde desta população.

É importante o reconhecimento e o esquadramento do território conforme a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso as ações e serviços de saúde, com isto, analisando-se as dificuldades das políticas públicas na sua implementação. É importante na análise do território, articular conteúdos como as condições de vida e de situação de saúde, pois Milton Santos já apontava “a constituição do território”, na importância das condições de vida do indivíduo.

Deve-se procurar compreender o conteúdo geográfico onde está inserida a política pública, pois a partir daí pode-se tentar identificar as dificuldades e problemas desta política e perceber como é o planejamento e a organização dessa política no serviço de saúde. À medida que a sociedade vai se apropriando de determinado território, ela vai imprimindo as suas marcas. Desse modo, quanto mais desenvolvida ela for, no sentido de dispor de tecnologia para intervir na natureza, mais ela vai moldando o território visando a atender às suas necessidades ou interesses.

2.3 SUS, Regionalização e Gestão Territorial

O termo região deriva do latim, da palavra *régio*, que refere a unidade político-territorial em que se dividia o Império Romano. Sua raiz está no verbo *regere*, que significa governar, ou seja, há uma conotação extremamente política. Esse termo passou a designar uma dada porção da superfície terrestre, que por um critério ou outro, era reconhecida como diferente de uma outra porção. O termo “região” é utilizado como dimensão espacial, é um termo que tem sentidos múltiplos, e já aparece desde a Antiguidade.

Segundo Lencioni (1999), cada vez mais se desenvolve e se afirma a idéia de que o espaço é uma construção social e para entender a geografia, é preciso entender a sociedade. Procurou-se apreender os laços afetivos que criam uma identidade regional, os quais podem ser exemplos os regionalismos que surgem como força política. Atualmente, acredita-se que o estudo regional se constitui um dos campos mais importantes para o avanço do conhecimento geográfico, pois o ordenamento do território é uma elaboração política e econômica do espaço e isto passou a ser uma preocupação de todos os países industrializados ou em vias de desenvolvimento.

Boisier (1999) define desenvolvimento regional como:

“un proceso de cambio estructural localizado (em um âmbito territorial denominado região) que se associa a um permanente proceso de progreso de la própria region, de la comunidad o sociedad que habita e ella y de cada individuo miembro de tal comunidad y habitante de tal territorio”. O progresso da comunidade a que se refere o autor diz respeito ao processo de fortalecimento da sociedade civil e à construção de um sentimento de pertencimento à região, combinando com isso três dimensões: espacial, social e individual.

A região é um termo abstrato, cuja definição é impossível atingir sem estabelecer “a priori” um critério de conceituação. A cada critério pré estabelecido corresponderá uma demarcação diferente de região de planejamento. As regiões têm, como característica comum, áreas contínuas e localizadas (FERRARI, 1982). Nesse sentido, a concepção tradicional de saúde, pautada pelo modelo médico-assistencial, fez com que o setor da saúde ficasse impotente em face dos problemas

decorrentes do intenso processo de aglomeração e exclusão social. Já a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se sua atuação em uma delimitação espacial previamente determinada.

A territorialização das atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, esta estratégia, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, utilizado de uma forma meramente administrativa, para gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial desse conceito para a identificação de problemas de saúde e propostas de intervenção (Vigilância em Saúde e Território – Possibilidades Teóricas e Metodológicas – *Caderno de Saúde Pública*, Mauricio Monhen e Cristovam Barcellos, 2006).

O acesso da população aos serviços de saúde é um pré-requisito de fundamental importância para uma assistência à saúde. A localização geográfica dos serviços é um dos fatores que interferem nessa acessibilidade (Monhen, M.; Barcellos, C. *Revista de Saúde Pública*, – Volume 21, Nº. 5 – São Paulo – 1987).

Regionalização também é a organização dos serviços de saúde, integrando as capacidades de diversos municípios da região, conformando uma rede hierarquizada de serviços de atenção à saúde da população local, podendo extrapolar o território de um município devido ao fato de as necessidades dos usuários estarem aquém das suas condições de recursos humanos, materiais, tecnológicos e orçamentários. Diante de tais situações, coloca-se a importância da regionalização da atenção à saúde, como uma articulação intermunicipal, interdependente das formas de gestão dos municípios.

O processo de regionalização,

deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades, de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de

saúde, otimizando os recursos disponíveis (Ministério da Saúde, Noas 01/01 Cap. 1).

A regionalização, dentro de um contexto de descentralização, pressupõe a diversidade de arranjos da gestão. Não existe um modelo único de regionalização. A metodologia de trabalho denominada gestão territorial é uma importante ferramenta para o planejamento, implantação, acompanhamento e monitoramento de qualquer tipo de empreendimento de grande porte. Gestão, como o termo já diz, é o gerenciamento, a administração, a coordenação. Já gestores, numa análise simplista, são entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente, dentro dos seus princípios e diretrizes. Gestão territorial, em suma, é o gerenciamento, a administração, a coordenação sobre um determinado território. Gestão territorial é todo o planejamento, todas as ações que são articuladas com os entes federativos em um determinado território.

A Constituição Federal de 1988 (as Leis 8.080 e 8.142 de 1990) ampara as instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto locais de escolhas, embates e decisões políticas, que assumem responsabilidades na determinação dos rumos das políticas de saúde, que são o Conselho Regional de Saúde e a Comissão Intergestora Bipartite Regional (CIB Reg). Esta última, sob a nova orientação do Pacto pela Saúde, ganha um caráter de colegiado de gestão regional, substituindo o sistema de representatividade da CIB Reg pela participação ampla dos gestores municipais e do gestor estadual designado para uma determinada região.

Na dinâmica da implementação de política de regionalização da saúde, pode-se destacar uma diversidade de interesses e jogos de poder, envolvendo diferentes atores e instâncias de governo (federal, estadual e municipal), de instituições (públicas e privadas), de entidades profissionais dos territórios envolvidos (municípios) e usuários de serviços em negociação e conflitos.

Em se tratando de política pública, faz-se necessário considerar as instituições como referências importantes e, por que não, decisivas, no sentido de viabilizar a implementação da mesma, entendendo instituições tanto como

organizações formais, como enquanto regras que estruturam os comportamentos. Inclusive elas próprias podem ser vistas como estruturas institucionais, uma vez que colocam constrangimentos ao comportamento dos atores políticos e as decisões relativas aos bens públicos.

Como citado no capítulo anterior, na Constituição de 1988, afirma-se a importância de promover a saúde como direito de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos “saúde, direito de todos e dever do Estado”. - segundo os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, descentralização e participação.

Ao mesmo tempo, o sistema de saúde deveria ser financiado em grande parte com recursos transferidos da União para os estados e municípios, e os serviços de assistência privada deveriam ser prestados de forma complementar e subordinados às estratégias globais de política setorial. O artigo 199 concede liberdade à iniciativa privada na participação do SUS, de forma complementar, seguindo suas diretrizes mediante contrato de direito público ou convênio.

Abrucio e Costa (1998) identificaram duas questões significativas: a modificação do modelo de intervenção econômica, através de privatizações, concessões e desregulamentação, fazendo com que o Estado, neste processo tenha um importante papel regulador, e a adoção de novas formas de gestão, sobressaindo-se entre essas, a descentralização. A partir disso, a descentralização emerge como uma estratégia de ordem gerencial de reestruturação do Estado. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem feito recomendação para os países, em especial, aos da América Latina, a respeito da organização das intervenções no campo da saúde de forma descentralizada.

Para Arretche (2000), o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil só pode ser efetivo, na medida em que as administrações locais avaliem como positivos os ganhos a serem obtidos a partir da assunção de atribuições de gestão, ou consideram que os custos com os quais deveriam arcar poderiam ser minimizados pelas ações dos demais níveis de governo. Contudo, não se pode falar

em descentralização de políticas sem falar em algumas das principais características do sistema federativo. O sistema político brasileiro deriva de diversas disputas “intra elites políticas estaduais”, descrita por Abrucio (2002) como “ultrapresidencialismo estadual”, que se pauta na ausência de equilíbrio entre os poderes executivo, legislativo e judiciário, assim como o predomínio de estratégias que se orientam para os interesses dessas elites, longe, portanto, da primazia do interesse público.

Já as NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002) procuram enfatizar a participação e a cooperação entre os entes federados e buscam recuperar a noção de racionalização e reconcentração de recursos, especialmente, aqueles destinados aos investimentos em serviços de média e alta complexidade, que devem ser realizados nos municípios considerados “pólos” de microrregião de saúde (TEIXEIRA, 2002). A regionalização não significa apenas distribuir espacialmente as ações e os serviços de saúde, mas, principalmente, organizá-los através de suporte técnico, de recursos humanos e materiais, além da suficiência de recursos, a garantia do poder decisório e ação coordenada.

Na gestão SUS/RS 1999-2002, as coordenadorias regionais de saúde passaram a ser responsáveis pelo

“planejamento, acompanhamento e gerenciamento do sistema de saúde, incluindo as ações e serviços de saúde no âmbito regional, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira operacional e de diálogo com os municípios com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS” (FERLA et al. 2002, p 21).

Uma das mais importantes inovações institucionais é o aumento dos conselhos gestores, pois estes abrem caminho para algum tipo de controle social sobre investimentos básicos. Assim o uso dos recursos públicos será submetido a uma instância colegiada, que dificultará práticas não recomendáveis para gestão do dinheiro público, pois sabe-se que a situação financeira do setor saúde é um dos fatores mais declarados e apontados como entrave para a efetivação das políticas públicas.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) entende que o poder local, mais próximo das necessidades e do controle da população, qualifica o processo de gestão (SES, 2005), reforçando a idéia da participação ativa da população.

Para Foucault (1996, p. 181), não são relações de soberania e sim de dominação: *“por dominação eu não entendo o fato de uma dominação global de uns sobre os outros, ou de um grupo sobre o outro, mas as múltiplas formas de dominação que podem se exercer na sociedade”*. Assim, não apenas a dominação pelo rei, mas nas diversas sujeições que ocorrem no interior do corpo social. Foucault (1996) introduz a questão do poder como um instrumento de análise, capaz de explicar a produção de saberes.

Compreendido desta forma, o processo de implementação da regionalização da Saúde, deixa de ser apenas administrativo ou técnico e fiscal e adquire uma natureza política, com participação dos entes federados (União, Estado e Municípios) e da sociedade.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CÂNCER DE MAMA

A saúde pública é um campo de expressão e construção da promoção da qualidade de vida e saúde assim como os demais campos de políticas e serviços públicos. As políticas da saúde, segundo as teses que orientaram a construção do SUS – Sistema Único de Saúde, atingem seus objetivos se trabalharem com vistas à equidade. Ou seja, os recursos escassos devem ser orientados, antes de tudo, para a promoção da qualidade de vida e saúde, reduzindo riscos, prevenindo enfermidades e, garantindo a justa provisão de serviços voltados à cura e recuperação. Este é o imperativo ético que torna a política pública de saúde uma produtora de bens públicos, que significam uma proteção incondicional da população inteira. Nesse sentido, o ordenamento de uma estratégia que ponha, no centro, a intencionalidade de responder às necessidades sociais, estará produzindo equidade.

A necessidade de se considerar o câncer como um problema de saúde pública de dimensões nacionais levou à formulação e implementação progressiva de ações, planos e programas orientados ao controle do câncer, que incluem a melhoria e expansão da rede especializada de assistência médico-hospitalar e as atividades de detecção precoce; e as de prevenção, que compreendem ações de promoção à saúde e de intervenção sobre os fatores de risco de câncer.

Um componente fundamental para responder a esse desafio nacional é o conhecimento da incidência e da mortalidade pelos principais cânceres, bem como a prevalência da exposição a seus fatores de risco. Dentre os múltiplos instrumentos, técnicas e métodos de saúde pública, a vigilância à saúde é aquela que permite obter e analisar as informações necessárias para o controle e prevenção do câncer.

A vigilância propõe um conjunto de ações, regulares e articuladas, com o objetivo de garantir informações relevantes, atualizadas e de qualidade sobre agravos e os riscos de adoecer e morrer, considerados de importância para a saúde pública. No caso particular do câncer, a vigilância comporta duas áreas de concentração: a da ocorrência de câncer, baseada em registros; e a de fatores de risco, baseada em inquéritos e sistemas especiais de vigilância.

O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades nesse campo. (FERREIRA, 2007).

Isso significou definir uma política específica para a mulher, com o reconhecimento das necessidades das mulheres como legítimas, em suas diferenças em relação aos homens. Houve uma estruturação em todo o país de uma política específica para as mulheres, a qual se denominou Programa Saúde da Mulher, e, dentro desse programa, foi elaborada a política do câncer de mama.

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade). A política de atenção à saúde da mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).

A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, bem como pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Assim, é responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da política de atenção à saúde da mulher.

As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas, ou não, pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia.

No processo de elaboração, execução e avaliação das políticas de atenção à saúde da mulher, deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular, do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher. Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, nos âmbitos federal, estadual e municipal, requer, – cabendo, portanto, às instâncias gestoras – melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.

No âmbito da saúde, a proposta dos textos governamentais é de que a execução de ações seja pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais. As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão, dessa forma, serem executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais, condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.

3.1 Políticas públicas para o câncer de mama no Brasil

Para todos os cânceres mais prevalentes no ser humano, as opções de tratamento e sobrevivência estão relacionadas ao estágio da doença no momento do diagnóstico. No caso do câncer de mama, o prognóstico é geralmente melhor e o tratamento obtém mais sucesso se a doença é detectada e diagnosticada precocemente, enquanto ainda localizada. (LAGANA, 2007. p. 18).

A Organização Mundial de Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres. No Brasil, não tem sido diferente. Informações processadas pelos registros de câncer, de base populacional, disponíveis para 16 cidades brasileiras, mostraram que, na década de 90, esse foi o câncer mais freqüente no país. As maiores taxas de incidência foram observadas em São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre.

Além disso, o câncer de mama constitui-se a primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, registrando-se uma variação percentual relativa de mais de 80% em pouco mais de duas décadas: o coeficiente de mortalidade por 100.000 mulheres aumentou, de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000 (Ministério da Saúde, 2002). Já o coeficiente de mortalidade no Brasil em 2004 foi de 10,60 em 100000 mulheres (Ministério da Saúde, 2006).

Internacionalmente, tem-se observado, em alguns países desenvolvidos, como é o caso do EUA, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, um aumento da incidência do câncer de mama, acompanhado de uma redução da mortalidade deste câncer, fato que está associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento e a oferta de tratamento adequado.

Em outros países, como no caso do Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído principalmente, a um retardamento no diagnóstico e na instituição da terapêutica adequada. Frente às limitações práticas para a implementação junto à população de estratégias

efetivas para a prevenção do câncer de mama, as intervenções, do ponto de vista da saúde pública, passam a ser direcionadas a sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno.

O Ministério da Saúde, considerando a situação atual do câncer da mama no Brasil e percebendo a necessidade de definir as estratégias a serem priorizadas para o seu controle, a partir de um trabalho conjunto entre o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a área técnica da saúde da mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, realizou, nos dias 13 e 14 de novembro de 2003, uma oficina de trabalho para a discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama. Participaram, além de técnicos de diferentes áreas do Ministério, gestores, pesquisadores que atuam na área de controle do câncer e representantes de sociedades científicas afins e de entidades de defesa dos direitos da mulher.

Esse documento de consenso do Ministério da Saúde (2004) apresenta as recomendações emanadas dessa oficina para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama e aponta possíveis estratégias que devem ser utilizadas para sua implementação no Sistema Único de Saúde.

O SUS representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, mas a luta pela preservação das conquistas sociais é dificultada pela frágil organização da sociedade e, em especial, dos setores excluídos. Nesse contexto, a implementação do SUS é um desafio ainda maior, e a política pública sobre o câncer de mama na nossa região representa um desafio devido às dificuldades estruturais, as quais existem em todo o país, como:

- a) A marcante desigualdade social no país;
- b) As características do federalismo brasileiro;
- c) A persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista.

E essa política pública sobre o câncer de mama é um bem público, que é oferecido (ou deveria ser) por uma ação do governo, em todos os níveis (federal,

estadual e municipal), para as mulheres que procuram o SUS, e essa política possui diretrizes para todo o território nacional (ANEXO – Fluxograma para atendimento da Mulher – Módulo Mastologia/câncer de mama).

A articulação de ações dirigidas ao câncer de mama está fundamentada na Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM nº 2439, de 08/12/2005) e no Plano de Ação Nacional para o controle de Câncer de Mama (2005 –2007).

Essa articulação trata das seguintes diretrizes estratégicas, compostas por ações a serem desenvolvidas, nos distintos níveis de atenção à saúde: aumento da cobertura da população alvo, ampliando a faixa etária, garantia de qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, desenvolvimento de pesquisas e mobilização social.

Além dessas diretrizes nacionais emanadas pelo Ministério da Saúde, as políticas públicas são coordenadas através dos governos estaduais (nosso estado, pelo governo do RS) para os municípios, e estes são responsáveis pela gestão do programa, em suma, são as prefeituras municipais, através do gestor (secretário de saúde) e sua equipe que fazem a gestão do programa.

3.2 Políticas públicas para o câncer de mama no Rio Grande do Sul

Uma das diretrizes nacionais referentes à política pública do câncer de mama é a disponibilização do diagnóstico através do exame de mamografia. O Rio Grande do Sul, em janeiro de 2003, dispunha de 144 mamógrafos, atendendo pelo SUS somente 62 mamógrafos.

A mamografia é um exame para diagnóstico. Segundo o INCA (2003), há uma estimativa de 2 800 novos casos de câncer de mama, ou seja, 8 casos de câncer para cada 1000 exames, com uma previsão de 350.000 mamografias para o ano de 2003. Prevendo que 70% das usuárias utilizam o SUS, temos um número de mamografias em torno de 245.000. Em compensação, no ano de 2002, foram

realizados, no RS, 120.010 exames de mamografias, número bem menor que o ideal.

Entretanto as mamografias realizadas no SUS–RS, de 1995 a 2002, tiveram um aumento considerável, conforme evidenciado na tabela abaixo:

Tabela 1 – Mamografias realizadas pelo SUS – RS de 1995 a 2002

Ano	Número de mamografias realizadas no RS
1995	52 538
1996	61 223
1997	68 458
1998	70 272
1999	76 597
2000	81 734
2001	100 300
2002	120 010

Fonte: Datasus e arquivos DAHA/SES, 2003.

O RS tem novas propostas em relação à política pública sobre o câncer de mama (SES - Programa Saúde da Mulher, 2006):

- a) Elaboração de política estadual de combate ao câncer de mama, com envolvimento da sociedade (em andamento).
- b) Desenvolvimento de projeto de capacitação de profissionais da rede pública em parceria com sociedades científicas, ONGs , OSCIPs (em andamento).
- c) Aumento da cobertura de mamografias pelo SUS (em andamento), com localização de mamógrafos públicos.
- d) Mapeamento de serviços de referência para atendimento de mulheres com câncer de mama: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e reabilitação (em andamento).
- e) Programa de regionalização da assistência (em andamento) para agilizar tratamento, otimizar os recursos.

3.3 Políticas públicas para o câncer de mama na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde

A 13ª CRS é um órgão do governo do RS. Uma de suas atribuições é coordenar a ação dos 13 municípios que a compõem (Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Candelária, Rio Pardo, Vera Cruz, Sinimbu, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Mato Leitão, Vale do Sol, Gramado Xavier, Herveiras e Vale Verde).

A 13ª CRS coordena, também, a política de câncer de mama para a sua região, encaminhando as diretrizes vindas do Ministério da Saúde através do Estado para os municípios que a compõem. Uma de suas funções na aplicação da política é articular com os municípios que não dispõem de mamógrafo pelo SUS, para municípios que sejam referência para diagnóstico e tratamento. Isto não é uma atividade fácil, pois são 13 municípios que participam do programa, onde a política sobre câncer de mama deve ser implementada, e estes municípios são diferentes em sua cultura, em recursos financeiros, em recursos humanos e em recursos materiais. Em alguns desses municípios, há mais profissionais da saúde, e em alguns não há sequer um médico, assim como há dificuldades no acesso a serviços de saúde, faltando compromisso com as pacientes do SUS em muitos municípios.

Esses 13 municípios têm, como município pólo ou referência, Santa Cruz do Sul. Estes municípios encaminham as pacientes para Santa Cruz do Sul e, muitas vezes, para Porto Alegre, devido às dificuldades dessa política pública em Santa Cruz do Sul.

Frente a esses dados, inúmeras são as ações que devem ser implementadas para a atenção à saúde da mulher. Com o advento da municipalização de assistência à saúde, mudou o perfil de atuação da SES (Secretaria Estadual de Saúde) e seus departamentos, divisão, seções, que, agora, têm a responsabilidade de elaborar políticas na área de saúde e auxiliar os municípios para sua implantação- implementação em vez de realizá-las. (<http://www.saude.rs.gov.br/>).

3.4 Enfoque clínico sobre o câncer de mama

Segundo Kligerman (2002) e de acordo com as estatísticas do Instituto Nacional do Câncer - INCA, a cada ano que passa, o câncer torna-se cada vez mais um problema de saúde pública de dimensão nacional.

O câncer é uma patologia que ataca o processo básico da célula em quase todos os casos, alterando o genoma (o complemento genético total) da célula, promovendo o crescimento desordenado e invasivo das células cancerosas (GUYTON, 1988). É uma doença que inicia quando uma célula se transforma, desobedecendo ao regulamento da divisão e proliferação celular, tomando dimensões anormais, desrespeitando as necessidades do corpo. Metástase é o fenômeno em que células não guardam semelhança com as que lhe deram origem e têm capacidade de se desenvolver em outras partes do corpo, sendo esta uma das principais características dos tumores malignos.

O principal câncer a acometer a população brasileira, independentemente do sexo, é o de pele, tipo não melanócito e, considerando o sexo feminino, a neoplasia mais freqüente é a de mama (INCA, 1997). As mamas são órgãos tipicamente femininos e qualquer alteração causará preocupação para a mulher (AVELAR & SILVA, 2000). É inegável, portanto, o que uma doença mamária pode acarretar para a vida de uma mulher.

O câncer de mama é um grande problema de saúde pública por três importantes motivos: a enorme quantidade de mortes decorrentes dele; a soma que se gasta para tratá-los e a invalidez que provoca em pessoas produtivas (LEITE, OLIVEIRA & RIBEIRO, 2002).

O câncer de mama se apresenta, geralmente, como um nódulo na mama. As primeiras metástases geralmente aparecem nos gânglios linfáticos das axilas e, posteriormente, nos ossos, fígado, pulmão e cérebro. Observa-se que geralmente, 6 ou 8 anos é o tempo necessário para que um nódulo atinja 1 cm de diâmetro (AVELAR & SILVA, 2000).

Em um artigo sobre fatores de risco para câncer de mama, desenvolvido na Universidade de Juiz de Fora - MG, Paiva *et al.* (2002) relatam que o câncer de mama é a malignidade mais comum em mulheres no mundo, com cerca de 1 milhão de novos casos/ano. Comparando-se os dados brasileiros aos dados mundiais, pode-se incluir o Brasil no mesmo nível dos países desenvolvidos quanto às elevadas taxas de mortalidade por câncer de mama, mas não na execução de medidas necessárias à prevenção, diagnóstico precoce e controle da doença (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e DATASUS, 2005).

Em particular, não podemos esquecer a importância de políticas públicas de saúde voltadas ao grupo feminino na faixa etária acima de 50 anos, dadas as necessidades específicas que apresenta e que inclui medidas preventivas e diagnóstico precoce de câncer de mama.

3.5 Magnitude do câncer de mama no mundo e no Brasil

Entre os cânceres, o de mama é o mais prevalente em todo o mundo, atingindo 800.000 casos anuais; a mesma incidência se observa na África, Ásia e Europa Oriental, e a maior incidência, na América do Norte e Europa Ocidental (*AMERICAN CANCER SOCIETY*, 1996). Os resultados demonstram que a incidência é 50% maior nas áreas urbanas do que nas áreas rurais, independentemente de a região ser de alto ou baixo risco (INCA, 1997).

Apesar do dramático impacto das terapêuticas adjuvantes (quimioterapia, radioterapia e hormônio terapia), a taxa de mortalidade por câncer de mama tem reduzido muito pouco (FALZONI, 2000). Nos EUA, a incidência de câncer de mama aumentou nas últimas três décadas, conforme dados do *American Cancer Society* (1996). Atualmente, a incidência é de 113 para 100.000 mulheres em mulheres acima de 50 anos e é a segunda causa de óbitos por câncer.

O conhecimento epidemiológico sobre a doença mostra que a taxa de mortalidade aumenta progressivamente com a idade (WHO, 1992; AMERICAN CANCER SOCIETY, 1996).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (1998) indicam que o país como um todo apresentou, em termos proporcionais, a maior incidência de câncer de mama do mundo, com variada distribuição entre as capitais. Assim, Porto Alegre (RS) obteve o primeiro lugar, seguida de Fortaleza (CE), Belém (PA), Goiânia (GO) e da cidade de Campinas (SP).

3.6 O Câncer de mama no contexto de saúde pública

Apesar de expressivo avanço no diagnóstico e tratamento, o câncer de mama representa ainda importante e permanente desafio para os responsáveis em saúde pública. Apresenta-se como a principal causa de óbito feminino por câncer em países desenvolvidos e a segunda causa em países em desenvolvimento (WHO, 1992 e 1993; FALZONI, 2000).

O câncer, de modo geral, está enquadrado entre as doenças crônicas que, de forma evidente, têm aumentado nas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, de forma a mudar o perfil de mortalidade (WHO, 1992; CALDEIRA e BUDIN, 1995; INCA, 1997). A industrialização, a urbanização e o aumento da expectativa de vida parecem ter estreita relação com o aumento da incidência e mortalidade por câncer de mama. É também mais prevalente em mulheres de melhores condições sociais (HALBE, 1992; WHO, 1992). Também em países em desenvolvimento, o câncer de mama é a neoplasia mais freqüentemente encontrada em mulheres, com prevalência de 40%, responsabilizando-se por 1 a 3% de todas as mortes (WHO, 1992; AMERICAN CANCER SOCIETY, 1996).

Nos EUA, embora a incidência de câncer de mama tenha aumentado, o maior aumento refere-se ao carcinoma “*in situ*”. No período de 1991 a 1995, a taxa de

mortalidade diminuiu 4,5% em função, muito provavelmente, do maior número de informações sobre a afecção, do melhor rastreamento e dos avanços no tratamento da doença. Em outros países, entretanto, as taxas de mortalidade ainda se mantêm inalteradas, provavelmente, devido à inexistência de uma prevenção primária adequada (*WHO*, 1992; *AMERICAN CANCER SOCIETY*, 1996).

Em relação ao coeficiente de mortalidade por câncer de mama, pode-se dizer que o Brasil se equipara aos EUA (*SHAPIRO e cols.*, 1998), sendo o câncer de mama a primeira causa de mortalidade em mulheres com idade igual ou superior a 50 anos.

No caso de mortalidade específica por câncer, é sabido, que tanto nacional quanto internacionalmente, trata-se de causa de óbito, cuja declaração é preenchida com maior precisão (*DOLL & PETO*, 1981), contribuindo, assim, para que as estatísticas de mortalidade por câncer estejam entre as mais fidedignas. Lamentavelmente, em 80 – 85% do total de casos, o diagnóstico de câncer de mama vem sendo feito tardiamente (estágios clínicos III e IV), quando as esperanças de cura são remotas (*PINOTTI*, 2000).

A probabilidade do câncer mamário aumenta com a idade, sobretudo, após a menopausa, embora existam variações entre os diversos países. Notadamente, após os 50 anos de idade, observa-se considerável aumento de casos, com pico aos 75anos, seguido de declínio (*HENDERSON*, 1993).

Em relação à mortalidade por câncer de mama, a literatura revela controvérsias quanto à tendência. Assim, *Audent-Lepointre* (1996) aponta declínio lento nos últimos 50 anos, enquanto *Katz* (1997) demonstra não só um incremento da incidência de câncer de mama em vários países a uma taxa de 1 a 2% ao ano, mas também aumento concomitante na taxa de mortalidade, resultados que contrastam com a diminuição da taxa de mortalidade por outros tipos de câncer, o que pode expressar a dificuldade existente em prevenir e em diagnosticar a doença.

Na América do Norte, a redução nas taxas de mortalidade vem sendo atribuída não somente ao *screening* mamário, mas também à adoção generalizada da quimioterapia adjuvante (*NACIONAL CÂNCER INSTITUTE*, 1998). Segundo Koning (2000), esses mesmos motivos explicam a recente redução na mortalidade por câncer de mama, também constatada no Reino Unido e na Holanda. Entretanto, na Suécia, até 1995, apesar do *screening* mamário, não se observa redução das taxas de mortalidade.

3.7 Rastreamento, detecção e diagnóstico precoce

Do ponto de vista prático, até o momento, não há como prevenir a doença, porém há maneiras de detectá-la em época oportuna, melhorando a sobrevida e a qualidade de vida das mulheres (PINOTTI e TEIXEIRA, 2000).

Apesar do desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas e dos avanços em quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, observa-se que a mortalidade por essa afecção mantém-se em um patamar pouco variável. No entanto, quando detectada e tratada precocemente, as taxas de mortalidade reduzem de forma significativa (WHO, 1992; SHAPIRO e cols., 1998; PINOTTI e TEIXEIRA, 2000).

Atualmente, a detecção precoce de câncer de mama baseia-se em três passos: o auto-exame das mamas, o exame físico realizado por profissional treinado e a mamografia. Destes, o único que tem se mostrado efetivo na redução da mortalidade é a mamografia (WHO, 1992; MARTORELLI FILHO, 2000).

O auto-exame das mamas não requer o conhecimento de médico nem de exames subsidiários e o seu custo é nulo. Apesar de críticas, o auto-exame deve ser sempre ensinado, mas não supervalorizado (PINOTTI e TEIXEIRA, 2000). Segundo Martorelli Filho (2000), o auto-exame deve ser difundido, pois, em 95% dos casos, os sinais suspeitos de câncer são identificados pela própria paciente, sendo que, em 65,3% desses casos, confirmou-se a presença de tumor. Por isto, o auto-exame,

apesar de não permitir a detecção precoce, deve ser estimulado, objetivando detectar neoplasia em sua fase mais incipiente (PINOTTI, 1991; WHO, 1992).

A mamografia é considerada o melhor método para detecção precoce de câncer de mama até o momento. As lesões detectadas pela mamografia têm, em média, diâmetro menor a 0,5 cm e, por isto, com menor probabilidade de serem metastáticas (SHAPIRO e cols., 1998; *NATIONAL CANCER INSTITUTE*, 1998).

Estudos com mulheres acima de 50 anos de idade, submetidas a mamografia, revelaram diminuição de mortalidade de 32% (SOUEM, 1996).

Do ponto de vista técnico, há que se lembrar que não há diferença significativa na imagem mamográfica do tecido mamário de mulheres entre 40-49 anos, em comparação com mulheres entre 50-59 anos. As mamas não são substituídas por gorduras no momento da menopausa ou aos 50 anos de idade. Há um aumento no conteúdo de gordura da mama, mas este é gradual (KOPANS, 1994).

Em função do aumento do número de mulheres que fazem mamografias, ocorre expressivo aumento no diagnóstico de lesões não palpáveis, elevando, com isso, o número de biópsias. Embora a sensibilidade da mamografia na detecção do câncer de mama se aproxime de 90%, o valor prognóstico positivo é muito menor (de 15 a 30 %), resultando na indicação de muitas biópsias, o que pode acarretar um excessivo custo ao sistema de saúde pública.

Em programa de detecção em massa, visando ao diagnóstico precoce e, conseqüentemente, à redução das taxas de mortalidade, a mamografia constitui, até o momento, a única técnica comprovada, simples e confiável (PINOTTI, 1991; Ministério da Saúde, 1998).

As ultra-sonografias, apesar de sua evolução técnica, não permitem visualização eficiente de microcalcificações, um dos achados de maior importância no diagnóstico precoce de câncer de mama. A ressonância magnética é muito

recente, por isso seu valor é discutível (SOUEN, 1998). Os estudos de Goetzsche e Olsen (2000) demonstraram que a mamografia realizada a cada 1-2 anos pode salvar vidas de mulheres com idade acima de 50 anos. Mas, segundo Koning (2000), os padrões mamográficos são influenciados pela idade, peso corpóreo e por fatores étnicos e reprodutivos, assim como podem ter sua precisão aumentada por uma segunda leitura radiológica.

Através de revisão bibliográfica sobre os fatores de risco do câncer de mama, pode-se pensar na relação com as diferenças socioeconômicas regionais e entre classes sociais, além de mudanças nos hábitos de vida das mulheres. Segundo o INCA (1997), 60% dos cânceres são diagnosticados tardiamente, em função do baixo grau de conscientização da população feminina, dos médicos e dos serviços assistenciais. É importante salientar que a detecção precoce de câncer de mama por *screening*, em mulheres assintomáticas na menopausa, apresenta uma possibilidade de mudar a história natural do câncer de mama, ou seja, o óbito.

4 MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Esta dissertação tem como base um estudo qualitativo, de desenho transversal delimitado geograficamente no âmbito de abrangência da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, durante o primeiro semestre de 2006.

Este estudo se propôs avaliar a execução das políticas públicas para câncer de mama na região da 13ª CRS, políticas estas que atendem as mulheres usuárias do SUS. Em um primeiro momento, foi realizada observação de campo e leitura sistemática de documentos institucionais, seguida de aplicação de questionários para pacientes que comparecem ao posto de saúde central de Santa Cruz do Sul (CEMAI), entrevistas semi-estruturadas com gestores, técnicos do Sistema de Saúde, profissionais de saúde não vinculados ao SUS.

Os roteiros estabelecidos enfocam os níveis estaduais, municipal, os prestadores de serviço, os usuários e os profissionais da saúde envolvidos com essa política (ANEXOS). A população referida, entrevistada, foi previamente orientada, a fim de obter permissão e participação ativa durante o processo. Foram realizadas entrevistas com o gestor estadual, regional, municipal, profissionais que atendem as pacientes, (dez entrevistas), prestadores de serviço, (três entrevistas) e questionários para as usuárias (vinte e cinco questionários) (vide anexos).

As informações coletadas constituíram um *corpus* discursivo e foram organizadas, inicialmente, numa categorização individual e, após, progressivamente, organizadas segundo uma categorização definida por rubricas de natureza coletiva, segundo os temas selecionados por categorias relacionadas às possibilidades de verificação dos sentido das falas.

4.1 Coleta de Informações e estratégia analítica

Escutar e interpretar o depoimento dos agentes que atuam no processo de *output* (saída) dessa política do câncer de mama, permitiu captar informações sobre

os rumos da política percebida por suas usuárias e profissionais da área. Entre esses últimos, foram abordados profissionais da equipe multiprofissional do Posto de Saúde Central – local de recebimento das pacientes encaminhadas em ginecologia e obstetrícia -, com o objetivo de investigar como os mesmos percebem a política pública do câncer de mama.

O tratamento analítico dos enunciados teve, como operação inicial, a devida contextualização das falas quanto às características dos pesquisados, seu lugar social e institucional, de modo a garantir que a produção dos significados estivesse ancorada em seus contextos específicos.

A escolha de tal estratégia analítica deve-se ao reconhecimento da linguagem como mediação entre o entrevistado e a realidade natural e social à qual o mesmo se remete. Além disso, a análise do discurso, conforme Orlandi (2003), nos dá a idéia de percurso e de movimento, que constitui a construção da ideologia que delinea a forma individual de como cada ser humano percebe os fatos e as transformações da realidade que o circunda. Na linguagem, encontra-se, portanto, o imaginário e a ideologia de quem está pronunciando a palavra. Franco (2005), aponta que o significado de algo pode ser absorvido, compreendido e generalizado a partir de suas características definidoras e pelo seu *corpus* de significação.

Foucault (1996) salienta que somos atravessados pela linguagem, ou seja, somos construídos por ela. A linguagem nos constrói como sujeitos, influenciando nossos desejos, o lugar que ocupamos no social, a forma de percebermos o mundo. A identidade de cada ser humano é constituída pela linguagem e esta se manifesta no comportamento.

Os trabalhos de Foucault sinalizam para a função que os serviços oficiais de saúde representam como espaços de produção e reprodução de saberes, discursos e práticas que referendam relações de poder normatizadoras em torno de questões de saúde em geral. As normas brasileiras para o sistema de saúde buscam migrar dessa função reguladora forte para a importância da organização dos serviços de saúde referenciados em uma ética humanizadora, uma ética de cuidado, em que os

aspectos relacionais e emocionais sejam tão importantes quanto os aspectos técnicos no desenvolvimento das ações de saúde em geral. (www.saude.gov.br)

Sendo assim, considerou-se importante para esta pesquisa analisar o discurso individual de profissionais, gestores e usuários da política em estudo e seu contraponto ao discurso institucional. Na expressão da linguagem de cada um deles, foi possível identificar a forma de pensar sobre o tema e a ideologia que norteia suas ações, assim como percebem as transformações da política pública sobre câncer de mama, entre outras questões que emergiram do discurso.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 As bases institucionais da política do câncer de mama e sua gestão territorial

A partir deste capítulo, a análise do material empírico vai sinalizar para a identificação de uma série de questões referentes ao processo de gestão da política de prevenção do câncer de mama na área de abrangência da 13ª. Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a partir de um duplo circuito: primeiro, o desenho de estruturas, normas, estratégias, processos e ações do poder público municipal de Santa Cruz do Sul, caracterizados em sua condição viabilizadora de pontos de uma agenda pública municipal de saúde; em segundo lugar, articular esses achados aos dados referentes aos demais municípios que compõem a região de saúde, integrando-os com o objetivo de uma compreensão mais abrangente do tema.

De acordo com as intenções dos objetivos da pesquisa, a análise dos dados está voltada para alguns pontos que foram considerados chave na investigação sobre essa política na região: o do confronto das normas e diretrizes do SUS sobre a política *vis-à-vis* com os achados empíricos de várias fontes. Entre os pontos mais importantes que orientaram a investigação, estão o mapeamento das ações que envolvem o compromisso público, seja no plano do provimento material, seja no que diz respeito às linhas de orientação para dar conta de um papel que possa ser identificado como bem público: o acesso aos benefícios de uma política pública de saúde.

Conforme Aragão (1997),

Devemos reconhecer que a eficiência do setor público e a capacidade do Estado de formular e implementar políticas públicas dependem de sua estrutura administrativa e da estrutura social na qual está inserida.

Nesse sentido, tanto os locais de atendimento, a competência técnica dos quadros profissionais, as formas de atendimento, os processos de comunicação, fluxos administrativos, acesso à informação, entre tantas outras dimensões, foram esquadrihados nos diversos níveis de organização da política.

Os instrumentos de pesquisa utilizados e as fontes de informação trabalhadas possibilitaram algumas evidências sobre o estado em que se encontra a política e quais seus desdobramentos práticos mais importantes.

Na mesma direção, ao falar de uma política pública descentralizada, em um Estado federativo, está implícito que a gestão dessa está amparada por normas e regras gerais formuladas pelo nível nacional (Ministério da Saúde), sendo que os gestores municipais, no compromisso da execução local da *policy*, beneficiam-se de margens de manobra mais ou menos flexíveis, a depender da dinâmica político-institucional, para adequar essas normas à realidade local. Assim, as bases institucionais no âmbito municipal são orientadas pelo desenho original da política pública, mas, ao mesmo tempo, a reconfiguram.

Que manobras ou adequações são essas e quais as conseqüências para os envolvidos com essa política do câncer de mama é o que esta análise das bases institucionais tentará mostrar abaixo. Além disso, esta investigação vai tentar mostrar, nessa margem de adequação, onde ocorrem alguns problemas que são freqüentemente citados e quais os pontos mais críticos em relação aos resultados dessa política. As razões por eleger Santa Cruz do Sul como área de estudo se justifica por ser pólo regional de saúde, correspondente à 13^a Coordenadoria Regional de Saúde.

Segundo Souza (2003), pode-se resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. Em outras palavras, é através de políticas públicas que os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real.

O exame sistemático do material empírico apresenta o ordenamento de alguns blocos de questões originadas nos objetivos e que definem o escopo do estudo, ou seja, a averiguação da agenda de saúde e a dinâmica da gestão

territorial da política de prevenção do câncer de mama na região e seus desdobramentos que podem ser assinalados, resumidamente, como:

- A existência de uma estratégia local/regional com relação àquela política;
- Sua distribuição espacial de serviços;
- Seus fluxos e procedimentos padrões e quais os atores sociais mais influentes nos processos decisórios sobre a gestão territorial na política.

Quando se fala do câncer de mama como problema de saúde pública, é necessário compreender alguns aspectos que definem o quadro das iniciativas que municípios e regiões estão desenvolvendo, e que podem ser divididos em duas partes muito distintas quanto à natureza das ações e quanto ao investimento econômico e gerência para exercê-las: uma diz respeito aos recursos e investimento gerencial na prevenção; outra se refere às dotações voltadas para os procedimentos de cura.

Tal divisão faz sentido na medida em que o pesquisador centra sua atenção no quadro geral das ações que a secretaria municipal desenvolve e no valor atribuído a cada uma das dimensões apontadas: enormes dificuldades para que as mulheres tenham acesso fácil aos recursos de prevenção, por um lado e o aparato caro e de tecnologia complexa que envolve a estrutura institucional, recursos e fluxos para acesso aos procedimentos curativos, por outro.

Ao analisar os depoimentos e respostas dos agentes envolvidos com essa política, percebe-se muita semelhança nas respostas quando questionados a respeito do funcionamento dessa política e da estratégia local-regional para sua implementação; revela-se uma percepção generalizada – desde os gestores estaduais até as usuárias – de que essa é uma política frágil, que não cumpre seus objetivos na produção de um bem público.

A noção de bem público vem do economista norte-americano Samuelson (1954), define o bem público como não passível de competição, de consumo coletivo e não esgotável (o consumo do bem por uma pessoa não retira a capacidade de

outros indivíduos de consumi-la). Bem público é um bem oferecido pelo Estado, que, do ponto de vista econômico, se o bem público fosse produzido no mercado, pelo seu preço de custo, ele não traria vantagens para seu(s) produtor(es). As políticas têm como um de seus objetivos, produzir impactos positivos e satisfação na população. Isso pode ser avaliado pelo grau de satisfação dos usuários e, mesmo, daqueles que participam da sua gestão e execução.

As entrevistas realizadas com diferentes atores sociais – gestores do nível estadual ao regional e municipal, passando por profissionais de saúde e usuáries dos serviços de saúde, revelam algumas recorrências com relação a vários temas abordados com relação à política de prevenção do câncer de mama.. Os enunciados a seguir revelam essa insatisfação generalizada como alguns dos aspectos mais centrais de funcionamento da mesma:

“Até o momento não existe uma política para Câncer de Mama, não só no Estado do RS como em todo o país, incluindo a 13ª CRS”. (gestor estadual)

“... pacientes têm dificuldades de acesso ao exame (mamografia). Em 2005 e 2006 não teve nada”. (gestor regional)

“Em Santa Cruz do Sul não existem dados estatísticos compilados para esta doença”. (gestor municipal)

“A média de exames realizados é 10 por semana. Mais 10 exames por mês são encaminhados para Porto Alegre”. (gestor municipal)

“A Srª precisa ser encaminhada para fazer o exame de mamografia? Para onde? Em Porto Alegre e já fazem 3 anos”. (usuária)

“A falta de exames de rastreio (mamografia), as dificuldades de acesso à mamografia”. (fala de todos os profissionais de saúde entrevistados envolvidos com esta política)

Como contraponto, seria importante lembrar as responsabilidades públicas no interior do sistema de saúde conforme Westphal:

“A característica essencial do Estado seria a capacidade, a função social e histórica de mediar conflitos por meio de políticas públicas que garantam o acesso do conjunto dos membros de uma sociedade aos bens por ela produzidos”. (WESTPHAL, 2001. p. 15)

Percebe-se um contra-senso das falas dos diversos atores envolvidos com a política do câncer de mama, em relação a esse parágrafo de Westphal (2001), que

demonstram, por um lado – dos gestores e profissionais -, descaso com a política e, por outro – por parte das usuárias, - o desalento e resignação, cujo sentido maior é o da abdicação de direitos.

Da mesma forma, percebe-se que os gestores envolvidos com a política do câncer de mama revelam conhecimento e entendimento de como ela deve ser implementada, mas referem dificuldades para implementá-la, como na fala do gestor estadual “*até o momento ‘não existe’ uma política para o câncer de mama*”. A expressão tomada como de sentido radical sinaliza para a compreensão de uma grande distância entre o esperado e a realidade da política, se levarmos em conta que sua implementação já ocorreu.

Se o gestor estadual é incisivo sobre a precariedade da política, a ponto de reconhecer sua “não-existência”, define também uma postura de inércia com relação aos acontecimentos, sobre os quais detém grande responsabilidade. Ao assumir os descaminhos e, ao mesmo tempo, estar dotado do maior conjunto de recursos, para atuar, decidir e interferir, pode dar a medida do compromisso com a gestão.

Isso implica divergência com os princípios doutrinários do SUS, os quais são, segundo Westphal (2001), universalidade, equidade, promoção, integralidade, proteção e recuperação, que devem ser zelados por todos, principalmente, pelos que têm responsabilidade de gerir as políticas.

Nota-se, também, uma falta de comprometimento, por parte do gestor estadual, com essa política na fala “*até o momento só há promessas*”, nota-se, inclusive, um desconhecimento. Ora, tal observação, partindo de um ator do governo do Estado, responsável pela coordenação do processo de implementação da política, revela uma postura de distanciamento sobre um tema que é de sua responsabilidade. Afinal, de que “promessas” fala e “quem” promete e não cumpre? Não aparecem os responsáveis em seu depoimento. O caráter genérico e vago dessa fala, vindo de onde vem, é consoante com o sentido prático de abandono da política pelos gestores estaduais. Por outro lado, fica patente uma compreensão muito frouxa sobre os compromissos explicitados na Lei 8080 do SUS, quando

menciona a “*complementação de valores das Mamografias pelos municípios*”. Não problematiza o significado do ato de cobrança como se natural fosse, ou seja, cobrar taxas extras para complementação dos honorários médicos não aparece como problema, nem se define como um obstáculo objetivo para que a prevenção seja um recurso público garantido gratuitamente.

O gestor regional, por sua vez, percebe que a estratégia regional dessa política para a região não está funcionando bem quando fala que “*as metas não estão sendo atingidas*” e ao mesmo tempo, denota um certo desconhecimento dessa política e sua distribuição espacial quando fala “*Não saberia dizer*”. “*Em 2005 e 2006 não teve nada*”. O gestor regional reverbera o diagnóstico do gestor estadual, com maior contundência, mas mostrando, em seu inconformismo, o mesmo desconhecimento sobre os rumos da realidade regional. Confrontado com a realidade dos fatos, aparece um descompasso importante entre o discurso da catástrofe – nada acontece – e o empenho das regiões para que “algo” aconteça, apesar dos obstáculos. Tudo se passa como se, ao decretar o “nada”, estaria se redimindo da posição incômoda de ser cobrado sobre a insuficiência amplamente reconhecida da política, pelo menos, em termos das estratégias de prevenção. Deslocar as responsabilidades de fracasso para outros é compatível com o esvaziamento que vem ocorrendo, nos últimos anos, na autoridade pública do gestor regional e a conseqüente opacidade de seu papel como gestor.

Com relação aos fluxos e procedimentos padrão da política, o gestor regional percebe as dificuldades quando diz que “*pacientes têm dificuldade de acesso aos exames*”, ou, se algum encaminhamento “*não foi bem trabalhado*”, a expressão utilizada carrega o sentido de lamentar pela insipiência da mobilização dos atores regionais interessados na aquisição de um mamógrafo para a Prefeitura de Santa Cruz do Sul, com os recursos da Consulta Popular do governo do Estado do Rio Grande do Sul. A compra de um mamógrafo pelo poder público poderia constituir uma garantia para as usuárias, que não ficariam à mercê dos interesses dos prestadores privados, que incluem a cobrança de taxas. Fazendo jus à expressão “*Este é o gargalo, fornecer recursos para a região*”, reconhece a existência de limites da autoridade local e regional para a implementação da política.

Na verdade, para que uma política pública ocorra com boa qualidade, torna-se necessário o cumprimento de muitos passos sobre os quais os controles podem ser precários, dependendo do nível de consideração: uma política federal descentralizada precisa receber do nível estadual o devido tratamento voltado para coordenação de sua implementação, enquanto ao nível municipal de intervenção correspondem as respostas possíveis num campo complexo de correlação de forças. Por outro lado, os controles sociais, se não estiverem ativados para fazer valerem direitos e se não ocorrerem pressões sociais com a formação da agenda pública, via conselho ou por pressão direta junto aos foros pertinentes, o mais comum é um tratamento superficial, rotineiro, apenas cumpridor dos ritos legais, sem explicitação dos compromissos com a melhora de indicadores de saúde. A tudo isso, deve-se acrescentar o ingrediente de uma institucionalidade frágil na maioria dos municípios brasileiros. Tal fragilidade tem a ver com a escassa autoridade para lidar com interesses particularistas e uma capacidade de mediação mínima frente aos conflitos que envolvem atores com voz e poder econômico frente à garantia de direitos de setores destituídos. Mesmo que, no nível federal da política, os quadros técnicos sejam recrutados em vários segmentos sociais, as origens de constituição do Estado brasileiro, principalmente nos níveis local e estadual, ainda sofrem de algumas heranças (LUZ, 1991. p. 79):

Consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista tecnoburocrática e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha. Estes traços configuram o perfil autoritário que ainda hoje caracteriza em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil.

Os traços oligárquicos, autoritários e de políticas de clientela ainda estão presentes nas políticas locais, pois, ao referir que “*as pacientes têm dificuldade de acesso aos exames*”, o gestor regional reforça as deficiências da política, identifica que as razões de sua inconformidade têm a ver com a interferência dos interesses de alguns setores identificados como interesses pecuniários, sem sinais de recomposição dessa realidade. As possibilidades de efetivação de um atendimento mais bem estruturado para as usuárias, que buscam os serviços de saúde com vistas à prevenção, ficam, assim, comprometidas. O entrevistado observa que a

tarefa hoje está delegada aos serviços privados, quando seria função do Estado coordenar esse bem público em todos os níveis. Ou seja, a ação do governo deveria estar voltada para maximizar os recursos voltados para o bem comum, e isto não é percebido nas falas dos gestores estadual e regional sobre a política do câncer de mama.

Se as possibilidades de gerir uma política com qualidade têm a ver com o nível de informação disponível, é preocupante a afirmação do gestor municipal quando refere que *“Em Santa Cruz do Sul não existem dados compilados para esta doença”* ou seja, desconhece informações sobre a maior causa de morte em mulheres após as doenças cardiocirculatórias, fato epidemiológico amplamente reconhecido. Se a informação qualifica a decisão, pode-se compreender que a ausência do conhecimento de indicadores específicos esteja reduzindo as oportunidades de correções de rumo na política do câncer de mama em Santa Cruz do Sul.

Ao ser indagado sobre o fluxograma territorial da política, o gestor municipal referiu que *o “fluxo estabelecido inicia-se no exame de mamas realizado no PSF; se forem constatadas alterações, esta paciente é encaminhada para o CEMAI, dependendo dos resultados, vai para o Hospital Ana Nery”* demonstrando conhecimento dos fluxos da política em sua gestão no território, sintonizado com as diretrizes e normas do Ministério da Saúde.

Westphal (2001) concorda com a idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. A premissa nos coloca que, se o gestor municipal está mais próximo do dia-a-dia dessa política no seu município, possui melhor conhecimento da mesma. Nesse sentido, o fato de o gestor municipal referir sua familiaridade com aspectos referentes a fluxos e procedimentos da política poderia ser um dado positivo para que a mesma funcionasse a contento, pois significa conhecimento de como essa política está estruturada na região. Mesmo assim, as garantias de que a proximidade entre a gestão da política e sua execução seriam favoráveis à sua implementação não são observadas em Santa Cruz do Sul.

A distribuição espacial da prestação de serviços envolvida na política do câncer de mama está muito aquém do recomendado pelo fluxograma produzido pelo Ministério da Saúde (ANEXO), para atendimento das mulheres. Os encaminhamentos têm se revelado incompletos pela obstrução do seu fluxo, motivado por razões individualistas econômicas, que reduzem as oportunidades de acesso a exames, por exemplo:

“Todos os 3 serviços (que fazem mamografias) são complementados pela Prefeitura de Santa Cruz do Sul, pois não aceitam a tabela SUS e solicitam *uma complementação*” e, [além disso] “Mais de 10 exames por mês são encaminhados para Porto Alegre”. (gestor municipal)

A delegação da prestação de serviços especializados a prestadores privados tem provocado situações de abandono das pacientes que buscam esses serviços. A prefeitura não tem revelado interesse em organizar uma estratégia baseada no serviço público, ampliando sua presença através da sua responsabilidade de oferecer o conjunto de serviços de atendimento necessários à prevenção do câncer de mama. O resultado é uma precária distribuição espacial da prestação de serviços, dificultando o acesso das pacientes ao exame de mamografia e produzindo um custo social elevado.

O gestor municipal complementa que “*há um número suficiente de pessoal*”, ou seja, os profissionais envolvidos com essa política na Prefeitura de Santa Cruz do Sul, na concepção do gestor municipal, são suficientes, mas, ao mesmo tempo, reforça a necessidade de contar com o apoio mais numeroso de profissionais das equipes de Saúde da Família: “*a principal dificuldade para a implementação da política do câncer de mama é a baixa cobertura pelos PSF (Programa de Saúde da Família)*”.

Reconhece, portanto, a diferença qualitativa do trabalho exercido pelas equipes do PSF, sugerindo que sua cobertura ainda está aquém das necessidades. As equipes de saúde da família, em seu trabalho, além de estimular a prevenção, descobrem, na população, novos casos suspeitos, ou já detectáveis, sem tratamento. Quer dizer, geram demanda ao sistema da saúde. No entanto, não há

resposta, por parte do gestor municipal, para uma possível intensificação do trabalho do PSF, pois, ao gerar maior demanda por prevenção, estaria criado um gargalo mais sério que o atual, pelo fato de o poder público municipal não responder adequadamente com relação a essa política, pela dificuldade, já assinalada, de se conseguir as mamografias pelo SUS.

Ao detectar os obstáculos colocados às usuárias interessadas em fazer exames de prevenção, a pesquisa revelou que os atores sociais envolvidos de maior influência sobre os rumos da política do câncer de mama são os prestadores de serviço – médicos e serviços de imagem - que se negam a fazer mamografias pela tabela SUS e exigem uma complementação da Prefeitura de Santa Cruz do Sul para realizar os exames.

Os depoimentos desses atores demonstram que os termos de compromisso se vinculam, com maior ênfase – e quase exclusivamente, em alguns casos – com a objetividade dos ganhos monetários através da prestação de serviço. Se a relação comercial é legítima e usual no campo das atividades privadas, no caso específico de envolvimento com uma política pública, a postura profissional de reivindicação corporativa, acima de qualquer outro referente, traz, para o cenário da política, enormes dificuldades em várias direções. Reduz os termos do diálogo entre os vários responsáveis a cifras que devem ser adequadas para que os procedimentos sejam viabilizados. Se a força política dos prestadores está na reivindicação de monopolizar a prestação do serviço – mamografias, no caso –, tem sido nítida a fragilização das posições a favor das mulheres, que não encontram, no poder público, um agente legítimo que zele por sua proteção. Isso significa um golpe na visão republicana do que representa produzir um bem público, de superar dificuldades com vistas à responsabilidade pública de proteção social.

Nos três serviços de mamografia consultados pela pesquisa (que realizam exames de mamografia em Santa Cruz do Sul), transparece, como valor central nos argumentos, um compromisso básico com as regras de mercado. Por parte da Prefeitura de Santa Cruz do Sul, transparece, ou um acordo tácito com os interesses desses prestadores, ou um receio de enfrentar essa situação, o inverso do que seria

esperado como função do poder público – intermediar ações para aplacar a voracidade do mercado e buscar atender às necessidades da população. No entanto, a gestão municipal aceita, passivamente, o fato de os três serviços não fazerem o exame de mamografia sem complementação, não argumenta contra, nem critica essa postura, conforme o trecho abaixo:

“Já os exames mamográficos são realizados por 3 serviços contratados: Hospital Santa Cruz, Radson (Hospital Ana Nery) e Ecorad. Todos estes 3 serviços são complementados pela Prefeitura de Santa Cruz do Sul, pois não aceitam somente a tabela do SUS, considerando-a insuficiente e solicitam uma complementação. O município de Santa Cruz do Sul complementa com R\$19,88 para cada exame realizado, buscando totalizar R\$ 50,00. A média de exames realizados [em Santa Cruz do Sul] é 10 por semana. Mais de 10 exames são encaminhados por mês para Porto Alegre.”

Nesse depoimento acima, do gestor municipal, que *mais de 10 pacientes* são encaminhadas, por mês para Porto Alegre, para realizarem o exame de mamografia, demonstra, novamente, um descaso com as mulheres da região da 13ª CRS, pois é, de conhecimento público, que as prefeituras providenciam a condução para levá-las para a capital Porto Alegre. No entanto, essa condução vai lotada com pacientes que farão outros procedimentos ou exames, e sabe-se que, por isso, essa condução sai de madrugada e retorna à noite, pois precisa trazer todos os pacientes novamente. As pacientes são obrigadas a viajar, a passar todo o dia em Porto Alegre para realizar um exame (mamografia) que demora em torno de trinta minutos para ser realizado.

Percebe-se, no parágrafo a seguir, a importância de o Estado arbitrar a política pública em favor das pessoas que não são dos grupos dominantes.

“Como o Estado se desenvolve a partir de uma base social composta por indivíduos desiguais, essa arbitragem não tem sido exercida de maneira totalmente neutra nem diferencia as pessoas dos grupos dominantes entre eles e com maior capacidade de impor sua vontade”. (WESTPHAL, 2001. p. 15).

Segundo Elisa Reis (2003), em “Reflexões leigas para a *formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas*”,

“Analisar a viabilidade política de uma determinada *policy* é uma questão tão técnica quanto as de natureza instrumental específicas, a cada *issue*. Mas, essa é também uma questão tão moral quanto aquelas que inspiraram Marx e Weber”.

No cenário em estudo, as ações do poder público municipal deixam entrever, através dos depoimentos, uma erosão de legitimidade do Estado e da autoridade pública em relação a essa política pública na região da 13ª CRS, traduzida na fragilidade de atenção a um compromisso com as usuárias do sistema de saúde.

Os prestadores de serviços, por sua vez, ao tratarem dos temas sobre a política do câncer de mama, revelam distanciamento, abordando os tópicos com termos técnicos ou citando aspectos normativos com relação aos fluxos que a mesma deve ter. *“As pacientes são encaminhadas pelas Secretarias de Saúde das cidades e as mesmas pagam para a realização do exame de mamografia”*.

Assim, *“pagar uma mamografia”* quando se trata de enunciar a respeito de um procedimento técnico reconhecido como bem público, no interior do sistema público de saúde, e não merecer nenhum tipo de modulação na fala do enunciador sobre tal circunstância de pagamento, significa naturalizar, tornar natural um episódio dessa ordem. Tal fato decorre do campo de correlação de forças sociais num cenário que o poder público não faz valer sua autoridade com relação aos interesses de mercado. Nesse sentido, é difícil distinguir entre o distanciamento – recurso de linguagem - e indiferença, atitude frente à realidade, quando um prestador sentencia que *“Não faz o exame pelo SUS sem complementação das Prefeituras”*.

Prevalece o interesse mercadológico em detrimento do atendimento das políticas públicas sem, no entanto, descartar as parcerias entre o serviço privado e as instituições públicas responsáveis pelas implantações da política do câncer de mama. Percebe-se isto nos seguintes depoimentos dos prestadores de serviço. A complementação pela prefeitura, ao ser abordada por um dos prestadores privados, só recebe um reparo, na medida em que sugere *“que as Prefeituras façam uma contribuição maior”*.

Não, sem complementação das Prefeituras.

As pacientes são encaminhadas pelas Secretarias de Saúde das cidades e as mesmas pagam para a realização do exame de mamografia, num valor reduzido do que normalmente é cobrado.

Westphal (2001), refere que a complementaridade do setor privado é um princípio que rege a organização do SUS, denotando um aspecto legal, mas, para isso, deveria seguir certas condições: a integração dos serviços privados deve ocorrer com a mesma lógica do SUS, condição que deveria ser buscada pelos gestores para a região da 13ª CRS.

Os depoimentos dos prestadores de serviço, ao expressarem, com clareza, que *as pacientes encaminhadas pelas secretarias de saúde devem pagar pelo exame de mamografia*, dão conta de uma conduta que é tácita, ou seja, compreendida e chancelada institucionalmente, na medida em que não há constrangimento, por parte dos funcionários públicos, em citar o pagamento como encaminhamento regular. Nesse sentido, os foros que instituíram a complementaridade do setor privado pelo setor público no texto constitucional se revelam subvertidos pelas práticas que engendram.

Os profissionais de saúde entrevistados e envolvidos com essa política reforçam, nas respostas um enfoque em que a mamografia paga pela usuária é agilizada, em detrimento das demais pacientes que não têm condições financeiras.

“As pacientes pagam uma parte do exame para o serviço radiológico. Muitas vezes as pacientes não pagam e não fazem o exame”. (profissional de saúde)

Nessas falas, percebe-se uma contrariedade aos princípios básicos do SUS, demonstrando que o acesso das mulheres ao exame é desigual. Lembrando Elisa Reis (2003, p 13), é necessário reexaminarmos as relações do Estado com o mercado, por um lado, e com a sociedade civil, por outro.

Conforme Celina Souza (2003), à área de políticas públicas compete, por exemplo, analisar como é que o Estado age e/ ou poderia agir para assegurar a

provisão de bens públicos que não são mais produzidos e/ ou distribuídos pelo setor público. Se, nessa política pública estudada, o bem público em questão – a prevenção de uma enfermidade, representada pela oportunidade de acesso à mamografia, – não está ocorrendo, ele não está sendo assegurado para a população

Percebe-se, também, que é muito precária a definição da agenda, assim como a formulação do escopo da política no nível local/regional, e sua gestão, comprometendo sua legitimidade junto ao público, embora as manifestações de desagravo com a situação praticamente não existam.

Em relação às usuárias, nos vinte e cinco depoimentos obtidos, percebe-se uma repetição de ausências, revelando completa desinformação por parte de quase todas as entrevistadas. A dificuldade de acesso aos serviços de mamografia percebida pelas usuárias é apontada por quase todas como um entrave. Muitas delas referiram a falta de programas de educação sobre o tema, tais como medidas de ação preventivas orientadas pelo poder público ou pelos profissionais de saúde.

O uso reiterado da expressão “*não sei*”, por parte das usuárias, denota um conhecimento escasso sobre essa política, revelando como o desconhecimento de seus direitos não dá margem à indignação - que não está presente nas falas nem as faz se sentirem usurpadas pelo desembolso individual para pagar por um bem público.

Essas falas repetidas das usuárias denotam uma deficiência em um dos princípios que regem a organização do SUS, que é a resolutividade. Westphal (2001) refere que resolutividade é a exigência de que, quando um indivíduo buscar o atendimento ou quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo no nível de sua complexidade. Percebe-se que essa resolutividade está parcialmente atingida na 13ª CRS,

5.2 Atores sociais e suas concepções. Por onde um bem público se torna privado

Complementaridade do setor privado: a constituição definiu que, quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, estes devem seguir as seguintes condições:

- A celebração do contrato conforme as normas de direito público;
- A instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS;
- A integração dos serviços privados deverá dar-se na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços;

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos (hospitais filantrópicos, santas casas) conforme determina a Constituição Federal.

“A integração dos serviços privados deverá dar-se na mesma lógica do SUS primeiro o setor público e na seqüência complementar a rede assistencial com o setor privado não lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização”. (WESTPHAL, 2001. p. 37).

E, conforme Luz (1991, p. 80),

“... na primeira metade deste século podemos observar centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública: clientelismo, populismo e paternalismo do lado das instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica”.

Os serviços privados, quando integrados ao SUS, deverão dar-se na mesma lógica que orienta a institucionalidade da política e suas regras. Isto parece algo lógico de se colocar, mas percebe-se, nesta dissertação, que esta lógica não é tão clara assim, pois neste aspecto entram os interesses econômicos dos profissionais envolvidos com essa política. Segundo Luz, na primeira metade do século 20, já se percebia o corporativismo da classe médica na saúde pública e, conforme Westphal, o modelo médico hegemônico, no Brasil, na década de 1970, foi o assistencial-

privativista, e isto tudo deixando, como herança daquela época, o que percebemos hoje, que é a dificuldade de integração dos serviços públicos com os privados, principalmente, quando o quesito é lucro.

Analisando formulários de pesquisa preenchidos por profissionais responsáveis pela saúde da mulher dos 13 municípios que compreendem a 13ª CRS, constata-se uma grande dificuldade por parte desses profissionais sobre o significado social e sanitário da política pública do câncer de mama (ANEXO).

Percebem-se essas dificuldades em relação às mamografias, em que representantes de 12 municípios (exceto Santa Cruz do Sul) referem que as mamografias são realizadas na capital (Porto Alegre), mas todos os 13 municípios referem dificuldade no acesso à realização de mamografias, referindo que as pacientes precisam entrar em filas em Porto Alegre. As Secretarias de Saúde, muitas vezes, disponibilizam veículos para levarem as pacientes para Porto Alegre, e; como foi citado anteriormente em outro parágrafo, estas pacientes geralmente saem de suas cidades de madrugada e retornam à noite de Porto Alegre, precisando permanecer o dia todo na capital, pois dependem desses veículos que as prefeituras disponibilizam.

Muitos dos representantes desses 13 municípios referem cobranças com descontos em clínicas particulares, contrariando novamente, o disposto no artigo 30 da Constituição de 1988, segundo o qual compete aos municípios: VII – prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

Elisa Reis (2003, p. 13), refere que à área de políticas públicas compete analisar como é que o Estado age e /ou poderia agir para assegurar a provisão de bens públicos que não são mais produzidos e /ou distribuídos pelo setor público. Percebe-se, através dos pressupostos assinalados pela análise de Reis (2003), que a política regional estudada sofre uma derivação em sua forma de atenção ao público alvo, que acontece com a distribuição do exame de mamografias na região da 13ª CRS, que é objeto desta dissertação.

Ao mesmo tempo, surpreende o fato de que essas dificuldades que aparecem nesta pesquisa sobre a política pública de câncer de mama, nunca foram levadas para as reuniões do Conselho Regional de Saúde, ou para as reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul (conforme as atas de reuniões no período da pesquisa). Constata-se nisso, portanto, conformidade e resignação da maioria dos atores envolvidos nesta política de câncer de mama.

Foi constatado, também, nesta pesquisa, que há um fluxograma para atendimento das mulheres, módulo Mastologia/Câncer de Mama, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2000, o qual foi obtido na seção Saúde da Mulher, no governo do Estado do Rio Grande do Sul (ANEXO E), esse fluxograma não chegou na 13ª CRS, nem nos municípios pertencentes à mesma. Isto demonstra a dificuldade de circulação de informação sobre a política pública para o câncer de mama. Este é apenas um item a destacar dentro de um conjunto de informações mal-elaboradas, desorganizadas, desconstruídas e com concepções equivocadas.

Chama atenção, nessa pesquisa, a falta de cuidado dos atores envolvidos com a política do câncer de mama com as pacientes, a falta de um comprometimento maior com as necessidades das mesmas, principalmente, no quesito da necessidade de realização do exame complementar que é a mamografia, denotando uma certa indiferença, um descaso, uma falta de acolhimento e compromisso ético e profissional.

Também se pode notar, ao longo dos depoimentos, um grande desconhecimento, por parte dos usuários, do alcance e dos limites dos serviços a que recorrem, percebendo-se um sentimento predominante que emana dos depoimentos, que é uma sensação de desamparo, desânimo, indiferença, de não ter como reclamar e nem para quem, pois a política do câncer de mama, na região da 13ª CRS, em termos de suas regras e deveres constitucionais, não é clara para as usuárias.

Elisa Reis (2003, p. 13), comenta que é preciso assumir o compromisso de articular as perspectivas individualistas e institucionais, e que as relações entre autoridade, mercado e solidariedade passam por mudanças profundas no momento atual. Neste pequeno trecho de Reis, percebe-se a importância da articulação dos governos com a iniciativa privada em relação à política do câncer de mama na 13ª CRS, sendo orientado por uma relação de autoridade mais clara e abrangente, organizando e gerenciando os bens públicos que devem ser oferecidos para a sociedade, e não ficando à mercê de interesses privatistas de algumas corporações.

Ou seja, isto é um desafio fundamental para os gestores e para todos os atores envolvidos com essa política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestes últimos 20 anos, muitas mudanças foram ocorrendo em relação às políticas públicas específicas para as mulheres, e, dentre elas, o foco de análise desta dissertação, que é a política pública do câncer de mama.

Constata-se, através desta pesquisa, que a agenda regional de saúde pública e a dinâmica da gestão territorial nas ações públicas na prevenção do câncer de mama, na 13ª CRS, evidenciam que a gestão territorial da política atende, parcialmente, às normas e diretrizes do Ministério da Saúde, pois quase todos os atores envolvidos com essa política na 13ª CRS referem dificuldade no acesso ao exame de mamografias, que é o exame considerado básico na política de prevenção ao câncer de mama.

Percebe-se haver um conjunto de dificuldades a serem enfrentadas e que se pode, inicialmente identificar e localizar em que níveis institucionais se localizam essas dificuldades. No que se refere às dificuldades encontradas no âmbito de Estado, há diferenças relativas aos diversos níveis institucionais: federal, estadual, regional e municipal.

Destaca-se a precária distribuição espacial da prestação de serviços envolvidos na estratégia de prevenção do câncer de mama, restringindo o acesso. Os fluxos e procedimentos-padrão instituídos pelo Ministério da Saúde não têm atingido seus objetivos, na medida em que as usuárias estão submetidas a lógicas de atenção identificadas, claramente, com princípios de mercado. Os critérios de trabalho adotados por alguns dos atores sociais mais influentes – gestores e médicos - apresentam interesses não convergentes com a produção de um bem público, cuja conduta interfere na execução dessa política pública.

Os avanços obtidos nessa política e os limites de sua efetividade sustentam-se em campo discursivo estruturado sobre valores que se consagram como legítimos. Que valores são esses, é o que esta pesquisa procurou demonstrar ao relatar que os valores na região da 13ª CRS estão muito próximos dos valores

individuais e interesses financeiros por parte dos atores mais influentes, que são os prestadores de serviço e os médicos. Tal cenário implica desassistência para muitas usuárias, dificuldades referentes à demora para conseguir realizar um exame de mamografia com potencialização dos riscos decorrentes ao sub-atendimento. Decorre daí, portanto, uma das interferências decisivas para um aumento das taxas do coeficiente de mortalidade por câncer de mama na região da 13ª CRS, sendo taxas mais altas que a nacional. Se, no sistema regional, os interesses individualistas de prestadores privados e a lógica de mercado são valores que prevalecem, o resultado mais visível é o de deixar toda uma parcela da população à margem de seus direitos constitucionais, para atendimento dos interesses de alguns poucos atores influentes nessa política, para os quais serve a manutenção da política como está estruturada na região da 13ª CRS.

Para uma questão localizada no coração do conflito mercado/saúde pública, a dificuldade de incorporar a política pública do câncer de mama no cotidiano do SUS tem perpetuado a aceitação passiva de suas insuficiências.

Nota-se no que os atores, nessa política, são o gestor municipal, o gestor estadual, o gestor estadual no nível regional, profissionais de saúde que atendem a essas pacientes, os prestadores de serviço e as próprias pacientes usuárias do SUS, ou seja, todos os envolvidos na política do câncer de mama.

Mas os atores mais influentes são os gestores, os médicos e os prestadores de serviço, pois os mesmos detêm o conhecimento e as informações sobre essa política, o que se percebe nas suas falas. A questão central que se coloca é que a hegemonia desses atores e os critérios de trabalho adotados por eles – gestores e médicos - apresentam interesses não convergentes com a produção de um bem público, cuja conduta interfere na execução dessa política pública.

O gestor municipal apresenta, como estratégias para suprir deficiências na implantação de uma política para o câncer de mama, uma ação que seria de seu âmbito, ou seja, implantação de equipes de PSF cobrindo, pelo menos, 70% da população, demonstrando uma tendência geral de seguimento da lógica de que o

município deve se ocupar com a prevenção e que a mesma pode ser melhor alcançada através de estratégia de saúde da família. O seguimento das ações deveria caber, na visão do gestor municipal, ao âmbito federal, pois a ele caberia aumentar o valor da tabela do SUS para as mamografias, garantindo os exames mamográficos. Segundo o gestor municipal, isso interrompe o fluxo proposto pela política. Percebendo-se um equívoco e ilusão do gestor municipal ao acreditar que o aumento de equipes de PSF solucionaria o problema de prevenção na política do câncer de mama. Isso só aumentaria o gargalo existente, uma vez que mais pacientes seriam encaminhadas para o CEMAI (Centro Materno e Infantil) pelas equipes de PSF e provavelmente mais exames de mamografia seriam solicitados. Percebendo-se nisso um equívoco por parte do gestor municipal e uma ilusão muito grande do mesmo ao acreditar que aumentando a cobertura de atendimento pelas equipes de PSF (Política de Saúde da Família) atenuaria as dificuldades das usuárias para terem acesso aos exames de mamografia, pois o gargalo principal estaria mantido.

O gestor municipal não percebe, como responsabilidade sua, a disponibilização de exames mamográficos, ponto que considero mais falho no fluxograma de atenção ao câncer de mama. Com efeito, o município julga estar fazendo a sua parte, tendo um número suficiente de pessoal e material para dar conta das atividades básicas de prevenção, ou seja, detectar o maior número possível de mulheres em risco de adoecimento. Mas essa estratégia, baseada nas evidências desta pesquisa, não está sendo alcançada. O fluxograma do Ministério da Saúde é bem claro, demonstrando a responsabilidade do gestor municipal na disponibilização dos exames de mamografia para a população usuária do SUS, cabendo ao mesmo a organização e cobrança desse fluxograma no seu município.

Por outro lado, na fala do gestor estadual, “*gestionando recursos federais para a realização e custeio de mamografias*”, o vocábulo “*gestionando*”, cujo significado não foi localizado nos dicionários, teria, segundo o contexto da frase, o sentido de envidar esforços de solicitação de recursos frente a uma instância superior. Então, vem a questão: Qual é o papel do nível estadual? Já o gestor estadual, quando refere que não existe uma política para o câncer de mama, parece

assumir que não tem acontecido no Estado a proposta delineada pelo Ministério da Saúde.

O depoimento do gestor estadual demonstra uma grande confusão em relação ao entendimento dos papéis de cada esfera governamental. Esse gestor não está cumprindo seu papel, pois não oferecendo um suporte técnico e financeiro adequado para essa política, contrariando o artigo 17, que trata sobre a direção estadual do SUS, que diz, no seu inciso III, *“prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde”*.

O que se percebe é que o gestor estadual responsabiliza o gestor federal por todo o andamento da política e avalia, como uma estratégia territorial importante no Estado, a capacitação continuada de recursos humanos. Isto não é o que é confirmado pelo gestor municipal, pois o mesmo sente que tem recursos humanos suficientes e capacitados.

Assim, o Estado do Rio Grande do Sul não interfere no ponto do fluxograma onde é necessário a avaliação radiológica (mamografia) e a reavaliação médica especializada, serviços que deveriam ser de âmbito regional e/ou estadual, em função de custos e do grau de tecnologia exigido.

Desse modo, o Estado não articula uma melhor distribuição espacial dos serviços de média complexidade (mamografia).

No entanto, na região da 13ª CRS, não ocorreram cursos, capacitações ou outras modalidades de qualificação de profissionais envolvidos com a política do câncer de mama, conforme a estratégia apontada pelo gestor estadual, na fala *“está sendo proporcionado aos médicos, enfermeiros, agentes de saúde, técnicos de enfermagem capacitação sobre o tema câncer de mama”*.

“Os números sobre as regionais de saúde deixaram nítida a grande diferença na cobertura da população, na prioridade política dos gestores ..., indicando que problemas gerenciais e técnicos tem dificultado a melhoria na qualidade dos serviços e a diminuição dos índices de morbimortalidade”. (Pesquisando a Prevenção do Câncer Ginecológico em Santa Catarina, TAVARES, C. M.; *et al.*; 2006 Resumo 578-586).

Este parágrafo é referente a dados sobre o diagnóstico precoce dos tumores de mama que não estavam disponíveis nas regionais do Estado de Santa Catarina, demonstrando problemas com as regionais de saúde daquele estado. O parágrafo é revelador de que os problemas de gestão da política do câncer de mama são também, preocupantes em outros estados.

Além disso, o gestor estadual admite, como estratégia, a complementação de valores nas mamografias pagos pelos municípios, ao mesmo tempo em que diz que

“Uma saída para a principal dificuldade das usuárias do SUS na região da 13ª CRS para a realização das mamografias é a complementação de valores das mamografias pelos municípios porque a saúde é um dever do Estado em todas as suas esferas”.

Nesse parágrafo, percebe-se um desconhecimento tácito, por parte do gestor estadual, do funcionamento da política pública do câncer de mama, pois o mesmo estimula as cobranças através da complementação.

A característica essencial do Estado seria a capacidade, a função social e histórica de mediar conflitos por meio de políticas públicas que garantam o acesso do conjunto dos membros de uma sociedade aos bens por ela produzidos. (WESTPHAL, 2001. p. 15).

Já o gestor do nível regional percebe problemas em relação à estrutura da política no que se refere ao acesso aos exames preventivos, reconhecendo que as metas não estão sendo atingidas e afirmando não saber comentar sobre a existência de uma estratégia territorial na região.

Para o gestor do nível regional, a consulta popular poderia ter sido mais bem trabalhada no sentido de direcionar recursos através de verbas do COREDE. Esse gestor aposta na ampliação de recursos federais e estaduais e na utilização do consórcio municipal para tentar melhorar o fluxograma dessa política e também reconhece que está preso à dificuldade de acesso às mamografias.

Os gestores do nível regional e do nível municipal se aproximam da idéia referida por Westphal (2001), segundo a qual quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto, ou seja, quanto mais perto da população, mais o gestor tende a reconhecer a sua responsabilidade no Sistema. O problema, aqui, não é de aproximação ou afastamento dos usuários e seu sistema de saúde, e, sim, sob que lógica essa relação funciona: sob a lógica de produção do bem público ou da lógica de mercado. Essa é uma questão central para pensar os movimentos futuros, não só em relação à prevenção do câncer de mama, mas de toda a política de saúde.

O gestor municipal revela-se conhecedor de como essa política está estruturada na região e chama à atenção para a importância de um dos princípios que regem a organização do SUS, que é a descentralização. No entanto, o suporte cognitivo que detém não confere à sua administração suporte político-administrativo para promover mudanças no cenário.

Outro exemplo diz respeito ao fato de o gestor regional de Saúde perceber que é preciso fornecer recursos para que os municípios comprem serviços no âmbito do SUS e que estes recursos deveriam ser federais e estaduais.

Já alguns profissionais de saúde que trabalham nessa política percebem a necessidade de aumentar o número de mamografias pelo SUS.

Também esses profissionais reconhecem a existência de cobrança dos usuários do SUS (*preço especial com desconto, mas mesmo assim é caro*); (*a maioria das mulheres usuárias do SUS não tem condições financeiras para pagar a metade do preço de Mamografia privada*) como instrumento que traz dificuldades às usuárias. As manifestações desses profissionais, no entanto, são incompletas em suas constatações, pois não vêem, como problema, ferir um direito constitucional de cidadania, a gratuidade do atendimento universal, um dos princípios doutrinários do SUS amplamente reconhecido e garantido após a constituição de 1988. Isto contrariando o artigo 169 do capítulo IV: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do

risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Segundo Elisa Reis (2003), é necessário reexaminar as relações do Estado com o mercado, por um lado, e com a sociedade civil, por outro. No primeiro caso, parece para a autora que a área de políticas públicas compete analisar como é que o Estado age e ou poderia agir para assegurar a provisão de bens públicos que não são mais produzidos e ou distribuídos pelo setor público. Nesse sentido, as afirmações de Reis (2003), situam e caracterizam a deficiência dos órgãos públicos responsáveis pela política do câncer de mama na região da 13ª CRS, em sua condição de fragilidade da gestão pública frente aos interesses privados.

A mesma autora (Reis:2003, p. 13), comenta que é preciso assumir o compromisso de articular as perspectivas individualistas e institucional, e que as relações entre autoridade, mercado e solidariedade passam por mudanças profundas no momento atual. Percebem-se, nesta pesquisa, as dificuldades das articulações que os gestores deveriam realizar, pois os mesmos apresentam uma dificuldade muito grande nesse aspecto, permanecendo estagnados e sem voz ativa para articular essa política, na maneira como ela foi estruturada para todo o país através do Ministério da Saúde.

A crítica por parte desses profissionais com relação ao estado de coisas referentes à prevenção é mínima, praticamente desconhecendo as tentativas de cobranças das usuárias do SUS. Significa desconhecimento e falta de comprometimento com essa política pública.

Já houve a proposta do Estado do RS para 2006, no sentido de aumentar a cobertura de mamografias pelo SUS, com localização de mamógrafos públicos, mas a mesma ainda não se concretizou até a elaboração desta dissertação.

Já os prestadores de serviço falam todos a mesma linguagem, não realizam as mamografias pelo SUS, no entanto, cobram do poder público, diretamente, o valor de mercado e, algumas vezes, das próprias pacientes.

Como o Estado se desenvolve a partir de uma base social composta por indivíduos desiguais, essa arbitragem não tem sido exercida de maneira totalmente neutra nem diferente as pessoas dos grupos dominantes entre eles e com maior capacidade de impor sua vontade (WESTPHAL, 2001. p. 15).

No parágrafo acima, percebe-se que, de acordo com Westpahl (2001), o Estado deveria se posicionar mais claramente em relação ao fato de os prestadores de serviço se negarem a fazer as mamografias pelo SUS, pois os prestadores de serviço conseguem impor a sua vontade sem questionamentos por parte do serviço público, o qual deveria ter essa arbitragem.

Por outro lado, a passividade, desmobilização e desconhecimento das usuárias sobre seu direitos em relação à política e seu funcionamento traduz uma dificuldade adicional para a solução negociada dos impasses.

Os serviços e ações de saúde têm usuários que são parte do próprio processo de organização e prestação destes. Portanto, consideramos que a avaliação das ações de saúde lida com um fator complexo, que é o seu produto. Deste modo, um grande avanço na avaliação em saúde é compartilhar o processo de avaliação com os usuários, considerando sempre que possível a sua perspectiva. (BOSI, 2004. p. 125).

Percebe-se, nessa política do câncer de mama na 13ª CRS, uma estrutura e dinâmica conhecida e entendida pelos gestores, mas o mesmo não ocorre com os profissionais envolvidos com a mesma, os quais não têm total acesso às informações sobre os aspectos da agenda política, seu desenvolvimento e implementação e a gestão da política.

Constata-se que a política para o câncer de mama na 13ª CRS foi formulada, ainda está sendo implementada, embora com muita dificuldade, mas seu ciclo ainda não foi avaliado.

Na implementação de uma política pública é importante o grau de conhecimento e capacidade das organizações e dos implementadores sobre a política que está sendo implementada, entender os diversos processos que compõem a implementação, focalizar o papel dos atores e dos agentes de implementação de entender o grau de discricionariedade da burocracia quando implementa a política pública. (SOUZA, 2002)

Ou seja, a implementação, em simples palavras, significa tirar a política do papel para acontecer na prática. Isto demonstra que a política do câncer de mama na região da 13ª CRS ainda está muito incipiente.

Percebe-se uma clara dificuldade de falar de avaliação dessa política pública, pois, para Sanderson (2002), avaliar significa compreender e explicar “o que funciona, para quem e em que circunstâncias”.

Deve-se reconhecer que a eficiência do setor público e a capacidade do Estado de formular e implementar políticas públicas dependem de sua estrutura administrativa e da estrutura social na qual esta inserida. (ARAGÃO, 1997).

O parágrafo acima faz analisar e entender melhor como muitas vezes uma política pública tem dificuldades na sua implementação, e isto se percebe na política pública de câncer de mama na 13ª CRS: as suas dificuldades de implementação plena.

A esfera pública deve estar apta a promover o equilíbrio entre os interesses que informam a vida e a organização dos diversos grupos sociais, que embora possuam diferentes níveis de recursos e motivações, devem ser atendidos equitativamente. (ARAGÃO, 1997).

As dificuldades estruturais que existem em quase todo o nosso país e que são: a marcante desigualdade social, a característica do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista, também estão presentes na região da 13ª CRS, promovendo uma dificuldade para a real implementação desta política pública. Assim, a esfera pública que deveria promover essa política, muitas vezes fica a mercê de interesses econômicos corporativistas.

Tudo parece indicar que o financiamento do SUS é uma questão não resolvida. Isso porque, ao mesmo tempo que se implanta esse sistema como um novo modelo de saúde, agrava-se a crise fiscal e financeira do Estado brasileiro, limitando o aporte de recursos para a área de saúde. (WESTPHAL, 2001).

No parágrafo anterior de Westphal, nota-se uma grande preocupação com o futuro do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a possibilidade de a saúde pública enfrentar dificuldades, devido aos recursos definidos e provavelmente insuficientes para garantir o que o SUS vem oferecendo à população em todo o país.

Com efeito, há uma preocupação não só do nível regional da 13ª CRS, mas de todo o país, em relação ao quadro deteriorado do financiamento da saúde. Sabe-se que a consolidação do SUS, conforme Westphal (2001), está na dependência de o país resolver seus problemas macroeconômicos, o que permitiria o país voltar a crescer de forma sustentada.

O sistema de saúde brasileiro sofreu e vem sofrendo uma crise de múltiplas dimensões, das quais se destacam o aspecto financeiro (do financiamento de receitas para as despesas) e o de resultados (no sentido da eficiência), de modo a exigir uma nova concepção e organização do setor. (WESTPHAL, 2001).

O setor saúde no Brasil já experimentou e vem experimentando uma crise pública e de grandes proporções. Exigir a superação dessa crise é necessário, pois o arcabouço jurídico-institucional do SUS foi muito bem elaborado, e a sociedade como um todo deve requerer a implantação do SUS efetivamente seguindo os seus princípios e diretrizes constitucionais.

Os princípios e diretrizes do SUS devem ser sempre trazidos para a nossa realidade no nível da 13ª CRS, pois os mesmos devem ser sempre perseguidos e procurados por todos os atores envolvidos com as políticas públicas de saúde, para serem aplicados para a população. Infelizmente, ao realizar a pesquisa desta dissertação, percebe-se um distanciamento muito grande dessas diretrizes na política pública do câncer de mama na região da 13ª CRS, pois se percebe uma incapacidade dos gestores, em todos os níveis, para gerenciar esta política do câncer de mama.

O propósito desta dissertação também foi apresentar um conjunto de reflexões sobre a política pública do câncer de mama e, conforme escreve Bosi (2000), enfocando um padecimento crônico desta política, pois a dimensão subjetiva

da qualidade do programa e serviços nos remete a um terreno pouco explorado, guardando certamente em seus meandros muitos aspectos a serem desvelados, já que pertence ao plano das nuances, do profundo, do particular.

Tratar a questão da política do câncer de mama requer entendê-la no contexto da complexidade histórica, social, cultural e política em que o tema está alocado. Assim, entendendo esses fatores, pode-se tentar evitar responsabilizar individualmente um setor, pois promover saúde e prevenir o câncer de mama depende, em última instância, de políticas públicas capazes de transformações estruturais no contexto atual.

Entende-se a premência de se considerar a participação dos atores envolvidos com essa política e, principalmente dos usuários para a efetivação da mesma, pois se percebe, nesta dissertação, após análise de documentos institucionais e das entrevistas, que os problemas de gestão detectados na pesquisa requerem discussão e análise com os atores envolvidos, de uma forma transparente e clara, pois precisamos compartilhar com esses atores e usuárias os rumos que a política do câncer de mama irá tomar neste novo milênio. Sabemos que as normas e diretrizes do Ministério da Saúde sobre a política pública do câncer de mama já foram elaboradas para todo o país e enfatizamos a necessidade de a região da 13ª CRS se adequar a essa realidade.

Sabe-se que os profissionais da área (INCA) foram unânimes em afirmar que o Brasil possui uma quantidade de mamógrafos suficiente para cobrir toda a população que precisa realizar o exame de mamas (Ministério da Saúde). O problema é, pois, de gestão e incúria no tratamento político da questão. Por isto, planejamento, uso racional dos recursos disponíveis, boa vontade, comprometimento, são ingredientes da receita de sucesso, mas insuficientes se a gestão pública não está associada com protagonismo social a modular os apetites econômicos. Os resultados se traduzem em números, os quais se percebem na região da 13ª CRS, quando se constata que o coeficiente de mortalidade por câncer de mama é maior na região da 13ª CRS (15,8 em 100000 mulheres) do que no restante do Brasil (10,6 em 100.000 mulheres – NIS 2004).

Atualmente, passamos por um momento de transição, pois os serviços ainda estão sendo estruturados, organizados e definidos. É importante, então, um olhar diferenciado sobre a região da 13ª CRS, no que se refere à política pública do câncer de mama. Detectaram-se várias dificuldades e falhas na política do câncer de mama nessa região, evidenciadas nesta dissertação. Mas é importante perceber, identificar essas falhas e dificuldades para se poder pensar, em conjunto, estratégias para melhorar tal realidade.

Cabe destacar, finalmente, que, embora o SUS tenha sido uma vitória da população brasileira, muito há ainda para se fazer e conquistar, haja vista as inúmeras falhas apontadas na análise da temática desta dissertação. Mas é importante o conhecimento disso por todos os envolvidos com as políticas de saúde, pois muitas pessoas, pensando juntas, poderão ajudar a melhorar a situação da saúde da nossa população.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. *Os barões da federação. Os governadores e a redemocratização brasileira*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

ABRUCIO, F. e COSTA, V. *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*, Pesquisa, n.12. Fundação Konrad Adenauer, 1998

AMERICAN CANCER SOCIETY. *Cancer fact & figures*. New York, 1996.

ARAGÃO, C. V. *Revista do Serviço Público*. Ano 48, Número 3, Set-Dez 1997

ARRETCHE, M. *Estado Federativo e políticas Sociais: determinantes da descentralização*. São Paulo: FAPESP; Rio de Janeiro: REVAN: 2000.

AUDET-LEPOINTRE P. Pifalls in breast cancer screening: the female breast. In *proceedings of the Internacional Seminar on Gynecological Problems of the Breast*. Roma; 1996.

AVELAR, J. T. C.; SILVA, H. M. S. *Câncer e mama: orientações práticas para a paciente e a família*. Rio de Janeiro:Reverter, 2000.

BARACAT, E. Estudos da atividade hormonal de mulheres tratadas com tamoxifeno no menacme. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 1998.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1977.

BOISIER, S. BOISIER, Sergio. Teorías y metáforas sobre desarrollo territorial. *Rev. austral cienc. soc.*, ago. 1998, No. 2, pp. 5-18.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Coordenação de Programas de Controle de Câncer*. estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1995, de 26/01/2001. Aprovar a norma operacional de assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001. Disponível em http://www.sespapa.gov.br/sus/legisla%C3%A7%C3%A3o_noas01_pt95.htm. Acesso em 20/10/2007.

BRASIL. Ministério de Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021 .

BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004.

CALDEIRA, J.; BUDIN, R. Aspectos epidemiológicos do câncer de mama em Jaú-SP e a elevada incidência de casos avançados em mulheres idosas. *Rev Bras Cancerol* 1995

CARVALHO, A. I. et al. *Concepções e Abordagens na Avaliação em Promoção da Saúde*. 2002

CAPES. Portal Periódicos. <http://www.periodicos.capes.gov.br/>

DAGNINO, R. GAPI – UNICAMP. *Metodologia de análise de políticas públicas*. Organizações de Estudos Iberoamericanos, Ciência, Tecnologia, Sociedad, Madrid, 2002. Disponível em http://www.campus_oei.org/salacts//dagnino_htm. Acesso em 20/06/2007.

DAGNINO, R.; THOMAS, H. *Planejamento e Políticas Públicas de Inovação: Em Direção a um Marco de Referência Latino-Americano*. Planejamento e Políticas Públicas, nº23. Brasília: IPEA, 2001.

DATASUS –TABNET –CID – Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cgi-tabcgi.exe/aim/dvbr.def> (Acesso em 20/08/2005).

DOLL, R.; PETO, R. The causes of câncer: quantitative estimatives of avoidable risks of cancer um USA today. *Journal Nacional Cancer Institute*, 1981.

ETGES, V. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, Olgário e SILVEIRA, Rogério. *Vale do Rio Pardo: (re)conhecendo a região*. Santa Cruz do Sul: Edunisc. 2001.

FALZONI, R. Câncer da mama: historia natural e anatomia patológica. In HALBE, H. *Tratado de ginecologia*. 3 ed. São Paulo: Roca, 2000.

FERLA; et al. A regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul, In A Ferla & S Fagundes. *O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Editora Da Casa, Porto Alegre, 2002.

FERREIRA, M. A. F. *Avaliação de políticas públicas*. Apresentação em PowerPoint para aula da disciplina de Formulação, Implementação e Avaliação de Políticas Públicas, Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2006.

FERREIRA, M. A. F. *Saúde da mulher*. Apresentação em PowerPoint para aula de Sociologia da saúde, Curso de Medicina. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2007.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 14 ed. Petrópolis: Vozes. 1996.

FRANCO, B. *Análise de conteúdo*. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005

GREENBAUM, L. *That's what it is*. Lancet, 2000.

GUYTON, A. C. *Fisiologia humana*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HALBE, H. W. *Tratado de Ginecologia*. São Paulo: Rocca, 1992.

_____. et al. Osteoporose: fatores de risco, homônimos ovarianos e prevenção. *Revista Brasileira de Medicina*, 1999. 56 edição - especial - Osteoporose.

HARDY, E. E. et al. *Variáveis reprodutivas e risco para doenças benignas de mama. Estudo caso - controle.* Rev.Saúde públ., S. Paulo, 24: 387-93, 1990.

HENDERSON, I. C. Risk factors for breast cancer development. *Cancer* 71, 1993.

HGENSEN, C. *Doenças da mama.* São Paulo: Rocca, 1989.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. *O problema do câncer no Brasil.* 4ª ed. Rio de Janeiro, 1997.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. <http://www.inca.org>

KATZ, A. Câncer de mama. *Revista Bras. de Medicina*, 1997.

KLIGERMAN, J. Estimativa sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil. *Revista Bras. de Cancerologia.* 2002. 48(2): 175-179

KONING, H. J. *Assessment of nationwide cancer screening programmes.* Lancet, 2000.

KOPANZ, D. B. The accuracy of mammographic interpretation. *The New England Journal of Medicine.* 1994.

LAGANA, M. T. C. Dilemas Éticos sobre o Controle do Câncer de Mama, *Revista Saúde Coletiva*, p 18- Maio, 2007.

LEITE, R. C.; OLIVEIRA, C.; RIBEIRO, L. *Câncer de mama: prevenção e tratamento.* São Paulo: Ediouro, 2002.

LENCIONI, S. *Novos caminhos da geografia.* São Paulo: Contexto, 1999

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil da transição democrática - os anos 80. *Revista de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, 1991.

MARJUKKA, A. H.; SIGURDUR, H. Em direção as melhores práticas de avaliação. *Revista do Serviço Público*, ENAP, Ano 51, n. 4, Out-Dez 2000. Disponível no site www.enap.gov.br <http://www.enap.gov.br/>.

MARTORELLI FILHO, B. Câncer de mama: rastreamento, detecção e diagnóstico precoce. In: *Halbe H Tratado de Ginecologia.* 3 ed. São Paulo: Rocca, 2000.

MARX, K. *O Capital.* São Paulo: Abril Cultural 1983. Livro 1, cap. 23.

MILAN, C. NUNES, C. E.; BARCELOS, L., SANTOS, T. G., FRASSON, A. L.. Câncer de mama: importância da avaliação genética. *Rev. Bras de Mastologia*, 1998.

MONHEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

GOTZSCHE, P.C.; OLSEN, O. *Is screening for breast cancer with mammography justifiable?* *Lancet*, 2000; 355 (9198):129-34

ORLANDI, E. P. *A linguagem e seu funcionamento. As formas do discurso*. Pontes. Campinas, São Paulo: 2003.

_____. *Discurso & texto*. Pontes. Campinas, São Paulo: 2003.

PAIVA *et al.* Fatores de risco para o câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo de caso controle. In *Revista Bras de Cancerologia*, 1994.

PASTORE, J.; VALLE SILVA, N. *Mobilidade social no Brasil*. São Paulo: Makron, 2000

PINOTTI, J. Á. Detecção e controle de câncer mamário. In: *Compendio de mastologia*. São Paulo: Manole, 1991.

_____.; TEIXEIRA, L. C. Câncer da mama: importância, epidemiologia e fatores de risco. In: *Halbe Tratado de ginecologia*. 3 ed. São Paulo: Rocca, 2000.

REIS, E. P. Reflexões Leigas para a Formulação de uma Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. *Revista Brasileira de ciências Sociais*. Vol. 18, nº 51, 2003.

REZENDE, F C. *Por que falham as reformas administrativas?* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

Revista de Saúde Pública Unglert, Rosemberg, Junqueira – Volume 21, Nº. 5 – São Paulo – 1987. Cap 2.

RIBEIRO, R. J. *A República*. São Paulo: Publifolha, 2001.

RICOEUR, P. *Interpretação e Ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

SAMUELSON, P. A. The Pure Theory of Public Expenditure. *The Review of Economics and Statistics*, Vol. 36, No. 4 (Nov., 1954), pp. 387-389

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço*. São Paulo: Edusp, 2002.

_____. *A natureza do espaço*. São Paulo: Edusp, 1996.

SANDERSON, I. Finding Out Works: Evaluating Community-Based Action for Promoting Positive Outcomes for Individuals, Families and Neighbourhoods. *The UK Evaluation Society*: 4-5. 2002.

SHAPIRO, S.; STRAX, P.; VENE, L.; VENET, W. *Periodic screening of breast cancer: the Health Insurance Plan Project and its sequelae*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press: 1998. (<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index>

SIELO. Scientific Eletronic Library OnLine. http://www.scielo.org/index_p.html

SILVA, T. *Identidade e Diferença*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. Acesso: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index>

SFE. Societé Française de l'évaluation, 2003. <http://www.sfe.asso.fr/>

SOUEN, J. S. Canceres de mama não palpáveis: diagnóstico e conduta. Experiência pessoal. *Revista Brasileira Ginecol Obst*, 1996.

_____. *Detecção precoce de câncer de mama*. Femina, 1998.

_____. *Mamografias: acertos e desacertos*. Femina, 1998.

SOUZA, C. "Estado de Campo" da Pesquisa em Políticas Públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol 18. n.51, p.15-10, fev. 2003.

_____. *Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização* - Ciênc Saúde Coletiva, vol.7 no.3 Rio de Janeiro 2002.

SPERROFF, L. A mama. In: *Endocrinologia ginecológica clinica e infertilidade*. 5. ed. São Paulo: Manole, 1995.

SPRITZER, P. M.; REIS, F. M. *Reposição Hormonal no climatério: princípios terapêuticos embasados em evidencias*. Reprodução Climatério, 1998.

_____. *Terapia de reposição hormonal no climatério: princípios terapêuticos embasados em evidências*. *Reprodução e Climatério* 1998, 13: 32-41.

TAVARES, C. M.; PRADO, M. L.. *Pesquisando a Prevenção do Câncer Ginecológico em Santa Catarina*, 2005. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006, Out-Dez; 15(4): 578-86.

TEIXEIRA. Incentivos em consórcios intermunicipais de saúde: uma abordagem da teoria de contratos Brasília; IPEA; jul. 2002. 18 p. (IPEA. Texto para Discussão, 894).

TRUJILLO FERRARI, A. *Metodologia da pesquisa científica*. São Paulo: McGraw-Hill, 1982.

THEODOULOU, S. Z.. *Public policy*. The essential Readings. Upper Saddle River (N. J): Prentice Hall, 1995.

THOENIG, J. C. L.. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. *Revista do Serviço Público*, ENAP, Ano 51, n. 2, Abr-Jun 2000. p.54-71. Disponível no site www.wnap.gov.br <<http://www.wnap.gov.br>>

VALLÉS, J.M. Fundamentos da Ciencia Política. Ciencia Política Uma Introducion Barcelona: Arial, 2000.

VEIGA NETO, A. *Foucault e a educação*, Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

VIANA, A. L, Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. *Revista de Administração Pública*, 30: (2) 5-42, 1996.

VINCENTE, A. *Ideologias políticas modernas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

XAVIER, N. L.; XAVIER, M. C. *Hormônios e gênese do câncer de mama: atualização*. J. Brás Ginecol, 1996.

WILDAVSKY, A. *Speaking truth to power: the art and craft of policy analysis*. Boston: Little Brown, 1979.

WESTPHAL, M. F.; SAMPAIO, E. A. *Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS*. Márcia Faria Westphal Eurivaldo Sampaio de Almeida (orgs.). Série Acadêmica, nº 37. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2001.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer incidence in five continents*. IARC Scientific Publ, 1992.

ANEXO A
QUESTIONÁRIO E ENTREVISTAS APLICADAS PELA AUTORA

ROTEIRO PARA O GESTOR ESTADUAL

(1 entrevistado)

1. Comente aspectos relevantes sobre a política estadual para o combate ao câncer de mama. Fale sobre a eficácia desta política no Estado e na região da 13ª CRS.
2. O Sr. tem conhecimento das dificuldades das usuárias do SUS na região da 13ª CRS para a realização de mamografias? E quais as providências que estão sendo tomadas para atenuar as dificuldades?
3. Por que quando houve a consulta popular neste governo (Governo Rigotto), não foi dada ênfase pelos municípios para a aquisição de um mamógrafo? Pois, pelo que eu sei, o município de Santa Cruz do Sul não conseguiu nenhum recurso da consulta popular pois não houve votação expressiva em nenhum item. O Sr. concorda com isto? E por que isto ocorreu?
4. Que outros recursos poderiam estar à disposição dos municípios para implementação da política pública para o câncer de mama?
5. Por que o Estado do Rio Grande do Sul não colocou a política pública sobre câncer de mama na relação dos indicadores do Pacto de Atenção Básica de 2006?

ROTEIRO PARA O GESTOR REGIONAL – SES-RS
(1 entrevistado)

1. Comente aspectos relevantes sobre a política estadual para o combate ao câncer de mama. Fale sobre a eficácia desta política no Estado e na região da 13ª CRS.

2. O Sr. tem conhecimento das dificuldades das usuárias do SUS na região da 13ª CRS para a realização de mamografias? E quais as providências que estão sendo tomadas para atenuar as dificuldades?

3. Por que quando houve a consulta popular neste governo (Governo Rigotto), não foi dada ênfase pelos municípios para a aquisição de um mamógrafo? Pois, pelo que eu sei, o município de Santa Cruz do Sul não conseguiu nenhum recurso da consulta popular pois não houve votação expressiva em nenhum item. O Sr. concorda com isto? E por que isto ocorreu?

4. Que outros recursos poderiam estar à disposição dos municípios para implementação da política pública para o câncer de mama?

5. Por que o Estado do Rio Grande do Sul não colocou a política pública sobre câncer de mama na relação dos indicadores do Pacto de Atenção Básica de 2006?

ROTEIRO PARA O GESTOR MUNICIPAL

(1 entrevistado)

- 1 Fale sobre a política de atenção ao câncer de mama em seu município. Como o município se situa em termos das estatísticas sobre esta doença?
- 2 Qual é o fluxo no seu município na Atenção à suspeita do câncer de mama?
- 3 Quais as dificuldades que a Sr^a. acha no seu município para a implementação e gestão desta política?
- 4 Quais as estratégias que poderiam suprir as dificuldades do seu município em relação a esta política?

ROTEIRO PARA PRESTADORES DE SERVIÇO

(3 entrevistados)

- 1 Quais as cidades de origem dos pacientes que procuram os exames de mamografia pelo SUS em Santa Cruz do Sul? Para os de Santa Cruz do Sul, quais os bairros de procedência?
- 2 As pessoas retiram os exames dentro dos prazos previstos?
- 3 O Sr. faz o exame pela tabela do SUS? Com complementação pela Prefeitura?
- 4 Quais as dificuldades na prestação deste serviço pelo SUS?
- 5 Sobre a possibilidade de consórcios na rede SUS, o que o Sr. pensa em fazer mamografias em consórcio para a região?
- 6 Que outras possibilidades o Sr. apontaria para o acesso da população para este importante serviço?

ROTEIROS PARA AS USUÁRIAS

(25 entrevistadas)

1 A Sr^a. consulta regularmente um ginecologista? Qual a frequência?

2 A Sr^a precisa ser encaminhada para fazer o exame de mamografia? Para onde?

3 A Sr^a consegue rapidamente fazer o exame? Em quanto tempo?

4 Quando o exame (mamografia) está pronto, a Sr^a consegue mostrar para o médico que solicitou? Quanto tempo isto demora?

5 O que a Sr^a sabe sobre a prevenção ao câncer de mama? Alguém lhe falou sobre este assunto? Ou outro meio de comunicação?

6 A Sr^a faz regularmente exames para a prevenção ao câncer de mama?

a) Auto exame: sim não

De quanto em quanto tempo

b) Mamografia: sim não

De quanto em quanto tempo?

ROTEIROS PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE
(10 entrevistados)

- 1 Quais as maiores dificuldades na identificação precoce do câncer de mama?

- 2 Quantos exames de mamografia o SUS autoriza por mês na região da 13ª CRS?
Quais os pré-requisitos e os procedimentos que devem ser cumpridos para a realização do exame?

- 2 Listar as maiores dificuldades na aplicação da política sobre câncer de mama na região da 13ª CRS?

- 3 Se o exame de mamografia confirmar alterações, qual o procedimento para esta paciente? E onde é realizado?

- 4 Caso o procedimento confirmar o câncer de mama, para onde esta paciente é encaminhada para prosseguir com o tratamento? Qual o tempo médio de espera para o tratamento?

- 5 Após o tratamento do câncer de mama como é feito o acompanhamento desta paciente?

- 6 Na sua opinião, o que poderia ser feito para tornar a política de câncer de mama mais efetiva na região de abrangência da 13ª CRS?

ANEXO B

LEGISLAÇÕES APLICÁVEIS

CONSTITUIÇÃO FEDERAL – 1988

Título III

Da Organização do Estado

Capítulo IV

Dos Municípios

Art. 30. Compete aos Municípios

VII – prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado serviços de atendimento à saúde da população;

TÍTULO VIII

DA ORDEM SOCIAL

SEÇÃO II

DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e aos acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventiva, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade;

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferências as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecido e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

ANEXO C

LEI FEDERAL Nº. 8.080, de 19 de Setembro de 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º. Esta lei regula, em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social.

TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituem o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em caráter complementar.

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I – a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II – a participação na formulação da política e na execução de ações no saneamento básico;
- III – a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV – a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V – a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII – o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII – a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX – a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados;

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja

diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolverem em conjunto com as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado)

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II – saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV – recursos humanos;

V – ciência e tecnologia; e

VI – saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV
DA COMPETENCIA E DAS ATRIBUIÇÕES
SEÇÃO I
DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I – definição das instancias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II – administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano a saúde;

III – acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV – organização e coordenação de informação de saúde;

V – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para a promoção da saúde do trabalhador;

VII – participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII – elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X – elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI – elaboração de normal para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII – realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizados pelo senado federal;

XIII – para atendimento de necessidades coletivas, urgente e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV – implementar o sistema nacional de sangue, componentes e derivados;

- XV – propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI – elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII – promover a articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII – promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX – realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instancias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de policia sanitária;
- XXI – fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

SEÇÃO II DA COMPETÊNCIA

Art.16. A direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I – formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II – participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões do meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III – definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária.
- IV – participar da definição de normas e mecanismos de controle com órgão afins, de agravos sobre o meio ambiente ou deles decorrente, que tenham repercussão na saúde humana;
- V – participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI – coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII – estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII – estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX – promover a articulação com órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde;

X – formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI – identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII – prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV – elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV – promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI – normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII – acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII – elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX – estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I – promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II – acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III – prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV – coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador.

V – participar, junto com os órgãos afins do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI – participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII – participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII – em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamento para a saúde;

IX – identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X – coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI – estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII – formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII – colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV – o acompanhamento, a avaliação e a divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS) em articulação com sua direção estadual;

III – participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e ambientes de trabalho;

IV – executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V – dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI – colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII – formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII – gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX – colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X – observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI – controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII – normatizar complementarmente as ações e serviços públicos da saúde no seu âmbito estadual;

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e Municípios.

TÍTULO III
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
CAPÍTULO I
DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedado a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II
DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convenio, observadas, a respeito, as normas do direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado)

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

ANEXO D

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA SOBRE A POLÍTICA DO CÂNCER DE MAMA – APLICADA PELA 13ª CRS AOS MUNICÍPIOS QUE A COMPÕE



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
13ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

NOME:

CARGO:.....

MUNICÍPIO:..... DATA: 15/03/2005

Questionário

1. O que você acha sobre a prevenção do Câncer de Mama no seu município?

.....

.....

.....

2. Acha que as pacientes do seu município sabem fazer o auto exame das mamas?

.....

.....

.....

3. Qual a periodicidade de exames (mamografia e exame clínico) nas pacientes de seu município?

.....

.....

.....

4. As pacientes do seu município têm fácil acesso para fazer Mamografia? Onde fazem?

.....

.....

.....

5. Quando confirmado Câncer de Mama, para onde estas pacientes são encaminhadas?

.....

.....

.....

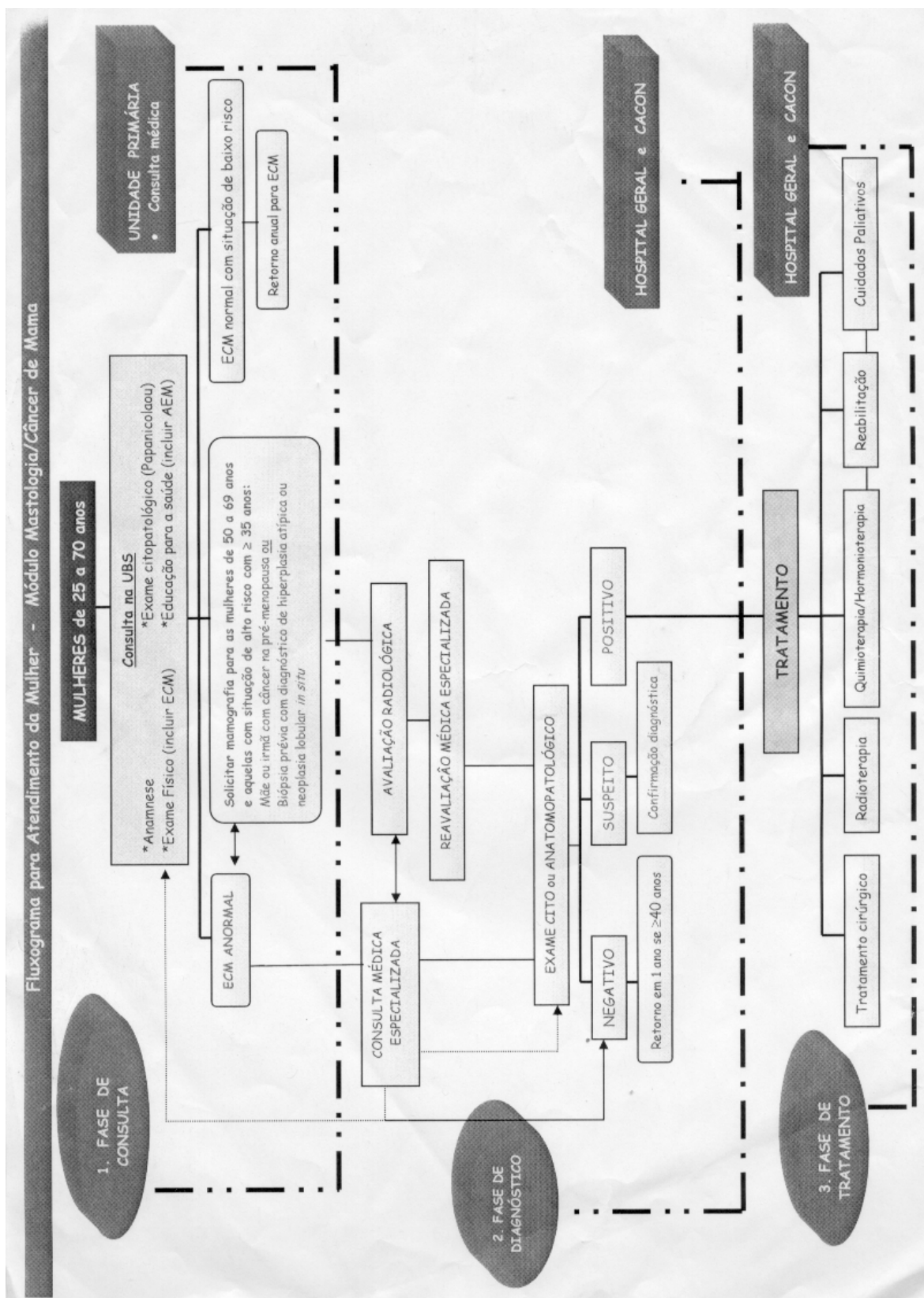
6. Qual a incidência de Câncer de Mama no seu município?

.....

.....

.....

ANEXO E
 FLUXOGRAMA ELABORADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde