

**A Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS: Um estudo de caso no aprimoramento da assistência oncológica na região de saúde de Fortaleza, Ceará**

**Nathalie Costa Milhome**

Pós-Graduanda em Gestão em Saúde  
Instituição: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)  
Endereço: Ceará, Brasil  
E-mail: [nathalie.milhome@saude.ce.gov.br](mailto:nathalie.milhome@saude.ce.gov.br)

**Marcelo Davi Santos**

Doutor e Mestre em Economia Aplicada  
Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)  
Endereço: Ceará, Brasil  
E-mail: [davisantos@caen.ufc.br](mailto:davisantos@caen.ufc.br)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4737-9068>

**Pryscila Gomes Lobo**

Mestra em Avaliação de Políticas Públicas  
Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)  
Endereço: Ceará, Brasil  
E-mail: [pryscila\\_lobo@hotmail.com](mailto:pryscila_lobo@hotmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7506-6798>

**Marcus Vinicius Adriano Araujo**

Doutorando e Mestre em Economia Aplicada  
Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)  
Endereço: Ceará, Brasil  
E-mail: [marcusvinicius.bob@alu.ufc.br](mailto:marcusvinicius.bob@alu.ufc.br)  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0958-3906>

**Marcel Pereira Pordeus**

Doutorando e Mestre em Políticas Públicas  
Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)  
Endereço: Ceará, Brasil  
E-mail: [dr.marcelpordeus@gmail.com](mailto:dr.marcelpordeus@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4317-0619>

**Rebeca de Oliveira Cardoso**

Mestra em Avaliação de Políticas Públicas  
Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)  
Endereço: Ceará, Brasil  
E-mail: [rebeca.o.cardoso@gmail.com](mailto:rebeca.o.cardoso@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8928-3945>



**Camila Marques da Silva Oliveira**  
Mestra em Saúde Coletiva  
Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)  
Endereço: Ceará, Brasil.  
E-mail: [umacamilamarques@gmail.com](mailto:umacamilamarques@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3254-8954>

## RESUMO

O câncer é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A complexidade do tratamento e a necessidade de recursos especializados representam desafios significativos para a saúde pública. Nessa perspectiva, este estudo aborda a Programação Pactuada Integrada (PPI), um processo essencial no Sistema Único de Saúde (SUS) que visa organizar e quantificar as ações de saúde para a população, garantindo acesso aos serviços através de pactos intergestores. A pesquisa-ação, conduzida em parceria com gestores e técnicos, foca na atualização da PPI para melhorar a assistência oncológica na Região de Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. O projeto, realizado na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), envolveu oficinas para desmistificar a PPI e reuniões de tira-dúvidas com técnicos municipais, visando uma compreensão clara e eficiente do processo de programação. A análise das planilhas da PPI pela área técnica buscou verificar a adequação dos procedimentos e consultas aos valores pactuados, garantindo a distribuição equitativa dos recursos. Os resultados destacam a importância da regionalização e da descentralização dos serviços de saúde para promover equidade e eficiência. A atualização da PPI se mostrou crucial para otimizar a assistência aos pacientes oncológicos, assegurando que os recursos sejam adequadamente direcionados e utilizados. Nesse sentido, esse estudo reforça a necessidade de um planejamento estratégico situacional para enfrentar desafios na gestão da saúde pública, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços oferecidos e no aprimoramento da assistência oncológica.

**Palavras-chave:** Assistência Oncológica. Programação Pactuada Integrada (PPI). SUS. Regionalização. Descentralização.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2023), o câncer é uma doença crônica não transmissível caracterizada pelo crescimento desordenado de células, destacando-se na saúde pública como sendo uma das principais causas de morbimortalidade global. Diversos fatores de risco, tanto modificáveis quanto não modificáveis, influenciam seu desenvolvimento, incluindo sexo, etnia, idade, condições socioeconômicas, alimentação inadequada e estado nutricional de risco, como desnutrição, sobrepeso e obesidade. O cuidado<sup>1</sup> ao paciente oncológico abrange ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento em todos os níveis de atenção, desde a Atenção Primária até a Alta Complexidade. O objetivo é articular os pontos de atenção na rede de saúde, assegurando a integralidade da assistência com serviços que incluem consultas regulares, apoio diagnóstico com exames complementares e confirmatórios, além de tratamentos prolongados de média e alta complexidade (Brasil, 2018).

---

<sup>1</sup> Considerando o Ofício nº 338/2023, de 13 de abril de 2023, da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, que solicita aporte financeiro para a reestruturação da Rede de Atenção à Saúde, com foco no atendimento ao paciente com câncer no Estado do Ceará, de modo a garantir o atendimento oncológico no prazo legal, conforme previsto em lei (Ceará, 2023).



A importância da revisão da Programação Pactuada Integrada (PPI) se torna evidente com a recente alocação de recursos especificados pela Portaria GM/MS Nº 593, de 18 de maio de 2023. Esta portaria estabelece recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, que serão incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado do Ceará e de seus municípios (Brasil, 2023). A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um processo essencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em consonância com o planejamento estratégico, a PPI define e quantifica as ações de saúde para a população residente em cada território, estabelecendo pactos intergestores que garantem o acesso da população aos serviços de saúde necessários (Brasil, 2011).

O principal objetivo da PPI é organizar a rede de serviços de saúde, assegurando a transparência dos fluxos estabelecidos. Além disso, a PPI define os limites financeiros destinados à assistência da população local e das referências recebidas de outros municípios, com base em critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Este processo orienta a programação das ações de saúde em cada território e norteia a alocação dos recursos financeiros, garantindo uma distribuição equitativa e eficiente dos serviços de saúde (Brasil, 2011).

A PPI, juntamente com os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso, são ferramentas essenciais para assegurar que a população tenha acesso a serviços de média e alta complexidade. A regionalização, um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), visa descentralizar os serviços de saúde para promover equidade e eficiência (Brasil, 2011). Nesse panorama, este trabalho tem como objetivo apresentar uma síntese diagnóstica da dinâmica espacial do nº e da taxa por 100 mil hab. da mortalidade por neoplasias malignas no Estado do Ceará, região de saúde de Fortaleza e os 184 municípios cearenses. Ademais, este estudo vem propor a atualização da PPI local para otimizar a assistência aos pacientes com câncer na região de saúde de Fortaleza/CE, visando o aprimoramento da assistência oncológica. Tal atualização é crucial para garantir a efetividade do atendimento oncológico, assegurando que os recursos sejam adequadamente direcionados e utilizados, beneficiando a saúde pública e atendendo às necessidades da população de forma eficiente e equitativa (Brasil, 2011; 2023).

## **2 A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI) COMO INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE GARANTIA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS**

Segundo a Constituição Federal de 1988 (CF, 88), a rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde (Brasil, 1988). Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI), que se constitui no

objeto de estudo desse artigo (Brasil, 1996, 2000, 2006; Menicucci, 2014; Menicucci; Marques, 2016; Silva, 2016; Saldanha, Jorge, Linard, 2022).

Há dois princípios basilares preponderantes na consolidação da PPI enquanto instrumento de planejamento e gestão: a descentralização dos serviços e regionalização/hierarquização da rede. Para tanto, é salutar ressaltar estes princípios, pois se constituem a base para o surgimento destes instrumentos de planejamento e gestão abordados neste estudo (Brasil, 1996, 2000, 2006; Moreira, 2017; Moreira; Tamaki, 2017; Morais, 2019; Saldanha, Jorge, Linard, 2022).

Frente à sua importância, o SUS desde sua criação até os dias atuais vem em crescente processo de melhoria e fortalecimento, e, para que se consolide – executando mais facilmente os preceitos constitucionais – faz-se necessário que os processos de trabalho e sistematização se tornem cada vez mais rápidos e resolutos (Pordeus *et al.*, 2023). Foi neste contexto que foram desenvolvidos instrumentos de gestão, tema deste estudo. A PPI, enquanto instrumento de planejamento e gestão, pode contribuir para a melhoria da gestão hospitalar (Moreira, 2017; Moreira; Tamaki, 2017; Morais, 2019; Saldanha, Jorge, Linard, 2022).

Moreira (2017) buscou investigar o processo de PPI dos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul, parte integrante do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), relativo ao período 2012-2015. Para identificação dos parâmetros de assistência e dos fatores que influenciaram o processo de pactuação nos municípios, foram utilizados dados secundários oriundos de diversas fontes de informação, como COAP, planos de saúde, relatórios de gestão, manuais, leis, decretos e portarias do Ministério da Saúde, bem como dados primários obtidos por meio de entrevistas com gestores/técnicos das Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Além disso, a autora analisou as pactuações de 78 municípios sul-mato-grossenses, identificando-se, dentre esses, aqueles municípios cujos parâmetros de cobertura da população-alvo, concentração de procedimentos, e cobertura assistencial, apresentaram diferenças em relação ao estabelecido pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para o Estado, os quais se constituíram na população-alvo das entrevistas. Todos os municípios pesquisados elaboram os instrumentos formais de planejamento prescritos na legislação - Plano de Saúde, Programação Anual e Relatórios de Gestão (Moreira, 2017).

Conforme Moreira (2017), os resultados revelam uma alta influência dos recursos financeiros na pactuação dos municípios, que ficam subordinados aos tetos financeiros estabelecidos, não refletindo as pactuações, as demandas dos municípios sul-mato-grossenses, mas, sim, uma adequação dos procedimentos aos recursos disponíveis. Logo, o estudo permitiu concluir, ainda, que na pactuação do parâmetro de cobertura da população hipertensa, os municípios buscaram manter o percentual de cobertura já praticado junto à sua população, salienta a autora.

Moreira e Tamaki (2017) analisaram a PPI como instrumento de garantia de acesso da população

às ações e serviços de saúde em apenas 8 municípios sul-mato-grossenses, utilizando uma abordagem qualitativa exploratória. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e análise documental. Os resultados permitiram concluir que a PPI não está desempenhando seu papel de instrumento garantidor do acesso da população a serviços de maior complexidade. Morais (2019) estudou a dinâmica do processo de regionalização para o Estado de Minas Gerais (MG) e, por meio do indicador de resolubilidade da atenção hospitalar de média complexidade, buscou identificar o nível de regionalização alcançado. Foram analisados os fluxos assistenciais entre regiões de saúde dos elencos de procedimentos hospitalares de média complexidade (MCH1/MCH2), fixados pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG), como carteira de serviços hospitalares atribuídos ao território das 77 (setenta e sete) regiões de saúde do Estado, assim como a origem do paciente migrante.

Ademais, por meio de análises estatísticas, a autora analisou as relações causa e efeito entre o índice de resolubilidade alcançado pelas regiões de saúde, e um conjunto de variáveis que favoreceram a compreensão dos resultados. Como resultado, observou-se que mais de 50% (cinquenta por cento) das regiões de saúde de MG se encontram com resolubilidade considerada entre crítico e regular, demonstrando a baixa capacidade de resposta das regiões de saúde à demanda hospitalar de média complexidade dos paciente residentes, e apontando para um alto fluxo migratório de pacientes entre regiões e, em muitos casos, entre regiões ampliadas de saúde também (Morais, 2019).

Saldanha, Jorge e Linard (2022) em seu estudo descreverem através de uma *Revisão de Escopo (Scope Review)* da literatura como a PPI, enquanto instrumento de planejamento e gestão, pode contribuir para a melhoria da gestão hospitalar. A RE apresentou como resultado que dos onze artigos analisados, quatro eram do tipo qualitativo, seis retrospectivos e descritivos e apenas um era transversal descritivo. Os autores concluíram que apesar da PPI expressar a pactuação entre os gestores, garantindo a universalidade do acesso e integralidade da atenção à saúde; o nível de regionalização é insuficiente, com baixas taxas de resolubilidade da atenção hospitalar, além da fragilidade no processo de cooperação entre os gestores.

No Quadro 1 a seguir, adaptado de Saldanha, Jorge e Linard (2022, p. 6-7), podemos analisar as informações contendo os resultados dos artigos incluídos na revisão de escopo, realizada pelos autores, referente à PPI enquanto instrumento de “Planejamento e Gestão” da Atenção à Saúde no SUS.

Quadro 1 – *Scope Review* referente à PPI enquanto instrumento de “Planejamento e Gestão” no SUS

Autor/Ano	Título	Base de dados/Revista	Objetivo Gerais	Estratégia Metodológica
Silva (2016)	A programação pactuada e integrada como estratégia para a ampliação do acesso e qualificação das redes de atenção à saúde	Portal de Periódicos da Capes/ Políticas Públicas e Desenvolvimento	Investigar sua efetividade na ordenação da rede de serviços, ampliação do acesso e fortalecimento das redes de atenção à saúde com equidade e transparência.	Qualitativo

Moreira e Tamaki (2017)	A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS	Portal de Periódicos da Capes/Interações	Analisar a PPI como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde da população em oito municípios pertencentes às quatro regiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul, na visão dos atores sociais envolvidos na sua elaboração e execução.	Qualitativo
Silveira Filho <i>et al.</i> (2016)	Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde	SciELO/Physis Revista de Saúde Coletiva	Identificar como a regulação da oferta de Serviços especializados é abordada nos debates da CIR e quais os principais encaminhamentos.	Qualitativo
Feliciello e Villalba (2016)	Regulação em saúde no Brasil: uma reflexão acerca desse processo	Portal de Periódicos da Capes	Realizar uma reflexão de como os diversos elementos que caracterizam as formas de organização da sociedade brasileira e o processo de implantação do Sistema Único de Saúde influenciam na criação de inadequações, presentes tanto na formulação de políticas públicas de regulação em saúde, assim como na sua implantação.	Retrospectivo e Descritivo

Souza <i>et al.</i> (2018)	Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços	Portal de Periódicos da Capes/Divulgação em Saúde para Debate	Compreender os aspectos relacionados com a gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS Bahia – que facilitam ou dificultam o funcionamento das redes, a partir da percepção dos gestores.	Qualitativo
Abi Rached e Mathias (2018)	Monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência no sistema único de saúde: proposta de um roteiro para auxiliar o gestor	BVS	Elaborar um instrumento facilitador do monitoramento da exatidão de alguns procedimentos essenciais de constarem na base de dados do Sistema de Informação Ambulatorial no serviço de urgência e emergência.	Retrospectivo e Descritivo
Moreira (2017)	Planejamento em saúde: a programação pactuada e integrada da assistência à saúde no estado de Mato Grosso do Sul	Portal de Periódicos da Capes/ UFMS	Investigar o processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) dos municípios do estado de Mato Grosso do Sul, parte integrante do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), relativo ao período 2012-2015.	Transversal e descritivo
Dias (2015)	Planejamento na operacionalização da Programação Pactuada Integrada - PPI	BVS/ Revista Eletrônica Acervo Saúde	Descobrir quais fatores dificultam a implementação da PPI para procedimentos de alta complexidade do tipo Ressonâncias Magnéticas no município de Palmeiras de Goiás.	Descritivo
Morais (2019)	Regionalização da assistência à saúde no estado de Minas Gerais: capacidade de provisão de serviços hospitalares de média	Portal de Periódico Capes/ FJP	Estudar a dinâmica do processo de regionalização alcançado pelo Estado de Minas Gerais entre os anos de 2009 e 2017.	Descritivo

	complexidade			
Gonçalves (2015)	Programação pactuada integrada da assistência e o Sistema Estadual de Regulação: limites e possibilidades na garantia de acesso da população fluminense às ações e serviços de saúde em cirurgia cardíaca de alta complexidade	Portal de Periódico Capes/ Fiocruz	Analisar a relação entre a programação pactuada e integrada (PPI) da assistência e o sistema estadual de regulação como possíveis indutores do acesso da população do Estado do Rio de Janeiro aos serviços de saúde	Retrospectivo e Descritivo
Siqueira (2011)	Regionalização da assistência à saúde no Norte Fluminense: uma avaliação sobre a assistência hospitalar	Portal de Periódico Capes/ Fiocruz	Avaliar o impacto deste modelo no acesso à atenção hospitalar na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2002 a 2007.	Retrospectivo e Descritivo

Fonte: Adaptado de Saldanha, Jorge e Linard (2022, p. 6-7).

Quantos aos objetivos, saldanha, jorge e linard (2022, p. 6-7) dividiram os estudos segundo os principais eixos temáticos abordados pelos autores:

Quadro 2 – Eixos temáticos encontrados nos artigos incluídos na *Scope Review*

Eixo Temático	Autores	Nº de artigos
Acesso e Integralidade	Gonçalves (2015); Silva (2016); Siqueira (2011); Moreira e Tamaki (2017); Moreira (2017); Morais (2019)	6
Avaliação da PPI pela percepção dos gestores	Feliciello, Vilalba (2016); Silveira Filho <i>et al.</i> (2016); Souza <i>et al.</i> (2018)	3
Monitoramento do faturamento	Abi Rached e Mathias (2018)	1
Dificuldades enfrentadas pela PPI	Dias (2015)	1

Fonte: Adaptado de Saldanha, Jorge e Linard (2022, p. 6-7).

### 3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

#### 3.1 FONTE DE DADOS, BIBLIOGRAFIAS, VARIÁVEIS DE MORTALIDADE E DEMOGRÁFICAS

O presente estudo tem por objetivo apresentar uma síntese diagnóstica da dinâmica espacial do nº e da taxa por 100 mil hab. da mortalidade por neoplasias malignas no estado do Ceará, região de saúde de Fortaleza e os 184 municípios cearenses para o período compreendido entre 2000 e 2023. Além disso, este trabalho vem propor a atualização da PPI local para otimizar a assistência aos pacientes com câncer na região de saúde de Fortaleza/CE, visando o aprimoramento da assistência oncológica.

Para isso, foi realizado um levantamento bibliográfico e documental das leis, decretos, normas e portarias correlatas ao tema em conjunto com relatórios do governo, em especial os realizados pelo Ministério da Saúde (MS), Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) e alguns artigos científicos. Para estes, a pesquisa se consolidou por meio da coleta e seleção de trabalhos científicos encontrados nas bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), em um período de quinze anos (2010-2024). Enquanto, a pesquisa de estudos na literatura cinzenta incluiu: Google Acadêmico

e Banco de Periódicos CAPES.

Para o cálculo das taxas de mortalidade por 100 mil habitantes, foram coletados dois indicadores relacionados, a saber: população residente recenseada extraída das bases de dados do Censo Demográfico (Censo, 2010, 2022) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); população residente estimada (2000-2021) disponível no DATASUS/MS. Por fim, o nº de óbitos por Neoplasia Malignas, foi extraído dos registros contabilizados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), segundo os seguintes códigos registrados na 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10: C00 a C97) para o período de 2000-2023.

### 3.2 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE DADOS ESPACIAIS (AEDE)<sup>2</sup>

Os dados de ocorrência, nº e taxas, de óbitos por Neoplasia Malignas foram espacializados por meio do mapa temático no Software Qgis. Na etapa seguinte, recorreu-se às técnicas de estatística espacial da Análise Exploratória de Dados Espaciais (AEDE). De acordo com Anselin (1998), Almeida (2012) e Golgher (2015), o método AEDE auxilia a compreensão de fenômenos espaciais por meio de um conjunto de técnicas empregadas para descrever as distribuições espaciais de variáveis, além de apontar padrões de correlação espacial, podendo evidenciar a presença de *clusters* e *outliers*.

Para verificar a dinâmica espacial da mortalidade por Neoplasia Malignas, a análise será feita a partir da utilização de duas medidas de dependência espacial descrito em Anselin (1998), Almeida (2012) e Golgher (2015). A 1ª medida denominada de I-Moran Global univariado, representado pelo diagrama de dispersão. Neste é possível encontrar quatro padrões de associação espacial distribuídos entre seus quadrantes (Q1: Alto-Alto, Q2: Alto-Baixo, Q3: Baixo-Baixo e Q4: Baixo-Alto). Por meio deste procedimento estatístico é possível identificar tendências gerais na clusterização de dados e revelar a possível existência de padrões de associação espacial.

Conforme Anselin (1998), Almeida (2012) e Golgher (2015), o índice global de Moran (I) varia entre  $-1$  e  $+1$ , fornecendo uma medida geral da associação linear (espacial) entre os vetores no tempo  $t$  e a média ponderada dos valores da vizinhança, ou lags espaciais. Valores próximos de “0” indicam inexistência de autocorrelação espacial significativa (aleatoriedade), quanto mais próximo do valor “1”, mais autocorrelacionado estará. Se o valor dessa estatística for positivo, a autocorrelação será positiva, caso o valor seja negativo, a autocorrelação será negativa.

A 2ª medida é o I-Moran local (LISA) univariado, à qual testa a hipótese de distribuição aleatória

---

<sup>2</sup> O índice de Moran (I) é uma das formas mais amplamente utilizadas de se medir a autocorrelação espacial. Essa estatística varia entre  $-1$  e  $+1$ , fornecendo uma medida geral da associação linear (espacial) entre os vetores no tempo  $t$  e a média ponderada dos valores da vizinhança, ou lags espaciais. Além disso, para os autores o valor da estatística de I-Moran representa justamente o coeficiente angular da reta de regressão. Para mais detalhes desta seção metodológica ver Anselin (1998), Almeida (2012) e Golgher (2015).

do fenômeno em questão de cada município cearense, e, conseqüentemente, identifica a possível existência de *clusters* e *outliers* espaciais locais.

## 4 SÍNTESE-DIGNÓSTICO DO CÂNCER NO ESTADO DO CEARÁ (2000-2023)

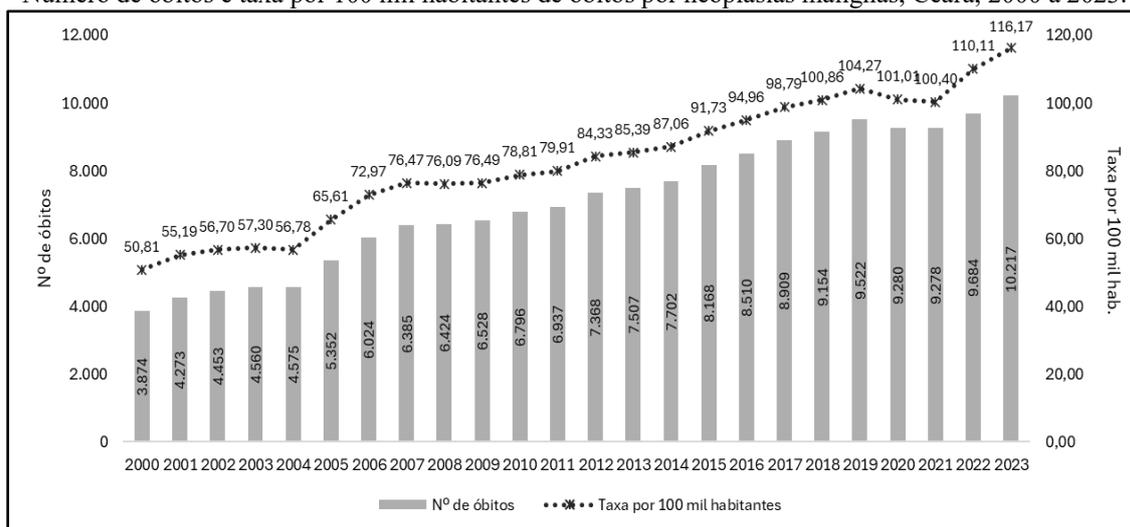
### 4.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS ÓBITOS POR NEOPLASIAS MALIGNAS NO CEARÁ

O Estado do Ceará registra uma população de 8.791.688 habitantes de acordo com o último Censo do IBGE de 2022. Apenas 15,59% da população cearense tem acesso ao sistema de saúde privado, o que corresponde a 1.341.793 pessoas em junho de 2023, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com isso, a maioria dos pacientes com câncer são tratados pelo SUS (IBGE, 2022).

A partir da legislação vigente, como a Lei nº 17.006 de setembro de 2019, que trata da integração das ações de saúde no SUS, e a Portaria nº 2.108 de novembro de 2019, que define a organização das regiões de saúde cearenses, o Estado está dividido em cinco regiões de saúde: Fortaleza, Norte (Sobral), Cariri, Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central (Brasil, 2019).

A Figura 1 apresenta a série histórica do nº de óbitos e da taxa por 100 mil hab. da mortalidade por neoplasias malignas no Estado do Ceará para as últimas duas décadas (2000-2023), segundo os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Conforme os dados, foram contabilizados aproximadamente 184 mil óbitos por neoplasias malignas, sendo o ano de 2023 o que evidenciou o maior nº de óbitos (n=10.217), bem como o ano que apresentou a maior taxa de mortalidade, 116,27 óbitos por 100 mil habitantes.

Figura 1 – Número de óbitos e taxa por 100 mil habitantes de óbitos por neoplasias malignas, Ceará, 2000 a 2023. <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> <sup>(5)</sup>



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; 2000 a 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE; IBGE - Censo Demográfico 2022. Elaboração própria (2024). Nota: (1) dados de 2014 a 2021 consultados no dia 09/09/2024. (2) Dados finais disponíveis até 2000-2022 e preliminares referentes a 2023. (4) Data da atualização dos dados 08/2024 e data de extração dos dados 01/09/2024. (5) Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: neoplasias malignas (C00-C97).

No período analisado, houve um crescimento constante dessa mortalidade até o ano de 2019 (+4,02%). Contudo, a partir de 2020, observou-se uma oscilação no comportamento dos óbitos por neoplasias malignas, com reduções nos anos de 2020 (-2,54%) e 2021 (-0,02%), interrompidas no biênio dos anos 2022 (+4,38%) e 2023 (+5,50%). Conforme a SESA/CE (2024), esse comportamento no último quadriênio (2020-2023) pode estar relacionado aos efeitos causados pela pandemia de Covid-19.

#### 4.2 RANKING DOS ÓBITOS PELOS PRINCIPAIS TIPOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS NO CEARÁ

A incidência e mortalidade são cruciais para a análise epidemiológica, permitindo compreender a ocorrência e evolução das doenças. O conhecimento do perfil dos diferentes tipos de câncer e possíveis mudanças ao longo do tempo são fundamentais para a vigilância da doença (Inca, 2023). Os dados revelam que, no Ceará, a neoplasia de próstata é mais comum entre os homens (31,68%), enquanto a neoplasia de mama se destaca entre as mulheres (27,57%). Esses números são parte das projeções do INCA para 2023, apontando cerca de 31.390 novos casos no Estado (Inca, 2023).

O Quadro 1 apresenta o ranking dos óbitos por neoplasias malignas e o número absoluto de óbitos ocorridos entre 2000 e 2023. No Estado do Ceará, conforme período analisado, as neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões ocuparam o primeiro lugar em número de óbitos, seguidas das neoplasias malignas do estômago e da próstata. Os óbitos por neoplasia maligna da mama ocupam o terceiro lugar na maioria dos anos analisados. Na quinta posição, além dessas últimas neoplasias, predominaram os óbitos por neoplasia maligna do esôfago.

#### 4.3 DINÂMICA ESPACIAL DOS ÓBITOS POR NEOPLASIAS MALIGNAS SEGUNDO OS MUNICÍPIOS, CEARÁ

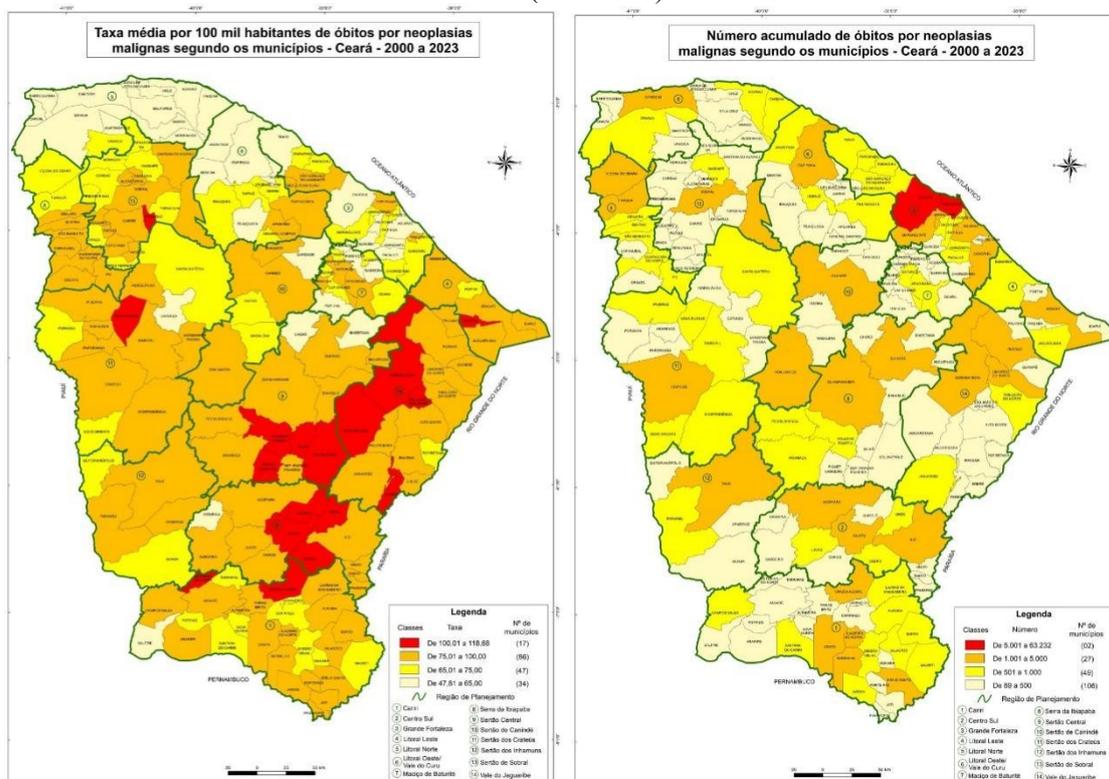
A Figura 2 exibe o número acumulado e a taxa média de óbitos por neoplasias malignas, segundo os municípios, entre os anos de 2000 e 2023. A distribuição acumulada dos óbitos e das taxas médias de óbitos por neoplasias malignas não é espacialmente uniforme, indicando que alguns municípios foram mais severamente impactadas por tal morbidade. A região Centro Sul do Estado apresenta diversas áreas críticas, assim como regiões próximas a esta, a saber: regiões Vale do Jaguaribe e Sertão Central.

Municípios como Fortaleza (63.232), Caucaia (5.268), Juazeiro do Norte (4.963), Maracanaú (3.932), Sobral (3.905), Iguatu (2.611), Crato (2.608), Maranguape (2.061), Quixeramobim (1.805) e Itapipoca (1.802) são críticos em número absoluto de óbitos, representando quase 50% dos casos em todo o Estado ao longo dos 25 anos, o que indica um impacto significativo das neoplasias malignas nestas regiões, com críticas estatísticas de mortalidade.

Por outro lado, municípios como São João do Jaguaribe (118,68), Cedro (112,61), Quixelô (112,53), Orós (110,8), Groaíras (110,17), Nova Russas (110,14), Solonópole (108,41), Morada Nova (105,98),

Senador Pompeu (105,91) e Várzea Alegre (105,84) são críticos em taxa média.

Figura 2 – Número acumulado e taxa média por 100 mil habitantes de óbitos por neoplasias malignas, segundo os municípios, Ceará (2000-2023)



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; 2000 a 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE; IBGE - Censo Demográfico 2022. Elaboração própria (2024). Nota: (1) dados de 2014 a 2021 consultados no dia 09/09/2024. (2) Dados finais disponíveis até 2000-2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024. (3) Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: neoplasias malignas (C00-C97).

Além disso, o mapa deixa explícito que a letalidade por neoplasias malignas esteve significativamente presente nas regiões Centro Sul, Vale do Jaguaribe e Sertão Central do Estado do Ceará. Enquanto que a região Leste apresentou relativamente estatísticas mais moderadas.

#### 4.4 DEPENDÊNCIAS ESPACIAL DOS ÓBITOS POR NEOPLASIAS MALIGNAS SEGUNDO OS MUNICÍPIOS, CEARÁ

A análise espacial possibilita estabelecer se a dinâmica dos óbitos nos 184 municípios cearenses acontece de forma aleatória ou se existem evidências de algum tipo de dependência, além de ser possível analisar alguns determinantes da distribuição das mortalidades no território do Ceará. A Tabela 1 apresenta o primeiro dos testes realizados no presente estudo que foi o diagrama de dispersão do I de Moran Global. Os resultados do teste I de Moran Global para o período amostral 2000 a 2023 estão na tabela a seguir, e ambos possuem um *p-valor* próximo de zero, portanto, rejeita-se a hipótese nula de que a distribuição dos óbitos do perímetro urbano dos municípios cearenses segue uma distribuição aleatória. Conseqüentemente,

há evidências da influência espacial na dinâmica das mortalidades pelo território municipal.

Tabela 1 – Coeficiente do índice I de Moran global univariado para o logaritmo da taxa por 100 mil hab. dos óbitos por neoplasias malignas (CID-10: C00-C97), segundo os municípios, Ceará, 2000-2023

Ano	I-Moran Univariado	Valor Esperado	<i>p</i> -valor	Permutações
2000	0,116***	-0,0055	0,000	999
2000-2004	0,283***	-0,0055	0,000	999
2005-2009	0,354***	-0,0055	0,000	999
2010-2014	0,375***	-0,0055	0,000	999
2015-2019	0,381***	-0,0055	0,000	999
2020-2023	0,479***	-0,0055	0,000	999
2000-2023	0,499***	-0,0055	0,000	999
2023	0,294***	-0,0055	0,000	999

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM; 2000 a 2020 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE; IBGE - Censo Demográfico 2022. Nota: \*\*\* *p*-valor < 0,01; \*\* *p*-valor < 0,05; \* *p*-valor < 0,1.

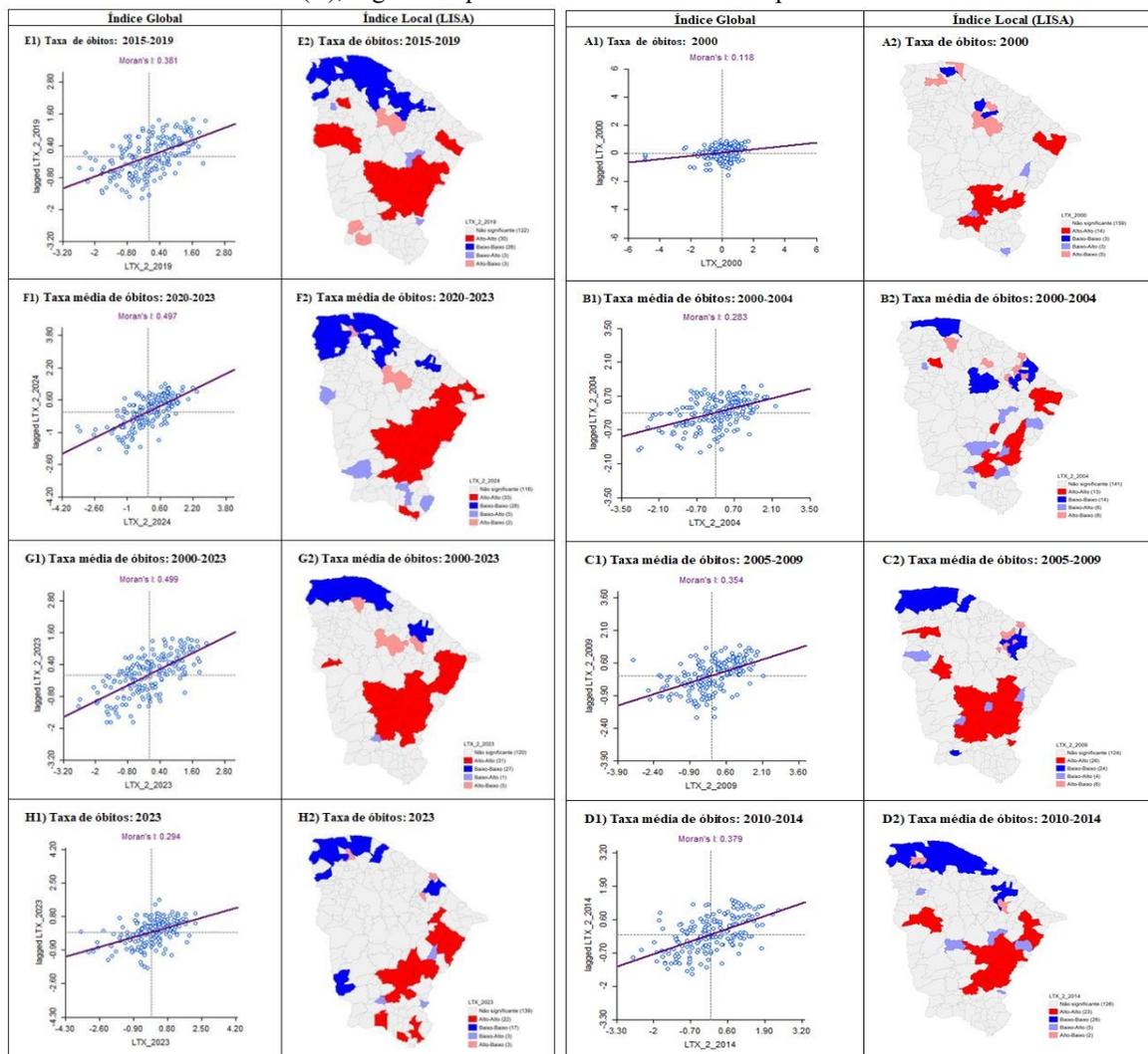
As Figuras 3 (A, B, C, D, E, F, H) a seguir apresentam os indicadores, globais e locais, de autocorrelação espacial univariado (I-Moran), para o log natural da taxa média de óbitos por neoplasias malignas para os anos 2000, 2023 e os recortes 2000-2023, 2000-2004, 2005-2009, 2010-2014, 2015-2019, 2020-2023, segundo o perímetro urbano dos municípios cearenses.

Tais mapas (Figuras 3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 3F, 3H) representam o diagrama de dispersão de I-Moran Global univariado, em que, no eixo vertical, observa-se a defasagem espacial da variável de interesse (*Wy*) e, no eixo horizontal, tem-se o valor da variável de interesse, neste caso, a taxa dos óbitos por neoplasias malignas.

Ao verificar a dispersão das variáveis entre os quadrantes, nota-se que os municípios estão, predominantemente, nos quadrantes I e III, ou seja, nos quadrantes em que um município com alto índice de óbitos está circundado por município ou com características similares, o mesmo ocorrendo com município com baixo índice de mortalidade, cercado por regiões de localidades em situações similares.

Nesse cenário, nota-se que o resultado positivo e significativo da estatística permite concluir que há indícios de dependência espacial positiva nesses indicadores, ou seja, municípios que apresentaram, em média, altos níveis de óbitos e péssimas características sociais e econômicas no período, grosso modo, encontram-se geograficamente próximos daqueles que também demonstraram elevadas médias de mortalidades e péssimos níveis socioeconômicos (Figuras 3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 3F, 3H).

Figura 3 – Clusterização do índice de autocorrelação espacial I-Moran univariado, global e local, para as variáveis taxa de óbitos por neoplasias malignas (CID-10: C00-C97) considerando os anos 2000 (A), 2023 (B) e taxa média do período 2000-2021 (C), segundo o perímetro urbano dos municípios cearenses



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; 2000 a 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE; IBGE - Censo Demográfico 2022.

Nota: (1) Dados de 2014 a 2021 consultados no dia 09/09/2024. (2) Dados finais disponíveis até 2000-2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024. (3) Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: neoplasias malignas (C00-C97).

Por outro lado, municípios que registraram, em média, baixas taxas de óbitos e péssimas condições socioeconômicas, geralmente estão rodeados por bairros que também apresentam baixas taxas de mortalidade e más condições de vulnerabilidade social no período analisado (2000-2023).

Para refinar esse resultado e com o objetivo de identificar processos subjacentes a esse, procedeu-se à aplicação do Índice I-Moran Local (LISA), conforme pode ser visto nas Figuras 3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 3F, 3H, utilizando-se para tal a mesma matriz de pesos espaciais. Esse indicador permitiu a identificação de *clusters* (i.e, regiões de municípios com valores médios de óbitos e condições socioeconômicas semelhantes, representadas pelos valores Alto-Alto e Baixo-Baixo) e *outliers* (áreas com valores médios de mortalidade e características socioeconômicas discrepantes da sua vizinhança, representadas pelos valores Alto-Baixo e

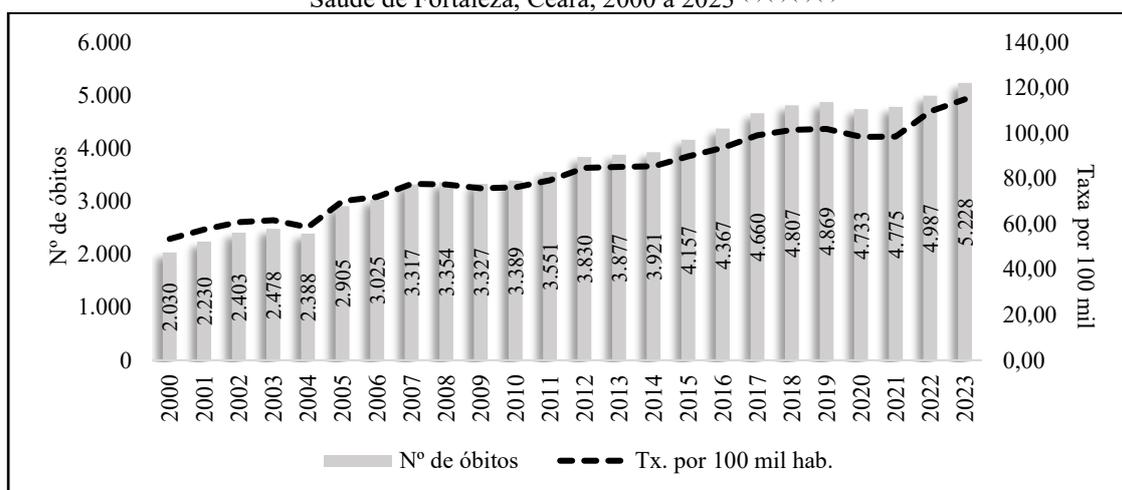
Baixo-Alto).

De acordo com os resultados advindos do LISA Cluster Map, verificou-se que a existência da autocorrelação espacial global positiva também se confirma localmente. Demonstra-se a existência de quatro *clusters* representando aqueles municípios com elevada média de mortalidade, e que são rodeados por outros que também apresentam altas taxas médias de óbitos no período analisado (2000-2023). Tais aglomerados se encontram espalhados entre as regiões de planejamento do Estado do Ceará, em especial as regiões Centro Sul, Vale do Jaguaribe e Sertão Central.

#### 4.5 DINÂMICA ESPACIAL DOS ÓBITOS POR NEOPLASIAS MALIGNAS SEGUNDO AS ÁREAS DESCENTRALIZADAS DE SAÚDE (ADS) DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA, CEARÁ

A Figura 4 apresenta a distribuição em números absolutos e da taxa por cem mil habitantes dos óbitos por neoplasias malignas para a Macrorregião de Saúde de Fortaleza, durante o período de 2000 a 2023.

Figura 4 – Distribuição espacial do nº e da taxa (por 100 mil hab.) de óbitos por neoplasias malignas para a Macrorregião de Saúde de Fortaleza, Ceará, 2000 a 2023 <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup>



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; 2000 a 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE; IBGE - Censo Demográfico 2022. Nota: (1) dados de 2014 a 2021 consultados no dia 09/09/2024. (2) Dados finais disponíveis até 2000-2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024. (3) Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: neoplasias malignas (C00-C97).

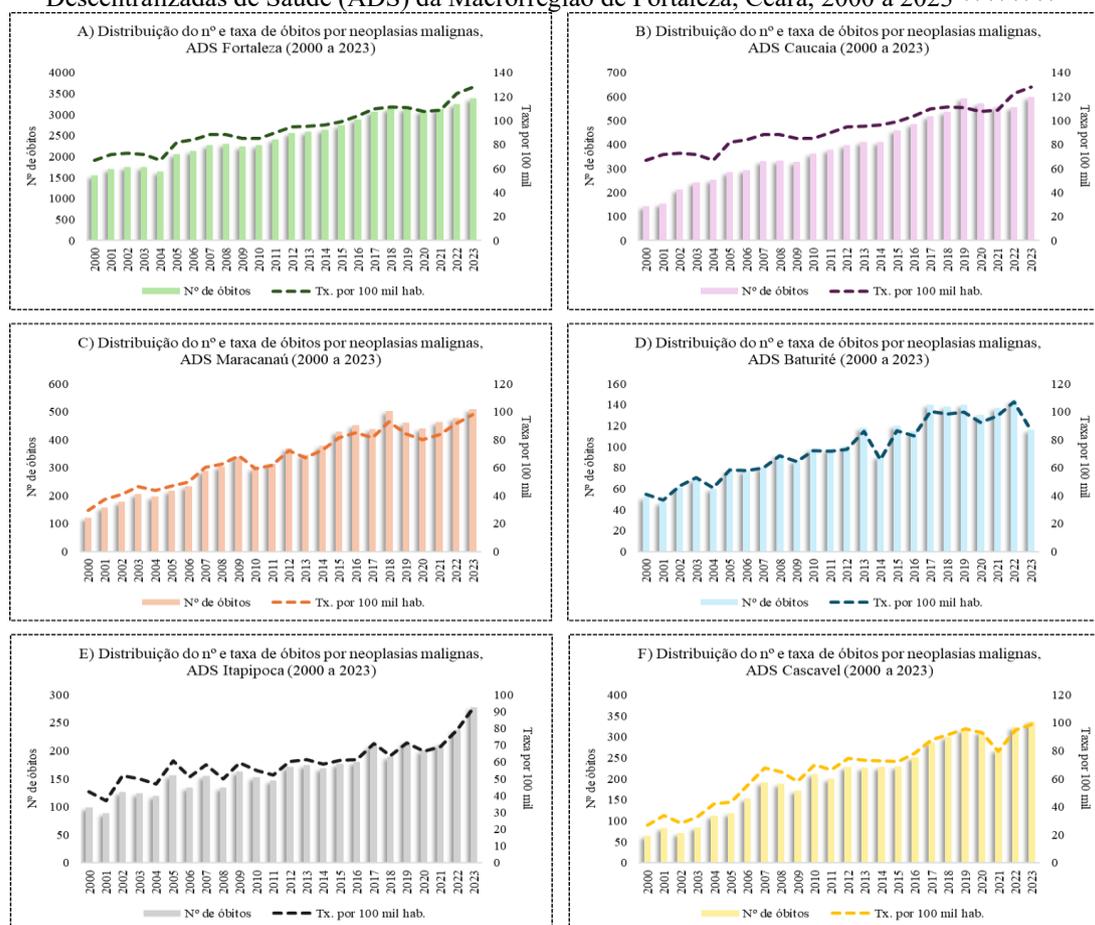
Os resultados obtidos deixam evidente a dinâmica de crescimento e queda dos óbitos por neoplasias malignas entre o período analisado. Verificando o comportamento da mortalidade, observa-se um crescimento constante do número de óbitos por neoplasias malignas ocorridos até o ano de 2019, e oscilação no último quadriênio (2020-2023).

Os anos de 2019 e 2020 foram marcados por forte mudança no comportamento dessa taxa, com significativa queda de 102 para 98 óbitos por cem mil habitantes em 2020. E aproximadamente 98 óbitos

por cem mil habitantes em 2021. Por outro lado, verifica-se que entre os anos de 2022 e 2023 foram os mais críticos no cenário analisado, com pico no ano de 2023, quando o número de óbitos se aproximou de 5,3 mil (115 óbitos por cem mil habitantes).

A Figura 5 apresenta a distribuição em número absolutos e da taxa por cem mil habitantes dos óbitos por neoplasias malignas segundo as Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) da Macrorregião de Saúde de Fortaleza, durante o período de 2000 a 2023. A ADS com as maiores notificações foram as de Fortaleza (Figura 5A), Caucaia (Figura 5E) e Maracanaú (Figura 5B), respectivamente.

Figura 5 – Distribuição espacial do nº e da taxa (por 100 mil hab.) de óbitos por neoplasias malignas, segundo as Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) da Macrorregião de Fortaleza, Ceará, 2000 a 2023 (1) (2) (3) (4)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; 2000 a 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE; IBGE - Censo Demográfico 2022.

Nota: (1) dados de 2014 a 2021 consultados no dia 09/09/2024. (2) Dados finais disponíveis até 2000-2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024. (3) Foram considerados os óbitos classificados com os seguintes códigos da CID-10: neoplasias malignas (C00-C97).

Semelhante ao cenário visto para o Ceará e Macrorregião de Fortaleza, o ano mais crítico em termos de taxa de óbitos da ADS Fortaleza foi no último ano da pandemia (2023), em que essa ADS chegou à marca de 129 óbitos por cem mil habitantes. Da mesma forma, esse comportamento foi visto na ADS Cascavel, com pico de 100 óbitos por cem mil habitantes em 2023, sendo a ADS mais crítica do litoral leste (Figura



5C).

A Tabela 2 expande a análise das informações descritivas sobre as taxas de mortalidade oficiais por neoplasias malignas, dividido por quinquênio (2000-2023), segundo os municípios em cada ADS. Como esperado, a ADS Fortaleza apresenta as maiores taxas de óbitos pela forte influência em número absoluto da cidade de Fortaleza em todos os quinquênios.

Ainda com relação a esta ADS, verifica-se que o município de Eusébio apresentou taxa média de óbitos acima de 90 nos quinquênios 2015-2019 e 2020-2023, entretanto nos quinquênios 2000-2004 e 2005-2009 o município registrou, no máximo, uma taxa média de óbitos de 40, superando as taxas médias observadas em Itaitinga, sendo que no mesmo período quinquenal, esse respectivo município tinha taxa de 59 óbitos (inferior a Fortaleza, taxa média de 80 óbitos).

Como constatado na Figura 5, as ADS de Caucaia (Figura 5C) e Maracanaú (Figura 5C) também atingiram níveis críticos de óbitos por neoplasias malignas. Vale destacar, que essas duas ADS contêm municípios que se destacam com grandes polos comerciais e industriais, além de fazerem fronteira com a capital Fortaleza, detendo alta densidade populacional e conseqüentemente foram mais propensos na contabilização de óbitos. Além dos municípios de Caucaia e Maracanaú, outros municípios presentes nessas duas ADS tiveram altas repercussões de óbitos no período analisado, como Itapajé, Paracuru, Pacatuba e Barreira. Esses municípios apesar de deterem um contingente populacional menor se comparado às cidades da ADS Fortaleza, contabilizaram em valor absoluto altos números de óbitos em relação a sua população.

A ADS de Itapipoca também chamou atenção pelas altas taxas de óbitos de alguns municípios no período, com destaque para Itapipoca, Tururu e Umirim. Tendo esses dois últimos municípios citados uma população inferior a 20 mil pessoas no período analisado. Nessa direção, a ADS Cascavel também chamou atenção. Principalmente com os municípios de Cascavel, Beberibe e Chorozinho, os quais alcançaram taxas acima de 80 por cem mil habitantes, entre 2020 e 2021.

Por fim, a ADS Baturité foi a que apresentou entre seus municípios um cenário relativamente mais moderado do que as demais ADS. A cidade de Baturité apresentou o maior somatório de óbitos por neoplasias malignas no período, com 34 mortes.

## **5 AÇÕES DIRECIONADAS PARA O MONITORAMENTO & AVALIAÇÃO (M&A) DOS TIPOS DE CÂNCER NO CEARÁ**

### **5.1 PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI)**

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um processo fundamental no planejamento e na gestão dos recursos públicos dentro dos municípios brasileiros. Esse processo envolve a coordenação entre diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) e a sociedade civil para garantir que os recursos sejam alocados de maneira eficiente, equitativa e transparente. A pactuação integrada é especialmente



relevante nas áreas de saúde, educação e assistência social, em que as demandas da população são dinâmicas e variam conforme as características de cada localidade (Brasil, 2010).

A pactuação integrada promove a participação ativa da sociedade civil e dos diferentes níveis de governo no planejamento e na definição das prioridades de investimento. Isso assegura que as decisões tomadas reflitam as necessidades reais da população (Pordeus; Santos, 2024). Através de um processo de pactuação bem estruturado, é possível otimizar a utilização dos recursos públicos, evitando desperdícios e garantindo que os investimentos sejam direcionados para áreas de maior necessidade.

A pactuação integrada busca reduzir as desigualdades regionais e sociais, assegurando que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços públicos essenciais, independentemente de sua localização geográfica. Além disso, o processo de pactuação torna a gestão dos recursos mais transparente, permitindo que a sociedade acompanhe e fiscalize a aplicação dos recursos públicos. Isso aumenta a *accountability* dos gestores públicos e fortalece a democracia (Souza, 2006).

A pactuação integrada é fundamentada em diversos conceitos teóricos da administração pública e da gestão participativa. A teoria da governança enfatiza a importância da colaboração entre o governo, o setor privado e a sociedade civil na gestão dos recursos públicos. A governança colaborativa é um dos pilares da pactuação integrada, promovendo a cooperação e a co-criação de políticas públicas (Peters; Pierre, 2012). A Teoria da Administração Pública Gerencial defende a eficiência e a eficácia na gestão dos recursos públicos, com foco em resultados e na satisfação das necessidades dos cidadãos. A pactuação integrada incorpora princípios gerenciais ao alinhar os objetivos dos diferentes atores envolvidos no processo de planejamento e execução das políticas públicas (Bresser-Pereira, 1996).

A teoria da participação social, fundamentada na ideia de que a participação dos cidadãos é essencial para a legitimidade e a efetividade das políticas públicas, sustenta que a pactuação integrada deve ser um processo inclusivo e democrático, permitindo que diferentes vozes sejam ouvidas e consideradas (Souza, 2006; Pordeus *et al.*, 2025).

No Brasil, a pactuação integrada é aplicada em diversos contextos. Um exemplo é o Sistema Único de Saúde (SUS), na qual a pactuação integrada é utilizada para definir as metas e os recursos destinados aos serviços de saúde em cada município. O processo envolve a participação de conselhos de saúde, gestores públicos e representantes da sociedade civil, garantindo que as políticas de saúde sejam alinhadas com as necessidades locais (Brasil, 2010).

A programação da pactuação integrada é um mecanismo crucial para a distribuição correta e eficiente dos recursos dentro dos municípios. Ao promover a participação, a transparência e a equidade, a pactuação integrada contribui para a construção de uma gestão pública mais democrática e eficiente (Pordeus *et al.*, 2025). O uso de referenciais teóricos como a governança, a administração pública gerencial e a participação social fornecem uma base sólida para entender e implementar esse processo de forma eficaz (Peters; Pierre,

2012; Bresser-Pereira, 1996; Souza, 2006).

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) constitui um instrumento fundamental no planejamento e na gestão dos recursos públicos nos municípios brasileiros. Esse processo envolve a articulação entre os diferentes níveis de governo – federal, estadual e municipal – e a sociedade civil, com o objetivo de assegurar uma alocação eficiente, equitativa e transparente dos recursos. A pactuação integrada é especialmente relevante em áreas como saúde, educação e assistência social, setores em que as demandas da população são dinâmicas e variam conforme as especificidades territoriais (Brasil, 2010).

A pactuação integrada promove a participação ativa de representantes da sociedade civil e de gestores públicos na definição de prioridades e no planejamento das ações governamentais. Tal abordagem favorece a adequação das decisões às necessidades reais da população, permitindo a otimização da aplicação dos recursos públicos, a redução de desperdícios e o direcionamento estratégico dos investimentos para as áreas de maior vulnerabilidade. Entre os objetivos centrais da pactuação integrada, destaca-se a redução das desigualdades regionais e sociais, promovendo o acesso universal aos serviços públicos essenciais, independentemente da localização geográfica dos cidadãos. Além disso, ao incorporar mecanismos de controle social, o processo contribui para a transparência da gestão pública, ampliando a *accountability* dos gestores e fortalecendo os princípios democráticos (Souza, 2006).

Do ponto de vista teórico, a pactuação integrada se fundamenta em distintas correntes do campo da administração pública e da gestão participativa. A teoria da governança destaca a importância da cooperação entre Estado, setor privado e sociedade civil na formulação e implementação de políticas públicas. Nesse contexto, a governança colaborativa emerge como um dos pilares da pactuação integrada, ao promover espaços de diálogo e (co)construção de soluções (Peters; Pierre, 2012).

A Teoria da Administração Pública Gerencial, por sua vez, valoriza a eficiência, a eficácia e o foco em resultados na gestão estatal, orientando-se pela busca da satisfação das necessidades dos cidadãos. A pactuação integrada incorpora esses princípios ao alinhar os objetivos dos diversos atores envolvidos nos processos de planejamento, execução e avaliação das políticas públicas (Bresser-Pereira, 1996). Complementarmente, a teoria da participação social sustenta que a inclusão dos cidadãos na formulação de políticas é condição indispensável para sua legitimidade e efetividade. Nesse sentido, a pactuação integrada deve ser compreendida como um processo democrático e inclusivo, que assegure a escuta e a consideração de múltiplas vozes, especialmente as provenientes de grupos historicamente marginalizados (Souza, 2006).

No Brasil, a pactuação integrada é amplamente aplicada em diferentes políticas públicas. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, a pactuação é utilizada para definir metas e a distribuição de recursos entre os entes federados. O processo envolve a atuação de conselhos de saúde, gestores públicos e representantes da sociedade civil, possibilitando o alinhamento das políticas de saúde às necessidades e realidades locais (Brasil, 2010). Dessa forma, a programação pactuada representa um mecanismo essencial



para a distribuição racional e eficiente de recursos, contribuindo para a construção de uma gestão pública mais democrática, transparente e responsiva.

A utilização de referenciais teóricos como a governança, a administração pública gerencial e a participação social fornecem uma base conceitual robusta para a compreensão e implementação eficaz desse processo (Peters; Pierre, 2012; Bresser-Pereira, 1996; Souza, 2006).

## 5.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): O CONTEXTO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

No contexto da Atenção Primária à Saúde, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm a responsabilidade de realizar ações voltadas para o controle de diversos tipos de câncer, com destaque para o câncer cervical e de mama. Essas ações visam garantir a integralidade do cuidado, combinando detecção precoce com acesso oportuno e de qualidade a procedimentos diagnósticos e terapêuticos (Brasil, 2015).

A prevenção primária engloba medidas que visam impedir a manifestação de doenças, atuando no período anterior ao início do processo patológico e envolvendo ações em relação aos agentes causadores de doenças e seus vetores. Essa abordagem é subdividida em dois níveis: promoção da saúde e proteção específica (Brasil, 2015). Tanto a Promoção da Saúde como a Prevenção Primária têm lugar antes do surgimento do câncer, quando apenas os fatores de risco estão presentes. Esses fatores podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis, incluindo elementos como predisposição genética e idade. Ao focar nos fatores de risco passíveis de mudança, o objetivo é prevenir o desenvolvimento de determinados tipos de câncer (Brasil, 2015).

O estilo de vida, que engloba hábitos relacionados à alimentação, nutrição, atividade física, entre outros, é reconhecido como um fator protetor contra o câncer. Estudos sugerem que entre 30% e 50% de todos os casos de câncer podem ser evitados ao adotar um estilo de vida saudável e ao evitar a exposição a agentes carcinogênicos, poluentes ambientais e certas infecções crônicas (OMS, 2017).

## 5.3 ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE

A Atenção Especializada Ambulatorial tem como propósito apoiar e complementar os serviços da atenção primária no que diz respeito à investigação diagnóstica, tratamento do câncer e atendimento das urgências relacionadas a complicações e progressão da doença, visando a integralidade do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde. A presença de profissionais especializados é essencial para a oferta de tecnologias e procedimentos de alta complexidade, o que requer um redesenho estrutural voltado para a atenção aos casos de suspeita ou diagnóstico de câncer, com processos de trabalho padronizados (Brasil, 2022).

A detecção precoce do câncer se fundamenta no princípio de que quanto mais cedo a doença é



identificada, maiores são as chances de cura, sobrevida e qualidade de vida do paciente, além de tornar o tratamento mais eficaz em termos de custo. A ênfase está em identificar lesões pré-cancerígenas ou cânceres em estágio inicial, ainda localizados no órgão de origem, antes de se espalharem para tecidos próximos. Por meio de procedimentos de média complexidade, como biópsias, exames de imagem e outros métodos diagnósticos, é possível realizar essa detecção precoce de forma eficaz (OMS, 2017).

No que diz respeito à detecção precoce do Câncer de Próstata, as diretrizes do Ministério da Saúde e da OMS desaconselham atualmente o rastreamento populacional para essa patologia. Indivíduos que expressarem interesse na realização desse exame devem ser orientados sobre os possíveis benefícios e riscos associados, debatendo com a equipe de saúde a decisão de fazer ou não o rastreamento individualizado (Brasil, 2022). O Estado do Ceará implementa uma estratégia abrangente de detecção precoce, incluindo a divulgação de sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, encaminhamento para avaliação e diagnóstico na Atenção Secundária, e acesso oportuno a tratamento de qualidade. As policlínicas desempenham um papel crucial como pontos de Atenção Especializada, oferecendo assistência diagnóstica e terapêutica e garantindo o encaminhamento adequado de pacientes com suspeita ou diagnóstico de câncer para unidades especializadas (Ceará, 2024).

Durante a Comissão Intergestores Bipartite de 2017, o Estado identificou 23 serviços de referência aptos a serem reconhecidos pelo Ministério da Saúde como Serviços de Referência em Oncologia (SRC), e 24 como Serviço de Diagnóstico em Mamografia (SDM), principalmente nas policlínicas, além de entidades como o Instituto de Prevenção do Câncer, o Centro de Especialidades Médicas em Sobral e o Grupo de Educação e Estudos Oncológicos, visando ampliar a cobertura assistencial de acordo com as diretrizes nacionais (Ceará, 2017).

## **6 DESENHO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Este projeto de intervenção está ancorado nos conceitos de Pesquisa-Ação. Este método é definido como uma investigação conduzida em parceria com os participantes para resolver problemas concretos, com o objetivo de melhorar práticas e gerar conhecimento aplicável. A pesquisa-ação foi realizada com gestores e técnicos responsáveis pelas programações para desenvolver estratégias de melhoria da Programação Pactuada Integrada (PPI) nos municípios.

### **6.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA**

A situação-problema identificada foi a evidente desatualização da PPI na linha de cuidado do paciente oncológico na Região de Saúde de Fortaleza, no Estado do Ceará. Em 2023, todos os 44 municípios que compõem essa região possuem uma PPI desatualizada, sem incluir uma linha de cuidado específica para pacientes oncológicos. Esta desatualização resulta em uma diminuição da cobertura de exames preventivos



de câncer e na ausência de indicadores para avaliar o tempo de resposta dos procedimentos oncológicos, causando um baixo acesso dos pacientes oncológicos, tanto do interior quanto da capital aos cuidados necessários.

As causas críticas dessa situação incluem a falta de adesão e compreensão dos gestores municipais em atualizar a PPI e a inexistência de uma equipe ou coordenadoria dedicada ao controle, avaliação e monitoramento das PPI. Essas falhas resultam em atrasos no diagnóstico e tratamento, aumentando a morbidade e mortalidade associadas ao câncer. A revisão da PPI é crucial para redistribuir recursos, descentralizar serviços e implementar indicadores de desempenho que melhorem a gestão dos fluxos de atendimento, assegurando diagnósticos e tratamentos oportunos e reduzindo a morbidade e mortalidade relacionadas ao câncer.

A situação-problema identificada se refere à evidente desatualização da Programação Pactuada Integrada (PPI) na linha de cuidado ao paciente oncológico na Região de Saúde de Fortaleza, no Estado do Ceará. Em 2023, os 44 municípios que compõem essa região apresentavam a PPI desatualizada, sem contemplar uma linha de cuidado específica voltada para a atenção oncológica. Essa lacuna compromete a cobertura de exames preventivos para detecção precoce do câncer e impede o monitoramento do tempo de resposta dos procedimentos oncológicos, resultando em restrições significativas no acesso dos pacientes, tanto da capital quanto do interior, aos cuidados necessários.

Entre os fatores críticos para essa situação, destacam-se a baixa adesão e a limitada compreensão, por parte dos gestores municipais, acerca da importância da atualização da PPI, bem como a inexistência de uma equipe técnica ou coordenadoria específica voltada ao controle, avaliação e monitoramento dessa ferramenta. Essas falhas estruturais contribuem para o atraso no diagnóstico e no início do tratamento, impactando diretamente os indicadores de morbimortalidade por câncer. A revisão da PPI se revela, portanto, uma medida essencial para a adequada alocação de recursos, descentralização dos serviços e implementação de indicadores de desempenho que otimizem a gestão dos fluxos assistenciais. Essa atualização visa garantir diagnósticos mais ágeis, início oportuno dos tratamentos e, conseqüentemente, a redução dos desfechos adversos associados às neoplasias.

## 6.2 PROGRAMAS DAS AÇÕES

Quadro 3 – Matriz de Programação das Ações

Situação-problema:	Falta de atualização da Programação Pactuada Integrada - PPI na linha de cuidado do paciente oncológico na Região de Saúde de Fortaleza no Estado do Ceará
Descritor:	100% dos municípios que a Região de Saúde de Fortaleza possui a PPI desatualizada no ano de 2023, o qual não inclui uma linha de cuidado para pacientes oncológicos.
Indicador:	% de municípios que possuem sua PPI atualizada na linha de cuidado ao paciente oncológico.

Meta:	90% dos municípios com PPI atualizada na linha de cuidado ao paciente oncológico.
Resultado esperado:	Atualização da PPI na linha de cuidado ao paciente oncológico nos municípios que compõem a Região de Saúde de Fortaleza.

Fonte: Elaboração própria (2024).

Quadro 4 – Causas Críticas

Causa crítica 1: Falta de adesão e compreensão dos gestores municipais para atualizar a PPI				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Elaborar uma oficina para desmistificar a Programação Pactuada Integrada (PPI), abordando sua definição, importância e procedimentos de programação, destinada aos gestores e técnicos municipais.	Cognitivo e organizativo	Oficinas realizadas	Junho/2024	Nathalie, Elvis e Alexandre
Realizar reuniões on-line e presencial com os técnicos para tirar dúvidas quanto às programações e pactuações.	Cognitivo e organizativo	Reuniões realizadas e esclarecimento de dúvidas acerca do tema	Junho/2024	Nathalie, Elvis e Alexandre
Causa crítica 2: Inexistência de equipe ou coordenação de controle, avaliação e monitoramento das PPI				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Criar grupo de trabalho para controle, avaliação e monitoramento das PPI	Cognitivo e organizativo	Criação do grupo de trabalho	Junho/2024	Nathalie, Elvis, Alexandre e Helena
Realizar reuniões on-line e presencial com os técnicos para tirar dúvidas	Cognitivo e organizativo	Reuniões realizadas e esclarecimento de dúvidas acerca do tema	Junho/2024	Nathalie e Gestores ou Técnicos Municipais
Avaliar as PPI encaminhadas	Cognitivo e organizativo	PPI avaliadas	Julho-Agosto/2024	Nathalie e Alexandre

Fonte: Elaboração própria (2024).

### 6.3 GESTÃO DO PROJETO

A gestão das ações no contexto da atualização da Programação Pactuada Integrada (PPI) envolveu uma série de atividades planejadas e monitoradas para garantir que os objetivos do projeto fossem alcançados. A área técnica de programação da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará está atualmente analisando as planilhas da PPI para verificar se o quantitativo de procedimentos e consultas está adequado aos valores pactuados para cada município, garantindo que não haja ultrapassagem desses valores. A seguir, detalhamos as ações realizadas e como são acompanhadas.

**Análise Técnica das PPI:** a primeira ação é a análise técnica das planilhas da PPI. Esta análise é



realizada pela área técnica da Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza (SRFOR) e da Célula de Programação dos Serviços em Saúde (CEPSA), com o objetivo de verificar se o quantitativo de procedimentos e consultas está adequado aos valores pactuados para cada município. Esta ação é crucial para garantir que os recursos sejam distribuídos de maneira eficiente e equitativa, sem ultrapassar os valores estabelecidos. A análise contínua dessas planilhas permite ajustar e realocar recursos conforme necessário, garantindo que os municípios recebam o suporte adequado para suas necessidades específicas.

**Oficinas de capacitação:** uma ação fundamental para a atualização da PPI é a realização de oficinas de capacitação para gestores e técnicos municipais. Estas oficinas têm como objetivo desmistificar a PPI, explicando sua definição, importância e procedimentos de programação. Utilizando uma metodologia que combina sessões presenciais e online, assim, proporcionando uma compreensão prática da PPI.

**Reuniões de tira-dúvidas:** para fornecer suporte contínuo aos técnicos municipais, são realizadas reuniões periódicas de tira-dúvidas. Estas reuniões, tanto presenciais quanto online, têm o objetivo de ajudar os técnicos a resolverem dúvidas específicas e adaptar a PPI às particularidades de seus municípios. Os técnicos da SRFOR e CEPSA participam dessas reuniões para orientar e solucionar dúvidas em tempo real. As dúvidas mais comuns e as soluções apresentadas são registradas para futuras consultas, promovendo uma melhoria contínua das orientações e suporte técnico.

**Criação de grupo de trabalho:** outra ação importante é a criação de um grupo de trabalho dedicado ao controle, avaliação e monitoramento das PPI em cada município. Este grupo é composto por membros selecionados com expertise relevante, com funções e responsabilidades claramente definidas. Um cronograma de reuniões e atividades é estabelecido para garantir que o grupo opere de maneira eficaz. O monitoramento das atividades do grupo é realizado através de relatórios regulares e avaliação dos resultados obtidos, garantindo que as ações planejadas sejam executadas conforme previsto.

**Avaliação das PPI encaminhadas:** a última etapa do processo é a avaliação das PPI atualizadas enviadas pelos municípios. Esta revisão é realizada para assegurar que as PPI estejam em conformidade com os critérios estabelecidos. A análise técnica detalhada é seguida por feedback estruturado para os municípios, permitindo ajustes necessários para atender aos padrões de qualidade e eficiência. Um sistema de feedback contínuo e um banco de dados são criados para acompanhar as atualizações e revisões das PPI, promovendo a transparência e a melhoria contínua dos processos.

**Ferramentas de acompanhamento e Monitoramento & Avaliação (M&A):** para acompanhar todas essas ações são utilizadas planilhas para controle e gestão. Planilhas de controle registram e monitoram o progresso das ações, prazos e responsáveis. Relatórios de progressos periódicos detalham o andamento das ações, identificam desafios e propõem soluções, garantindo que o projeto se mantenha no caminho certo e alcance seus objetivos de maneira eficiente e eficaz.

O acompanhamento efetivo de um projeto de pesquisa-ação, como a atualização da PPI, requer um



planejamento detalhado, monitoramento contínuo e avaliação rigorosa das atividades. Com essas práticas é possível garantir que os produtos sejam entregues nos prazos previstos e que as metas sejam alcançadas, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde e a eficiência na gestão dos recursos.

A gestão das ações voltadas à atualização da Programação Pactuada Integrada (PPI) envolveu um conjunto de atividades sistematicamente planejadas e monitoradas, com o objetivo de assegurar o alcance dos resultados propostos. A área técnica de programação da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) se encontra atualmente empenhada na análise das planilhas da PPI, verificando a adequação do quantitativo de procedimentos e consultas aos valores pactuados para cada município, a fim de evitar ultrapassagens e garantir a conformidade com os parâmetros estabelecidos.

**Análise técnica das PPI:** a etapa inicial consiste na análise técnica das planilhas da PPI, conduzida pela equipe da Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza (SRFOR), em parceria com a Célula de Programação dos Serviços em Saúde (CEPSA). O objetivo principal dessa análise é verificar a compatibilidade entre a oferta de procedimentos e o teto pactuado para cada município. Essa ação é fundamental para assegurar uma distribuição eficiente e equitativa dos recursos, permitindo, ainda, ajustes e realocações conforme as demandas identificadas. A análise contínua das planilhas permite respostas mais ágeis e precisas, promovendo maior efetividade na gestão regional.

**Oficinas de capacitação:** a realização de oficinas de capacitação para gestores e técnicos municipais representa uma estratégia essencial para o fortalecimento da compreensão e da utilização adequada da PPI. Essas oficinas têm por finalidade desmistificar os conceitos e processos relacionados à programação pactuada, abordando sua definição, importância e fluxos operacionais. A metodologia adotada combina sessões presenciais e online, favorecendo a assimilação prática do conteúdo e a aplicação imediata nos contextos locais.

**Reuniões de tira-dúvidas:** como forma de suporte contínuo, são promovidas reuniões periódicas de tira-dúvidas com os técnicos municipais. Realizadas de forma híbrida (presencial e online), essas reuniões visam esclarecer dúvidas específicas e orientar os municípios quanto à adequação da PPI às suas realidades. As equipes da SRFOR e da CEPSA participam ativamente desses encontros, prestando orientações em tempo real. As principais dúvidas e respectivas soluções são sistematicamente registradas, constituindo um repositório de conhecimento que contribui para a melhoria contínua do processo.

**Criação de grupo de trabalho:** outra medida relevante foi a criação de grupos de trabalho (GT) locais, voltados ao controle, avaliação e monitoramento das PPI. Esses GT são compostos por profissionais com expertise na área e com responsabilidades claramente definidas. Para garantir sua efetividade, são elaborados cronogramas de atividades e reuniões periódicas. O acompanhamento das ações realizadas pelo grupo é feito por meio de relatórios sistemáticos e da análise de resultados, assegurando a execução das atividades conforme o planejamento inicial.



Avaliação das PPI atualizadas: a etapa final do processo consiste na avaliação técnica das versões atualizadas das PPI encaminhadas pelos municípios. Essa revisão visa garantir a conformidade com os critérios estabelecidos e a qualidade das informações pactuadas. Após a análise, é fornecido um feedback estruturado, possibilitando ajustes e correções quando necessários. Para facilitar o acompanhamento contínuo, foi instituído um sistema de retroalimentação e construído um banco de dados específico, promovendo maior transparência e rastreabilidade das informações.

Ferramentas de Monitoramento e Avaliação (M&A): para viabilizar o acompanhamento das atividades, são utilizadas ferramentas como planilhas de controle, que registram o andamento das ações, responsáveis e prazos. Relatórios de progresso periódicos subsidiam a identificação de desafios, permitindo a proposição de soluções oportunas e garantindo que o projeto avance conforme previsto.

O acompanhamento rigoroso de um projeto de pesquisa-ação como a atualização da PPI exige planejamento detalhado, monitoramento contínuo e avaliação sistemática das atividades. A adoção dessas práticas possibilita a entrega dos produtos nos prazos estabelecidos, o alcance das metas e a qualificação dos serviços prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo maior eficiência na gestão dos recursos e melhoria na oferta assistencial.

## **7 CONCLUSÃO**

O presente trabalho teve como objetivo principal o aprimoramento da assistência oncológica na Região de Saúde de Fortaleza, Ceará, por meio da atualização da Programação Pactuada Integrada (PPI). A revisão e a modernização da PPI são fundamentais para melhorar a distribuição de recursos, otimizar os serviços, reduzir o tempo de espera e aumentar a cobertura de exames preventivos e tratamentos. Este projeto de intervenção destacou a importância de uma abordagem integrada e descentralizada para garantir a equidade no acesso aos serviços oncológicos.

Com efeito, ações estão sendo empregadas para alcance dos objetivos, porém ainda há muito de se percorrer até considerável êxito, haja vista haver algumas resistências da compreensão para atualização das PPI, com a identificação das principais falhas na atual configuração da PPI e a proposta de ações específicas para sanar esses problemas. A criação de um grupo de trabalho dedicado ao controle, avaliação e monitoramento das PPI, assim como a realização de oficinas e reuniões para esclarecer dúvidas dos gestores municipais, são passos cruciais para garantir a adesão e a compreensão necessária para a efetiva atualização da PPI.

Os resultados esperados com a implementação deste projeto incluem uma melhor gestão dos recursos, diagnósticos mais precoces, tratamentos mais eficazes e, conseqüentemente, uma redução na morbidade e mortalidade associadas ao câncer. Além disso, a redistribuição adequada dos recursos e a descentralização dos serviços são esperadas para promover uma maior equidade no acesso aos cuidados



oncológicos.

Recomenda-se que a atualização da PPI seja um processo contínuo, com revisões periódicas para acompanhar as mudanças nas necessidades da população e nas diretrizes de saúde pública. É essencial que os gestores de saúde mantenham um diálogo constante com as equipes técnicas e que as políticas de saúde sejam adaptadas de acordo com os dados epidemiológicos e as melhores práticas identificadas.

Em conclusão, este estudo reforça que as mudanças na assistência oncológica não são apenas necessárias, mas também possíveis, posto que, por meio de ações coordenadas e bem planejadas, é possível promover uma significativa melhoria na qualidade dos serviços prestados e na saúde da população atendida. Ademais, no Estado do Ceará, por meio da atualização da Programação Pactuada Integrada (PPI). A revisão e a modernização da PPI se mostram estratégicas para otimizar a alocação de recursos, qualificar os serviços prestados, reduzir o tempo de espera por procedimentos e ampliar a cobertura de exames preventivos e tratamentos oncológicos. Este projeto de intervenção evidenciou a relevância de uma abordagem integrada e descentralizada, como condição fundamental para assegurar a equidade no acesso aos cuidados oncológicos.

Tal como supracitado, os objetivos inicialmente propostos estão sendo progressivamente alcançados, apesar de algumas resistências, especialmente relacionadas à compreensão e adesão dos gestores municipais quanto à importância da atualização das PPI. A identificação de falhas estruturais na configuração vigente da PPI possibilitou a proposição de ações específicas para sua superação. Entre elas, destacam-se a criação de um grupo de trabalho voltado ao controle, avaliação e monitoramento das PPI, bem como a realização de oficinas de capacitação e reuniões periódicas de apoio técnico, estratégias consideradas essenciais para o fortalecimento da gestão local e regional.

Espera-se que a implementação integral deste projeto contribua para uma gestão mais eficiente dos recursos, favorecendo o diagnóstico precoce, o início oportuno do tratamento e, conseqüentemente, a redução da morbimortalidade por câncer. Adicionalmente, a redistribuição equitativa dos recursos e a descentralização dos serviços de saúde são ações esperadas para promover maior justiça no acesso aos cuidados oncológicos, sobretudo entre os municípios mais vulneráveis. Recomenda-se que a atualização da PPI seja instituída como um processo contínuo, com revisões periódicas que considerem as mudanças nos perfis epidemiológicos da população, as atualizações nas diretrizes clínicas e as evidências produzidas no campo da saúde pública. A articulação permanente entre gestores e equipes técnicas, aliada à adoção de práticas baseadas em dados e evidências, é essencial para a consolidação de políticas públicas mais responsivas às necessidades locais.

Conclui-se, portanto, que as transformações na assistência oncológica não apenas se fazem necessárias, como também são viáveis. Através de ações coordenadas, planejadas e tecnicamente fundamentadas, é possível promover melhorias significativas na qualidade da atenção oncológica ofertada,



com impacto direto na saúde da população.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S. *Econometria Espacial Aplicada*. Editora Alinea: Campinas, SP, 2012.

ANSELIN, L.; BERA, A. K. Spatial Dependence in linear Regression Models with an Introduction to Spatial Econometrics. In: *Handbook of Applied Economic Statistics*, A. Ullah and D.E.A. Giles, Eds., Marcel Dekker, NY/USA, p. 237-289; 1998.

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

BRASIL. Ministério da Saúde/MS. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União (DOU), de 06 de novembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde/MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde/MS. Sistema Único de Saúde (SUS): Descentralização de Serviços de Saúde. Secretaria Executiva II Título – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprovação das diretrizes operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde/MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168 p.: il. Brasília: Ministério da Saúde/MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/SAES Nº 1, de consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde. Diário Oficial da União, de 22 de fevereiro de 2022, seção 1, Brasília, DF. p. 206, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Brasília: Ministério da Saúde/MS, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde/MS, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Brasília: Ministério da Saúde/MS, 2023.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 593, de 18 de maio de 2023. Estabelece recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, que serão incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado do Ceará e de seus Municípios. Brasília: Ministério da Saúde/MS, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 593, de 18 de maio de 2023. Dispõe sobre a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde/MS, 2023.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. Revista do Serviço Público, v. 47, n. 1, p. 7-40, 1996.

CEARÁ. Lei nº 17.006, de 30 de setembro de 2019. Dispõe sobre a integração, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, das Ações e Serviços de saúde em Regiões de Saúde no Estado do Ceará. Diário Oficial do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, 30 set. 2019. Seção 1, p. 1., 2019.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Resolução nº 341 de 2009 da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará (CIB/CE). 2009.

CEARÁ. Plano Estadual de Atenção Oncológica: Rede de Oncologia. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2023.

CEARÁ. Ofício nº 338/2023, de 13 de abril de 2023. Solicitação de aporte financeiro para a reestruturação da Rede de Atenção à Saúde, 2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Ofício nº 338 de 13 de abril de 2023. Solicita aporte financeiro para a reestruturação da Rede de Atenção à Saúde, com foco no paciente com câncer no Estado do Ceará, 2023.

CEARÁ. Rede SESA, SESA/CE, 2024.

GOLGHER, A. B. Introdução à Econometria Espacial. Editora Paco, 1. ed., 2015

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/inca-lanca-a-estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 10 ago. 2025.

MENICUCCI, T. M. G. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: as relações intergovernamentais na regionalização da assistência à saúde. Brasília, agosto de 2014.

MENICUCCI, T. M. G.; MARQUES, A. M. F. Cooperação e Coordenação na implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro; v. 59, p. 823-865, 2016.

MORAIS, M. M. D. Regionalização da assistência à saúde no estado de Minas Gerais: capacidade de provisão de serviços hospitalares de média complexidade. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2019.

MOREIRA, L. C. D. O. Planejamento em saúde: a programação pactuada e integrada da assistência à saúde no estado de Mato Grosso do Sul. Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região CentroOeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2017.



MOREIRA, L. C. D. O.; TAMAKI, E. M. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. *Interações*, Campo Grande, MS, v. 18, n. 4, p. 99-108, out./dez. 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Prevenindo o Câncer*. [Internet]. Geneva: World Health Organization; jun. 2017.

PORDEUS, M. P.; PORDEUS, C. L. V.; ROLIM, F. A. R.; NUNES, K. J. O.; E SILVA, E. D. S.; ARAÚJO, A. M.; DO AMARAL, M. S.; ALVES, S. R. M. Psicodinâmica do trabalho e sua implicância na saúde do trabalhador: contexto da Reforma Trabalhista. *Revista Foco*, v. 16, n. 6, 2023. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/2344>. Acesso em: 20 ago. 2025.

PORDEUS, M. P.; OLIVEIRA, R. N. de; GONÇALVES, R. S.; FERNANDES, M. M. dos S. S. Governança e arranjos institucionais: a coparticipação como instalações para planejamento, controle e aperfeiçoamento das Políticas Educacionais no Estado do Ceará. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, v. 3, p. e78409, 2025. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/78409>. Acesso em: 20 jun. 2025.

PORDEUS, M. P.; SANTOS, K. P. Institutional arrangements, popular coparticipation and governance in Educational Public Policies: an integrative literature review. *Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas - Unifafibe*, v. 12, p. 105-130, 2024.

PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Eds.). *The SAGE Handbook of Public Administration*. SAGE Publications, 2012.

SALDANHA, F. G. P.; JORGE, M. S. B.; LINARD, C. F. B. M. Planning and Management in Hospital Management: a scope review. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 10, p. 1-10, 2022.

SILVA, P. S. D. A programação pactuada e integrada como estratégia para a ampliação do acesso e qualificação das redes de atenção a saúde, *Políticas Públicas e Desenvolvimento*, v. 1, n. 1, ago.-dez. 2016, 36-52, 2016.

SOUZA, C. Participatory budgeting in Brazilian cities: Limits and possibilities in building democratic institutions. *Environment and Urbanization*, v. 18, n. 1, p. 159-179, 2006.