

Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS)

Healthcare regulation or every man for himself? Lessons learned from the early detection of breast cancer in regionalized networks of the Brazilian National Health System (SUS) (abstract: p. 16)

¿Reglamentación asistencial o cada uno por sí? Lecciones a partir de la detección precoz del cáncer de mama en redes regionalizadas del Sistema Brasileño de Salud (SUS) (resumen: p. 16)

Mônica Morrissy Martins Almeida^(a)

<almeidamonica51@gmail.com> 

Patty Fidelis de Almeida^(b)

<pattyfidelis@id.uff.br> 

Eduardo Alves Melo^(c)

<eduardo.melo@ensp.fiocruz.br> 

^(a) Mestrado Profissional em Saúde da Família, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF). Rua Marquês de Paraná, 303, 3º andar, anexo HUAP, Centro. Niterói, RJ, Brasil. 24030-215.

^(b) Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, UFF, Niterói, RJ, Brasil.

^(c) Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Buscou-se analisar os processos de regulação assistencial a partir das ações para detecção precoce do câncer de mama em perspectiva regional. Foi realizado estudo qualitativo e descritivo em uma região de saúde por meio de entrevistas semiestruturadas com gerentes/gestores da Atenção Básica (AB) e da Regulação Assistencial. Na região, convivem modelos de AB tradicionais e Estratégia Saúde da Família (ESF). As centrais de regulação eram heterogêneas quanto à informatização, com predomínio dos envios das referências via malote desde a AB. Identificou-se multiplicidade de sistemas regulatórios, sob gestão estadual, municipal e regional. A implantação do Sistema de Informação de Câncer não foi efetivada, comprometendo o monitoramento das ações e coordenação do cuidado. Foram identificados esforços para qualificar os processos regulatórios empreendidos pelos municípios, embora permanecessem ações automatizadas e paralelas, sem atuação do gestor estadual na coordenação e articulação das redes regionalizadas.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde. Regionalização da saúde. Câncer de mama. Regulação em saúde.

Introdução

As doenças e agravos não transmissíveis representam as principais causas de adoecimento e óbito na população mundial¹. Estima-se que as neoplasias malignas serão a maior causa de morte nas próximas décadas². Embora a incidência do câncer seja mais elevada nos países mais desenvolvidos, a mortalidade tem se apresentado proporcionalmente mais alta naqueles em desenvolvimento, refletindo diferenças nos perfis da doença e no acesso ao diagnóstico e tratamento³.

Apesar dos métodos diagnósticos serem ofertados pelo SUS, ainda que de forma insuficiente e desarticulada, o principal desafio em relação ao câncer de mama é o diagnóstico precoce⁴. A Atenção Primária à Saúde (APS), pela facilidade de acesso, de coordenação e por seu caráter longitudinal, apresenta potencialidades para interferir em algumas das condições que acompanham o adoecimento por câncer⁵. Para tal, demanda resolutividade a partir do apoio diagnóstico e terapêutico dos pontos especializados e hospitalares⁶, regulados a partir das necessidades de saúde dos territórios.

Processos regulatórios em saúde como ferramenta de gestão apresentam potência para reduzir e minorar desigualdades, em especial quando envolvem entes públicos e privados⁷. Em 2008, foi instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde⁸, na qual a Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial tem como objetivos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS⁹. Essa dimensão contempla as ações de regulação médica e o estabelecimento de referências entre diferentes níveis de complexidade a partir de centrais de regulação e complexos reguladores, de abrangência municipal, regional ou estadual, segundo fluxos e protocolos pactuados⁸.

Estudos têm apontado o esgotamento do processo de regulação assistencial no país, trazendo a discussão quanto à organização da regulação pela oferta, com pouca acuidade para as necessidades da população, e que esse processo necessitaria ser revisto à luz das demandas advindas dos territórios regionais^{10,11}. Além dos desafios relativos à regulação, não menos importante é o reconhecimento de medidas que enfrentem a fragmentação do cuidado em perspectiva regional^{10,12,13}, além da necessidade de ampliar o acesso aos serviços de retaguarda terapêutica especializada e hospitalar, com garantia de equidade nos territórios. Estudos mostram que dificuldades de acesso aos serviços especializados provocam busca por serviços privados^{11,13} e tensão entre fluxos formais e informais¹¹, inviabilizando ou minimizando as possibilidades de coordenação dos cuidados¹⁰⁻¹³.

Ao mesmo tempo, um conjunto de evidências apontam as fragilidades dos arranjos regionais, sublinhando a necessidade de investimentos para fortalecê-los com vistas à garantia de atenção integral à saúde¹². Tendo o cenário das redes regionalizadas e dos processos regulatórios como categorias centrais, este estudo analisa o processo de regulação assistencial em uma região de saúde a partir das ações para detecção precoce do câncer de mama realizadas desde a AB até o apoio diagnóstico, com especial foco na dinâmica regional para alcance de assistência integral à saúde.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma região de saúde do estado do Rio de Janeiro, por meio de 16 entrevistas semiestruturadas e visitas às centrais de regulação realizadas entre julho de 2018 a fevereiro de 2019. Foram identificados atores-chave para as entrevistas em conformidade aos objetivos do estudo, responsáveis pela gestão e operação das centrais de regulação e pelas coordenações de AB e que realizavam as referências para a atenção especializada em seis dos sete municípios que compõem a região pesquisada (tabela 1). Apenas um município não participou do estudo, após sucessivas tentativas de agendamento. Os participantes foram identificados por letras correspondentes aos respectivos municípios e números que representam a sequência de realização das entrevistas (A1, A2 e assim sucessivamente).

Tabela 1. Perfil dos entrevistados, municípios da região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2019

Município	Função na gestão	Formação	Tempo na função	Experiência no SUS*
A	Vice-presidente de atenção ambulatorial	Enfermagem e fonoaudiologia	4 anos	10 anos
	Coordenador municipal de Regulação	Medicina	5 anos	31 anos
	Coordenadora da regulação ambulatorial	Enfermagem	9 anos	10 anos
	Assessora da coordenação de oncologia	Biologia	6 anos	06 anos
B	Subsecretário de regulação, controle, avaliação e auditoria	Farmácia e Biologia	1 ano e 9 meses	11 anos
	2 assessoras técnicas de regulação	Ensino médio	2 anos	2 anos
C	Coordenadora municipal da Estratégia de Saúde da Família	Enfermagem	2 anos	7 anos
	Assessora técnica de regulação	Medicina Sanitária	1 ano e 6 meses	26 anos
D	Secretária municipal de Saúde	Enfermagem	6 anos	26 anos
	Superintendente de AB	Enfermagem	5 anos	12 anos
	Coordenadora da Central Municipal de Regulação	Técnico em Enfermagem	1 ano	3 anos
F	Subsecretária de AB	Enfermagem	1 ano e 4 meses	17 anos
	Coordenadora da Central Municipal de Regulação	Administração de Empresas	3 anos	3 anos
E	Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família	Enfermagem	6 meses	12 anos
	Técnica da Central Municipal de Regulação	Técnico em Logística	3 anos	3 anos

Fonte: elaboração própria.

* Tempo de experiência no SUS entre funções de assistência e gestão.

As entrevistas, gravadas em aparelho de áudio, com duração aproximada de 60 minutos cada, foram transcritas e analisadas com base em categorias, considerando-se, sobretudo, definições das Diretrizes Nacionais para Detecção Precoce do Câncer de Mama¹⁴ e etapas-chave do processo de regulação assistencial⁸, ratificadas por um conjunto de estudos, que destacam a necessidade de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em perspectiva regional, com porta de entrada pela APS e disponibilidade de recursos para confirmação diagnóstica na região de saúde¹⁰⁻¹⁴ regulados a partir de necessidades em saúde. As categorias de análise definidas com base no referencial citado organizam a apresentação dos resultados. O estudo pretendeu compreender as etapas sucessivas da regulação assistencial, considerando que tem início na AB, e percorre alguns pontos da RAS até o início do tratamento, caso seja diagnosticado o câncer de mama⁸. As ações para a detecção precoce do câncer de mama foram utilizadas como evento traçador para apreensão fina, precisa e compreensiva dos fluxos assistenciais.

As estimativas de casos novos no estado do Rio de Janeiro destacam o câncer de mama como o primeiro na região e no país. Para 2018 e 2019, a estimativa de incidência foi de 8.020 casos novos, com uma taxa bruta de 91,25 casos para cada 100.000 mulheres/ano, demonstrando a magnitude desse agravo no estado¹. Para realização deste estudo, foi selecionada uma região de saúde com características diversas quanto ao porte populacional e à disponibilidade de serviços de saúde (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da rede assistencial para detecção precoce do câncer de mama, municípios da região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2019

Município	Características gerais				Características da rede assistencial
	População 2017	Razão mamografia* 2017	Cobertura ESF (%) 2017	Cobertura AB (%) 2017	
A	499.028	0,12	65,83%	76,86%	<ul style="list-style-type: none">• Sede da região de saúde.• Rede assistencial majoritariamente pública com ampla oferta de ESF e AB, atenção especializada ambulatorial, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e um hospital universitário de referência para a região de saúde.• Possui mamógrafos próprios e conveniados ao SUS.• Laboratório de Saúde Pública – realiza a análise de material histopatológico de biópsias de mama.• Policlínica Municipal de Especialidades da Saúde da Mulher – referência para mastologia, confirmação diagnóstica de câncer de mama e regulação direta de casos cirúrgicos para o hospital universitário ou outras referências oncológicas.• Hospital Universitário: referência de Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) para o município-sede – tratamento do câncer de mama –, cirurgia e quimioterapia. A radioterapia é ofertada em um serviço de radioterapia privado e habilitado no SUS que atende à região de saúde.• Central Municipal de Regulação ambulatorial com médicos reguladores, com funcionamento diurno.• Menciona cumprir a “Lei dos 60 dias”.• Utiliza o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama).

Continua.

Tabela 2. Caracterização da rede assistencial para detecção precoce do câncer de mama, municípios da região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2019

Município	Características gerais				Características da rede assistencial
	População 2017	Razão mamografia* 2017	Cobertura ESF (%) 2017	Cobertura AB (%) 2017	
B	1.049.826	0,05	67,08%	84,02%	<ul style="list-style-type: none"> • Município mais populoso da região. • Possui elevada cobertura de ESF e AB e rede secundária mista (pública e privada), ambos em estruturação, com déficit de serviços diagnósticos e ausência de Unacon e radioterapia. • Possui mamógrafos próprios, insuficientes para a demanda. • Policlínicas municipais de especialidades, com oferta de consultas de mastologia; serviço especializado em saúde da mulher que realiza parte das mamografias e biópsias. • Realiza o exame histopatológico em serviço privado contratado no próprio município com demora no resultado. • Referências para tratamento do câncer de mama no hospital universitário do município-sede e na Unacon localizada no município C. • Central Municipal de Regulação ou Complexo Regulador em expansão, com médicos reguladores e funcionamento diurno. • Utiliza o Sistema de Informação do Câncer (Siscan). • Informa dificuldades no cumprimento da "Lei dos 60 dias".
C	58.272	0,30	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Município com cobertura mista de ESF e AB, assim como serviços diagnósticos privados, filantrópicos e habilitados pelo SUS. • Não possui mamógrafos; realiza os exames no prestador estadual localizado no município de Saquarema. • Mastologistas atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)s e realizando consultas de especialidades. • Central Municipal de Regulação ambulatorial com apenas uma médica reguladora na supervisão, e funcionamento exclusivamente diurno. • Possui uma Unacon sem radioterapia, funcionando em um hospital filantrópico contratualizado com a Secretaria Municipal de Saúde no território. É uma das referências para o tratamento do câncer de mama na região. • Utiliza o Siscan. • Menciona o cumprimento da "Lei dos 60 dias".
D	21.253	0,05	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Município com cobertura integral de ESF, sem mastologista na rede municipal, sendo sua referência o município C. • Não possui mamógrafos; realiza os exames no prestador estadual no município de Saquarema. • Toda a confirmação diagnóstica é realizada em serviços estaduais, fora do município, localizados no Rio de Janeiro. • Central Municipal de Regulação ambulatorial sem médicos reguladores, com funcionamento exclusivamente diurno. • Não utiliza Siscan, adotando planilha de controle de confecção própria. • Menciona o cumprimento da "Lei dos 60 dias".
E	32.970	0,08	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Município com cobertura integral de ESF, sem mastologista na rede municipal, sendo suas referências de especialidades os serviços localizados no município do Rio de Janeiro. • Não possui mamógrafos; realiza os exames no prestador estadual localizado no município de Saquarema. • Toda a confirmação diagnóstica é realizada em serviços estaduais, fora do município, localizados em Saquarema e no Rio de Janeiro. • Central Municipal de Regulação ambulatorial com uma médica reguladora na supervisão e funcionamento exclusivamente diurno. • Utiliza o Sismama. • Não soube informar sobre o cumprimento da "Lei dos 60 dias".
F	232.394	0,16	62,79%	74,09%	<ul style="list-style-type: none"> • Município com cobertura decrescente de ESF e AB nos últimos anos. • Possui duas policlínicas de especialidades, uma das quais é ligada ao hospital municipal onde são ofertadas consultas de mastologia e biópsias de mama. • O material histopatológico é analisado no próprio município. • O município possui mamógrafos privados, conveniados ao SUS. • Central Municipal de Regulação ambulatorial com médicos reguladores e funcionamento exclusivamente diurno. • Utiliza o Siscan. • Relata demora no tempo de agendamento das consultas para início do tratamento nas Unacons. • Menciona dificuldade no cumprimento da "Lei dos 60 dias".

Fonte: Elaborado a partir das entrevistas e consultas ao IBGE e do site da Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) (www.saude.rj.gov.br/ - Informações em Saúde).

* Razão entre exames de mamografia em mulheres de cinquenta a 69 anos e população feminina da mesma faixa etária e local de residência.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (parecer n. 2.779.093).

Resultados

Organização da Atenção Básica

Os municípios A, B e F, os de maior porte, apresentavam cobertura pela ESF inferior a 70%, além de outras modalidades de AB (Tabela 1). Historicamente, no município-sede ou polo da região, a meta foi cobrir a totalidade da população mais vulnerável com estratégias variadas de AB, como as equipes básicas em UBSs tradicionais. No município C, áreas não cobertas pela ESF tinham como referência um serviço ambulatorial localizado no centro do município. De forma geral, mesmo municípios de pequeno porte apresentavam populações dispersas no território.

A rotatividade e dificuldade de fixação, sobretudo de médicos, na AB foi característica comum dos municípios. A sede operava com contratos temporários e médicos do Programa Mais Médicos (PMM), assim como nos demais municípios da região. O município E contava com profissionais concursados e do PMM, reportando certa estabilidade e vinculação das equipes aos territórios e população, sobretudo os de Enfermagem. No município F, a constante falta de profissionais, o não cumprimento da carga horária e os baixos salários na AB foram mencionados como fatores que influenciavam no acolhimento aos usuários, na baixa resolutividade e na busca por serviços de emergência como porta de entrada (F13). Tal município contava com vinte profissionais do PMM, com avaliações positivas quanto à adesão aos princípios da ESF.

Nos dois municípios mais populosos da região (A e B), foram definidas estruturas regionais para organização dos serviços de saúde no território, nos quais se distribuam UBSs e serviços especializados (policlínicas e polos sanitários), estratégia considerada importante para definição dos fluxos assistenciais, para minimizar barreiras de acesso e garantir retaguarda terapêutica à AB. Os municípios de maior porte também apresentavam unidades especializadas em Saúde da Mulher.

Estrutura do sistema municipal de regulação

No conjunto dos municípios foram relatadas iniciativas de fortalecimento das estruturas de regulação assistencial e informatização dos processos. No município A, a estrutura disponível viabilizava a operação em turnos de 12 horas, nos sete dias da semana, mas não comportava a operação 24 horas. No município B, o complexo regulador municipal, inaugurado em 2013, funcionava de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h, e no sábado das 8h às 12h, podendo se comunicar diretamente com os usuários por meio de um *call center*. A prioridade municipal era a organização da rede ambulatorial (B). Nos demais municípios, equipes formadas em sua maioria por técnicos, com apoio de um médico ou outro profissional de nível superior, operavam em horário comercial, de segunda à sexta-feira.

Os informantes reportaram multiplicidade de sistemas de regulação, a depender do tipo de prestador e procedimento:

- KLINIKOS municipal (privado, exclusivo município A): sistema de regulação do município-sede que concentrava a oferta própria municipal (policlínicas, serviços diagnósticos e assistenciais), com acesso informatizado diretamente das UBSs.
- KLINIKOS estadual (privado): sistema para o acesso ao Centro de Diagnóstico Médico por Imagem do Rio de Janeiro.
- SER (privado): Sistema Estadual de Regulação utilizado para acesso a todos os procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares gerenciados pela Central Estadual de Regulação.
- RESNIT municipal (privado): desenvolvido pelo município-sede para a regulação da reabilitação física e oftalmologia, em fase de expansão de perfil, para o atendimento aos municípios da região.
- SISREG (público): sistema para a regulação interna de dois municípios na região e para regulação dos recursos ambulatoriais dos hospitais federais na capital, gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- ESUS (privado, exclusivo do município B): sistema utilizado inicialmente na regulação de procedimentos (exames e consultas de especialidades) entre os polos sanitários e as unidades de média e alta complexidade do município B.
- SIM (privado, exclusivo do município D): sistema municipal para a regulação dos procedimentos solicitados pela AB para as policlínicas de especialidades, serviços privados de apoio diagnóstico, fisioterapia e hospital municipal.

O município D contratou empresa privada para desenvolvimento de um sistema para a regulação da oferta própria municipal, que, segundo os entrevistados, ofereciam algumas funcionalidades, como relatórios gerenciais com informações sobre os atendimentos nos serviços ambulatoriais, de urgência e hospitalares, além da possibilidade do envio dos agendamentos via mensagem de texto pelo celular, sem necessidade do documento físico.

No período de realização do estudo, o acesso à oferta do Hospital Universitário (HU), localizado na sede, acontecia por meio de comunicação por e-mail. As Centrais Municipais de Regulação (CMR) recebiam a agenda mensal de especialidades e encaminhavam as solicitações dos usuários para a regulação do HU via correio eletrônico. Iniciativas de inclusão da oferta especializada em Oncologia, inclusive do HU, na Central Estadual de Regulação por meio do sistema SER, eram debatidas na Comissão Intergestores Regionais (CIR), porém, ainda não efetivadas.

Na região de saúde, no município B, havia ainda uma Central Regional de Regulação (CREG), estrutura pertencente à Secretaria de Estado de Saúde, criada em 2002, com o intuito de descentralizar a oferta estadual e fortalecer a organização das RAS na região, porém, com atuação reduzida e pouco integrada.

Apesar da multiplicidade e complexidade dos sistemas de regulação, não foram identificadas iniciativas formais e contínuas de capacitação profissional para o exercício da regulação assistencial na maioria dos municípios.

Entre os desafios para a melhoria da regulação, foi mencionada a necessidade de integração e proximidade com as coordenações de atenção especializada, objetivando qualificar as análises técnicas e o uso dos recursos disponíveis de acordo com as necessidades da AB (B5). Avaliou-se que havia pouco conhecimento dos processos regulatórios por parte dos profissionais de saúde e que o fortalecimento das centrais ajudaria a consolidar a regulação assistencial na RAS (A2).

Acesso à regulação assistencial

Mesmo com investimentos para fortalecimento das estruturas regulatórias, a informatização parcial das UBSs fazia com que o fluxo mais comum para agendamento das referências nos serviços próprios municipais fosse o recolhimento das guias físicas na AB, para marcação nas centrais de regulação (exceto município A e E). Também havia situações nas quais a marcação poderia ser realizada diretamente pelo usuário na central ou serviço de referência (município F).

Na sede da região, as UBSs e policlínicas regionais se comunicavam com a Central Municipal de Regulação por meio de sistema de regulação informatizado (KLINIKOS). As UBSs realizavam a marcação de procedimentos especializados na policlínica de referência e em serviços de imagem, como mamografia, sem necessidade de deslocamento do usuário ou da guia física. Embora o sistema de regulação fosse informatizado, a sede encontrava-se em momento inicial de informatização da rede básica com a implantação de prontuário eletrônico desenvolvido por empresa privada e ainda não integrado às policlínicas. No município B, a informatização foi iniciada pela rede de referência, e não pelas UBSs. Somente o município E reportou informatização das UBSs e utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão.

No município B, os agentes comunitários de saúde (ACS) se encarregavam da entrega das referências no complexo regulador, evitando o deslocamento dos usuários. Tal função passou a fazer parte de seu escopo de ações e seria provisória até a informatização da rede. A própria função regulatória era recente no município, visto que somente a partir de outubro de 2018 a regulação de consultas especializadas passou a ser realizada. Anteriormente, o agendamento era realizado diretamente pelos usuários nos prestadores, mediante guias de referência e filas para agendamento (B5).

As estratégias para informar aos usuários sobre o agendamento também foram distintas. Na maior parte dos municípios, as marcações retornavam às UBSs de origem, que se encarregavam de avisar os pacientes, em geral por meio do ACS. Nesse processo, avaliou-se que poderia ocorrer atrasos e perdas, visto os agendamentos chegarem com pouca antecedência. Já no município D, o sistema no qual era agendada a oferta própria municipal (SIM) enviava mensagens via celular com data e hora da consulta ou procedimento (D11).

Para casos prioritários identificados na AB, as estratégias eram diversas. No município B, os usuários eram encaminhados ao complexo regulador para avaliações pelo médico regulador, que determinava a inserção no sistema a partir da prioridade clínica.

Outro ponto crítico se referiu à retirada dos resultados dos exames, muitas vezes, sob responsabilidade do usuário, diretamente no prestador. No município B, foi informado que, na retirada do exame, havia a orientação de retorno ao médico solicitante para continuidade do acompanhamento.

A garantia de transporte para realização de consultas e exames fora do município de origem foi mencionada como uma ação tão necessária quanto a garantia de oferta, mesmo se tratando de municípios localizados em uma região metropolitana.

Acesso e regulação dos procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama

Os informantes referenciaram o Outubro Rosa como mês de intensificação das ações de detecção precoce do câncer de mama, sobretudo desenvolvidas na AB. As avaliações divergiram quanto à potência das equipes em desenvolverem tais atividades rotineiramente. Avaliou-se que o interesse e receptividade em relação à temática do câncer de mama vem aumentando e que a mídia desempenha papel importante.

A percepção dos gerentes e gestores era a de que havia suficiente oferta de mamografia, o que não é compatível com a razão de mamografias apresentada na tabela 2, além de mencionarem estratégias para atender com maior celeridade aos casos suspeitos. Foi relatada “sobra” do exame na sede da região, atribuída à baixa captação e falta de comunicação entre as estruturas da rede. Os demais municípios refeririam utilização da oferta do Rio Imagem, do Hospital Estadual de Saquarema, além de prestadores privados conveniados. Nos municípios C, D e E, foi mencionada disponibilização de transporte para deslocamento aos prestadores fora do município.

Nos municípios A, D e E, embora houvesse percepção de suficiência de mamografia, o monitoramento era prejudicado pela ausência do Siscan, que permitiria inclusive cálculo da cobertura. Nos municípios B, C e F seu funcionamento era parcial. O município E relatou que mesmo o Sismama não estava devidamente atualizado, não sendo possível utilizá-lo para o monitoramento. As lacunas na avaliação apareceram também na impossibilidade de monitorar os tempos de espera, desde a solicitação até a realização do exame, considerado oportuno na percepção dos entrevistados. Parte dos informantes mencionou problemas no registro, erros na alimentação dos códigos dos procedimentos e solicitações fora da faixa etária como fatores que explicariam as baixas coberturas de mamografia (tabela 2) no SUS.

Os resultados da mamografia deveriam ser buscados pela mulher, diretamente no prestador ou na coordenação de AB ou de Saúde da Mulher. Em alguns municípios (C, E), a retirada poderia ser realizada por responsável pelo transporte municipal ou portador autorizado. A demora na entrega do resultado, que segundo entrevistada do município D (D10), poderia ser informatizado, geraria atraso no início do tratamento e dificuldades adicionais para o município, visto ser o transporte um recurso crítico. No caso de lesão suspeita, na maioria dos casos, a UBS de referência ou o Programa Saúde da Mulher (E) eram acionados pelo prestador; em outros, a mulher era orientada a buscar a equipe de referência, que poderia realizar o agendamento prioritário da consulta com mastologista (B).

Uma vez realizada a mamografia, o acesso aos demais procedimentos para confirmação diagnóstica variaram entre os municípios, a depender da oferta de serviços. Na sede e no de maior porte, o serviço municipal de Saúde da Mulher oferecia a consulta com mastologista e biópsia. No C, mastologistas da rede municipal atuavam nas UBSs em esquema de rodízio semanal, realizando atendimentos com os profissionais da AB. Não havia precisão quanto aos tempos de espera, pois não eram monitorados, embora a maioria dos gestores tenha avaliado não haver problemas de acesso à consulta com mastologista (exceto no município E).

No município B, no qual o exame histopatológico era realizado em laboratório privado, mencionou-se pressão do Conselho Municipal de Saúde pela demora na entrega dos resultados, que passaria de sessenta dias, retardando o início do tratamento. Observou-se que os municípios da região buscavam ofertar ultrassom e biópsia em seu próprio território, independente do porte (exceto municípios D, E). A utilização do Rio Imagem ocorria, na maioria das vezes, diante do esgotamento da oferta municipal, sendo a disponibilidade de transporte mais uma vez mencionada como uma barreira de acesso.

Na sede da região, as usuárias atendidas na unidade de Saúde da Mulher, com diagnóstico de câncer de mama e indicação cirúrgica, eram referenciadas diretamente para o serviço de mastologia do HU. As vagas disponibilizadas mensalmente eram suficientes, segundo avaliação dos informantes (A3, A4). Mencionou-se que o fluxo de regulação para Oncologia no HU era recente, fruto de intenso processo de negociação das regulações municipais e estadual. Anteriormente, as mulheres eram reguladas para as vagas ofertadas pelo Instituto Nacional de Câncer ou outros hospitais federais na capital, com maiores tempos de espera.

O município C, embora de pequeno porte, possuía uma UNACON, principal referência para a região de saúde. Já o município B, com mais de 1 milhão de habitantes, não possuía serviço para tratamento oncológico, sendo as referências direcionadas à UNACON do município C, ao HU e a outros hospitais da capital. Nesse caso, foi mencionada insuficiente e irregular oferta, o que impossibilitava o planejamento do acesso das mulheres ao tratamento e, por vezes, exigia atuação política do secretário municipal de saúde para consecução de vagas (B5). Aliás, essa foi uma estratégia mencionada por parte dos informantes.

Também no caso do tratamento, não havia monitoramento dos tempos de espera, tampouco informações sobre a evolução clínica. Uma vez referenciada para o tratamento, não havia retorno da informação clínica para as centrais, programas de Saúde da Mulher e UBSs. O fluxo de informações ficava sob responsabilidade das mulheres, que se vinculavam aos hospitais ou serviços especializados para o seguimento longitudinal. Muitas só retornavam às centrais ou UBSs quando eram solicitados exames complementares.

Ainda que não tenha sido identificado monitoramento dos tempos de espera em qualquer etapa da linha de cuidado do câncer de mama, entrevistados de alguns municípios avaliaram que haveria cumprimento da Lei n. 12.732/2012, conhecida como “Lei dos 60 dias”¹⁵, sobretudo nos casos de câncer de mama (tabela 2). No município D, as usuárias recorriam à Defensoria Pública para garantia do atendimento oportuno e a

gestão municipal havia criado um núcleo de assessoramento para auxiliar o poder judiciário. Informante do município F relatou que entre as razões para o não cumprimento da Lei estaria a dificuldade de acesso ao tratamento, pelo município não conseguir realizar alguns exames confirmatórios e a necessidade de transporte.

O documento Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama¹⁶ era desconhecido pela maioria dos entrevistados, não sendo relatadas iniciativas estaduais e municipais (exceto município C) para atualização dos protocolos.

Dinâmica regional da regulação assistencial

Para acesso à oferta definida na Programação Pactuada e Integrada (PPI), alocados na sede, os municípios estabeleciam interlocução com a Central Municipal de Regulação da própria sede.

Avaliou-se que a organização dos processos regulatórios na região permitiram melhor acompanhamento dos recursos da PPI, de forma a identificar a real utilização, cujos problemas eram debatidos na CIR. Ainda assim, municípios de menor porte reportaram que dificilmente a PPI era cumprida e que os pactos eram refeitos, entre os gestores, por vias alternativas. Informantes do município D relataram relação de desequilíbrio com o município sede, com dificuldades de acesso aos procedimentos de alta complexidade. Nesses casos, os hospitais federais da capital atendiam às necessidades não contempladas na região. Exceto sede e município C, os demais reportaram dificuldades históricas de relacionamento com o HU. Avaliaram que a oferta não atendia às necessidades da região e que a interlocução com o HU seria mais efetiva se liderada pela sede. Também foi mencionada ausência do estado na condução da dinâmica regional – aliás, praticamente ausente na fala dos entrevistados – e que os municípios buscavam “se ajudar” em paralelo às pactuações formais.

No caso da atenção oncológica, prevalecia a percepção de insuficiente oferta para tratamento, principalmente pelo município mais populoso (B), que não dispunha dos serviços em seu território. Tal escassez tencionava as relações intermunicipais, uma vez que contingente importante de população do referido município precisava se deslocar para serviços de alta complexidade. A proposta era a de que a sede viabilizasse recursos assistenciais para a região ou os recursos deveriam retornar ao município de origem para criação de serviços próprios.

Discussão

Evidências sugerem que sistemas de saúde com forte base na APS representam a estrutura mais eficiente para promover coordenação do cuidado¹⁷. Os municípios da região apresentaram cobertura satisfatória de AB, especialmente os menores, considerada condição essencial para a estruturação e funcionamento da RAS no âmbito municipal e regional. Contudo, coexistiam diferentes modelagens de APS, que se sobrepunham na função de porta de entrada¹⁸. Também se observou que a expansão de cobertura não foi acompanhada de grau equivalente de informatização das UBSs, um dos requisitos para a utilização de sistemas informatizados descentralizados de regulação, evitando fluxo de papéis, conduzidos ora via malotes, ora pelos próprios usuários, o que pode implicar em maior demora para o agendamento, além do risco de perda e gastos com deslocamento até as centrais de regulação.

Mesmo tratando-se de região metropolitana, vale mencionar a forte dependência em relação ao PMM, demonstrando que tais regiões também apresentam dificuldades para atração e fixação de médicos na APS¹⁹. Embora este tema não tenha sido explorado em profundidade, a precariedade dos vínculos trabalhistas na maioria dos municípios; a localização da ESF em áreas de maior violência urbana como nos municípios A, B e F; e a baixa disponibilidade de profissionais interessados em atuar na APS na região foram alguns dos fatores explicativos da adesão ao PMM.

Identificaram-se investimentos em Tecnologias de Comunicação e Informação em Saúde, como prontuários eletrônicos, em alguns casos, privados e com implantação tardia e incipiente; e fortalecimento dos sistemas informatizados para a regulação assistencial, sobretudo nos municípios de maior porte, o que representa ferramenta de integração assistencial¹⁰. Outrossim, ao examinar a participação da AB na regulação, de maneira geral, as equipes pouco classificavam os riscos ou monitoravam as listas de espera.

Observou-se estruturação de Complexos Reguladores ou Centrais de Regulação em todos os municípios, principalmente nos de maior porte, em função do reconhecimento da premente necessidade de organização do acesso da população aos cuidados de saúde e da convicção de que os provedores de serviços devem estar sob regulação²⁰.

Sousa et al.²¹ afirmam que a estruturação dos fluxos assistenciais tem se construído a partir de ferramentas tecnológicas importantes, como centrais de regulação informatizadas, mas que, aparentemente não se conseguiu superar a fragmentação da produção em saúde. Os achados evidenciaram a coexistência de múltiplos sistemas para regulação assistencial, a depender do tipo de procedimento ou prestador, o que contribuía para mitigar a oferta e amplificar a fragmentação da rede. Por vezes, o município manejava mais de uma fila de espera para o mesmo procedimento. As centrais possuíam graus diferenciados de informatização, o que implicava em deslocamento dos usuários até suas respectivas sedes. Além disso, observou-se a adoção de sistemas privados de regulação “customizados”, cuja justificativa seria atender necessidades específicas de monitoramento, ausentes nos sistemas públicos.

Cabe ressaltar que a percepção sobre a suficiência dos recursos ocorria sem o devido monitoramento, visto que o Siscan ainda não estava implantado em todos os municípios, o que permitiria ter acesso a informações necessárias ao monitoramento das ações de detecção precoce²².

O Outubro Rosa estava incorporado à rotina dos serviços de saúde em todos os municípios, ainda que se reconhecesse a dificuldade para a continuidade das ações. A periodicidade anual do rastreamento era reforçada e legitimada pela opinião de especialistas, o que, segundo Migowski¹⁴, é favorecido por estratégias de campanhas anuais.

Sugere-se que o diagnóstico das pacientes com suspeita clínica de câncer de mama deva ser feito no menor tempo possível e no mesmo local¹⁴. A organização dos procedimentos diagnósticos na região ocorria de maneira pulverizada, em diferentes serviços, favorecendo o retardo no diagnóstico e no encaminhamento para o tratamento oncológico. Apenas o município-sede e um município do interior apresentaram maior integração na realização do diagnóstico, por possuírem maior disponibilidade de serviços. Foi mencionada demora e dificuldade para iniciar o tratamento oncológico, sem mediação da SES para atender às necessidades dos municípios e barreiras ainda não superadas para acesso à oferta de serviços do hospital universitário.

A desigualdade na oferta de serviços entre os municípios provocava um movimento de “se virar” no próprio território e buscar resolver os problemas isoladamente, o que sugere existir lacunas no planejamento e gestão regional, tanto pela provável fragilidade na observância da escala e escopo de alguns serviços quanto pela disposição fragmentada de ações. Nessa direção, espaços de governança regional como a CIR carecem de fortalecimento para cogestão das redes, com participação ativa do ente estadual¹⁰.

Todos os informantes convergiram na avaliação de que em geral não há seguimento das usuárias pela gestão das CMR e pelas equipes de AB após início do tratamento. Nesse momento, há uma ruptura da relação da usuária com a AB que não recebe informações acerca dessa etapa dos cuidados, minando qualquer possibilidade de coordenação. Os serviços de saúde de maior densidade tecnológica, frequentemente, não retornavam as informações para a AB, tornando a rede assistencial um emaranhado de práticas desconexas e pontuais²³.

Este estudo ratifica a incompletude dos arranjos para a regulação assistencial em perspectiva regional, guardadas todas as limitações de um estudo de caso qualitativo realizado em contexto específico, requerendo-se, assim, abordagens complementares para ampliar o escopo dos resultados. Nessa direção, a análise de dados secundários acerca da oferta de procedimentos e serviços, bem como do caminhar dos usuários pela região, poderiam trazer à tona informações relevantes que ajudariam a compreender as trajetórias tecidas na busca pelo cuidado. Também se ressalta que a utilização das ações de detecção precoce do câncer de mama foi um dispositivo para amplificar o olhar sobre os pontos de interdição e passagem na busca por cuidados na RAS, ainda que se reconheça que esta deva se organizar de forma a garantir acesso integral a serviços de diferentes densidades tecnológicas.

Contribuições dos autores

Mônica Morrissy Martins Almeida e Patty Fidelis de Almeida foram responsáveis pela concepção e delineamento do trabalho, redação do manuscrito e aprovação de sua versão final. Eduardo Alves Melo participou da discussão dos resultados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
2. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *Lancet Oncol.* 2012; 13(8):790-801.
3. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(2):87-108.
4. Bernardes NB, Sá ACF, Facioli LS, Ferreira ML, Sá OR, Costa RM. Câncer de mama x diagnóstico. *Rev Mult Psic.* 2019; 3(44):877-85.
5. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos LC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a atenção primária à saúde. *Divulg Saude Debate.* 2014; (52):114-24.
6. Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SM. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2017; 2(39):1-18.
7. Santos F, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface (Botucatu).* 2006; 10(19):25-41.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559/GM, de 1 de Agosto de 2008. Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União.* 4 Ago 2008.
9. Mendes EV. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. 2a ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
10. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saude Soc.* 2016; 25(2):320-35.
11. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cienc Saude Colet.* 2017; 22(4):1141-54.



12. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 51-72.
13. Santos AM, Almeida PF. Atención especializada en regiones de salud: desafíos para garantizar el cuidado integral en Brasil. *Rev Salud Publica*. 2018; 20(3):301-7.
14. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, Silva GA, Sant'Ana DR, Stein AT. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(6):e00046317.
15. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.732/2012, de 22 de Novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. 22 Nov 2012.
16. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
17. Bodenheimer T. Coordinating care - a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008; 358(10):1064-71.
18. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(5):1499-510.
19. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do programa mais médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2773-84.
20. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saude Debate*. 2012; 36(95):640-7.
21. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Jr. GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(4):1283-93.
22. Tomazelli JG, Migowski A, Ribeiro CM, Assis M, Abreu DMF. Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2017; 26(1):61-70.
23. Goldman RE, Figueiredo EN, Fustinoni SM, Souza KMJ, Almeida AM, Gutiérrez MGR. Rede de atenção ao câncer de mama: perspectiva de gestores da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72 Suppl 1:274-81.



The aim of this article was to analyze healthcare regulation processes based on actions for the early detection of breast cancer in a regional perspective. A qualitative and descriptive study was carried out in a health region by means of semi-structured interviews with Primary Care and Healthcare Regulation managers. In the region, traditional Primary Care models co-exist with the Family Health Strategy. The regulation centers were heterogeneous concerning computerization, with referrals being predominantly sent by Primary Care in pouches. Multiple regulation systems were identified, under state, municipal and regional management. The implementation of the Cancer Information System was not concluded, which hindered the monitoring of actions and the coordination of care. Efforts to qualify the regulatory processes performed by municipalities were identified, although they remained atomized and parallel actions, without the state manager coordinating and articulating the regionalized networks.

Keywords: Comprehensive healthcare. Regionalization of healthcare. Breast cancer. Health regulation.

Se buscó analizar los procesos de regulación asistencial a partir de las acciones para detección precoz del cáncer de mama desde una perspectiva regional. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, en una región de salud, por medio de entrevistas semiestructuradas con gerentes/gestores de la Atención Básica (AB) y de la Regulación Asistencial. En la región conviven modelos de AB tradicionales y Estrategia Salud de la Familia. Las centrales de regulación eran heterogéneas en lo que se refiere a la informatización, con predominio de los envíos de las referencias vía valija desde la AB. Se identificó la multiplicidad de sistemas regulatorios, bajo gestión estatal, municipal y regional. La implantación del Sistema de Información de Cáncer no se hizo efectiva, comprometiendo el monitoreo de las acciones y coordinación del cuidado. Se identificaron esfuerzos para calificar los procesos regulatorios realizados por los municipios, aunque permanecieran como acciones atomizadas y paralelas, sin actuación del gestor estatal en la coordinación y articulación de las redes regionalizadas.

Palabras clave: Asistencia integral de la salud. Regionalización de la salud. Cáncer de mama. Regulación en salud.

Submetido em 02/09/19.

Aprovado em 28/06/20.