



A ORIGEM DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER NO BRASIL E A DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE TRATAMENTO NO TERRITÓRIO NACIONAL

Eliane Horbus¹

RESUMO

O estudo proposto tem por objetivo discorrer sobre as políticas públicas no Brasil apresentando conceitos e origens e as políticas que se originaram na sequência, como é o caso das políticas de saúde em especial as que se referem ao tratamento oncológico. Para o entendimento das políticas públicas de saúde fez-se necessário discorrer sobre a criação do Sistema Único de Saúde – SUS considerado a maior política pública de saúde de onde as demais se ramificam. Como último tópico abordado tem-se a relação da geografia econômica com a saúde. Devido a geografia dos serviços ser uma subdivisão da geografia econômica, percebemos que a saúde tem despertado cada vez mais o interesse dos geógrafos, e um dos motivos é a importância dos serviços de saúde no desenvolvimento das cidades; pois, é na cidade que as pessoas procuram médicos ou recorrem aos serviços de urgência e também para tratamentos de alta complexidade, como é o caso do tratamento do câncer. Para este estudo utilizamos como procedimentos metodológicos, a revisão bibliográfica, na qual foram abordados autores que trabalham temáticas correspondentes ao objetivo da pesquisa e para coleta de dados secundários buscamos informações em órgãos como IBGE, INEP, IPARDES, Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA). Como conclusão o estudo aponta para uma escassez das unidades de saúde para o tratamento de câncer como um fato real, considerando a perspectiva de que o Brasil pode chegar a 625 mil novos casos a cada ano do triênio 2020-2022 segundo o Instituto Nacional do Câncer e por este motivo entendemos que é necessário propor alternativas e/ou revisar as políticas existentes para que o paciente oncológico tenha a assistência garantida.

Palavras chave: Geografia, Economia, Políticas Públicas, Saúde

RESUMEN

El estudio propuesto tiene como objetivo discutir las políticas públicas en el Brasil, presentando conceptos y orígenes y las políticas que se originaron en la secuencia, como es el caso de las políticas de salud, especialmente a las relacionadas con el tratamiento del cáncer. En la comprensión de las políticas de salud pública, fue necesario discutir la creación del Sistema Único de Salud - SUS, que es considerado la política de salud pública más grande de la que se derivan las demás. Como último asunto discutido se levanta la relación entre geografía económica y salud. Debido a que la geografía de los servicios es una subdivisión de la geografía económica, apunta que la salud ha despertado cada vez más el interés de los geógrafos y una de las razones es la importancia de los servicios de salud en el desarrollo de las ciudades; pues en la ciudad donde las personas buscan médicos o recurren a servicios de emergencia y también para tratamientos de alta complejidad, como el tratamiento del cáncer. Para este estudio se

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO (PR), eliane.horbus@hotmail.com; Orientador: Pierre Costa (PPGG – UNICENTRO/PR).



utilizó como procedimento metodológico la revisión bibliográfica, en la que se abordó a los autores que trabajan en temas correspondientes al objetivo de la investigación y para la recolección de datos secundarios se busco información de organismos como IBGE, INEP, IPARDES, Ministerio de Salud. (MS) y el Instituto Instituto Nacional del Cáncer (INCA). Como conclusión, el estudio apunta la escasez de instalaciones propias de salud para el tratamiento del cáncer como un hecho real, considerando la perspectiva de que Brasil pueda llegar a 625.000 nuevos casos cada año en el trienio 2020-2022, según el Instituto Nacional del Cáncer y por eso, entendemos que es necesario proponer alternativas y / o revisar las políticas existentes para que los pacientes con cáncer tengan una asistencia garantizada.

Palabras Clave: Geografía, Economía, Políticas Públicas, Salud.

INTRODUÇÃO

A área de políticas públicas tem-se consolidado por meio de, um corpo teórico próprio, sendo um instrumento analítico muito útil e com um vocabulário especialmente voltado para a compreensão de fenômenos de natureza político-administrativa. Pode ser considerado o ano de 1951 como um marco no estabelecimento da área de estudos sobre políticas públicas, muito embora ainda na década de 1930 já aparecessem contribuições teóricas da análise racional das políticas.

Segundo Secchi (2013), foi em 1951 que dois livros fundamentais da área de políticas públicas foram publicados, o livro de David B. Trauman, *The governmental process*, que trata sobre grupos de interesse, suas estruturas e as técnicas de influência sobre processos de políticas públicas no Executivo, e o livro de Daniel Lerner e Haroldo D. Lasswell, *The policy sciences*, no qual é discutido sobre o crescente interesse de pesquisadores sobre a formulação e avaliação de impacto das políticas públicas.

Entende-se que as ciências políticas sugiram para contribuir no diagnóstico e no tratamento de problemas públicos e que os conhecimentos produzidos têm sido utilizados por diversas áreas do conhecimento, tornando-se útil aos que estudam ou tomam decisões em políticas de saúde, educação, segurança, habitação, defesa nacional, transporte, saneamento, meio ambiente, assistência, cultura entre outras.

Este estudo tem como objetivo discorrer sobre as políticas públicas de saúde com enfoque específico para as políticas de tratamento do câncer, apresentando a forma que o tratamento é disponibilizado no Brasil e ainda a relação com a Geografia Econômica.. Segundo Ferreira (2018), as políticas públicas de saúde no Brasil visam melhorar a qualidade de vida da população, mas acima de tudo, assegurar o direito de todos os cidadãos a ter acesso integral aos serviços de saúde, conforme determinado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).



Conhecer e refletir sobre as políticas públicas de saúde para o tratamento do câncer no Brasil é de extrema relevância visto que, segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2020), a doença tem apresentado nas últimas décadas (2000-2020), um aumento do número de casos, assim como um grande índice de mortalidade e também devido aos custos à rede pública e privada de saúde. Dessa forma faz-se necessário avaliar as políticas instituídas relacionando com a demanda existente, pois segundo Santos (2014) o deslocamento freqüente em busca de tratamento e restabelecimento da saúde é uma necessidade diante da desigualdade na distribuição de equipamentos para o tratamento do câncer no território brasileiro.

O estudo está estruturado em três partes, sendo que a primeira trata das Políticas Públicas no Brasil, a segunda refere-se as Políticas de Saúde e a terceira apresenta uma análise da relação da geografia com a saúde com enfoque específico na geografia econômica.

METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento do presente trabalho consistem em revisão bibliográfica, na qual foram abordados autores que trabalham temáticas correspondentes ao objetivo da pesquisa. E também foram utilizados dados secundários oriundos de órgãos como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Ministério da Educação (MEC), Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Ministério da Saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: DEFINIÇÕES, CONCEITOS E EXEMPLOS

Segundo Procopiuck, 2013, os grandes problemas de uma sociedade normalmente estão vinculados à questões econômicas, sociais, ambientais e políticas, por exemplo. Cada uma dessas espécies de problemas atinge determinado número de pessoas que podem, ou não se mobilizar para tentar resolvê-los.



Dessa forma fica claro que a política pública é, por natureza, relacionada ao interesse público porque, de algum modo acaba afetando, mesmo que indiretamente, todos os membros de uma sociedade. As políticas públicas constituem uma significativa porção do ambiente sociopolítico onde as pessoas estão inseridas e dessa forma leva a necessidade de conhecer e entender como são formadas, orçadas, implementadas e avaliadas.

Politics, para Bobbio (2002), é a atividade humana ligada a obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder sobre o homem. O segundo sentido da palavra política, é expresso pelo termo policy em inglês, que tem relação com orientações para a decisão e ação. Em organizações públicas, privadas e do terceiro setor.

Um dos amplos consensos já firmados em torno das políticas públicas é que normalmente decorrem de situações em que a sociedade não consegue resolver por si só os problemas que lhe afetam coletivamente. Para Procopiuck (2013), a política pública diz respeito à mobilização político-administrativa para articular e alocar recursos e esforços e tentar solucionar dado problema coletivo.

Uma política pública é portanto uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, tornando-se uma orientação a atividade ou a passividade de alguém; possuindo dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público. Em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante.

Diante de diversas leituras percebe-se que não há um consenso quanto à definição do que seja uma política pública. Porém, não há dúvida que o Estado moderno se destaca em relação a outros atores no estabelecimento de políticas públicas e existem alguns fatores que contribuem para isso:

- a) elaboração de políticas publicas é uma das razões centrais do renascimento e do Estado moderno;
- b) o Estado detém o monopólio do uso da força legítima e isso lhe dá superioridade objetiva com relação a outros atores;
- c) o Estado moderno controla grande parte dos recursos nacionais e por isso consegue elaborar políticas robustas temporal e espacialmente.



Segundo Heidermann (2009), a perspectiva de política pública deve ir além da perspectiva de políticas governamentais. A essência conceitual de políticas públicas é o problema público e por isso o que define se uma política é ou não, é a intenção de responder a um problema público.

O conceito de política pública é abstrato e se materializa por meio de instrumentos variados; e, sendo assim, tomam forma de programas públicos, projetos, leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos públicos, inovações tecnológicas e organizacionais, subsídios governamentais, rotinas administrativas, decisões judiciais, coordenação de ações de uma rede de atores, gasto público direto, entre outros (Cecchi, 2013).

Uma possibilidade de conseguir esclarecer o conceito de políticas públicas, é por meio de exemplos em algumas áreas, afirma Checci(2013):

- a) Saúde: programa de distribuição gratuita de medicamentos em uma parceria entre municípios, estados e Governo Federal por meio do Sistema Único de Saúde;
- b) Educação: programa de reforço escolar para alunos com dificuldades de aprendizagem;
- c) Segurança: instalação de Unidades de Polícia Pacificadora as UPPs;
- d) Meio ambiente: mecanismo de desenvolvimento limpo, como estratégia de redução das emissões de gases de efeito estufa;
- e) Saneamento: Política Nacional de Resíduos Sólidos;
- f) Habitação: programa Minha casa Minha vida do governo federal;
- g) Emprego e renda: Programa meu primeiro trabalho por exemplo, voltado para estudantes das escolas públicas conseguirem inserção no mercado de trabalho.
- h) Previdência Social: legislação especial que permite que trabalhadores rurais possam se aposentar, por idade, 5 anos antes que os trabalhadores urbanos;
- i) Planejamento urbano: Plano diretor de desenvolvimento territorial;
- j) Justiça e cidadania: proibição de funcionamento de bares/restaurantes a partir das 23h com o objetivo de enfrentar pandemia.
- k) Assistência social: campanhas sociais como a do agasalho;



- l) Relações internacionais: atuação brasileira em missões de paz como por exemplo da Organização das Nações Unidas (ONU);
- m) Cultura e esporte: programas de fomento a projetos artísticos e culturais e ao esporte;
- n) Ciência, Tecnologia e Inovação: leis que instituem fundos para projetos de inovação;
- o) Infraestrutura e transportes; Plano nacional de logística e transporte;
- p) PRONAF: Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar.

Os exemplos citados demonstram que o conceito de Política Pública é transversal a diversas áreas ou setores de intervenção pública. Importante afirmar que esta lista de exemplos não se esgotou. As áreas de políticas públicas são muitas e cabe destacar que algumas áreas ainda são carentes de políticas efetivas. Isto é, que resolvam um problema público; podendo ser citado como exemplo a situação do fluxo migratório no Brasil, que apesar de existir legislação específica faltam políticas públicas que atendam essas pessoas, que atualmente contam apenas com ações de organizações da sociedade civil.

A NATUREZA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo Procopiuck (2013) a política pública se constitui num conjunto de diretrizes que delineiam a ação governamental. Suas bases se encontram na legislação, em ordens executivas, em sistemas de controles institucionais, dentre outros. Dessa forma entende-se que as políticas públicas são tipicamente formadas por um conjunto de intenções estratégicas associadas a instrumentos necessários para execução por meio da ação de agentes governamentais, da sociedade civil organizada ou de agentes de mercado. Sobre os atores vinculados a um ou mais desses setores recai a responsabilidade de concretizar intenções a partir da alocação de recursos para obtenção de resultados concretos.

Percebe-se que políticas públicas normalmente são apresentadas como programas de ação governamental num dado setor ou espaço geográfico. Quanto a natureza, as políticas públicas podem ser:



- a) Políticas materiais – provem os seus beneficiários de recursos ou de poder substantivo, ou a eles impõe desvantagens;
- b) Políticas simbólicas – apresentam relativamente baixos impactos sobre as pessoas. Elas não chegam a concretizar aquilo que parecem fazer, alocando vantagens ou desvantagens intangíveis. São políticas que procuram fortalecer sentidos de patriotismo, de comportamentos pacíficos, de justiça social e etc.

Ainda quanto à natureza, as políticas públicas podem ser gerais ou específicas, amplas ou estreitas, simples ou complexas, implícitas ou explícitas, formais e informais, qualitativas ou quantitativas. “Qualquer que seja a sua natureza, dada política pública normalmente surge de uma declaração de princípios que lhe servirão de guia, definindo cursos de ação em direção à consecução de propósitos político-administrativo” (HOWLETT, 2013, P. 142).

A política pública, como instrumento de ação governamental, pode ser englobada em duas categorias amplas: as com objetivos claros e específicos ou as fundamentadas em objetivos vagos e inconsistentes. Considerando o número de políticas públicas articuladas em especial pelo governo, pode-se dizer que há tendências de que estas últimas preponderem.

Entende-se que o alinhamento e a clareza de políticas públicas normalmente dependem da ação estratégica do governo para a seleção de um determinado número delas para a formação de um núcleo estratégico de concentração e direcionamento de esforços e recursos para resolução de assuntos considerados prioritários em dados momentos no tempo. Porém, o mero agrupamento de políticas públicas em núcleos estratégicos não é suficiente para que resultados concretos sejam gerados. É, pois, necessário que, para além do arranjo formal de prioridades estratégicas, haja o desencadeamento e a manutenção de ações com capacidade de geração de resultados objetivos (Santos, 2010).

TIPOLOGIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo Procopiuck (2013), as políticas públicas, quanto a sua finalidade podem ser classificadas em construtivas, distributivas, redistributivas e regulatórias.

- Políticas constitutivas: criam ou estruturam as condições para que determinados problemas passem a ser tratados sistematicamente. A constituição de uma política normalmente é fundamentada pela aprovação de



uma legislação que especifica e lhe define uma finalidade, pela criação de órgãos responsáveis pela sua implementação e manutenção.

- Políticas distributivas: são configuradas quando procuram distribuir recursos. Os meios de distribuição podem ser via subsídios em produtos ou serviços, bem como mediante concessão de benefícios diretamente aos interessados. A definição de como os recursos serão distribuídos e de quem serão os beneficiários normalmente é feita por meio de legislação.
- Políticas redistributivas: são políticas que procuram mudar o grau de concentração de recursos mediante instituição de mecanismos de repasse de pontos de maior concentração para os de menor. Normalmente esse tipo de política busca a apropriação de recursos econômicos de classes de maior renda para repasse para as de menores rendimentos numa sociedade. O objetivo normalmente é melhorar o perfil de distribuição de renda.
- Políticas regulatórias: dizem respeito ao controle estatal, sobre a utilização de recursos ou sobre execução de atividades por diferentes segmentos da sociedade. Normalmente as políticas regulatórias procuram impor padrões de comportamento a indivíduos ou a grupos, com vistas a preservar o interesse público e a manter o equilíbrio em relações competitivas entre os integrantes de dado setor da comunidade .

Conclui-se portanto que o foco das políticas públicas normalmente é voltado para a sociedade e para seus problemas. A preocupação em estudos de políticas públicas é voltado para “ o que”, “por que” e “como” o governo age ou deixa de agir frente a problemas públicos.

CARACTERIZAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICAS

Em um processo natural de formação, num primeiro momento, a política pública transita por diferentes visões de mundo. É uma fase em que podem ser observadas certas iniciativas e mesmo tomadas medidas regulatórias, mas destituídas da força de lei. Ademais no processo de formação de uma política pública, numa primeira fase há relativamente ampla abertura para a entrada de novos participantes atraídos por problemas para os quais apresentam soluções particulares, mas em âmbito de paradigmas diferentes. A consequência natural é o surgimento de tendências de fragmentação e perda de foco das linhas de ação mais gerais.



Pode-se concluir então, que numa perspectiva de relação entre o Estado e a sociedade enquanto não houver tal alinhamento político-administrativo, independentemente do tempo de desenvolvimento da política, os métodos e instrumentos continuarão sendo inadequados e as soluções geradas a partir deles, tenderão a ser anômalas e ineficientes para enfrentar os problemas de política pública (Procopiuck, 2013).

As políticas públicas podem ser definidas por setor, onde a setorização, ou delimitação temática, tem como premissa a adoção de estratégias de regulação situacional ativa e autônoma para produção de regras em dado espaço definido pela própria conceituação do problema de política. Estima-se que uma configuração setorial pode levar a complexidade da coordenação pela ampliação e indefinição de limites claros de abrangência da política pública em termos de redes de atores e de interessados abrangidos.

Segundo Saraiva (2007), a limitação de uma política pública a contornos setoriais normalmente trará dificuldades para a definição de responsabilidades institucionais para a sua execução. Exemplos de políticas públicas setorizadas são as de combate as drogas, de conscientização sobre problemas ambientais, de promoção de direitos do cidadão.

A verticalização da política pública em termos de coordenação, são mais tradicionais e comuns de serem encontradas. São políticas desenvolvidas com base em estruturas organizacionais relativamente simples e, normalmente conduzidas a partir de diretrizes mais amplas. Dessa estruturas mais amplas surgem decisões que servem de guias gerais para decisões subseqüentes, até chegarem a níveis operacionais de execução concreta da política pública.

Segundo Saraiva (2007), são exemplos de políticas verticais, as políticas nacionais desenvolvidas regionalmente, coordenadas no âmbito federal ajustadas às peculiaridades contextuais para produzirem resultados operacionais.

Não podemos deixar de citar a territorialização de políticas públicas, ou a delimitação geográfica, que tem como fundamento a ação estratégica de arcabouços institucionais mais permanentes e claramente delimitados. Havendo dessa maneira uma possibilidade maior de coordenação e de controle por atores detentores de autoridade legítima sobre dada circunscrição territorial.



Podem ser citadas como exemplo as políticas de desenvolvimento do semiárido, de combate ao contrabando e de descaminho em fronteira (SARAIVA, 2007).

As políticas públicas horizontais, muitas vezes chamadas de políticas públicas mutuamente integradas são desenvolvidas entre partes de uma mesma organização ou por organizações situadas hierarquicamente em um mesmo âmbito.

Na atualidade, as tentativas de articular horizontalmente políticas públicas desencadearam diversas discussões sobre como devem ser constituídos sistemas de coordenação que garantam um mínimo de alinhamento para assegurar a geração de resultados operacionais eficientes.

Para Saraiva 2007 podem ser citados como exemplos de políticas públicas horizontais, a coleta e destinação de resíduos urbanos por municípios situados em áreas metropolitanas, políticas de combate ao tráfico de drogas no Mercosul.

CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O processo de elaboração de políticas públicas também é conhecido como ciclo de políticas públicas, que é um esquema de visualização e interpretação que organiza uma política pública em fases sequenciais e interdependentes.

O ciclo de políticas públicas tem uma grande utilidade: ajuda a organizar as idéias, faz que a complexidade de uma política pública seja simplificada.

a) Identificação do problema

Um problema é a discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível, ou seja, um problema público é a diferença entre o que é, e aquilo que gostaria que fosse a realidade pública. Para Sjoblom (1994) a identificação de um problema público envolve: a percepção do problema; a definição ou delimitação do problema e a avaliação da possibilidade de solução.

b) Formação da agenda

Pode tomar forma de um programa de governo, um planejamento orçamentário entre outros. De acordo com Costa (2003) existem dois tipos de agenda: 1 - agenda política ou sistêmica que é o conjunto de problemas ou temas que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública e 2 – agenda formal também conhecida como agenda institucional, aquela que elenca os problemas ou temas que o poder público já decidiu informar.



c) Formulação de alternativas

Para Costa (2003), a definição das alternativas é o instrumento supremo de poder, porque é a escolha dos conflitos e assim a escolha de poder. A formulação de alternativas de solução se desenvolve por meio de escrutínios formais ou informais das conseqüências do problema e dos potenciais custos e benefícios de cada alternativa disponível.

d) Tomada de decisão

A tomada de decisão representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções – objetivos e métodos, de enfrentamento de um problema público são explicitados.

e) Implementação

A fase de implementação é aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações.

f) Avaliação da política pública

É o processo de julgamentos deliberados sobre a validade das propostas para ação pública, bem como sobre o sucesso ou a falha de projetos que foram colocados em prática.

g) Extinção da política pública

De acordo com Costa (2003) as causas de extinção de uma política pública são basicamente três:

- 1) o problema que originou a política pública é percebido como resolvido;
- 2) os programas, as leis ou as ações são percebidos como ineficazes;
- 3) o problema embora não resolvido, perdeu progressivamente importância e saiu das agendas políticas formais.

Após esta breve descrição do que é e para que servem as políticas públicas, no próximo tópico serão abordadas especificamente as políticas de saúde no Brasil.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde pública no Brasil, assim como em outros países, tem um vínculo com um momento histórico, ora avançando, ora retrocedendo em determinados momentos. Segundo



Santos, Gabriel e Mello (2020), os cuidados à saúde contribuíram de forma substancial para a prosperidade ou o fracasso de algumas nações. Porém somente em situações de grandes epidemias a saúde é colocada como tema central de interesse, isto devido às repercussões sociais e econômicas.

As políticas públicas, entre elas, as de saúde, são o resultado de ações e articulação da sociedade civil com os atores políticos do país. Somente em 1998 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído, sendo uma conquista de movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde e reestruturação de seus sistemas.

Fazendo uma análise histórica encontramos que durante muitos anos o Brasil ficou restrito a ações de controle de epidemias. Porém, o crescimento desorganizado das cidades, a dificuldade de acesso ao tratamento de doenças e a inexistência de medidas eficazes de prevenção fizeram com que o país sofresse com alta prevalência de doenças.

De acordo com Pita (2010), em meados de 1900, o Brasil passou por grandes problemas de saúde pública, onde a população estava exposta a várias doenças. Anos mais tarde Emilio Ribas e Oswaldo Cruz se destacam respectivamente na batalha junto à saúde pública em São Paulo e no Rio de Janeiro. Em 1904 acontece a Revolta da Vacina no Rio de Janeiro, primeira interferência histórica da sociedade civil nas questões de saúde pública do país. Esse movimento resultou em mudanças no Departamento Nacional de Saúde Pública.

Na década de 1980, o país passou por um processo de redemocratização, que na saúde resultou no movimento denominado Reforma Sanitária e em 1986 ocorreu o principal marco da reivindicação de movimentos sociais, a 8ª. Conferência Nacional de Saúde. As discussões apresentadas na Conferência foram a base do texto constitucional da saúde descritos nos artigos 196 à 200 da Constituição Federal de 1988, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado. (PITTA, 2010). Ademais a criação do SUS é considerada, até hoje, como o maior marco de inclusão social de toda a história do país (FERNANDES, SOUSA, 2020).

O SUS é um complexo sistema, único em um país com dimensões continentais que integra diferentes culturas, interesses, climas e características regionais. Reúne a união, estados e municípios em sua gestão, inclusive com garantia da participação dos usuários do sistema, podendo ser compreendido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, formando uma rede hierarquizada, descentralizada, a partir de diretrizes de universalidade, integralidade e equidade. Resumidamente, é uma política pública prevista em constituição, que estabelece ações, que formam uma rede (PAIM, 2009; FERNANDES, SOUSA, 2020).

Segundo Albuquerque (2015), o SUS abrange um conjunto de serviços ambulatoriais especializados; serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica; serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, com destaque para o Serviço Móvel de Urgência (SAMU); além de uma



rede hospitalar de média e de alta complexidade., faz-se necessário enfatizar que o SUS conta, nessa abrangência/magnitude, com serviços próprios (públicos); além de serviços contratados ou conveniados de caráter privado complementar (filantrópicos e lucrativos). O Decreto nº 7.508/2011, que se refere a organização do SUS destaca que a sua execução é realizada pelos entes federativos (união, estados e municípios), de forma direta ou indireta, tendo como complementar a participação da iniciativa privada.

A complexidade das ações de saúde está relacionada com os procedimentos, as tecnologias e a especialização dos recursos humanos do hospital. A classificação em baixa, média e alta complexidade de ações é bastante discutida, não havendo ainda um critério objetivo de inclusão dos hospitais nessas categorias.

Quanto a categoria/regime jurídicos, segundo CALVO (2002) podem ser:

- ✓ Estatal/Público: Integra o patrimônio da União, Estado, DF² e Municípios. Pode pertencer a administração direta ou indireta (autarquias, fundações instituídas pelo Poder Público). Quando se tratar da administração indireta há maior flexibilidade em relação à gestão direta do governo;
- ✓ Privados: Integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado. Podem ter ou não fins lucrativos;
- ✓ Beneficentes (filantrópicos): Integram o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos de acordo com os termos das Leis n o 12.101/2009 e 12.868/2013. Celebram contrato com o SUS (local) e tem que ofertar no mínimo 60% dos seus serviços ao SUS. Não havendo interesse do SUS nos serviços ofertados ou de contratação abaixo do % mínimo, o hospital deverá comprovar a aplicação de % da sua receita em gratuidade na área da saúde. Aqueles hospitais de reconhecida excelência poderão, alternativamente, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, através de acordos com o Ministério da Saúde.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA TRATAMENTO DO CÂNCER

Segundo Silva et all (2017), no início do século XX, os países desenvolvidos já admitiam que o câncer era um problema de saúde pública e implantaram medidas com o objetivo de obter o controle, enquanto que no Brasil, a primeira proposta governamental de combate ao câncer ocorreu somente em 1920, e envolvia apenas a notificação compulsória dos casos e o registro do câncer como causa de óbito. Em 1937,

² -Distrito Federal



foi criado o Centro de Cancerologia, no estado do Rio de Janeiro, uma unidade hospitalar pública destinada exclusivamente ao tratamento e ao estudo do câncer, e em 1941 surge o Serviço Nacional de Câncer que atualmente é denominado Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), responsável por organizar, orientar, fiscalizar e executar as atividades relacionadas ao câncer, em todo o país..

Ressalta-se que no período que antecedeu criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, muitas campanhas e programas foram desenvolvidos visando o combate ao câncer, assim como ocorreu uma ampliação no número de estabelecimentos autorizados a prestarem o tratamento, porém mesmo com os avanços alcançados, o controle do câncer do câncer no Brasil não obteve um desempenho eficiente e satisfatório.

A partir da criação do SUS em 1990, um novo conjunto de políticas foi implementado com o intuito de estruturar a assistência ao paciente oncológico, em diversas frentes de organização. Silva et al (2017) define quatro fases históricas de para estruturar a política de organização do cuidado oncológico no período pós-sus sendo:

1. Fase de definição (de 1990 até a publicação da Portaria GM/Ms nº 3.535 de 1998); os serviços de oncologia passaram a compor as redes integradas de Procedimentos de alta complexidade e normatizaram o credenciamento de hospitais de alta complexidade
2. Fase de organização (da publicação da Portaria GM/Ms nº 3.535 de 1998 até a Portaria GM/Ms nº 2.439 de 2005); estabeleceu novos critérios para cadastramento de centros de atendimento de alta complexidade em oncologia.
3. Fase de expansão (da publicação da Portaria GM/Ms nº 2.439 de 2005 até a Portaria GM/Ms nº 874 de 2013); instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO).
4. Fase de integração (a partir da publicação da Portaria GM/Ms nº 874 de 2013) foi priorizado o modelo de redes de atenção à saúde e a Política Nacional para Prevenção e controle do câncer (PnPcc) (Portaria nº 874/13), que substituiu a PNAO.

Entende-se portanto que desde o início das ações voltadas a prevenção e tratamento do câncer somente em 2005 houve de fato a instituição de uma Política Pública que atendesse os direitos do cidadão brasileiro portador da neoplasia. A política



foi formalizada por meio da Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005 do Gabinete do Ministro da Saúde a qual instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Segundo Mendes e Vasconcelos (2015) a atenção oncológica no Brasil, de 2005 a 2013, foi norteadada pela Portaria nº 2.439/GM, de 08/12/2005 e para dar-lhe cumprimento, nesse período, o SUS estruturou respostas para melhor organizar a atenção ao câncer, levando-se em conta as dimensões e as heterogeneidades cultural e socioeconômica do Brasil, e para isso também foi criada a Portaria nº 741, de 19/12/2005 a qual determinava novas classificações e requisitos para os estabelecimentos que tratam câncer (Centros e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia), além de propor parâmetros para o planejamento e a avaliação da Rede de Alta Complexidade em Oncologia e de estabelecer procedimentos para melhoria das informações sobre a atenção ao câncer.

De acordo com diversos documentos consultados é possível afirmar que para atender a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer – PRONON foi necessário estabelecer uma estrutura organizada em uma linha de cuidados que passa por todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada de média e alta complexidade, e de atendimento contemplados pela política (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), pois no Brasil, a atual distribuição dos diferentes tipos de cânceres sugere uma polarização epidemiológica em andamento, segundo Banna e Gondinho (2019). Sendo assim, fazem parte da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, inúmeras campanhas de prevenção da doença nos seus mais variados tipos, assim como Portarias complementares para atendimentos específicos de acordo com o tipo e estágio da doença.

GEOGRAFIA ECONÔMICA DA SAÚDE

Para Benko (1996) a Geografia Econômica contemporânea tem por finalidade tratar de assuntos que não dizem respeito apenas ao sistema produtivo em si, mas ao papel de alguns conceitos e questões como modo de regulação, modelo de



desenvolvimento, paradigma tecnológico, entre outros para a compreensão da organização territorial da produção contemporânea. Ou seja, não basta apenas localizar a produção, deve-se explicar o movimento dessa produção e o conjunto de elementos envolvidos que produzem as diferentes configurações espaciais.

Portanto, consideramos que a geografia econômica não é entendida somente como um estudo da produção, mas sim de fatores como: localização, distribuição e organização espacial das atividades econômicas na Terra, proporcionando o entendimento das relações entre empresa, governo e mercado; nas diferentes escalas espaciais (do local ao global).

Segundo Nunes (2000), alguns elementos se revelam importantes para o entendimento da análise geográfica como a produção, a circulação, o consumo, as relações capital/trabalho, o movimento/dinâmica, o Estado e classes sociais.

A Geografia Econômica, nascida da convergência entre a Geografia e a Economia, também passa por mudanças significativas. Essas mudanças são as subdivisões que se sobrepõe de forma individual. A Geografia Econômica esta subdividida em Geografia Agrária, Geografia Industrial, Geografia dos Transportes e Geografia dos Serviços como aponta Andrade (1998).

Sendo a geografia dos serviços uma subdivisão da geografia econômica entendemos porque Guimarães (2015) aponta que a saúde tem despertado cada vez mais o interesse dos geógrafos e um dos motivos é a importância dos serviços de saúde no desenvolvimento das cidades; pois, é na cidade que as pessoas procuram médicos ou recorrem aos serviços de urgência e também para tratamentos de alta complexidade, como é o caso do tratamento do câncer. Mascates, restaurantes, terminais de ônibus, pontos de táxi, estações de metrô, enfim, um conjunto de atividades existentes em virtude dos serviços de saúde faz dos seus arredores o que muitos denominam “corredor sanitário. E neste espaço convivem pacientes que circulam pela cidade a procura de atendimento e serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos como a ultrassonografia, a hemodiálise, a ressonância magnética. Se a busca for pela cura do câncer e acompanhamento, a dependência circular e permanecer no lugar aumentam ainda mais; devido a necessidades de cirurgias, radioterapia e quimioterapia entre outros.

Pesquisadores da Geografia médica do período pós-Segunda Guerra Mundial, transformaram a saúde em um dos campos de aplicação dos estudos



geométricos do território. O paradigma da análise espacial, disseminado na Geografia entre o final da década de 1950 e começo dos anos 1960, **permitiu maior rigor na compreensão dos fenômenos de localização e distribuição dos equipamentos de saúde**³ ou na compreensão do papel dos diferentes elementos que contribuem para que as pessoas adoeçam (GUIMARÃES, 2015, p. 30).

Santos (2014) em seus estudos sobre os conceitos de regionalização dos serviços de saúde - o qual tem um enfoque específico na estrutura de atendimento a pacientes com câncer no Brasil – afirma que as unidades de saúde mais simples, com capacidade de resolver até 85% dos problemas da população deveriam estar o mais próximo possível das pessoas. As unidades-hospital, mais complexas e com capacidade instalada maior e equipamentos tecnológicos mais desenvolvidos deveriam localizar-se em região complementar, oportunizando uma cobertura espacial decrescente, a partir de uma lógica de distribuição que pudesse aperfeiçoar a produtividade.

Para além de uma discussão da importância da saúde para a seguridade social, é necessário abordar a saúde como parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento, a qual apresenta características cada vez mais evidentes que a tornam fundamental em um projeto de desenvolvimento nacional em outras dimensões além do social; podendo ser citado:

- 1) dimensão econômica e tecnológica, uma vez que alavanca aproximadamente 9% do PIB brasileiro observada no consumo final de bens e serviços e ainda articula a geração e difusão de tecnologias;
- 2) dimensão democrática devido a participação social em sua gestão;
- 3) dimensão territorial e regional, visto que a organização dos serviços de saúde no território condiciona o desenvolvimento regional (GADELHA; COSTA, 2012).

Ainda seguindo a análise de Gadelha; Costa (2010) a respeito do impacto no emprego, não somente as ocupações diretas em saúde cresceram 22% no período de 2003 a 2007 frente as ocupações totais da economia que cresceram 12% no mesmo período (IBGE, 2009), como também 10% do total de empregos qualificados estão ocupados pelo sistema produtivo de saúde.

Segundo informações atualizadas com dados de 2019⁴ e segundo o Instituto de

³ - Grifo nosso

⁴ Optamos por não utilizar neste momento dados de 2020 por se tratar de um período atípico em especial para a área da saúde em função da pandemia do Corona vírus o que poderia alterar os dados reais.

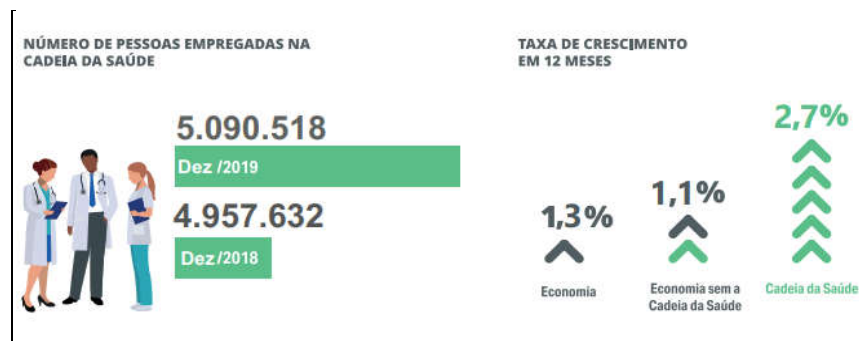


Estudo de Saúde Suplementar no relatório de Emprego da Cadeia Produtiva da Saúde apresenta que, em dezembro de 2019, o número de pessoas empregadas na cadeia produtiva da saúde foi de 5,1 milhões, considerando setor público e privado e empregos diretos e indiretos. Esse montante resulta do crescimento de 2,7% em relação a dezembro de 2018 e representa 10,8% do total da força de trabalho empregada no país.

A Saúde figura como importante parte da economia brasileira, representando 9,2% do PIB em 2017 (IBGE, 2020). Na mesma comparação (dez/18 a dez/19), o mercado de trabalho total cresceu 1,3%, mas se excluir os empregos gerados na cadeia da saúde, esse crescimento foi de 1,1%. Esses números ressaltam o impacto positivo que a cadeia da saúde tem sobre o mercado de trabalho brasileiro.

Os números apresentados podem ser melhores visualizados na figura 1, reafirmando a teoria de Gadelha; Costa de que é necessário considerar a área da saúde não somente em função da seguridade social mas também como propulsora de desenvolvimento.

Figura 1: Quantidade de pessoas empregadas na saúde e taxa de crescimento em 12 meses - Brasil



Fonte: IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2019

Segundo Viana; Elias (2007, p. 176) “ as relações entre saúde e desenvolvimento podem ser entendidas como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população”. É importante destacar que as vezes o conceito de desenvolvimento econômico e crescimento econômico são utilizados erroneamente, visto que o crescimento é uma das dimensões do desenvolvimento, conforme ressalta Schumpeter (1912, p. 47) “não pode ser considerado um processo de desenvolvimento o mero crescimento da economia, porque isso não suscita nenhum fenômeno qualitativamente novo”.



Guimarães (2006) e Albuquerque (2007), chamam atenção para o fato de que apesar da importância dos aspectos sociais e econômico da saúde, é de extrema relevância ressaltar o papel da saúde para a geração da inovação, devido a ser um dos maiores focos de investimento de Planejamento e Desenvolvimento no mundo. Este fato é corroborado por Guimarães (2005) o qual afirma que a saúde é responsável por $\frac{1}{4}$ do esforço nacional em pesquisa, situando-a em posição de liderança, no que tange ao investimento em P&D⁵ para a geração de conhecimento. Entende-se dessa forma que o complexo da saúde pode ser considerado um catalisador de inovação, devido à relação estabelecida entre os serviços de saúde e os segmentos industriais de base biotecnológica, química, mecânica, eletrônica e de equipamentos.

Gadelha et al. (2009) enfatizam ainda o envolvimento da saúde no complexo arranjo político institucional, nacional e internacional, relacionando as diversas esferas de governo, fator importante dadas as assimetrias socioeconômicas em território nacional. E por fim citar as interfaces mais marcantes no caso brasileiro, dadas as dimensões territoriais e as desigualdades observadas em solo nacional. A saúde destaca-se ainda como elemento estruturante da ocupação territorial. Ela é essencial para a organização das redes urbanas e a delimitação de escalas e limites territoriais, reunindo elementos centrais para o planejamento e implementação de novas políticas de desenvolvimento nacional não concentradas territorialmente.

O estudo da economia da saúde é interessante por três razões: (i) a dimensão da contribuição do setor saúde para o total da economia; (ii) as preocupações com as políticas nacionais; (iii) o número de problemas do setor dotados de um elemento econômico substancial.

Segundo Balbinotto Neto (2020) Os dados recentes das Contas de Saúde mostram, de um modo geral, aumento na participação do setor na economia brasileira no período 2010-2017. As despesas com consumo final de bens e serviços como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) cresceu de 8%, em 2010, para 9,2%, em 2017. Isso, segundo o IBGE, representou um total de R\$ 608,3 bilhões. A maior parcela, R\$ 354,6 bilhões, equivalente a 5,4% do PIB, está relacionada a despesas das famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias (como hospitais filantrópicos e santas casas, por exemplo). As despesas de consumo do governo atingiram R\$ 253,7 bilhões, ou o equivalente a 3,9% do PIB. Em termos *per capita*, a despesa com o consumo de bens e serviços de saúde ficou em R\$ 1.714,6 para famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias. Para o governo, elas se situaram em R\$ 1.226,8. Desse modo, a despesa *per capita* foi de R\$ 2.940,00.

Em termos de valor adicionado, este percentual passou 6,1% para 7,6%. Esse aumento também se refletiu no nível de emprego: a participação das atividades de saúde no total de ocupações passou de 5,3%, em 2010, para 7,1%, em 2017. No que se refere à participação das atividades de saúde no total das remunerações, o aumento foi de 8,3% para 9,6%. Essa crescente

⁵ Pesquisa e Desenvolvimento

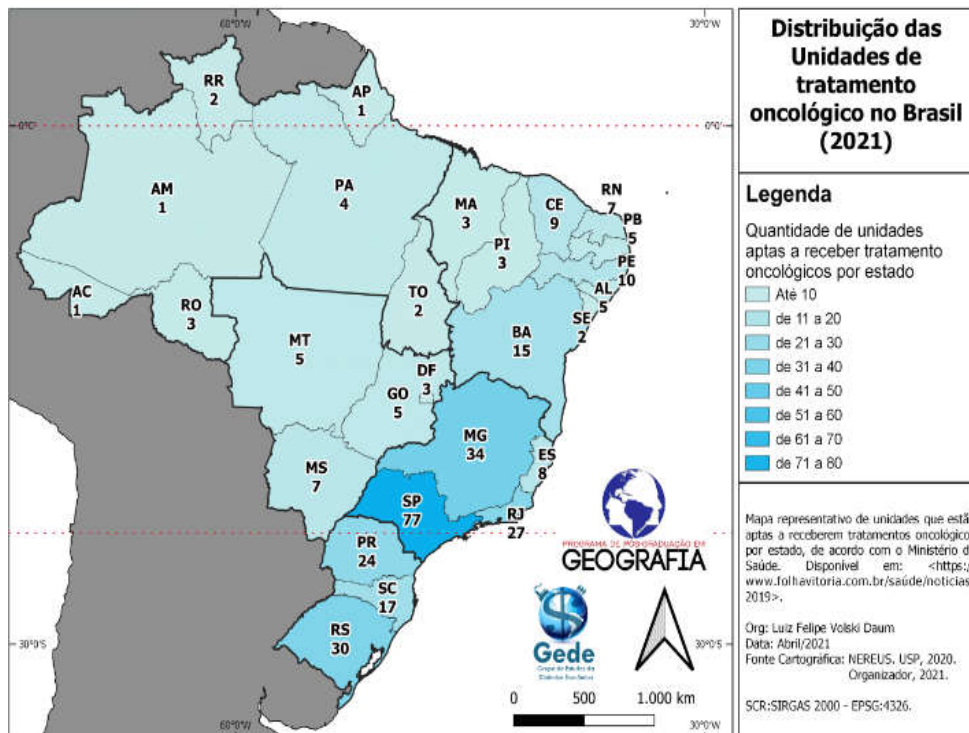


participação dos postos de trabalho no setor saúde reflete-se nas remunerações: as remunerações no setor saúde ficaram acima da média da economia. Segundo os dados da Contas Satélite, o rendimento médio anual das atividades de saúde foi de R\$ 43,8 mil reais em 2017, enquanto que o de outras atividades não saúde foi de R\$ 33,3 mil. Dentre as atividades relacionadas à saúde, destaca-se o rendimento dos trabalhadores ligados à fabricação de produtos farmacêuticos, onde a remuneração atinge R\$ 117,5 mil (BALBINOTTO NETO, 2020, p. 2)

É possível, assim, constatar que o setor saúde está-se tornando cada vez mais relevante, como um setor de atividade econômica significativo, tanto em termos de sua participação no PIB como fator gerador de renda e emprego. De acordo com os dados apresentados entende-se que há uma tendência que essa participação e relevância aumentem ainda mais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtido no site do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, existem atualmente 340 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer.



Fonte: Ministério da Saúde, disponível em:<https://www.folhavitoria.com.br/saude/noticias/2019>.



Conforme demonstra o mapa 1, todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia, onde o paciente de câncer encontrará desde um exame até cirurgias mais complexas. Cabe às secretarias estaduais e municipais de Saúde organizar o atendimento dos pacientes, definindo para que hospitais os pacientes, que precisam entrar no sistema público de saúde por meio da Rede de Atenção Básica, deverão ser encaminhados. Os paciente com câncer podem ser tratados nos hospitais gerais credenciados pelos gestores locais e habilitados pelo Ministério da Saúde como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

As unidades demonstradas no mapa 1 referem-se a centros de tratamento do câncer no Brasil, tanto no âmbito público, privado ou convênio, e evidencia a necessidade de deslocamento dos pacientes em tratamento oncológico dentro do território nacional, visto que o maior número de hospitais habilitados para o tratamento oncológico está localizado na região Sudeste, no estado de São Paulo, com cerca de 77 Unidades; Acre, Amazonas, Roraima e Amapá possuem apenas uma unidade de tratamento no estado; a Paraíba também possui um número muito pequeno de hospitais habilitados: apenas 5.

Aprofundando a análise por região, tem o Sudeste com o maior número, seguido da região Sul, depois Nordeste e as regiões Centro-Oeste e Norte são as que possuem o menor número de unidades. Dessa forma fica claro a escassez das unidades de saúde para o tratamento de câncer e considerando a perspectiva de que o Brasil pode chegar a 625 mil novos casos a cada ano do triênio 2020-2022. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, faz-se necessário propor alternativas para que o paciente oncológico tenha a assistência garantida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a política pública se constitui em área de estudo e de práticas de gestão. Uma significativa parte dos estudos de políticas públicas diz respeito ao desenvolvimento de cenários para busca de explicações sobre tendências contemporâneas quanto a diferentes aspectos da gestão pública, envolvendo inovações tecnológicas, desenvolvimento sócio econômico, mudanças institucionais, crescimento



da produção nacional, a eficiência na utilização de recursos humanos e recursos naturais, a melhoria da qualidade de vida entre outros.

As políticas públicas, entre elas, as de saúde, são o resultado de ações e articulação da sociedade civil com os atores políticos do país. Somente em 1998 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído, sendo uma conquista de movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde e reestruturação de seus sistemas.

A criação do SUS é considerada, até hoje, como o maior marco de inclusão social de toda a história do país (FERNANDES, SOUSA, 2020).

A partir da criação do SUS em 1990, um novo conjunto de políticas foi implementado com o intuito de estruturar a assistência ao paciente oncológico, em diversas frentes de organização. Silva et al (2017) define quatro fases históricas de para estruturar a política de organização do cuidado oncológico no período pós-sus sendo:

1. Fase de definição (de 1990 até a publicação da Portaria GM/Ms nº 3.535 de 1998); os serviços de oncologia passaram a compor as redes integradas de Procedimentos de alta complexidade e normatizaram o credenciamento de hospitais de alta complexidade
2. Fase de organização (da publicação da Portaria GM/Ms nº 3.535 de 1998 até a Portaria GM/Ms nº 2.439 de 2005); estabeleceu novos critérios para cadastramento de centros de atendimento de alta complexidade em oncologia.
3. Fase de expansão (da publicação da Portaria GM/Ms nº 2.439 de 2005 até a Portaria GM/Ms nº 874 de 2013); instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO).
4. Fase de integração (a partir da publicação da Portaria GM/Ms nº 874 de 2013) foi priorizado o modelo de redes de atenção à saúde e a Política Nacional para Prevenção e controle do câncer (PnPcc) (Portaria nº 874/13), que substituiu a PNAO.

Mesmo com o desenvolvimento de políticas específicas para tratamento do câncer, observa-se que existe uma escassez de unidades de saúde para o tratamento oncológico e considerando a perspectiva de que o Brasil pode chegar a 625 mil novos casos a cada ano do triênio 2020-2022 segundo o Instituto nacional do Câncer faz-se necessário propor alternativas para que o paciente oncológico tenha a assistência garantida.



Para além das políticas de saúde como direito do cidadão ainda há que se considerar a que o setor saúde está-se tornando cada vez mais relevante, como um setor de atividade econômica significativo, tanto em termos de sua participação no PIB como fator gerador de renda e emprego. De acordo com os dados apresentados entende-se que há uma tendência que essa participação e relevância aumentem ainda mais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **UNA-SUS UFPE**. Recife: [s.n.], 2015

ANDRADE, Manuel Correia de. **Geografia Econômica**. 12 ed. São Paulo: Atlas, 1998

BALBINOTTO NETO, Giacomo. **A participação do setor saúde na economia brasileira: dados recentes**. Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/fce/a-participacao-do-setor-saude-na-economia-brasileira-dados-recentes>.

BANNA, Simone Costa; GONDINHO, Brunna Verna Castro GONDINHO. **Assistência em oncologia no Sistema Único de Saúde – SUS**. J Manag Prim Health Care, 2019, v. 11: Suplemento - Anais do 1o. Seminário Internacional de Economia Política da Saúde Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/851>.

BOBBIO, N. MATEUCCI, N; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 12 ed. Brasília: Editora da UnB, 2002.

CALVO, M.C.M. **Hospitais Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde no Brasil: o mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso**. (Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2002. Disponível em: <https://nepas.ufsc.br/files/2012/04/Hospitais-p%C3%BAblicos-e-privados-no-Sistema-C3%9Anico-de-Sa%C3%BAde-do-Brasil-O-mito-da-efici%C3%AAncia-privada-no-estado-de-Mato-Grosso-em-1998.pdf>

CHORINCAS, Joana. Geografia Econômica: encontros e desencontros de uma ciência de encruzilhada. **Infogeo**, 16/17. Lisboa, Edição Colibri, 2001/2002, pp. 109-122.

COSTA, F. L. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v 37, n.5, set-out. 2003.

DEUS, S.P. **HOSPITAL ARAÚJO JORGE: humanização e a (re)significação do lugar pelo paciente migrante transplantado**. (Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Territórios e Expressões Culturais do Cerrado (TECCER), da Universidade Estadual de Goiás). Anápolis, 2019.



EGLER, Claudio A. G. **Que fazer com a Geografia Econômica neste final de século XXI?** Trabalho apresentado no Simpósio Internacional “Lugar sócio-espacial, mundo” (São Paulo, setembro de 1994), publicado nos textos LAGET 5p. 5-12

FERNANDES, Violeta Campolina; SOUSA, Camila Lopes. Aspectos históricos da saúde pública o Brasil: revisão integratva da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v.12, n.1, p.1-17, jan.2020.

Ferreira, Daiane Medeiros Roque. **Dimensões estatais, gerenciais e individuais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (de mama): uma avaliação de desempenho.** Tese (Doutorado em Administração) Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, 2018.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; BRAGA, Patrícia Seixas da Costa. **Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, p.1-13, abr. 2016.

GUIMARÃES, RB. **Geografia e saúde.** In: Saúde: fundamentos de Geografia humana [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp. 17-39. ISBN 978-85-68334-938-6. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>.

GUIMARÃES, R. **Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, p. 3-10, 2006.

HEIDEMANN, F.G. **Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento.** Brasília: Editora da UnB, 2009.

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

HOWLETT, M. ; RAMESH,M.; PEARL, A. **A política pública: seus ciclos e subsistemas, uma abordagem integral.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento>.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. O balanço de um século da saúde pública no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.127-130, 2010.

PROCOPIUCK, M. **Políticas Públicas e fundamentos da administração pública: análise e avaliação, governança e redes de políticas, administração judiciária.** São Paulo: Atlas, 2013.

SANTOS, M. G. **Políticas públicas: contribuições para o debate.** São Paulo: Atlas, 2010.



SANTOS, Iraelde Ferreira dos; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação** v.7, n.5 – 2020.

SANTOS, M.G. **O Turismo de Saúde em Barretos: uma consequência da desigualdade na distribuição de equipamentos para o tratamento do câncer no Brasil.** (Trabalho de conclusão de curso, do curso de Geografia da Universidade de Brasília). Barretos, 2014.

SARAIVA, E. **Política pública: dos clássicos às modernas abordagens.** Brasília: ENAP, 2007.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, Mario Jorge Sobreira da; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; O'DWYER, Gisele; SERPA, Claudia Garcia.. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/133> .