



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mônica Morrissy Martins Almeida

**Regulação assistencial para detecção precoce do câncer de mama na Região
Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro**

Niterói – RJ
2019

Mônica Morrissy Martins Almeida

**Regulação assistencial para detecção precoce do câncer de mama na Região
Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – Abrasco/Fiocruz/ISC/UFF, área de concentração Saúde da Família, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Patty Fidelis de Almeida

Niterói – RJ
2019

A447r Almeida, Mônica Morrissy Martins
Regulação assistencial para detecção precoce do
câncer de mama na região metropolitana II do estado
do Rio de Janeiro / Mônica Morrissy Martins Almeida;
Patty Fidelis de Almeida, orientadora. Niterói,
2019.
110 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da
Família)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,
2019.

DOI:
<http://dx.doi.org/10.22409/PPGSC.2019.m.67618251720>

1. Neoplasia da mama. 2. Saúde pública. 3.
Regulação em saúde. 4. Planejamento regional. 5.
Produção intelectual. I. Almeida, Patty Fidelis de,
orientadora.
II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de
Saúde Coletiva. III. Título

CDD 616.99449

Mônica Morrissy Martins Almeida

**Regulação assistencial para detecção precoce do câncer de mama na Região
Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – Abrasco/Fiocruz/ISC/UFF, área de concentração Saúde da Família, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Niterói, 02 de julho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Patty Fidelis de Almeida
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr Eduardo Melo Alves
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Leandro Marcial Amaral Hoffmann
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Cláudia Regina Santos Ribeiro
Universidade Federal Fluminense

Esse trabalho é dedicado àqueles que no cotidiano fazem o SUS acontecer. Trabalhadores, usuários e gestores, comprometidos com o bem comum, construindo uma vida plena de potencialidades para todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo apoio durante a realização da minha formação acadêmica e na dedicação a este trabalho. Em especial a meus filhos Amanda Almeida Mudjalieb e Bernardo Almeida Mudjalieb e seus companheiros de vida, Carlos Monteiro e Jéssica Galdino. E à minha neta, Olívia, fonte de amor e inspiração.

À orientadora Patty Fidelis, pela incansável vocação de orientar, compreendendo as fragilidades do processo e apoiando quando necessário.

Aos amigos de viagem do SUS, por sua cumplicidade nos momentos difíceis, vocês foram muito importantes!

E a esperança no futuro, para minha querida neta Olívia e as outras crianças que virão, e que possam ter um país bom para viver.

*Que nada nos limite. Que nada nos defina. Que nada nos sujeite
Que a liberdade seja a nossa própria substância.*

Simone de Beauvoir , s/p.

RESUMO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em seis municípios da região de saúde Metropolitana II, localizada no estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de analisar os processos de Regulação Assistencial para detecção precoce do câncer de mama. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gerentes e gestores do SUS das áreas da Atenção Básica (AB) e Regulação Assistencial em seis dos sete municípios que compõem a região de saúde. O material empírico passou por análise de conteúdo temática, guiada pelas seguintes categorias: estruturação da Atenção Básica nos municípios; infraestrutura da regulação assistencial; fluxos das usuárias da AB aos serviços de referência; acesso aos procedimentos da linha de cuidado do câncer de mama; coordenação do cuidado pela AB e dinâmica regional de regulação. Os resultados ratificam elevada cobertura de Atenção Básica em quase todos os municípios, considerada condição favorável para a abordagem das mulheres nas ações de detecção precoce do câncer de mama. As estruturas de regulação são heterogêneas entre os municípios no que se refere à informatização das centrais e dos serviços de saúde, sendo o fluxo mais frequente para chegada das solicitações de referência os envios via malote desde a AB. Elemento comum entre os seis municípios é a multiplicidade de sistemas regulatórios, sob gestão estadual, municipal e regional e a ausência de regulação de leitos. Foi percebida especial atenção dos gestores e gerentes à garantia dos procedimentos para detecção precoce do câncer de mama e estabelecimento de fluxos. Problemas foram identificados em relação ao acesso à mamografia orientada por estereotaxia digital, para detecção de lesões impalpáveis, que só é realizado em um prestador localizado no município do Rio de Janeiro. A implantação do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) não foi efetiva na maior parte dos municípios, e não permite a obtenção de informações para monitoramento das ações. Após início do tratamento, centrais de regulação e equipes de AB não conseguem realizar a coordenação do cuidado e perdem o contato com as usuárias. Os resultados apontam que embora qualificar os processos regulatórios seja uma preocupação presente nas atuais gestões da saúde nos municípios estudados, permanecem ações atomizadas, com multiplicidade de sistemas que mitigam a oferta de serviços de saúde e reforçam a fragmentação da rede, sem a necessária atuação do gestor estadual na condução do processo.

Palavras-chave: Redes Regionalizadas; Regulação Assistencial; Câncer de Mama.

ABSTRACT

A descriptive study with a qualitative approach was carried out in six municipalities of the Metropolitan II health region, located in the state of Rio de Janeiro, with the objective of analyzing the processes of Care Regulation for the early detection of breast cancer. Semistructured interviews were conducted with SUS managers and managers from the areas of Primary Care and Care Regulation in six of the seven municipalities that make up the health region. The empirical material was analyzed by thematic content, guided by the following categories of analysis: structuring the Primary Care in the municipalities; health care regulatory infrastructure; flows from Primary Care users to referral services; access to breast cancer care line procedures; coordination of Primary Care and regional regulation dynamics. The results confirm high coverage of Primary Care in almost all municipalities, considered a favorable condition for the approach of women in the actions of early detection of breast cancer. It was mentioned articulation with specialized units, although not fully implemented. The regulatory structures are heterogeneous among municipalities with regard to the computerization of both the central and the health services, being the most frequent flow for the arrival of the reference requests the shipments via the Primary Care. A common element among the six municipalities is the multiplicity of regulatory systems, under state, municipal and regional management, absence of bed regulation and state initiatives. Special attention was given to the management of procedures for the early detection of breast cancer and establishment of flows.

Problems were identified in relation to the access to mammography guided by digital stereotaxia, for detection of impalpable lesions, which is only performed in a provider located in the city of Rio de Janeiro. The implantation of the Cancer Information System (SISCAN) was not effective in most municipalities and does not allow the obtaining of managerial information. After initiation of treatment, control centers and Primary Care teams are unable to coordinate care and lose contact with users. The results show that although regulatory processes are a concern present in the current health management in the municipalities studied, atomized actions remain, with a multiplicity of systems that mitigate the supply of health services and reinforce the network fragmentation, without the necessary action of the manager in the conduct of the process.

Keywords: Regionalized Networks; Assistance Regulation; Breast cancer.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro	Perfil dos entrevistados por municípios da região de saúde – Metropolitana II, Rio de Janeiro, 2018, 2019.....	26
1 -		
Quadro	Caracterização da rede ass. para detecção precoce do câncer de mama.....	78
2 -		
Tabela	População estimada e densidade de ocupação dos municípios da região Metropolitana II.....	27
1 -		
Tabela	Número de internações femininas na Região Metropolitana II, Rio de Janeiro, 2018, segundo Capítulos da CID-10.....	28
2 -		
Tabela	Número de internações masculinas na Região Metropolitana II, Rio de Janeiro, 2018, segundo Capítulos da CID-10.....	28
3 -		
Tabela	Número de óbitos masculinos, segundo as 10 principais causas, por Capítulo da CID-10 na Região Metropolitana II, Rio de Janeiro. 2016.....	29
4 -		
Tabela	Número de óbitos femininos, segundo as 10 principais causas, por Capítulo da CID-10 na Região Metropolitana II, Rio de Janeiro. 2016.....	30
5 -		
Tabela	Número de óbitos masculinos das 10 principais causas segundo grupo da CID-10 na Região Metropolitana II, Rio de Janeiro. Período:2016.....	30
6 -		
Tabela	Número de óbitos femininos das 10 principais causas segundo grupo da CID-10 na Região Metropolitana II, Rio de Janeiro. Período:2016.....	31
7 -		
Tabela	Série histórica do indicador - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica /Região /município – Rio de Janeiro. 2014 - mar 2019.....	32
8 -		
Tabela	Indicadores de Cobertura da Atenção Primária comparados – AP e ESF – Rio de Janeiro. Janeiro a março de 2019.....	32
9 -		
Tabela	Cobertura da Estratégia de Saúde Bucal, Região de Saúde Metropolitana II, Rio de Janeiro. Período - 2008-2019.....	32
10 -		
Tabela	Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia nos últimos dois anos segundo PNAD 2003, 2008 e 2013. Região Sudeste. Brasil.....	33
11 -		
Tabela	Razão entre o número de procedimentos de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos registradas no SUS e a metade da população de mulheres na mesma faixa etária nas regiões de saúde e Estado do Rio de Janeiro - 2008 -2017.....	34
12 -		
Tabela	Série histórica da razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na região Metropolitana II e seus municípios. Rio de Janeiro.	34
13 -		

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CER	Central Estadual de Regulação
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CID-10	Classificação Internacional de Doenças-10ª Edição
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMR	Central Municipal de Regulação
CREG	Central Regional de Regulação
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios

PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SARGSUS	Sistema de Apoio à construção do Relatório de Gestão
SAU	Serviço de Atendimento ao usuário
SER	Sistema Estadual de Regulação
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISREG	Sistema de Regulação do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Atendimento Oncológico
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1	REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E GARANTIA DE ACESSO OPORTUNO.....	20
2.2	AÇÕES PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA	21
3.	METODOLOGIA	24
3.1	TIPO DE ESTUDO	24
3.2	PRODUÇÃO DOS RESULTADOS	25
3.3	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	26
3.4	CENÁRIO DO ESTUDO	27
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	35
4.	RESULTADOS	36
4.1	NITERÓI.....	36
4.2	SÃO GONÇALO	45
4.3	RIO BONITO	53
4.4	SILVA JARDIM	59
4.5	TANGUÁ	66
4.6	ITABORAÍ	71
5.	DISCUSSÃO	80
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
	APÊNDICE 1 – ROTEIRO GERAL DE ENTREVISTAS	95
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105

APRESENTAÇÃO

Esse estudo pretendeu contribuir para o conhecimento do funcionamento da regulação assistencial no cenário das redes regionais de atenção à saúde, tendo como fio condutor os procedimentos necessários para a detecção precoce do câncer de mama nas usuárias do SUS, com vistas a qualificar a assistência pública prestada no espaço territorial da Região Metropolitana II.

Ademais da importância sanitária e social do tema, o interesse por essa discussão justificou-se a partir dos desafios enfrentados nos 31 anos de construção e gestão no SUS, do município à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – SES-RJ. Além disso, a pesquisadora reside no município polo da região de saúde, onde já trabalhou em cargos de gestão em unidade de saúde municipal e como secretária de saúde em um dos municípios da região e coordena atualmente a área de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. É médica-sanitarista há 26 anos, com trajetória na Saúde Pública, tendo percorrido vários pontos do sistema, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS) e na área da gestão.

A tarefa da construção de redes municipais de saúde, tendo como objetivo a implantação de uma APS com alta cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a capacidade de manejar os problemas das populações atendidas, comprometida com práticas solidárias de gestão, motivaram a busca por qualificação profissional que sustentasse o cotidiano do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal.

Os recursos insuficientes e a necessidade de garantir práticas sanitárias de proteção à saúde, demandavam escolhas e decisões na gestão. Cobertura vacinal, coleta de citopatológico para o rastreamento do câncer de colo de útero, compra de exames no setor privado, entre eles a mamografia de rastreamento, recursos para a APS ou para a Atenção Especializada e Hospitalar, todas igualmente importantes, entre tantas questões que fazem parte das preocupações de uma equipe de gestão municipal. A prioridade do acesso dos usuários ao sistema público de saúde e a busca por integralidade nortearam esse período de atuação. A experiência na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, trouxe a visão de território estadual e suas regiões de saúde, extremamente rica e diversa, trazendo novos desafios com a vivência da efetivação do processo de regionalização em toda sua complexidade, sob a égide do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), e do Decreto nº 7508/2011 (Brasil, 2011). Os espaços regionais, ainda por serem consolidados, demandam dos profissionais envolvidos novas estratégias para qualificação e aprimoramento das relações regionais e sua governança.

A oportunidade da pesquisa na Região Metropolitana II acena com a possibilidade que seus resultados possam esclarecer pontos de estrangulamento para o desenvolvimento de redes regionais de atenção à saúde, criando condições para a construção de um cuidado integral e oportuno em saúde na perspectiva regional.

A conformação de redes regionalizadas que tenham por base a orientação pela APS, fortalecida por investimentos para seu pleno funcionamento, com integração entre níveis assistenciais nas dimensões horizontais e verticais, mediados pela regulação assistencial e que resultem em atenção integral à população usuária, constituem objetivos a serem alcançados por todos aqueles envolvidos com o desenvolvimento de sociedades mais justas e com o aperfeiçoamento do SUS.

1. INTRODUÇÃO

Esse estudo descreve e analisa o funcionamento da regulação assistencial no cenário das redes regionais de atenção à saúde, tendo como fio condutor os procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama nas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988 garantiu aos cidadãos brasileiros, o direito de acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Nesse sentido, a responsabilidade passou a ser compartilhada pelos três entes federativos, que assumiram atribuições para viabilizar o acesso dos usuários ao SUS, de maneira equânime, com oferta de atenção integral em saúde (Vilarins, 2010).

A equidade no acesso aos serviços de saúde é um princípio de muitos sistemas nacionais de saúde. (Pain, 2006). Processos regulatórios como ferramenta de gestão apresentam a potência para reduzir e minorar desigualdades, em especial quando envolvem entes públicos e privados (Santos, Merhy, 2006). Garantir o acesso da população aos serviços públicos de saúde, resolutivos e com qualidade, por meio da organização de uma rede de serviços que podem incluir também os privados, contratados ao SUS, é tarefa inequívoca e de atuação direta do Estado, na definição das regras de seu funcionamento (Vilarins et al., 2012).

O SUS desde sua concepção viu retratadas nas diretrizes constitucionais, a descentralização e regionalização, reafirmando a direção de organização do sistema através de redes regionalizadas e hierarquizadas, denominadas de Redes de Atenção à Saúde tendo na APS um dos seus componentes estratégicos. Essa direção tem estado presente nas normas legais, com maior força, a partir dos anos 2000, com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002), no Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) e sobretudo a partir do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8080 de 1990, atualizando os Colegiados e Gestão Regional (CGR), que passaram a ser denominados de Comissão Intergestores Regional (CIR). Foi estabelecido seu funcionamento em todas as regiões de saúde constituídas nas unidades estaduais da federação (Brasil, 2011). Foi reforçado dessa forma, o papel de instância de pactuação e espaço de cooperação solidária entre os municípios participantes, de modo a fortalecer a região de saúde (Viana, Lima, 2013; Santos, Giovanella, 2014).

O último investimento de caráter nacional, com aporte diferenciado de financiamento e nas modalidades tecno assistenciais foi a estratégia de conformação de redes temáticas a partir de 2011, incluindo o câncer, tendo na constituição de redes regionalizadas também um grande desafio (Miranda Júnior, 2014).

O Brasil tem investido no acompanhamento do processo de criação e fortalecimento das redes através da conformação de regiões de saúde, e atribuição das responsabilidades dos diferentes atores na gestão tendo publicado a Portaria GM nº 4279 de 2010 que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Contudo, o arranjo ainda é frágil, e a articulação entre o planejamento, a organização dos serviços de saúde e seu desempenho na melhoria da saúde da população é um caminho a ser trilhado (Mendes, 2011).

Importantes mudanças demográficas vêm ocorrendo no Brasil, demonstradas pelo envelhecimento da população e pelo aumento da morbimortalidade por condições crônicas. Soma-se a esse cenário, um aumento de sobrevivência de usuários portadores de outras patologias, beneficiados pela incorporação tecnológica ao setor saúde, coexistindo com doenças infectocontagiosas e um aumento significativo da morbimortalidade por causas externas. Esse quadro epidemiológico bastante complexo modifica as necessidades de saúde da população e demanda adequações no SUS para seu enfrentamento (Lavras, 2011).

Analisando o perfil sanitário da população brasileira, nas últimas décadas, observa-se no processo de transição epidemiológica, o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, e acompanhando o envelhecimento da população, em especial o câncer, o que exige do sistema de saúde, organização em rede e coordenação do cuidado para garantia da integralidade de atenção exigida por usuários com condições crônicas (Mendes, 2011). É notória a necessidade de reestruturação dos cuidados para pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS, considerando sua elevada prevalência no país, e no estado do Rio de Janeiro. (Ministério da Saúde, 2016).

No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram responsáveis, em 2011, por 68,3% do total de mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), doenças respiratórias (6,0%) e o diabetes (5,3%) (Malta et al., 2014). Com relação à prevenção de câncer, os resultados da pesquisa VIGITEL (Ministério da Saúde, 2017), informam que o percentual de mulheres de 50 a 69 anos de idade que realizaram mamografia nos últimos dois anos no Brasil foi de 78,5% e no estado do Rio de Janeiro, 91%. Importante destacar que essa pesquisa tem restrições por se restringir às capitais do país e ser realizada através de ligações telefônicas. Nesse resultado estão incluídas as mamografias realizadas pela Saúde Suplementar.

As doenças e agravos não transmissíveis já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo (INCA, 2017). Estima-se que as neoplasias malignas irão representar a maior causa de morbimortalidade nas próximas décadas em todas as regiões do mundo, ultrapassando as doenças cardiovasculares, independentemente do nível de desenvolvimento local (Bray et al., 2012). Esse impacto afeta principalmente os países de

baixo e médio desenvolvimentos, especialmente por mortes prematuras (Ferlay et al., 2013). As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (Malta et al., 2014).

Essa situação demanda a necessidade de estruturação dos sistemas de saúde, especialmente em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, para lidar com os altos custos relativos aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos inerentes à doença. (Fitzmaurice et al., 2013).

Estima-se para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano (INCA, 2017). Em 2018, excetuando o câncer de pele não melanoma, devem ocorrer no país cerca de 420 mil casos novos, sendo o de mama o mais prevalente entre as mulheres. A análise da incidência segundo região geográfica mostra que as Regiões Sul e Sudeste concentram 70% da ocorrência de casos novos, sendo que, na Região Sudeste, encontra-se quase a metade dessa incidência. No Rio de Janeiro, a estimativa para o biênio 2018-2019, é de 62.230 novos casos, apresentando como principais localizações, entre as mulheres, os cânceres de mama, cólon e reto, pulmão, colo do útero e tireoide e entre os homens próstata, cólon e reto, pulmão, cavidade oral e estômago (INCA, 2017).

Essas variações trazem a discussão da dupla carga de câncer em muitos países, e em especial nas Américas Central e do Sul, sendo representada por elevadas taxas de cânceres ligados a infecções, assim como aqueles associados ao estilo de vida, condicionados ainda pelo nível de desenvolvimento humano entre países e regiões e segundo gênero (Sierra et al., 2016).

No Brasil, as neoplasias malignas foram responsáveis por 105.275 mortes, em 1990, e por 236.345 mortes, em 2015, correspondendo a 11,6% e a 17,4% do total estimado de óbitos, respectivamente (Guerra et al., 2017). Embora a incidência do câncer ainda seja mais elevada nos países mais desenvolvidos, a mortalidade tem se apresentado proporcionalmente mais alta nos países em desenvolvimento, disparidade essa que reflete primariamente as diferenças nos perfis da doença e no acesso ao diagnóstico e tratamento (Torre et al., 2015).

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta potencialidades para interferir em algumas das condições que acompanham o adoecimento por câncer, sobretudo pela proximidade (facilidade de acesso), pelo exercício potencial do cuidado longitudinal e de coordenação do cuidado (Chueiri et al., 2014) Para tal, demanda resolutividade a partir do apoio diagnóstico e terapêutico dos pontos de atenção especializados, ambulatoriais e hospitalares. (Erdmann et al., 2013). Considerando a heterogeneidade das redes municipais e a insuficiência de oferta de serviços, a organização regional da atenção à saúde torna-se estratégica para provisão do acesso, de modo a suprir de maneira ordenada as necessidades de saúde dos usuários de acordo com Chueiri et al. (2017).

Na esteira do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), cujo objetivo foi, entre outros, o de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, redefinindo responsabilidades coletivas por resultados sanitários, foi instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, a partir da Portaria GM nº 1.559/2008, que teve como finalidade orientar os entes federados, para a organização de redes e fluxos assistenciais, provendo acesso aos serviços de saúde, de forma equânime, integral e qualificada no âmbito de uma rede regionalizada e hierarquizada. Essa política reforça a necessidade de se estruturar as ações de regulação, controle e avaliação, bem como o fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS. Para isso, organiza as ações de regulação em saúde em três dimensões de atuação: Regulação dos Sistemas de Saúde, da Atenção à Saúde; e do Acesso ou Regulação Assistencial (Brasil, 2008).

A primeira é a mais ampla das três, tendo como foco a produção de bens e serviços. Nessa dimensão verificam-se as regulamentações que devem ser seguidas para execução das políticas de saúde. A dimensão da Atenção à Saúde tem como objetivo garantir a prestação de serviços à população, por meio de ações diretas e finais dirigida aos prestadores públicos e privados e é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Brasil, 2008). E por fim a Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial, que é o conceito central desse trabalho.

Como uma das ferramentas para o acesso mais equitativo aos recursos da saúde, Mendes (2014, p.42), nos traz que “a regulação assistencial eficaz é fundamental nas Redes de Atenção à Saúde e deve ter como objetivos garantir a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa”. No entanto, alguns autores têm indicado como questão de fundo do 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 deve ser revisto com novas concepções à luz das demandas advindas do território, sendo tratada por alguns autores como uma função necessária para garantia de integração entre os níveis de atenção (Almeida et al., 2010).

A relevância política dessa discussão é do enfrentamento da fragmentação da atenção, da necessidade de ampliar o acesso com garantia de equidade, visando amenizar as desigualdades e diversidades regionais (Bousquat et al., 2017).

Este estudo buscou analisar o processo de regulação assistencial para os procedimentos de detecção precoce da linha de cuidado do câncer de mama, em uma região de saúde do estado do Rio de Janeiro. Os componentes priorizados foram estruturação da Atenção Primária à Saúde - APS nos municípios; infraestrutura da regulação assistencial; fluxos das usuárias aos serviços de referência; acesso aos procedimentos da linha de cuidado do câncer de mama; coordenação do cuidado pela APS e dinâmica regional de regulação, na perspectiva da região de saúde. O

processo de investigação foi guiado por algumas perguntas de investigação, que buscavam responder também às necessidades de gestão identificadas em minha prática profissional: Quais as interfaces existentes entre os níveis de atenção? Como é definido o fluxo de regulação assistencial para as ações de detecção precoce do câncer de mama entre os diferentes níveis de atenção na região de saúde? Como se organiza a comunicação entre os diferentes pontos de atenção e entre as diferentes estruturas de regulação na região de saúde? Como são realizadas as pactuações na região de saúde para garantia de acesso à detecção precoce do câncer de mama?

A pertinência da escolha das ações de detecção precoce do câncer de mama para análise da regulação assistencial se justificou pela relevância epidemiológica do agravo no estado, tendo a região Sudeste, as taxas mais elevadas do país, e sendo o câncer de maior prevalência e primeira causa de morte entre as mulheres no Brasil. O estudo pretendeu ainda, compreender as etapas sucessivas do processo de regulação assistencial, considerando que ele tem início na APS, e percorre alguns pontos da rede de atenção, até o início do tratamento, caso seja diagnosticado como um caso de câncer de mama. Destaca ainda que este estudo, priorizou a perspectiva de gestores e gerentes da saúde no SUS, considerados atores-chave para o desenho e operação das redes regionalizadas de saúde e dos processos regulatórios.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E GARANTIA DE ACESSO OPORTUNO

É amplo o conceito de regulação e originalmente se aplica a situações nas quais o mercado é incapaz de garantir uma prestação de serviços com padrões de qualidade ótima para a sociedade, e a intervenção do poder público se faz necessária a partir de mecanismos reguladores (Andrade, 2013). Ainda na perspectiva da economia, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir as disfunções do mercado, sendo definidos instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle, no sentido de otimizar a alocação dos escassos recursos disponíveis na sociedade (Santos, Merhy, 2006).

Regulação é uma das funções essenciais do Estado que, entre outras atribuições, é responsável por regras e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de alta relevância e qualidade para a sociedade. O objetivo, teoricamente, é garantir que o sistema, no seu todo, atinja seus objetivos principais (Farias et al., 2011). Verifica-se frequentemente o uso do termo “regulação”, para fazer referência aos serviços que funcionam sob concessão do Estado, com vistas a atender a necessidades da população. Entende-se então que o Estado é o principal sujeito da regulação no setor saúde (Vilarins et al., 2012).

Segundo Santos e Merhy (2006), a regulação é inerente a qualquer sistema de saúde e se desenvolve em um cenário de disputas e interesses conflitantes. No Brasil, desde a implementação do SUS até meados dos anos 1990, mediante a edição das diversas Normas Operacionais Básicas (NOB), o sistema de regulação concentrava-se nas atividades de controle e avaliações financeira e contábil. A temática da regulação assistencial somente surge com a criação das NOAS- 02/2002, embora com uma concepção limitada de resolubilidade de rede, dirigida apenas à média e alta complexidade, não incluindo, portanto, a atenção básica como componente central do processo. Além do mais, a regulação assistencial apresentava-se desarticulada das ações de controle e avaliação (Albuquerque et al., 2013)

A regulação assistencial no seu plano normativo-formal, tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. É efetivada pela disponibilização de serviço assistencial mais adequado à necessidade do cidadão. Essa dimensão contempla as ações de regulação médica (regulação da atenção pré-hospitalar e hospitalar; controle dos leitos disponíveis; regulação da atenção às urgências; e regulação das agendas de consultas e procedimentos por meio dos protocolos assistenciais) e ainda, o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de

complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (Brasil, 2008) a partir da conformação de centrais de regulação e complexos reguladores, de abrangência municipal, regional ou estadual (Brasil, 2008).

Magalhães Júnior. (2006, p.76), constrói a seguinte definição para o processo de regulação assistencial: “A Regulação Assistencial consiste em oferecer a melhor opção de atenção possível para determinada demanda. Trata, então, de organizar e garantir o acesso dos usuários, segundo suas demandas, aos vários serviços ofertados pelo sistema de saúde”.

2.2 AÇÕES PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA - UM TRAÇADOR PARA ANÁLISE DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E DO PROCESSO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

O câncer de mama vem se tornando um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento em razão do envelhecimento da população, do aumento dos fatores de risco característicos dos países desenvolvidos e pela dificuldade dos sistemas de saúde em desempenhar suas funções e cumprir seus objetivos fundamentais (Silva, RCF 2012). Considerando a magnitude social do câncer no Brasil, as condições de acesso da população brasileira aos serviços especializados, o alto custo do tratamento e a necessidade de acompanhamento dos usuários ao longo do processo de adoecimento, torna-se imperiosa a necessidade de estruturação de uma rede de serviços regionalizada, de modo a viabilizar a atenção integral aos usuários em tempo oportuno para a detecção precoce e tratamento adequado, objetivando a redução da morbimortalidade e aumento da qualidade de vida (INCA, 2015).

De acordo com a publicação do INCA (2017), “A Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil”, o câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma. Válida para os anos de 2018-2019, previu 59.700 casos novos de câncer da mama, com uma taxa bruta de 56,33 para cada 100.000 mulheres/ano, configurando 28,1% do total de casos de câncer do país. Para o estado do Rio de Janeiro, a estimativa de incidência para o mesmo período foi de 8.020 casos novos, com uma taxa bruta de 91,25 casos para cada 100.000 mulheres/ano (INCA, 2017).

Desde meados do século passado, estratégias governamentais de controle do câncer de mama no Brasil vêm sendo implementadas. Inicialmente através de ações isoladas, e em período mais recente, através de programas estruturados para o desempenho de um conjunto de ações sistemáticas cujo objetivo é reduzir a incidência, mortalidade e morbidade do câncer em uma dada população. Os programas se organizam em geral através de ações de prevenção

primária (redução ou eliminação dos fatores de risco); detecção precoce (identificação precoce do câncer ou de lesões precursoras); tratamento; reabilitação e cuidados paliativos (Brasil, 2013).

Os estudos têm demonstrado, que nas últimas duas décadas, houve redução da mortalidade do câncer de mama somente em países de alta renda, e que os principais determinantes dessa redução foram os programas de controle do câncer, e mais especificamente às ações de detecção precoce e tratamento, adequadas ao contexto onde estão inseridas. Nesses países, os cânceres de mama são diagnosticados predominantemente em estágios localizados, obtendo assim ganhos adicionais no prognóstico, e impacto na redução da mortalidade. Os diagnósticos são obtidos por meio de ações de rastreamento, especificamente de rastreamento populacional organizado (INCA, 2015).

Apesar dos métodos diagnósticos já estarem disponíveis no SUS, o principal desafio ainda é o diagnóstico precoce da doença, o que requer investimento na saúde pública viabilizando aumentar a acessibilidade das mulheres às informações qualificadas sobre o câncer de mama e atenção à saúde oportuna, pois a maioria dos casos têm sido diagnosticada tardiamente dificultando as chances de sobrevivência das pacientes (Bernardes et al., 2019)

Em face da grande magnitude desse agravamento, como um grave problema de saúde pública no Brasil, o MS brasileiro vem dando prioridade e destaque às ações de detecção precoce. Silva, RCF (2012), afirma que tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) como organizações sanitárias de diversos países, acreditam que ações integradas de controle do câncer, que incluem prevenção dos fatores de risco, detecção precoce dos tumores, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, reduzem a mortalidade e a morbidade do câncer. O MS, através do INCA, tem coordenado as políticas para o controle do câncer de mama, orientando os estados e municípios através de portarias e documentos técnicos tais como as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama (Ministério da Saúde, 2015), com a responsabilidade de atualizar, à luz das melhores evidências científicas, as premissas técnicas para que as ações sejam efetivas e resultem no menor dano possível à saúde da população. No caso do câncer de mama, ela se organiza em ações de diagnóstico precoce e rastreamento.

Diagnóstico precoce é a identificação mais precoce possível do câncer de mama em indivíduos sintomáticos, objetivando acelerar o acesso ao tratamento integral. Se baseia em um tripé de estratégias, consagradas mundialmente tais como: a população orientada e alerta para os sinais e sintomas, a qualificação de profissionais de saúde treinados para a avaliação de casos suspeitos e a disponibilidade de rede de serviços preparada para a confirmação diagnóstica oportuna. As ações organizadas para a identificação de câncer de mama em usuários assintomáticos são chamadas de rastreamento. São baseadas na realização de testes simples, em

peessoas sadias, com o intuito de identificar doenças em fase pré-clínica. O rastreamento populacional ou organizado baseia-se na criação de programas estruturados por meio dos quais a população-alvo é convidada/convocada a participar das ações de rastreamento na periodicidade preconizada, com monitoramento e avaliação do desempenho de todas as etapas do processo. O rastreamento oportunístico ocorre quando as ações de rastreamento são realizadas de forma não sistemática, sem a convocação ativa da população-alvo definida por diretrizes (Ministério da Saúde, 2015).

Nos países de renda média e baixa, como no caso brasileiro, os diagnósticos são em geral tardios reduzindo o prognóstico, aumentando a morbidade e comprometendo a qualidade de vida dos usuários. Segundo Assis e Tomazelli (2014), o rastreamento do câncer de mama avança no SUS, com modesto patamar de cobertura da mamografia, desigualdades regionais e baixa adesão às diretrizes técnicas. É necessário fortalecer o diagnóstico precoce (capacitação dos profissionais, investigação oportuna e acesso ao tratamento) e valorizar o trabalho educativo com as mulheres para que conheçam mais sobre o problema e formas de prevenção, se familiarizem com suas mamas e adotem postura atenta quanto às alterações suspeitas de câncer de mama. O diagnóstico precoce aumenta sobremaneira as chances de cura.

A oferta de serviços de saúde está relacionada com o acesso e discuti-lo significa tratar das barreiras à utilização dos serviços de saúde disponíveis. O acesso aos exames diagnósticos e ao tratamento, quando forem necessários, está relacionado às referências estabelecidas e à configuração da rede de atenção, sendo também afetado pela disponibilidade dos recursos humanos e equipamentos (Tomazelli, Silva, 2017).

Nesse cenário, as ações de detecção precoce quando bem-sucedidas, podem produzir mudanças no estágio do câncer por ocasião do diagnóstico a curto e médio prazos, identificando casos em fase inicial, aumentando as chances de cura e melhorando os cuidados clínicos e conferindo maior qualidade de vida aos usuários.

As recomendações do INCA (2015), quanto ao uso de tecnologias e ações a serem desenvolvidas junto à rede de serviços para a detecção precoce do câncer de mama, definem a mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, como o procedimento padrão para a realização do rastreamento. Um conjunto de ações voltadas para o diagnóstico precoce, tais como: estratégias de conscientização dos usuários, identificação de sinais e sintomas suspeitos através de um protocolo assistencial de aspectos a serem avaliados pelo médico assistente na APS e confirmação diagnóstica em um único serviço, preferencialmente, são as diretrizes preconizadas para alcançar o objetivo de impactar a morbimortalidade da doença.

METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, localizado no cenário de uma região de saúde do estado do Rio de Janeiro, realizado em seis dos sete municípios componentes da região, no período de julho 2018 a fevereiro de 2019.

Foram identificados como atores-chave para as entrevistas, em conformidade aos objetivos do estudo, os responsáveis pela gestão e operação das centrais de regulação e coordenações de atenção básica onde devem ser realizadas ações para a detecção precoce do câncer de mama e realizadas as referências para a atenção especializada. Convém destacar que a grande maioria dos técnicos entrevistados possuía nível superior e formação especializada na área da saúde coletiva.

O conteúdo das entrevistas gravadas em aparelho de áudio, foi analisado com base em categorias pré-definidas e informações emergentes do campo, utilizadas para descrever e analisar etapas chave do processo regulatório das ações para detecção precoce do câncer de mama, desde a Atenção Básica à rede para apoio diagnóstico e os fluxos para a concretização da etapa terapêutica. Essas categorias foram concebidas através do mapeamento teórico das etapas da linha de cuidado do câncer de mama descritas no documento das Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2015). Essas ações devem ser iniciadas e desenvolvidas nas UBS e nos demais pontos da RAS onde serão realizados exames e consultas especializadas, até a confirmação diagnóstica utilizando o fluxo regulatório organizado para conduzir as usuárias entre os serviços. As categorias propostas para o roteiro, foram escolhidas por representarem lócus de ações consideradas estratégicas para o estudo do tema.

Godoy (1995) afirma que a pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes. Segundo Turato (2004, p.509), “na metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.”

Dentre os diversos métodos, estratégias e técnicas de pesquisa que se caracterizam como qualitativas, a análise temática foi escolhida como técnica de análise de dados para essa pesquisa, como método interpretativo de análise de dados que, através da identificação, análise e descrição de padrões ou temas, permite apresentar e organizar os dados de uma forma sintética mantendo a robustez das informações. Denzin e Lincoln (2000, p. 3), entendem que pesquisa

qualitativa é “uma atividade que coloca o pesquisador no mundo, consistindo num campo de práticas materiais e interpretativas que tornam o mundo visível”.

Possui características de flexibilidade, não tem requisitos de amostragem e é adequada a diversos tipos de dados. Segundo Godoi e Balsin (2010), a pesquisa qualitativa possibilita compreender o fenômeno social em sua complexidade; isto é, com o menor afastamento possível do cenário no qual esse fenômeno ocorre, ouvindo os sujeitos a partir de sua lógica e exposição de razões. Através do material obtido nas entrevistas são buscados os temas que organizam e agrupam as ideias com pontos em comum e que permitem ao pesquisador a busca de respostas para o problema investigado.

Cabe ao pesquisador a escolha de quais são os temas importantes, que segundo Braun e Clarke (2006), sintetizam e captam dos dados expostos, ideias gerais sobre o que está sendo pesquisado e quando houver a necessidade de interpretação de aspectos particulares do campo.

A análise deve produzir um relato coerente e lógico, não repetitivo e interessante da história que os dados contam. São propostas para a análise, três etapas da aplicação da técnica: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. Como aponta Bardin (1977, p. 101) a fim de analisar os dados obtidos, “o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas”.

A análise temática também deverá contribuir para pesquisas cuja objeto é a busca de interpretações do que surge dos processos engendrados nas instituições, quando pessoas interagem entre si na tentativa de interpretar e dar sentido ao seu mundo. Tudo que ocorre durante as entrevistas irá ajudar a compor a análise, produto do trabalho interpretativo do conteúdo emergente, compondo as conclusões (Barbosa et al. 2017).

3.2 PRODUÇÃO DOS RESULTADOS

A coleta de dados se deu por meio da realização de 16 entrevistas semiestruturadas com informantes-chave em seis dos sete municípios da região de saúde Metropolitana II: Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Itaboraí e Tanguá. Os entrevistados foram identificados pelas letras iniciais dos municípios seguida da letra G (gerente/gestor) e numeradas individualmente a cada entrevista. O Quadro 1 apresenta a relação dos gestores e gerentes entrevistados em cada município, bem como o perfil dos entrevistado

Quadro 1. Perfil dos entrevistados por municípios da região de saúde – Região Metropolitana II, Estado do Rio de Janeiro. 2018/2019.

Função	Formação
1 Secretária Municipal de Saúde	1 com Nível superior, 1 graduação na área da saúde; 2 pós-graduações nas áreas de Saúde da Família e Gestão de Sistemas de Saúde; grande experiência em gestão no SUS.
2 Subsecretários de Saúde; 1 Vice-Presidente de Saúde Coletiva	3 com Nível superior, 3 com graduação na área da saúde; 1 com pós-graduação nas áreas da Gestão Estratégica e da Saúde; 1 com pós-graduação em Saúde da Família; 1 mestrado, 1 mestrando; 2 com grande experiência em gestão no SUS.
8 Coordenadores de Saúde da Família/Regulação Assistencial	7 com Nível superior; 1 com nível médio; 7 com graduação e curso técnico na área da saúde; 2 com pós-graduação em Saúde da Família; 2 com pós-graduação em Saúde do Trabalho; 1 com pós-graduação em Gestão Estratégica; 1 com pós-graduação em Gestão da Clínica e Linhas de Cuidado; 1 com pós-graduação em Segurança do Paciente; 2 com Residência Médica; 1 com mestrado; 1 com pós-graduação em gestão.
1 Assessoria de Atenção Oncológica; 1 técnica de Regulação; 2 assessorias administrativas	1 com nível superior; 3 com nível médio; 0 na área da saúde; 1 com formação de técnica em administração e logística; 1 com pós-graduação em gestão ambiental.

Fonte: autoria própria, 2019.

3.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio de categorias pré-definidas e emergentes do campo para avaliação da regulação assistencial nas ações de detecção precoce do câncer de mama na perspectiva da região de saúde, que também guiaram o roteiro de entrevistas (Apêndice 1), quais sejam:

- Estrutura sucinta da rede assistencial com ênfase na APS;
- Estrutura do Sistema Municipal de Regulação
- Acesso à Regulação Assistencial;
- Regulação dos procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama;
- Acesso aos serviços para usuárias com lesões suspeitas;
- Regulação do acesso à consulta de mastologia oncológica;
- Relação com a Região de Saúde Metropolitana II.

Para melhor conduzir a análise, as informações foram classificadas e agrupadas quanto ao tema que procuravam abordar buscando-se elaborar, posteriormente uma síntese dos temas mencionados. Para a consolidação das análises, foram levantadas discussões teóricas e afirmações disponíveis na literatura, procurando obter o sentido apontado pelas questões e

afirmativas feitas pelos atores sociais, buscando a validade das informações, descobrindo fatos ou intenções não claramente declarados, características comuns entre elas.

3.4 CENÁRIO DO ESTUDO

• PERFIL DEMOGRÁFICO

A região Metropolitana II, cuja área representa cerca de 6,2% do total estadual, é formada por municípios com características bastante diversas e contém aproximadamente 12% da população total do estado do Rio de Janeiro. Está muito próxima dos grandes centros urbanos da região Metropolitana I e possui localidades de também intensa urbanização, como Niterói e São Gonçalo. Esta região tem uma localização privilegiada pelo aspecto de desenvolvimento econômico, já que está próxima à região Metropolitana I, com acesso às principais malhas viárias estaduais e federais e aos portos de escoamento de produções.

Na Região, destaca-se o município de Niterói, com o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M), 0,837, segundo IBGE (2010), seguido de Maricá com a sexta melhor posição do Estado para este indicador. Em contrapartida, os municípios de Tanguá e Silva Jardim ocupam a 86° e 87° posições, respectivamente, demonstrando as desigualdades sociais dentro da mesma região de saúde.

Em relação à estrutura demográfica, existe uma variabilidade intermunicipal considerável, com forte tendência à feminização nos municípios de Niterói e São Gonçalo, enquanto o contrário é observado em Silva Jardim. O mesmo ocorre com a densidade demográfica, que oscila entre extremos nestes municípios. Em média, a concentração da população no território da região Metropolitana II supera a média estadual.

Tabela 1 - População estimada e densidade de ocupação dos municípios da região Metropolitana II – Rio de Janeiro

Território	População estimada				Densidade demográfica (hab/km ²)	
	2015	2016	2017	2018	Em áreas urbanizadas	Líquida
Região	2.021.674	2.034.548	2.046.751	2.101.414	3.571,59	840,99
Itaboraí	229.007	230.786	232.394	238.695	1.535,01	541,38
Maricá	146.545	149.876	153.008	157.789	1.295,94	495,88
Niterói	496.695	497.883	499.028	511.786	5.462,30	4.519,23
Rio Bonito	57.615	57.963	58.272	59.814	3.146,74	125,19
São Gonçalo	1.038.079	1.044.058	1.049.826	1.077.687	6.267,95	4.200,60
Silva Jardim	21.306	21.279	21.253	21.773	2.152,44	29,30
Tanguá	32.427	32.703	32.970	33.870	1.855,70	228,98
Estado	16.550.009	16.635.996	16.718.956	17.159.960	4.211,99	433,26

Fontes: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Estimativas de população para 2015; IBGE. Estimativas de população para 2016, 2017 e 2018. IBGE – Áreas Urbanizadas do Brasil, 2015.

SITUAÇÃO DE SAÚDE REGIÃO METROPOLITANA II

Estão apresentadas nas tabelas 2 e 3, as maiores causas de internação por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição (CID-10), na Região Metropolitana II. Entre mulheres, no ano de 2018, excluindo os diagnósticos da gravidez, parto e puerpério, foram as doenças do aparelho circulatório seguidas das causas externas estando as neoplasias entre as oito principais. Entre os homens, as principais causas de internação são por causas externas seguidas das doenças do aparelho circulatório. As internações por transtornos mentais e causas infectocontagiosas trazem informações sobre a situação de adoecimento de uma região metropolitana, que demanda o fortalecimento de políticas públicas para seu enfrentamento. As neoplasias também estão entre as oito principais causas de internação masculina.

Tabela 2 – Número de internações femininas na Região Metropolitana II – Rio de Janeiro, segundo Diagnóstico principal/Capítulo da CID-10 – 2018

Diagnóstico principal por Capítulo da CID-10	Nº internações femininas
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério	12.688
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	3.148
Capítulo XIX - Lesões, envenen e algum outras conseq de causas externas	2.814
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo	2.812
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	2.532
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	2.449
Capítulo XIV - Doenças do aparelho genitourinário	2.333
Capítulo II - Neoplasias - (tumores)	2.314
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	22.235
Número total de internações	32.989

Fonte: Observatório de Política e Gestão Hospitalar Hospitalar/Fiocruz

Tabela 3- Número de internações masculinas na Região Metropolitana II – Rio de Janeiro, segundo Diagnóstico principal/Capítulo CID-10 – 2018.

Diagnóstico principal por Capítulo da CID-10	Nº internações masculinas
Capítulo XIX - Lesões, enven e algum outras conseq de causas externas	6.708
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	3.775
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo	3.271
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	3.152
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	2.998
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.728
Capítulo XIV - Doenças do aparelho genitourinário	2.467
Capítulo II - Neoplasias [tumores]	1.309
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.133
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	821
Número total de internações	28.362

Fonte: Observatório de Política e Gestão Hospitalar Hospitalar/Fiocruz

Chama a atenção na Tabela 4, o perfil dos óbitos por Capítulo da CID-10 entre os homens no ano de 2016, na Metropolitana II, destacando as doenças do aparelho circulatório, seguidas de causas externas, com as neoplasias comparecendo em terceiro lugar em número de óbitos, e ainda um número importante de causas infectocontagiosas. Na Tabela 6, decompondo o cenário segundo causas por grupo da CID-10, os óbitos por neoplasia são os mais numerosos, seguidos de doenças do coração, cerebrovasculares, agressões e acidentes, com as demais no campo das causas crônicas como diabetes e outras causas cardiovasculares. Quanto ao perfil das mulheres, apresentado na Tabela 5, os maiores números de óbitos por Capítulo da CID-10 no período evidenciaram as causas circulatórias, seguidas das neoplasias e doenças crônicas como diabetes e infectocontagiosas. Quando estudado por grupo de causas da CID-10, as neoplasias vêm em primeiro lugar, com as doenças isquêmicas cardíacas, cerebrovasculares, diabetes mellitus e outras formas de doença cardiovascular, conforme verificado na Tabela 7. Observa-se um cenário de franca transição epidemiológica na região, com doenças crônicas, infecciosas e causas externas, traduzindo um cenário de tripla carga de doenças, com problemas graves a serem enfrentados na estruturação de redes de atenção, para que possam fazer o enfrentamento às condições encontradas.

Tabela 4 – Número de óbitos masculinos segundo as 10 principais causas, por Capítulo da CID – 10 na Região Metropolitana II, Rio de Janeiro. Período: 2016

Causa do óbito por Capítulo da CID-10	Nº de óbitos masculinos
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	2.469
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	1.374
Capítulo II - Neoplasias (tumores)	1.323
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	941
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais não classifi	567
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	476
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	447
Capítulo XII - Doenças do aparelho digestivo	351
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	312
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	164
Número total de internações	8.728

Fonte: Informações em Saúde/www.saude.rj.gov.br, SES-RJ

Tabela 5 - Número de óbitos femininos segundo as 10 principais causas, por Capítulo da CID - 10, na Região Metropolitana II, Rio de Janeiro. Período: 2016

Causa do óbito por Capítulo da CID-10	Nº de óbitos femininos
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	2.215
Capítulo II - Neoplasias (tumores)	1.380
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	958
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais não classific	519
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	516
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	463
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	399
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	349
Capítulo XIV - Doenças do aparelho digestivo	266
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	235
Número total de internações	7.621

Fonte: Informações em Saúde/www.saude.rj.gov.br, SES-RJ

Tabela 6 – Número de óbitos femininos pelas 10 principais causas segundo grupos da CID - 10 na Região Metropolitana II. Período: 2016

Causa do óbito por grupo da CID-10	Nº de óbitos femininos
C00 - C97 - Neoplasias malignas	1.356
I20 - I25 - Doenças isquêmicas do coração	828
J09 - J18 - Influenza (gripe) e pneumonia	624
I60 - I69 -Doenças cerebrovasculares	569
R95 - R99 - Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	437
E10 -E14 - Diabetes mellitus	404
I10 - I15 - Doenças hipertensivas	345
I30 - I52 - Outras formas de doença do coração	325
A30 - A49 - Outras doenças bacterianas	289
N30 - N39 - Outras doenças do aparelho urinário	293
Número total de óbitos	5.470

Fonte: Informações em Saúde/www.saude.rj.gov.br, SES-RJ

Tabela 7- Número de óbitos masculinos das 10 principais causas segundo grupos da CID – 10 na Região Metropolitana II. Período: 2016

Causa do óbito por grupo da CID-10	Nº de óbitos masculinos
C00 - C97 - Neoplasias malignas	1.308
I20 - I25 - Doenças isquêmicas do coração	1.055
I60 - I69 -Doenças cerebrovasculares	617
X85 - Y09 - Agressões	567
V01 - X-59 - Acidentes	541
J09 - J18 - Influenza (gripe) e pneumonia	518
R95 - R99 - Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	497
I30 - I52 - Outras formas de doença do coração	379
E10 -E14 - Diabetes mellitus	343
I10 - I15 - Doenças hipertensivas	293
Número total de óbitos	6.118

Fonte: Informações em Saúde/www.saude.rj.gov.br, SES-RJ

ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO METROPOLITANA II

Os seis municípios pesquisados estruturaram suas redes de saúde tendo como base a Estratégia de Saúde da Família, e a série histórica de 2014 a 2018, apresentada na Tabela 8, demonstra as elevadas coberturas, sempre acima daquelas do estado do RJ. Diferentes modelos de Atenção Básica convivem na região de saúde, com dois municípios com populações reduzidas, que apresentam a série histórica de 100% de implantação de ESF e AB, um que possui pequeno percentual de população coberto por UBS tradicionais e três, aqueles com maior densidade populacional, evoluem com coberturas de AB elevadas, porém insuficientes de ESF para que possam impactar a situação de saúde das populações. A cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária para o estado do Rio de Janeiro em dezembro de 2018 era de 67,30%, e o resultado preliminar para o primeiro quadrimestre do ano de 2019, relativo ao mês de março, aponta a uma queda acentuada à custa de ESF, em especial na capital do estado. Todas as regiões de saúde apresentaram redução no período entre dezembro de 2018 a março de 2019, no entanto a redução na cobertura da APS na região Metropolitana II foi menor e de maneira pontual, mantendo um perfil estável na maioria dos municípios (SES-RJ, 2019). A Tabela 9 apresenta uma comparação entre as coberturas da Atenção Primária (AP) e Estratégia Saúde da Família – (ESF). A região registrou em março de 2019, 80,1% de cobertura de Atenção Primária e 67,7% de ESF, com resultados superiores aos apresentados pelo estado, que apresentou 63,7% de APS e 52,8% de ESF no mesmo período (Tabela 6 - MS, SAS, DAB, e-Gestor Atenção Básica, maio/2019). Esse estudo aborda alguns aspectos acerca do desempenho da AB na detecção precoce do câncer de mama, e sugere que outras pesquisas possam aprofundar a discussão sobre a resolutividade da AB e ESF na região.

Tabela 8. Cobertura estimada de Saúde da Família e AB por municípios, Região Metropolitana II e estado do RJ, de 2014 a 2018.

Ano	2014		2015		2016		2017		2018	
	SF	AB	SF	AB	SF	AB	SF	AB	SF	AB
Região/Município										
Metropolitana II	63,6	77,2	55,5	67,8	62,7	78,6	67,3	81,7	66,8	80,2
Itaboraí	65,8	80,5	66,8	78,8	67,7	77	62,7	74	60,8	65,7
Maricá	44,5	70,2	45,8	66,4	49,4	69,5	57,5	79,9	60,8	84,3
Niterói	67,7	78,5	64,7	74,5	62,5	74,6	65,8	76,8	62,9	73,7
Rio Bonito	100	100	100	100	17,6	73,4	100	100	94,7	100
São Gonçalo	59,8	74,4	45,1	58,9	64,1	81,3	67	84	67,7	83,8
Silva Jardim	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Tanguá	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Estado do RJ	48,2	60,2	48,5	60,5	54,4	66,5	57,1	68,7	56,3	67,3

Fonte: Ministério da Saúde – MS, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, Departamento de Atenção Básica – DAB, e Gestor Atenção Básica. Notas: As informações refletem a situação da base nacional em 23/08/2019

Tabela 9 - Indicadores de Cobertura da Atenção Primária comparados – AP e ESF – Região Metropolitana II, Rio de Janeiro. janeiro a março/ 2019

Cobertura populacional ESF e AP por Região de Saúde/Município e Período (mensal)- Ano: 2019						
Período	jan/19		fev/19		mar/19	
Região de Saúde/Município	AP	ESF	AP	ESF	AP	ESF
Metropolitana II	80,2	66,8	79,4	66,2	80,1	67,7
.. Itaboraí	68,4	63,6	65,5	57,8	63,4	57,8
.. Maricá	98,4	70	93,9	72,2	100	83,1
.. Niterói	74,5	64,7	70,8	60	73,4	64
.. Rio Bonito	100	92,3	100	98,1	100	100
.. São Gonçalo	80,7	65	82,1	66,6	81,9	65,9
.. Silva Jardim	100	100	100	100	100	100
.. Tanguá	100	100	100	100	100	100
Total: Estado do Rio de Janeiro	65,8	54,9	65	53,8	63,7	52,8

Fonte: Ministério da Saúde – MS, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, Departamento de Atenção Básica – DAB, e Gestor Atenção Básica. Notas: As informações refletem a situação da base nacional em 14/05/2019

Tabela 10 - Cobertura da Estratégia de Saúde Bucal, Região de Saúde Metropolitana II, Rio de Janeiro. período 2008- 2019

Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	MARÇO 2019
Estado do Rio de Janeiro	28,01	28,12	30,16	35,37	37,28	35,80	36,36	35,70	37,29	36,38	34,80	33,30
Metropolitana II	15,98	20,63	21,70	23,53	33,91	34,77	34,55	29,79	33,27	31,23	30,00	30,10
Itaboraí	16,20	16,71	19,06	21,05	20,49	20,96	20,71	21,20	19,72	16,83	16,10	15,60
Maricá	37,47	32,08	30,97	34,36	28,66	28,09	21,39	20,23	24,77	32,63	31,20	30,20
Niterói	8,48	9,48	14,11	12,37	12,71	13,24	17,27	17,86	17,73	17,26	20,40	19,50
Rio Bonito	100,00	77,75	68,94	68,32	79,28	83,99	90,88	95,58	90,08	94,46	69,50	85,80
São Gonçalo	9,67	19,44	19,84	23,79	44,31	45,45	42,66	33,61	39,79	35,32	33,30	33,20
Silva Jardim	63,90	72,43	50,61	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Tanguá	83,68	78,64	77,63	30,75	20,75	20,52	52,76	30,80	51,81	51,37	51,00	49,60

Fonte: Ministério da Saúde – MS, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, Departamento de Atenção Básica – DAB

Com relação à Saúde Bucal, as coberturas são inferiores à média estadual e bem menores em comparação à cobertura de AB, com lento crescimento ao longo do período e disparidades dentro da região. Destaque para as coberturas populacionais de Silva Jardim (100%) e Rio

Bonito (85,80%). Houve pequena redução na cobertura de Saúde Bucal na Região Metropolitana II e, especificamente, nos municípios de Itaboraí, Niterói, São Gonçalo e Tanguá.

Apesar das altas coberturas de AB ao longo do tempo, a região convive com indicadores sanitários que demandam análises para verificação da efetividade da atenção ofertada à população. Como é objeto de interesse deste estudo, serão apresentados a seguir dados relativos à cobertura de mamografia dos estados da região Sudeste, e as séries históricas da razão de exames de mamografia realizados pelo SUS nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro e nos municípios da Região Metropolitana II. A Tabela 11 apresenta informações sobre a cobertura de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia nos últimos dois anos, a partir das Pesquisas Nacionais de Amostragem em Domicílios (PNAD) nos anos de 2003, 2008 e 2013. O cálculo dessa cobertura inclui a população total de mulheres atendidas exclusivamente no SUS e as que possuem planos privados de saúde.

Observa-se que o estado do Rio de Janeiro é o que possui menor cobertura na região, e somente São Paulo atinge e supera o parâmetro de 70% estabelecido pelo MS (MS, CAB, nº13, 2013), com o qual se espera a redução da mortalidade por câncer de mama. A informação que discrimina as coberturas de cobertura de mamografia segundo executores, públicos ou privados, ainda não está facilmente disponível, e é um objetivo a ser atingido para que se possa compreender melhor a realidade na região e no estado.

Tabela 11 - Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia nos últimos dois anos na Região Sudeste segundo PNAD 2003, 2008 e 2013

Região Sudeste	2003	2008	2013
Rio de Janeiro	53,4	59,3	58,4
Minas Gerais	46,4	56,7	62,4
Espírito Santo	49,8	59,9	67
São Paulo	69,4	69,4	73,9
Brasil	46	54,2	60

Fonte: PROADESS/ICICT/Fiocruz

A seguir a Tabela 12 demonstra a comparação entre regiões de saúde no estado do Rio de Janeiro, através da série histórica do indicador “Razão de exames de mamografia de rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos”, que é uma razão construída com base na produção de exames realizados em unidades do SUS sobre a população total da mesma faixa etária e local de residência, e monitorado anualmente por municípios e estados junto ao MS. Observam-se coberturas muito aquém do pactuado, e o desempenho entre as regiões é bastante heterogêneo. As regiões Metropolitana II e Norte apresentam os resultados mais baixos, e espera-se que esse trabalho crie motivações para o aprofundamento da investigação dos motivos para esse desempenho.

Tabela 12 - Razão entre o número de procedimentos de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos registradas no SUS e a metade da população de mulheres na mesma faixa etária nas regiões de saúde e Estado do Rio de Janeiro - 2008 -2017

Regiões de saúde:	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baia da Ilha Grande	0.234	0.280	0.222	0.306	0.236	0.150	0.133	0.070	0.258	0.204
Baixada Litorânea	0.142	0.112	0.216	0.290	0.317	0.243	0.186	0.222	0.201	0.190
Centro-Sul	0.057	0.036	0.035	0.167	0.198	0.301	0.252	0.283	0.298	0.293
Médio Paraíba	0.107	0.236	0.339	0.364	0.336	0.359	0.327	0.287	0.292	0.289
Metropolitana I	0.102	0.096	0.092	0.088	0.104	0.131	0.169	0.152	0.155	0.149
Metropolitana II	0.101	0.161	0.118	0.123	0.134	0.071	0.117	0.127	0.118	0.087
Noroeste	0.152	0.214	0.130	0.250	0.275	0.285	0.264	0.260	0.298	0.295
Norte	0.135	0.176	0.252	0.266	0.235	0.225	0.140	0.135	0.089	0.092
Serrana	0.209	0.223	0.197	0.233	0.241	0.208	0.230	0.213	0.237	0.242

Fonte: PROADESS/ICICT/FIOCRUZ/2019

Tabela 13 – Série histórica da razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária na região Metropolitana II e seus municípios

Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Metropolitana II	0,13	0,17	0,12	0,13	0,14	0,07	0,13	0,12	0,11	0,12
Itaboraí	0,33	0,29	0,24	0,26	0,25	0,24	0,23	0,19	0,16	0,16
Maricá	0,13	0,09	-	0,07	0,16	0,05	0,07	0,04	0,04	0,02
Niterói	0,04	0,05	0,04	0,10	0,10	0,12	0,11	0,11	0,12	0,12
Rio Bonito	0,05	0,02	0,01	0,05	0,10	0,25	0,28	0,35	0,35	0,30
São Gonçalo	0,15	0,24	0,16	0,13	0,15	0,01	0,10	0,13	0,11	0,05
Silva Jardim	0,19	0,16	0,16	0,19	0,29	0,23	0,14	0,04	0,07	0,05
Tanguá	0,14	0,11	0,04	0,06	0,09	0,07	0,07	0,04	0,06	0,08

Fontes: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) -SES-RJ/ março de 2018

A Tabela 13 traz os resultados do indicador de razão de mamografia por município da região Metropolitana II, disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde que realiza o monitoramento dos dados municipais e os disponibiliza na página eletrônica (www.saude.rj.gov.br). Embora haja diferenças em alguns números, o que pode ser creditado a fatores em sua consolidação, a Tabela 13 retrata informações preocupantes quanto ao não alcance de metas, cujo propósito é a proteção da população feminina visando à redução da morbimortalidade por câncer de mama na faixa etária priorizada. Os resultados do estado do Rio de Janeiro são insuficientes para atingir a meta de cobertura mamográfica, tanto nos serviços públicos como privados, assim como àqueles da região estudada. Algumas hipóteses podem ser levantadas para a análise desse quadro. A dificuldade de acesso a serviços de AB para receber solicitações de exames para o rastreamento, os fluxos para o agendamento do exame em serviços de imagem, a necessidade de transporte para sua realização, a demora no fornecimento dos resultados às usuárias, exames realizados em prestadores fora dos municípios

e problemas nos registros nos sistemas de informação, são alguns dos fatores que merecem investigação para a análise do cenário regional na detecção do câncer de mama.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo atendeu aos princípios e diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam os critérios e cuidados para a execução de pesquisas envolvendo seres humanos e preserva os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos envolvidos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense, sob o parecer Nº 2.779.093 Ressalta-se que o estudo foi autorizado pelos municípios da região de saúde Metropolitana II que forneceram os termos de anuência.

3. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados por meio dos seis casos, de acordo com as seguintes dimensões de análise: estrutura do Sistema Municipal de Regulação; acesso à Regulação Assistencial; regulação dos procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama; acesso aos serviços para usuárias com lesões suspeitas; regulação do acesso à consulta de mastologia oncológica; e relação com a Região de Saúde Metropolitana II.

4.1 NITERÓI

• ESTRUTURA DO SISTEMA MUNICIPAL DE AB E REGULAÇÃO

O município sede da região tem seu território dividido em oito regionais. Nelas estão distribuídas quarenta e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e quatro unidades básicas no modelo tradicional, ligadas a oito policlínicas regionais. Além das policlínicas regionais para a retaguarda terapêutica, existem duas policlínicas de especialidades, laboratórios, unidades pré-hospitalares, hospitais e maternidades. Com o objetivo de apoiar as ESF, foram criados simultaneamente grupos técnicos de supervisão, formados por profissionais especialistas nas áreas básicas, para o acompanhamento e qualificação dos profissionais envolvidos na assistência à população.

No momento da entrevista, dezembro de 2018, a cobertura de Atenção Básica estava estimada em 76,8% do território, e a informante-chave NG1, afirmou ser possível atender a toda a demanda da população exclusivamente vinculada ao SUS, que estimava ser em torno de 70% da população total do município.

As unidades básicas de saúde (UBS) e policlínicas regionais são a base do sistema de saúde no município sede, e possuem comunicação informatizada entre elas e com a Central Municipal de Regulação (CMR). Nas policlínicas regionais existe um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e um Núcleo Interno de Regulação (NIR). As UBS possuem autonomia para realizar diretamente agendamentos de exames e consultas nos serviços municipais, disponibilizados no sistema municipal de Regulação, e se remetem ao SAU das policlínicas regionais de referência para o provimento de alguns recursos especializados. Para procedimentos e especialidades com oferta insuficiente e filas de espera, os NIR inserem as solicitações no sistema municipal para que a CMR o acesso aos serviços.

A informante NG1 relata que o município está em fase de implantação de um prontuário eletrônico, desenvolvido por empresa de desenvolvimento de sistemas contratada, em cerca de 50% de suas UBS. Com a implantação será possível sistematizar uma série de informações acerca da saúde da população acompanhada, incluindo aquelas relativas à situação de saúde das mulheres usuárias da rede de serviços. Tais informações permitirão a análise da situação de

saúde pelas equipes da atenção básica e o planejamento dos procedimentos necessários para o rastreamento organizado do câncer de mama. O prazo previsto para implantação do prontuário informatizado é de aproximadamente mais dois anos e meio.

A coordenação da Atenção Básica e da Regulação Assistencial estão vinculadas a uma instância gerencial que é ligada diretamente à Secretaria Municipal de Saúde. Existe a previsão de que a Regulação seja alçada a uma estrutura mais autônoma e mais potente, acompanhando as necessidades da rede municipal. Segundo entrevistados do município, a estrutura disponível para a Regulação Assistencial viabiliza a operação em turnos de 12h, nos sete dias da semana, mas não comporta a operação 24h.

A equipe de apoio da regulação é multidisciplinar e conta com vários especialistas tais como neurocirurgiões, anestesistas, neurologistas, sanitaristas, ginecologistas, oftalmologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, biólogos e dentistas que emitem pareceres sobre as solicitações de regulação vindas da rede municipal e priorizam os casos. Os especialistas também têm como função capacitar os demais membros da regulação na avaliação das filas específicas, de forma que todos possam operar em várias frentes. A equipe diária é composta por um médico e três administrativos que funcionam como videofonistas.

Funcionam no mesmo espaço físico, a central de regulação ambulatorial e a regulação de leitos, essa ainda não desenvolvida plenamente. A informante-chave NG2 relatou que a gestão municipal está realizando pactuações para implementar a regulação dos leitos hospitalares das unidades municipais assim como de um conjunto de leitos pactuados junto ao hospital universitário localizado na sede. A regulação de urgência e emergência é realizada pela coordenação municipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, instalado na unidade hospitalar de urgência municipal:

Estamos nos estruturando para montar essa regulação de internação também, que hoje se dá mais pela solicitação de internações eletivas. A gente não tem o leito propriamente voltado para a regulação. Estamos trabalhando para melhorar isso (NG2).

A CMR recebeu 15 computadores novos no ano de 2018. O acesso à internet é garantido por uma empresa de desenvolvimento de sistemas, contratada pelo município, e responsável pela criação e gerenciamento da rede intranet, que opera sistemas de regulação desenvolvidos para a integração das unidades municipais. Além disso, há uma operadora contratada e a perspectiva da migração dos sistemas para a internet aberta. Existem algumas poucas áreas de sombra no município, devido a obstáculos geográficos e os informantes relatam danos eventuais de antenas por ações de vandalismo em uma policlínica regional, o que compromete a operação da regulação local.

Em sala anexa à CMR, funciona a Comissão de Oncologia, que trabalha em horário comercial, de segunda a sexta-feira, e cujo papel é operar a regulação e agendamento das

consultas oncológicas para os usuários do município-sede, de outros municípios da região que possuem pactuação para o atendimento oncológico e aqueles usuários residentes no município, diagnosticados em serviços de saúde fora da rede municipal. Utiliza o Sistema Estadual de Regulação (SER) e o Sistema de Regulação desenvolvido pelo DATASUS (SISREG), para acessar as unidades federais e o Instituto Nacional do Câncer (INCA). No período em que ocorria essa pesquisa, estava em fase de implantação no hospital universitário localizado em Niterói, o sistema RESNIT, que irá qualificar a regulação dos serviços não só para o município-sede, mas também para os demais municípios da região de Saúde. O acesso ao hospital universitário se dava através da comunicação por e-mail, com interlocutores do serviço de oncologia do hospital para o agendamento das consultas. Tem sido trabalhada, no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR, a proposta da migração da regulação da Unidade de Assistência de Alta Complexidade – UNACON, do hospital universitário para a Central Estadual de Regulação-CER, através do sistema estadual de Regulação - SER. Tal iniciativa vem sendo implantada progressivamente nos serviços especializados em oncologia no âmbito das regiões do estado, centralizando e otimizando a oferta de serviços e regulando o atendimento conforme critérios de risco e gravidade dos usuários e facilidade de acesso.

• ***ACESSO À REGULAÇÃO ASSISTENCIAL***

Na área ambulatorial, o município-sede trabalha com uma multiplicidade de sistemas:

- Sistema municipal de regulação que conecta as UBS às policlínicas, aos serviços diagnósticos e assistenciais e à CMR – KLINIKOS municipal;
- Sistema para o acesso ao Centro de Diagnóstico Médico por Imagem do Rio de Janeiro - Rio Imagem - KLINIKOS estadual;
- Sistema Estadual de Regulação (SER). O SER é utilizado para o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares gerenciados pela Central Estadual de Regulação;
- Sistema municipal desenvolvido para a regulação da reabilitação física e oftalmologia, em fase de expansão de perfil, que atende a vários municípios da região – RESNIT;
- SISREG, que dá acesso aos recursos ambulatoriais dos hospitais federais localizados no Rio de Janeiro e que atualmente é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Existem também os sistemas hospitalares, de gestão interna de leitos municipais, porém os informantes-chave da equipe da regulação ambulatorial não têm acesso aos mesmos. A informante-chave NG2 avalia que ainda existe pouco conhecimento por parte dos profissionais acerca do processo de Regulação Assistencial, e comenta positivamente sobre

a decisão de organizar a regulação dos serviços para ordenar a rede de atenção à saúde. As unidades básicas de saúde e policlínicas são informatizadas e têm acesso aos sistemas municipais:

É, toda a rede tem acesso aos sistemas municipais. Esse processo tem que ser centralizado para a gente ter essa noção de oferta e demanda e ver se eles estão usando aqui com cautela, não é todo paciente que você solicita (NG2).

A rede não tem muito essa visão de regulação. Hoje, essa gestão específica deu muita força para o incremento da regulação, as pessoas estão sabendo melhor o que é (NG2).

As pessoas não tinham muita noção da importância que é regular para organizar a rede. As gestões anteriores tentavam organizar a rede para depois regular. Nessa, nós fizemos esse movimento contrário. No que eu vi muito avanço. Eu pude perceber que realmente você tem que regular para ajustar a rede à regulação. Então as pessoas estão se adaptando melhor a isso, estão sendo mais criteriosos por obrigação, porque tem que ser, porque senão o paciente volta, porque senão cai em pendência. Nós tivemos muitos problemas devido a isso esse ano. Mas, eu sinto que está funcionando agora (NG2).

A entrevistada NG2 relatou que em dezembro de 2018, foi tomada a decisão de centralização na CMR, da regulação das consultas especializadas gerenciadas pela Central Estadual de Regulação, até então disponibilizadas pelo SER estadual, para o agendamento pelas equipes das UBS. Foi observado que a descentralização da oferta de consultas especializadas até então praticada nas UBS, gerou perdas de agendas de especialidades estratégicas, por problemas na conectividade local, com a consequente dificuldade de acesso ao sistema. Todos os pedidos de consultas especializadas de primeira vez, exames e outros procedimentos disponibilizados por serviços federais e estaduais gerenciados pela CER, serão centralizados, gerenciados pela CMR, de modo que seja possível conhecer a oferta e demanda e otimizar a utilização dos recursos.

Os informantes entrevistados percebem maior integração da rede de serviços de saúde, com a avaliação de prioridades ou urgências demandadas pela Atenção Básica. Tal avaliação é realizada através da gestão de fila, da qualificação da mesma pelos profissionais supervisores das UBS e especialistas da equipe da CMR.

• REGULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Com relação à organização da atenção à Saúde da Mulher na prevenção do câncer de mama, segundo informante-chave, as UBS desenvolvem trabalhos rotineiros de orientação e prevenção nas salas de espera durante todo o ano, e que se intensificam no mês de outubro em função das comemorações do “Outubro Rosa” - movimento internacional de conscientização para o controle do câncer de mama. A data é celebrada anualmente, e são realizados vários eventos para aumentar a conscientização da população e de profissionais de saúde sobre a

doença. Na visão da informante NG1, as equipes de ESF realizam rotineiramente o exame das mamas e investigam sinais e sintomas suspeitos de câncer. Esse é um dos pontos abordados na capacitação dos profissionais e uma das linhas de atenção priorizadas pela gestão, em função das elevadas taxas de prevalência de câncer no município. A informante-chave NG1 avalia que a identificação das usuárias na AB com uma possível patologia mamária tem sido realizada em tempo oportuno e que os exames complementares são de fácil acesso no município.

Na descrição das ações de rastreamento de câncer de mama foi informado que o acesso ao agendamento da mamografia não é regulado centralmente. O profissional responsável pela UBS, em geral o enfermeiro, faz o agendamento direto através do sistema informatizado municipal.

A mamografia está disponível em um prestador público e em outro serviço contratado pelo SUS municipal, com a disponibilidade de cerca de 1.000 exames/mês. Foi relatado pelos informantes-chave que o prestador público municipal tem dois equipamentos cuja resolução de imagem é inferior ao equipamento disponibilizado pelo prestador privado, que é um aparelho digital. Para o rastreamento populacional com mamografia, são utilizados os aparelhos públicos e em caso de necessidade de investigação de lesão suspeita, as usuárias são encaminhadas para o equipamento contratado no setor privado, em função de sua maior resolubilidade.

O informante-chave NG4 questiona se a oferta de mamografias públicas pode não estar sendo devidamente registrada, reduzindo dessa forma a cobertura da população-alvo, e que esse é um problema que deve ter suas causas investigadas e resolvidas. Pode estar ocorrendo erros na codificação e registro dos procedimentos pelos prestadores, entre outros problemas operacionais. Desta forma, é necessária a verificação pelas estruturas gerenciais do município, da cobertura da população coberta pela ESF, além da estimativa de cobertura pela saúde suplementar. Apesar de o município ter sido capacitado no Sistema de Informação de Câncer – SISCAN, atualmente informa as citologias oncóticas no SISCOLO e as mamografias no SISMAMA.

A gestão municipal trabalha com uma cota numérica de mamografias, porém se ocorrer a necessidade de um número superior de vagas é orientado que o responsável pela UBS se direcione ao SAU da policlínica mais próxima no território, que dialoga diretamente com a CMR e que pode dar acesso aos exames demandados. A urgência e necessidade de diagnóstico mais precoce podem também ser atendidas nos serviços próprios do município:

Mamografia a gente não regula. Os exames ficam mais para a parte da regulação dos postos e a gente faz a oncologia especificamente. A gente regula para o tratamento e para cirurgia de pacientes. Mas, já diagnosticado, já com o histopatológico pronto, já com mamografia, com todo o diagnóstico fechado (NG2).

A rede está instruída para quando for um caso de suspeita de nódulo, alguma suspeita de câncer, que é para ser solicitado para o prestador privado, que é o aparelho melhor (NG2).

Foi relatado pelos informantes que não existe fila nos prestadores para mamografia. Uma das entrevistadas mencionou que cerca de 300 mamografias deixam de ser agendadas por mês. Perguntadas sobre quais seriam as razões para esse fato foram aventadas as possibilidades da baixa mobilização para o agendamento pelos responsáveis pela captação das usuárias na faixa etária preconizada e a falta de comunicação entre as estruturas da rede. Com relação ao tempo de espera para a realização da mamografia, a equipe técnica da CMR informa que existem vagas disponíveis para o mesmo dia, caso seja necessário. Na unidade pública o laudo é realizado manualmente e o resultado demora cerca de 15 dias, tempo semelhante ao do prestador privado.

A busca do resultado é de responsabilidade da usuária no prestador onde o exame foi realizado. Ao receberem o resultado da mamografia com uma lesão suspeita, as usuárias devem levá-los às ESF de referência, que podem agendar diretamente a consulta com o mastologista, ofertada na unidade municipal especializada em Saúde da Mulher. Os serviços de imagem quando detectam exames alterados não são retirados pelas usuárias, realizam contato com as UBS para realização de busca ativa.

A população historicamente era dirigida ao prestador privado, pois só recentemente os mamógrafos foram alocados na unidade pública. Foi relatado que o prestador universitário localizado no município sede também irá disponibilizar sua oferta de mamografias ampliando o conjunto da oferta municipal. Não foi informado se essa oferta será disponibilizada para a região. Existe ainda a oferta de exames disponibilizados pelo Rio Imagem, entre eles a mamografia, oferta essa agendada pela CMR diretamente no sistema KLNKOS estadual. O informante NG4 observa que outrora o prestador estadual ocupava papel de importância na realização das mamografias para suprir a demanda municipal, e que com a organização atual dos serviços, o papel dessa unidade se tornou residual.

A prioridade da realização do exame é dada pela faixa etária estabelecida pelo Ministério da Saúde, e caso existam pedidos fora do protocolo do rastreamento, os mesmos são submetidos aos profissionais responsáveis pela supervisão médica da região, para avaliação da necessidade e possível autorização. Foi informado que os técnicos da Regulação do município-sede não conhecem as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama (INCA, 2015), e não foram relatadas iniciativas por parte da Secretaria de Estado de Saúde nem de outros órgãos para a divulgação das mesmas. No ano de 2016 houve por parte da Secretaria Municipal um treinamento a respeito da temática do câncer de mama.

• ACESSO AOS SERVIÇOS PARA USUÁRIAS COM LESÕES SUSPEITAS

A unidade especializada do município-sede é referência somente para as usuárias da rede municipal, na qual são realizadas as consultas de mastologia solicitadas pela ESF. Foi relatado não haver monitoramento do tempo de espera para consulta de mastologia, mas que em média o agendamento leva em torno de quatro a seis dias. Caso haja a indicação clínica, a unidade especializada também realiza as biópsias guiadas por ultrassom, com o envio da amostra para o laboratório de saúde pública municipal.

Quanto ao tempo de espera, os informantes-chave não realizam esse monitoramento rotineiramente, porém relatam que o tempo estimado para o atendimento e resultado da biópsia é em torno de trinta dias. No caso do diagnóstico de nódulos não palpáveis ou microcalcificações visíveis na mamografia, existe a indicação da realização da biópsia guiada por estereotaxia digital, que possui uma oferta reduzida na rede SUS em todo o estado do Rio de Janeiro, sendo ofertada somente pelo INCA. Essas demandas são solicitadas através do SER, que pela reduzida oferta, podem ter seu agendamento demorado, favorecendo a uma possível evolução da doença:

Então hoje para algumas usuárias, infelizmente a lesão de impalpável se torna palpável para então conseguir fazer a biópsia. Tem muitos pacientes assim (NG1).

• REGULAÇÃO DO ACESSO À CONSULTA DE MASTOLOGIA ONCOLÓGICA

As usuárias atendidas na unidade especializada em Saúde da Mulher, que fecham o diagnóstico de câncer de mama com indicação cirúrgica, são referenciadas diretamente para o serviço de mastologia do hospital universitário, pela unidade especializada. As vagas disponibilizadas mensalmente têm sido suficientes para absorver a demanda da rede municipal, na avaliação dos informantes-chave. Nos casos não cirúrgicos, as usuárias são encaminhadas da unidade especializada para a Comissão Municipal de Oncologia, que as regula para o serviço de oncologia do hospital universitário, com vistas à definição de conduta para o tratamento:

Hoje a gente praticamente não tem fila para agendar a paciente para mastologia. O protocolo da paciente é o seguinte: ela vem com a ficha de referência, indicando que está com câncer de mama, mas já com a biópsia pronta. Sendo moradora de Niterói, a gente encaminha para a mastologia do hospital universitário. A gente recebe mensalmente essas vagas daqui da regulação, e temos bastante oferta de vagas. Lá vai ser verificado se o caso dela realmente é cirúrgico, ou se é somente um tratamento clínico. Se for cirúrgico, eles vão fazer cirurgia e encaminhar para oncologia lá de dentro. Se não for cirúrgico, eles vão encaminhar direto para avaliação oncológica (NG3).

Ao longo da entrevista, os informantes da Regulação manifestam dúvidas em relação à suficiência das vagas de mastologia oncológica para o município, com a oferta disponível, e se

indagam se as pacientes estão sendo captadas adequadamente, considerando que a população vem envelhecendo:

Eu só tenho uma curiosidade quanto ao fato de dez vagas de mastologia oncológica serem suficientes para um município de quinhentos mil habitantes. Será que essas pacientes não estão sendo captadas direito? Dez vagas para quinhentos mil? E ... o que ela respondeu é real, dá! Mas por que será que dá? (NG3).

A gente faz uma reunião mensal e as vezes chega ali e fala 'Não, essa semana está tranquilo, não houve demandas. E aquilo me deu um mal-estar, parece que assim, não é possível. Não é possível! (NG4).

O estabelecimento de um fluxo de regulação para oncologia com o hospital universitário é recente, fruto do processo intenso de negociação das regulações municipal e estadual. Anteriormente, os casos de usuárias municipais diagnosticados eram inseridos nos sistemas de regulação pela Comissão de Oncologia, podendo ser agendados para o INCA ou nos hospitais federais, aguardando em filas de espera. Foi um passo importante para o processo regulatório municipal.

Os informantes-chave do município-sede não possuem mecanismos de monitoramento do tempo entre a recepção das usuárias pelo serviço de mastologia e a realização da cirurgia. Acreditam que nem o INCA, nem o hospital universitário localizado no município, e nenhum dos hospitais federais fornecem informações sobre a evolução do tratamento. No entanto, citam como exemplo, que no serviço de oftalmologia privado, contratado pelo município, a regulação consegue monitorar o tratamento dos usuários, através de um sistema informatizado desenvolvido com essa finalidade.

Uma vez a usuária tendo sido referenciada para algum serviço especializado oncológico, não há um protocolo definido para que as informações retornem para as UBS e para a CMR. A informante NG1 declara que a unidade especializada realiza um acompanhamento bem próximo das usuárias, em especial junto às ESF que possuem supervisores técnicos, que entram em contato com os especialistas para conhecer melhor os casos.

Existe na unidade especializada em Saúde da Mulher, uma equipe de reabilitação trabalhando com as usuárias com câncer de mama. A partir de 2016, se destaca na rede de saúde, a descentralização das equipes de reabilitação multiprofissional que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, em parceria com supervisores ginecologistas e fisioterapeutas, atuando junto às usuárias na Atenção Básica. O hospital universitário tem chamado a atenção para esse aspecto do retorno à unidade de origem, pois as usuárias acabam por se vincular somente ao serviço de oncologia, sem compartilhamento de cuidados com a ESF.

Com relação à lei nº 12.732/2012, a Lei dos Sessenta Dias, que dispõe que após a confirmação diagnóstica de câncer, o tratamento deverá iniciar em um prazo de até 60 dias

dependendo das necessidades biológicas da paciente. Os informantes-chave consideram que o município-sede cumpre rigorosamente o prazo, principalmente para os casos de câncer de mama. Informam ainda que o descumprimento da lei pode ocorrer caso os passos para o diagnóstico tenham sido demorados ou a usuária não tenha buscado o resultado e as referências para o serviço especializado.

Os informantes-chave do município-sede avaliam que não há no momento dificuldades na oferta de serviços para a linha de cuidado do câncer de mama. “Apesar da existência de programas como” Outubro Rosa” e Saúde da Mulher, os entrevistados acreditam que os quadros clínicos se agravam pelo fato de as usuárias não procurarem os serviços quando obtém o diagnóstico, e chegarem aos serviços em estágios muito avançados da doença. Apesar de reconhecerem o trabalho das ESF e das UBS com programas de saúde, avaliam que o motivo para esse fato não seja a falta de consciência da saúde, mas barreiras financeiras para o acesso aos serviços:

Social. Eu acredito que até a população tem a consciência da saúde. Tem! Mas não tem a parte social, financeira. Não tem como descer, ir a pé (NG1).

Já teve paciente que não buscou marcação, que a gente teve que remarcar porque não tinha dinheiro de passagem para vir buscar a marcação (NG2).

Eu acho que aqui a questão é mais do próprio paciente também. É da decisão dele procurar uma ajuda, porque a gente vê aqui muita gente que chega a num estágio mais avançado, mas que demorou muito a procurar um médico. Entendeu? Muito, muito mesmo (NG2).

Uma vez realizado o procedimento cirúrgico, revisões pós-operatórias e definido o tratamento necessário, as usuárias indicadas para o tratamento com quimioterapia são absorvidas pelo próprio serviço de oncologia do hospital universitário. O acesso ao serviço de radioterapia credenciado ao SUS, localizado no município sede, é realizado pela Comissão de Oncologia municipal, que realiza a inserção das usuárias no SER, e em geral não há dificuldades para isso. As usuárias são dirigidas prioritariamente para esse prestador de radioterapia localizado no próprio município-sede, que é o único da região estudada e referência regional. Após a alta do tratamento oncológico, as usuárias são referenciadas para a unidade especializada municipal em Saúde da Mulher para realizar seu acompanhamento regular.

• *RELAÇÃO COM A REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA II*

Foi indagado à informante-chave NG2 como se dá o fluxo de regulação dos demais municípios da região de saúde para os serviços do município-sede. Até o momento dessa pesquisa, os municípios com recursos da Programação Pactuada Integrada- (PPI), alocados no município-sede, fazem interlocução junto à CMR, para os agendamentos demandados no conjunto dos recursos programados. Utiliza-se o RESNIT para o acesso à oftalmologia e

procedimentos de reabilitação, e a comunicação por correio eletrônico para a oferta de consultas ambulatoriais e procedimentos mensais do hospital universitário, pactuados através de Plano Operativo elaborado pelos municípios da região.

O processo está em fase de transição, com o desenvolvimento e ampliação do RESNIT, que será instalado no hospital universitário e nos prestadores municipais. Dessa forma a CMR do município-sede irá centralizar a oferta de exames, consultas e procedimentos pactuados para a própria região e para outras, regulando as solicitações e autorizando de modo a priorizar o uso dos recursos.

Perguntado se os municípios da região demandam acesso ao tratamento oncológico no hospital universitário, referentes a ofertas definidas na PPI, foi informado que a CMR do município-sede recebe e encaminha mensalmente aos demais municípios a oferta regional disponibilizada pela equipe de gestão do hospital. Possivelmente são encaminhados pacientes oncológicos, entre eles os casos suspeitos de câncer de mama, dentro das vagas de especialidades disponibilizadas. Tal fato é motivo de eventuais questionamentos por parte do serviço de oncologia do hospital universitário, pois é alegada a existência de outra UNACON na região, que, no entanto, não tem condições de absorver todas as demandas já que existe um déficit importante deste serviço na região de saúde.

4.2 SÃO GONÇALO

• ESTRUTURA DO SISTEMA MUNICIPAL DE AB E REGULAÇÃO

O município de São Gonçalo possui grande extensão territorial e se divide administrativamente em cinco distritos. Para fins operacionais foi subdividido em dez Regiões Estratégicas de Saúde, que apresentam entre 96.000 a 109.000 habitantes cada.

Estão distribuídas nas regiões de saúde cerca de 200 equipes de Saúde da Família e 107 equipes de Saúde Bucal alocadas em 85 Unidades de Saúde da Família (USF) e 24 UBS. O município conta com 25 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, (NASF) habilitados e vinculados às ESF.

Para retaguarda mais imediata da Atenção Básica, o município conta com cinco polos sanitários, também denominados de Policlínicas, que funcionam como referências para um conjunto de unidades nas regiões. Possuem o perfil dos antigos centros de saúde, e ofertam especialidades afeitas à Saúde Pública tais como imunização, tuberculose e hanseníase que ainda não estejam descentralizados, planejamento familiar, triagem neonatal, testagem rápida para sífilis e HIV e ainda outras especialidades médicas e odontológicas. As especialidades não se distribuem de maneira padronizada, variando sua composição entre os polos sanitários. As

informações relativas à estrutura da Atenção Básica, com base no ano de 2017, foram obtidas no Plano Municipal de Saúde 2016-2019 por meio de acesso ao SARGSUS – Sistema de Apoio à construção do Relatório de Gestão do SUS. (Ministério da Saúde, 2019).

Além desses equipamentos, existem também três Postos de Atendimento Médico – (PAM), unidades federais municipalizadas, que são denominadas de Policlínicas de Especialidades, e estão integrados à rede de atenção à saúde. Atuam como apoio especializado, complementando as ações da Atenção Básica. As Policlínicas de Especialidades oferecem consultas especializadas médicas e não médicas, pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, assim como suporte diagnóstico e terapêutico. A rede municipal conta ainda com um centro municipal de diagnóstico por imagem, uma unidade assistencial voltada para o atendimento à mulher – Espaço Rosa e outros equipamentos de suporte como unidades especializadas em saúde da criança, saúde mental e para o atendimento às urgências e emergências e internações hospitalares.

O complexo regulador municipal, inaugurado em 2013, se reporta a Subsecretaria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, ligada diretamente ao Secretário de Saúde. Funciona de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h, e no sábado das 8h às 12h. A estrutura da Regulação se divide em quatro coordenações: Auditoria, Controle e Avaliação, Contratualização e Processos Judiciais e Regulação. O atendimento ao programa de Tratamento fora de Domicílio (TFD), também está sob gestão dessa Subsecretaria. A divisão do trabalho da Regulação se organiza em três setores: um que recebe as solicitações que vêm da rede com os pedidos de exames e consultas realizados no município e aqueles que são realizados fora do município. Outro onde são captadas as vagas do Sistema Estadual de Regulação (SER) e SISREG, e existe ainda um setor de marcação e agendamento, que se comunica diretamente com os usuários através de um *call center* instalado no Complexo Regulador. São cerca de 18 profissionais - 15 para captação geral e 3 ou 4 para Sistema Estadual de Regulação - SER e SISREG, e para o contato telefônico com os usuários. Ainda dentro dessa estrutura, existe uma equipe de cerca de 15 médicos reguladores trabalhando por escala de dois ou três por dia, fazendo a regulação de todo o complexo. A estrutura opera com cerca de 35 a 40 trabalhadores no total. O investimento hoje prioriza a organização da rede ambulatorial.

Para a estruturação do processo regulatório da rede municipal, o entrevistado SGG1 destaca a necessidade de integração e proximidade da coordenação da atenção especializada, objetivando qualificar as análises técnicas e qualificar o uso dos recursos disponíveis de acordo com as necessidades apresentadas pela AB ao Complexo Regulador. Hoje as coordenações das especialidades na estrutura estão ligadas diretamente ao Secretário Municipal de Saúde.

A Central Regional de Regulação da Metropolitana II, estrutura pertencente à Secretaria de Estado de Saúde, ocupa duas salas do Complexo Regulador, funcionando com equipes de três profissionais em plantões de 24h, fruto de uma pactuação realizada entre Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e o município de São Gonçalo para a cessão do espaço de instalação da Central Regional da Região Metropolitana II, objetivando atender a regulação de agravos específicos, como demandas para cirurgias cardiovasculares e internações hospitalares em especialidades diversas.

• **ACESSO À REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

A gestão municipal fez a opção pela contratação de um sistema de Regulação privado, denominado ESUS, que possui características que se adequaram às necessidades de organização do processo de regulação da rede municipal. Segundo o informante-chave SGG1, o sistema tem sido utilizado inicialmente no estabelecimento da comunicação entre os polos sanitários e as unidades de média e alta complexidade do território.

Conformando a rede assistencial do município estudado, as UBS estão distribuídas por região estratégica de saúde e são referenciadas para cada um dos polos sanitários localizados no território, porém ainda não estão informatizadas. O projeto de estruturação da rede assistencial foi iniciado pela informatização dos polos sanitários, Policlínicas de Especialidades, unidades de emergência e hospitais municipais, que já estão operando em rede informatizada com o Complexo Regulador.

Para estruturar o processo regulatório na rede municipal de saúde, foi tomada a decisão de centralizar a oferta dos recursos assistenciais especializados no Complexo Regulador. Foram estabelecidos a partir daí os fluxos entre as UBS, que encaminham as solicitações em papel, de agendamento de exames e consultas através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que por meios próprios os transportam aos polos sanitários de referência. Dessa forma, a não ser em casos excepcionais, os usuários não se deslocam mais para os agendamentos desses procedimentos, pois essa função passou a ser desempenhada pelos ACS. Foram contratadas e capacitadas duas ou três pessoas para cada polo sanitário com o objetivo de realizar as inserções advindas da AB no sistema de regulação municipal. No momento de realização da pesquisa, o Complexo Regulador já havia conseguido alcançar a inclusão de quase 100% das solicitações provenientes da AB no sistema de regulação.

Quando existem critérios de gravidade identificados pelos profissionais da AB, os usuários são encaminhados para o Complexo Regulador onde são atendidos pelos médicos reguladores e o processo é agilizado, dando prioridade de acesso a esses casos. Ao longo do processo de inclusão dos usuários no sistema com a formação de filas, caso o regulador

identifique elementos que justifiquem alguma prioridade clínica, a solicitação pode ser reclassificada para as primeiras vagas disponíveis. Somente os médicos reguladores possuem as senhas do sistema e os casos podem ser reclassificados sempre que necessário.

As solicitações inseridas nos polos sanitários de referência das UBS são visualizadas nas telas do sistema de regulação pelas equipes do Complexo Regulador, quando são analisadas à luz dos protocolos clínicos praticados no município. Essas demandas, uma vez classificadas e priorizadas pelos médicos reguladores, retornam para as equipes responsáveis pelo agendamento, que fazem contato telefônico com os usuários, fornecendo as informações necessárias tais como o local, data, horário das consultas e exames e orientações gerais.

O sistema de Regulação utilizado possibilita a organização de filas de espera e permite sinalizar a urgência e prioridade dos casos. A marcação da consulta gera pelo sistema um recibo, onde constam as informações relativas ao procedimento, que são impressos nos polos sanitários, anexados às solicitações e devolvidos às UBS pelos ACS que por sua vez os entregam aos usuários. Uma vez realizados os exames, os usuários retiram os resultados nos serviços onde realizaram os procedimentos e recebem a orientação de retornar ao médico solicitante para a continuidade do seu acompanhamento. Se houver necessidade de atendimento em outra especialidade, o profissional demandará ao polo sanitário de referência e a solicitação será novamente inserida no sistema.

O informante-chave SGG1, responsável pelo Complexo Regulador, relata que no segundo semestre de 2018, somente o fluxo para a regulação de procedimentos e exames havia sido implantado. A partir do mês de outubro de 2018 foi iniciada a regulação de consultas especializadas, que até aquele momento eram acessadas diretamente nas unidades onde eram ofertadas, mediante guias de encaminhamento entregues aos usuários por médicos solicitantes das UBS. A mudança desse cenário vem sendo gradual, com o avanço da informatização, implantação do sistema de Regulação privado e adesão da rede ao novo fluxo. Algumas demandas especializadas ainda são marcadas através de fluxo em papel, tais como a oncologia e cardiologia, que continuam sendo levadas para a Central de Regulação pelos ACS. A migração desses procedimentos para o sistema irá ocorrer na medida do avanço da organização e adesão da rede. As solicitações de referência para gestação de alto risco acabaram de ser inseridas, e passarão a ser encaminhadas pelo sistema de Regulação, dos polos sanitários para a CMR.

Foi necessária a utilização de estratégias para o aumento da oferta do número de consultas especializadas, assim como sua disponibilização para a Central de Regulação, modificando arranjos anteriores. O município possui três Policlinicas de Especialidades, PAM, e foi feita a proposta a todas para o estabelecimento de metas de aumento de produtividade para

os profissionais, com teto de trinta e cinco consultas por período, que se alcançado, geraria pagamentos por desempenho. As agendas de primeira vez e retorno passaram a ser marcadas pelo sistema municipal de Regulação. Na Policlínica com a maior diversidade de especialidades, que apresentava a produção de cerca de mil a duas mil consultas por mês, o número de consultas saltou para seis mil procedimentos/mês. Em contraponto a essa experiência bem-sucedida, nas outras duas Policlínicas de Especialidades, apesar da mesma iniciativa proposta, ainda não foram alcançados bons resultados.

Segundo o entrevistado SGG1, a próxima etapa de aperfeiçoamento dos processos regulatórios no município será a informatização e conexão das UBS aos demais pontos da rede assistencial através da Central Municipal de Regulação, porém existe a preocupação com a falta de recursos financeiros para essa etapa. Afirma-se que ao conseguir informatizar as UBS, o fluxo irá ganhar muita agilidade, porque quando as solicitações forem feitas e inseridas no sistema na AB, serão visualizadas diretamente pela Central de Regulação. Importante destacar a decisão política da gestão municipal para o enfrentamento das resistências, que foi determinante para que os avanços tenham ocorrido:

É um fato, que a medida em que a regulação dos serviços de especialidades avança, aumenta a legitimidade política da gestão (SGG1).

Os polos sanitários mantem uma rotina de treinamentos uma vez por mês, oportunizando a qualificação de suas equipes profissionais no manejo dos sistemas e realizando capacitações presenciais na CMR. A empresa responsável pelo sistema privado de Regulação mantém equipes técnicas, dando suporte a toda rede, com visitas às UBS, Policlínicas de Especialidades e polos sanitários e realizando capacitações para os coordenadores da CMR, assim como para as equipes que fazem as inserções das solicitações nos polos. O entrevistado SGG1 relata que ainda existem muitos erros, que geram pendências e retorno para retificações nas unidades solicitantes. A equipe de médicos reguladores realiza o monitoramento das solicitações feitas pelas equipes das UBS e está constantemente em contato com os profissionais das equipes para a redução das falhas e o alinhamento e revisão dos protocolos vigentes. O informante-chave SGG1 relata que as mudanças recentes de organização dos processos regulatórios estão permitindo reconhecer os gargalos assistenciais.

Foi informado durante a entrevista, que os protocolos para as situações mais comuns estão atualizados. Eles foram elaborados e revisados por um grupo de médicos da AB, da Atenção Especializada, médicos reguladores, enfermeiros e os coordenadores municipais da Atenção Básica e da Especializada. O município pretende publicar um manual para os profissionais de saúde, coordenadores e supervisores com as diretrizes e protocolos da regulação municipal.

O sistema de Regulação foi desenvolvido para o município de modo a permitir a visão de vários pontos da rede de serviços, inclusive ocupação de leitos de internação no pronto-socorro e hospitais sob gestão municipal. Foi também desenvolvida ao mesmo tempo, a ferramenta para facilitar a coleta e análise de dados objetivando apoiar a tomada de decisão, o B.I (*Business Intelligence*). O entrevistado avalia como recente o processo de implantação da Regulação na rede municipal, que ainda demanda investimentos para um funcionamento mais articulado e efetivo. Porém afirma que é perceptível que a implantação de um sistema voltado para a estruturação da regulação em rede tem sido determinante na melhoria e organização do acesso. Segundo o entrevistado, existem expectativas no futuro próximo de que o usuário tenha todas as informações pelo telefone celular ou computador, e que o histórico de uso do sistema público de saúde dos cidadãos esteja também registrado em um aplicativo acessível.

• REGULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

A solicitação do exame é realizada pela ESF ou por profissionais da AB, responsáveis pela usuária, e o exame marcado através do polo sanitário ao qual ela é adstrita. Uma vez realizada a mamografia, a usuária é responsável pela busca do resultado do exame e o leva à sua equipe de referência, que se detectar alguma lesão suspeita, irá solicitar ao respectivo polo sanitário a marcação urgente do mastologista, no serviço mais próximo de sua residência.

Os prestadores que realizam as mamografias no município são públicos, com um serviço exclusivo para o atendimento à mulher, realização de biópsias guiadas por ultrassom, e um Centro de Imagem que realiza vários exames entre eles a mamografia. O município utiliza também recursos do Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem - Rio Imagem. No caso da mamografia, a Regulação trabalha basicamente com a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e com a priorização de usuárias com lesões suspeitas.

O tempo que a usuária leva para realizar a mamografia ainda não é conhecido, pois o percurso desde a Atenção Básica até o polo sanitário e daí à Central ainda não está monitorado. Já é possível através do sistema de Regulação municipal, o monitoramento da inserção da solicitação da mamografia até a CMR e seu agendamento e o acompanhamento se a usuária fez ou não o exame. Quanto ao fluxo de devolução dos resultados, as usuárias vão buscar os resultados nos prestadores, o que leva em torno de dez dias. Nos próximos passos está previsto o mapeamento do fluxo desde a AB até o início do tratamento e sugerir mudanças na gestão do processo.

Perguntado acerca do acesso e conhecimento das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama (INCA, 2015), o informante SGG1 relata que ocorreram em função de sua

inserção acadêmica pessoal e não de maneira sistemática e propositiva pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro nem pela própria Secretaria Municipal de Saúde. Sugere a criação de um protocolo estadual para ser seguido pelos municípios. Informa que o processo de trabalho baseado nas normas citadas acima ainda não está totalmente organizado, mas que a equipe de médicos reguladores já confere alta prioridade para o paciente com suspeita oncológica e agiliza o andamento dos usuários nos vários pontos do sistema.

• ***ACESSO AOS SERVIÇOS PARA USUÁRIAS COM LESÕES SUSPEITAS***

O processo de confirmação diagnóstica do câncer de mama inicia-se a partir de uma mamografia suspeita. Em cada região estratégica existe uma Policlínica de Especialidades atuando para todo o município, a referência municipal para a Saúde da Mulher, onde são ofertadas consultas de mastologia. Por ocasião da entrevista, em janeiro de 2019, foi possível verificar a listagem de mastologistas que aparece na tela do sistema de Regulação da equipe de agendamento, apresentando a fila única por ordem de prioridade.

No espaço exclusivo para a Saúde da Mulher, são realizadas 80 consultas de mastologia por semana e são realizadas as biópsias, pois é o único local que possui o material, de custo elevado para o município. Ainda não há um protocolo municipal definido para solicitação de biópsia de mama. Esse espaço é considerado um serviço de saúde que realiza importante trabalho de apoio para as mulheres durante o tratamento tais como tatuagens na cicatriz cirúrgica, perucas, e problemas mais comuns que acometem as mulheres durante o adoecimento.

Foi informado que a CMR tem sofrido cobranças, entre elas do Conselho Municipal de Saúde, pela demora no tempo de entrega do resultado das biópsias, que passam de sessenta dias, retardando o início do tratamento e piorando o prognóstico da usuária. Atualmente a demora na liberação do resultado no laboratório privado, único credenciado ao SUS para a realização do histopatológico, é decorrência de divergências entre a SMS e o prestador, envolvendo problemas anteriores na prestação de contas e a falta de pagamento de faturas passadas. A avaliação do entrevistado é de que município precisa ter acesso a outros laboratórios na rede municipal.

• ***REGULAÇÃO DO ACESSO À CONSULTA DE MASTOLOGIA ONCOLÓGICA***

Cabe destacar que o município estudado é muito populoso, não possui serviços de oncologia em seu território, e que a partir do diagnóstico de câncer realizado, encaminha seus usuários para serviços existentes na própria região ou em regiões próximas. Importante esclarecer que a região não possui serviços suficientes para absorver os casos novos de câncer,

e monitorar a qualidade de vida daqueles já tratados, e que frequentemente precisa encaminhar usuários para outras regiões do estado. Os recursos do teto financeiro municipal, oriundos do MS para o acesso ao tratamento oncológico, estão distribuídos nos dois municípios localizados na Região Metropolitana II: em Rio Bonito, que possui uma UNACON em sua unidade hospitalar filantrópica contratualizada e no hospital universitário, localizado no município sede. Também são acessados os serviços oncológicos localizados na capital do estado.

No momento da pesquisa, a UNACON de Rio Bonito era acessada através de regulação entre as CMR, utilizando o SISREG municipal, sistema de regulação escolhido pelo município sede da UNACON, para conectar sua rede assistencial e receber demandas externas definidas através de pactuações intermunicipais e regionais. Quanto ao acesso para o tratamento oncológico no hospital universitário, localizado no município-sede da região, a oferta assistencial disponibilizada vem sendo informada mensalmente através de correio eletrônico, entre as Centrais Municipais. O município também acessa o INCA e demais serviços de oncologia ofertados pelos hospitais federais, através do SER.

Os serviços localizados na região não possuem oferta suficiente de vagas para atender a toda a população, e somente o UNACON de Rio Bonito disponibiliza toda a sua oferta de vagas mensalmente, segundo as cotas proporcionais ao peso populacional de cada município de sua área de abrangência. O informante-chave SGG1 diz que não é possível planejar o acesso das usuárias ao tratamento, pois o número de vagas não é regular e conhecido previamente. Por vezes o Secretário Municipal de Saúde tem que intervir politicamente junto aos municípios pactuados, negociando com seus pares, a recepção de usuários nos serviços de oncologia.

Os informantes-chave avaliam que existem restrições em alguns pontos da linha de cuidado e cita o exemplo da realização da ultrassonografia mamária, pois o município não possui serviço próprio nem contratado de maneira regular, gerando demora no resultado de exames, e principalmente o acesso oportuno aos serviços especializados para o acesso ao tratamento específico - cirurgia, quimioterapia e radioterapia, muitas vezes realizada em locais diferentes, configurando um cuidado fragmentado.

• ***RELAÇÃO COM A REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA II***

Segundo o informante SGG1, a organização do processo de Regulação tem permitido acompanhar melhor os recursos da PPI do município, identificando sua utilização, de modo a levar o debate à CIR. O entrevistado menciona que a SMS tem sido citada como uma captadora ativa de vagas para exames e consultas em vários municípios, e que tem orientado a equipe do Complexo Regulador para buscar os recursos assistenciais fora, em função da escassez de equipamentos de saúde e oferta que atenda às solicitações demandadas à CMR.

Os entrevistados SGG1, SGG2 e SGG3 consideram que um município populoso como o estudado, deveria ter um ou mais serviços de oncologia em seu território, além de outras especialidades da alta complexidade. Essa deficiência faz com que aumente o tensionamento entre os municípios da região, uma vez que a população precisa se deslocar para obter o atendimento. Os entrevistados avaliam que o município-sede precisa viabilizar o acesso dos demais municípios da região aos serviços pactuados ou retornar os recursos para a criação de novos. A atual gestão tem projetos de criar e fortalecer serviços no próprio território, e para isso, requer os recursos de alta complexidade alocados em outros municípios.

Outro problema identificado é a ausência de coordenação do cuidado quando as usuárias são referenciadas ao hospital universitário localizado no município-sede da região. Foi relatado que não existe um protocolo de compartilhamento de informações sobre a situação das usuárias que porventura ali são atendidas, de tal forma que os serviços de origem desconhecem a evolução do tratamento ali desenvolvido. Quando são necessários exames complementares de alta complexidade, as usuárias são orientadas a retornar ao município de origem para pleitear sua realização. Quando acessada a CMR, o município não consegue com facilidade dar prioridade a essas demandas, em função de baixa oferta desses exames para a população geral.

4.3 RIO BONITO

• ESTRUTURA DO SISTEMA MUNICIPAL DE AB E REGULAÇÃO

A estrutura da AB no município é composta por vinte e uma UBS e vinte e três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com dezesseis equipes de saúde bucal. Hoje a cobertura populacional estimada é de 96%. A rede municipal conta também com ambulatórios de especialidades, trabalhando em um fluxo articulado com a Atenção Básica conforme relato da informante-chave RBG1. A estabilidade das equipes ainda é comprometida com a grande rotatividade profissional, em especial de nível superior.

Existem três áreas não cobertas pela ESF, distantes do centro da cidade, que são acompanhadas por uma equipe exclusivamente formada por agentes comunitários de saúde - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, (EACS), e são ligadas a um serviço ambulatorial localizado no centro do município. As necessidades de atendimento especializado, geradas a partir do contato com esse serviço, são referenciadas para a coordenação da AB, que realiza os agendamentos solicitados. O centro da cidade que também não é coberto pela ESF, está vinculado a um ambulatório localizado na região, para as necessidades de atendimento da população residente e o acesso é realizado diretamente pelos usuários.

A informante-chave RBG2 descreve que a CMR, ambulatorial e de leitos, funciona de 2ª a 6ª feira com equipe presencial de 7 as 17 horas, formada por dez administrativos e apenas um médico regulador diarista. Essa Central não regula urgência e emergência, somente internações eletivas. A estrutura da SMS é pequena e as coordenações, de AB e Regulação vinculam-se diretamente ao Gabinete da Secretária, não havendo subsecretarias.

Poucos funcionários participaram de capacitações em Regulação. Dois administrativos treinados nos sistemas de Regulação – SISREG municipal, SER e KLINIKOS, se responsabilizam pela capacitação em serviço dos demais. O município trabalha com o SISREG para a comunicação entre suas unidades de saúde, porém não conseguiu descentralizar o uso de sistema para todas as UBS por haver áreas chamadas de “sombra”, onde não há sinal de internet.

• ACESSO À REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Todas as referências solicitadas em papel desde as UBS são encaminhadas à CMR em malotes, por um sistema de transporte municipal. Quando a consulta ou procedimento é agendado, a solicitação retorna às UBS e é entregue aos usuários pelos ACS. Podem ocorrer atrasos nesse fluxo, e as consultas chegarem com pouca antecedência aos usuários e eventualmente serem perdidas. Um dos objetivos da gestão é descentralizar a marcação de consultas e procedimentos para as UBS, de modo que o usuário saia da unidade com os procedimentos agendados.

• REGULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

A informante RBG1 relata que o trabalho de educação em saúde da mulher é desenvolvido na AB através da abordagem de temas estratégicos, entre eles a questão da prevenção do câncer ginecológico, e que são promovidas várias atividades de sala de espera, além do atendimento clínico. As salas de espera são programadas em todas as unidades de saúde, e no mês de outubro essas atividades se intensificam em função do “Outubro Rosa”.

A partir de 2018, estas ações vêm sendo incrementadas com a realização de visitas aos estabelecimentos do comércio, contando com o apoio de ESF, objetivando sensibilizar a população feminina trabalhadora, para a realização da mamografia. Foram previstos atendimentos em horário estendido nas UBS para as mulheres que trabalham no horário comercial. A recepção tem sido muito boa entre as trabalhadoras e até mesmo da clientela, presente no momento da abordagem, manifestando interesse em participar.

A informante-chave RBG1 demonstrou muito entusiasmo com o desenvolvimento dessas iniciativas, assim como os profissionais enfermeiros da rede municipal. A expectativa

da informante é que após as ações do “Outubro Rosa”, se mantenha o interesse pela busca de atendimento para a saúde da mulher. Informa que as questões preventivas são trabalhadas durante todo o ano, com a realização de grupos de sala de espera enquanto se aguardam as consultas, com depoimentos e experiências vividas pelas mulheres. As salas de espera são realizadas por enfermeiros e médicos, e em alguns momentos também recebe o apoio de mastologistas e ginecologistas. Em geral, quem realiza as orientações nas salas de espera são os enfermeiros, e para capacitá-los, alguns cursos são realizados através da estratégia do Telessaúde.

A informante-chave RBG1 observa grande interesse por parte dos profissionais em relação a estas capacitações e reforça a necessidade do trabalho de Educação em Saúde. Não há protocolos estabelecidos para as atividades de orientação nas salas de espera, pois em cada localidade se faz uma abordagem diferente, porém sempre com os conteúdos de maior destaque da saúde da mulher. Ao avaliar se os profissionais da Atenção Básica estão preparados para examinar as mamas das usuárias e detectarem lesões suspeitas, a informante RBG1 responde que sim, e que as equipes vêm buscando se aprimorar nesta linha de cuidado, embora as capacitações não sejam ofertadas pelo município de maneira regular.

Hoje quem realiza o exame preventivo, em sua maioria, são os enfermeiros, e em algumas UBS os médicos também o fazem. A orientação da gestão municipal é para a coleta da citologia oncológica do colo do útero e realizar o exame clínico das mamas, além das orientações feitas às usuárias. Se houver qualquer alteração após o rastreamento realizado através da mamografia, é realizado o encaminhamento para o ginecologista ou mastologista.

Em relação à organização do acesso aos procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama, a orientação dada às equipes da AB é que durante as consultas de enfermagem e médicas, as usuárias sejam orientadas à realização da mamografia de rastreamento. A faixa etária preconizada para o rastreamento é aquela estabelecida pelas Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama (INCA, 2015), preconizadas pelo MS, e nos casos em que haja alguma indicação clínica. Segundo a informante-chave RBG1, não há dificuldade para o agendamento da mamografia, pois o município dispõe de oferta suficiente. Em sua avaliação a oferta dos exames de mamografia, ultrassonografia e biópsia de mama está bem dimensionada para as necessidades do município. Faz uma avaliação de grande melhoria do funcionamento da rede de saúde e comenta a melhora da receptividade das usuárias para a temática do câncer de mama, com o papel da mídia no aumento do interesse e da busca de informações, e que isso facilita o trabalho.

No momento dessa pesquisa, em setembro de 2018, as mamografias eram realizadas em serviços estaduais, no hospital localizado em Saguarema e no Rio Imagem. A logística de

transporte para os pedidos de mamografia das UBS se dá através de malotes, que trazem as solicitações para a sede da CMR, onde são marcadas. Quando as solicitações vêm de fora da rede pública municipal, as próprias usuárias levam em mãos à UBS do centro da cidade, de onde são levadas à CMR para o agendamento. O município utiliza o SISCAN, que registra as mamografias e citologias oncóticas do colo do útero.

Médicos e enfermeiros podem solicitar a mamografia, e o agendamento leva no máximo de 15 a 20 dias. A gestão municipal disponibiliza o transporte para levar os usuários ao hospital em Saquarema ou ao Rio Imagem, e quando vai levar pacientes para a realização dos exames, traz os resultados. A orientação dos serviços de imagem estaduais para os municípios usuários, é que mediante o envio de correio eletrônico, informando previamente os nomes e identificação das usuárias que realizaram mamografias, é autorizada a entrega a um portador previamente identificado. Se porventura for diagnosticada imagem suspeita nos exames das usuárias, que realizaram mamografias nos serviços estaduais, é feito contato telefônico por enfermeiras ou assistentes sociais pertencentes às equipes, convidando para o retorno, quando será orientada a usuária e oferecida à possibilidade de realização de biópsia guiada por ultrassom no Rio Imagem ou no hospital estadual localizado em Saquarema. O resultado da mamografia leva no máximo dez dias. Na avaliação da informante não há demora, fila de espera nem demanda reprimida. O mesmo ocorre em relação ao agendamento das consultas de mastologia, que ocorrem no próprio município.

A partir das avaliações realizadas pela equipe técnica da SMS, dos problemas e dificuldades encontradas para executar as ações de prevenção do câncer de mama e colo do útero, foi construída uma Nota Técnica orientadora, juntamente com o protocolo praticado no município, baseado nas Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama (INCA, 2015). Essa Nota Técnica foi discutida em reuniões com os ACS e demais membros da equipe e causaram reações negativas por parte dos profissionais médicos, resistentes às determinações do protocolo e a mudança nas práticas. No entanto, segundo a informante-chave RBG1, após a divulgação do documento e realização de reuniões sobre o protocolo, observa-se um aumento nas solicitações de mamografia dentro da faixa etária, o que considerado um resultado positivo. Destaca que a iniciativa de divulgação das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama (INCA, 2015), foi do corpo técnico municipal, e que a Secretaria de Estado de Saúde não se pronunciou, nem participou do processo.

A gestão municipal então modificou a orientação das equipes, em especial dos enfermeiros e ACS para a realização do rastreamento do câncer de mama. Foi dado início à atualização do levantamento de todas as mulheres por faixa etária e por microárea, o que orientou a busca ativa. Para apoiar os profissionais nas visitas domiciliares foi desenvolvido um

instrumento de coleta de dados para que eles buscassem, em sua população cadastrada, mulheres com exames preventivos do câncer do colo do útero e mamografias atrasados. Essas mulheres, uma vez identificadas, são convidadas para irem às UBS e lá receberem orientações e atendimento.

Foram desenvolvidas estratégias de educação permanente junto às ESF com a participação dos técnicos da área da Saúde da Mulher. Também foram realizados encontros para aprimorar a qualidade do registro dos procedimentos realizados para prevenção e controle do câncer ginecológico, e que apresentam vários problemas em sua operacionalização tais como o baixo número de registros, erros na alimentação dos códigos dos procedimentos nos sistemas, problemas no fluxo de envio de amostras e recebimento de resultados, entre outros. A informante-chave RBG2 acredita que essas questões são fruto de problemas de comunicação na rede, e que as equipes de saúde devem se mobilizar para melhorar a situação das informações desse campo. Através do monitoramento dos resultados iniciais obtidos pelos ACS, e registrados nos instrumentos de coletas de dados, já é possível verificar alguns avanços.

• ACESSOS AOS SERVIÇOS PARA USUÁRIAS COM LESÕES SUSPEITAS

Uma vez realizadas as mamografias, as usuárias são orientadas a buscar os resultados na sede da Coordenação da Atenção Básica no centro da cidade. Retornam então às suas ESF, que avaliam os resultados e encaminham as usuárias com exames alterados ao mastologista para a sequência do tratamento, caso necessário. No momento da pesquisa, os mastologistas, profissionais de saúde da rede municipal, estavam atuando nas UBS, em esquema de rodízio semanal, realizando atendimentos junto com os profissionais das ESF. As usuárias com exames alterados eram encaminhadas pela CMR para as consultas especializadas, que ocorreriam nas UBS onde houvesse a agenda mais próxima com o especialista:

Hoje o mastologista saiu do centro de especialidades e está atuando dentro da unidade de saúde da família. Já tem acesso fácil a marcação. Com mastologia a gente não tem dificuldade nenhuma (RBG1).

Com relação aos exames complementares solicitados pelos mastologistas, a biópsia guiada por ultrassom é realizada no próprio município. Quando o tipo de lesão demanda a biópsia por estereotaxia, a gestão municipal tem dificuldades para a realização, pois a oferta pública no estado é limitada. Na maior parte dos casos, no entanto, é possível realizar a biópsia guiada por ultrassom e o prazo para sua realização é de aproximadamente 15 dias. Somente quando a oferta de biópsias e ultrassom no município não está disponível, ou por se tratar de casos específicos, as usuárias são encaminhadas para o Rio Imagem.

A informante-chave relatou que até meados de 2018, a cobertura de mamografia era de 32% da população-alvo, e que com a reorganização e incremento de ações de captação das

usuárias, estima que o município deva chegar ao final do ano com resultados em torno de 60%. Ao avaliar os motivos da baixa cobertura de mamografias, a informante RBG1 destaca a questão do rastreamento realizado em mulheres fora da faixa etária correta, portanto da necessidade da captação adequada, portanto da população-alvo, e dos profissionais médicos resistentes a mudanças no cumprimento do protocolo.

• *REGULAÇÃO DO ACESSO À CONSULTA DE MASTOLOGIA ONCOLÓGICA*

Uma vez diagnosticada, a usuária passa a ser acompanhada pelo UNACON localizado no hospital filantrópico municipal, que não possui serviço de radioterapia. As ESF conseguem realizar o acompanhamento do tratamento. As duas informantes-chaves avaliaram não haver, em geral, dificuldade com a recepção da usuária no serviço oncológico. O município estudado é referência para o tratamento oncológico de outros municípios na região de saúde. Os casos de usuárias que chegam à CMR, com o diagnóstico de câncer, são prontamente protocolados, regulados e agendados para a avaliação e início do tratamento.

Foi avaliado pelas entrevistadas, que as usuárias do município têm acesso a todos os procedimentos da linha de cuidado do câncer de mama, em tempo oportuno. Avalia-se que no município, a Lei dos Sessenta Dias (Brasil, 2012), é cumprida, e que os prazos para o início do tratamento são até inferiores ao preconizado pela lei. O mesmo não ocorre nos demais municípios da região, em especial nos mais populosos.

• *RELAÇÃO COM A REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA II*

Com o UNACON localizado em seu território, a gestão municipal realiza o gerenciamento das vagas para o tratamento com base no porte populacional dos municípios da região. A oferta mensal disponível é de sessenta consultas, e as vagas são distribuídas de acordo com o peso da população de referência. Para os municípios de menor porte, as vagas em geral são suficientes, mas para os densamente populosos, não é possível atender a todos os casos pelo déficit de serviços na região. Utiliza-se o critério de classificação de risco para a entrada dos usuários no serviço.

Por não haver serviço de radioterapia na UNACON localizada no município, a pactuação para essa referência se dá no município-sede da região, o que é favorável pela relativa proximidade geográfica. Caso ocorra a indisponibilidade de agendas, as usuárias são referenciadas para outros serviços no Rio de Janeiro. A gestão municipal garante o transporte sanitário para a realização das sessões de radioterapia ou outras demandas de tratamentos fora do domicílio. Foi reportada pelas entrevistadas uma boa relação com o hospital universitário, localizado no município-sede, com o qual existem pactuações para consultas de especialidades,

e onde eventualmente são solicitados pareceres técnicos através da CMR, para dirimir divergências na avaliação dos casos, em especial aqueles das especialidades de ginecologia e mastologia.

4.4 SILVA JARDIM

• ESTRUTURA DO SISTEMA MUNICIPAL DE AB E REGULAÇÃO

A entrevistada SJ1 descreve a rede de serviços como bem articulada, pactuada e unificada, onde não haveria trabalho isolado, e que se comunica através dos grupos de WhatsApp, que em sua opinião vieram para favorecer o trabalho em rede, tornando o acesso rápido. No organograma, a Superintendência de Atenção Básica está ligada diretamente à Secretária Municipal de Saúde, assim como a Coordenação de Regulação.

O município pesquisado possui uma rede de saúde pública com nove ESF, dezesseis UBS e oito Equipes de Saúde Bucal. A cobertura da ESF é de 100% do território, em uma área geográfica extensa, que segundo a entrevistada é totalmente contemplada. Na ocasião da pesquisa, todas as equipes de ESF estavam completas e apoiadas pelo NASF e pelas coordenações de programas de saúde, entre eles destaca-se o Serviço de Atenção Domiciliar, para atendimentos complexos em domicílio. À época a rede municipal contava com duas equipes de Mais Médicos e a rotatividade médica não era um problema.

O município conta ainda com uma Policlínica Municipal, classificada como um hospital de média complexidade que possui quarenta leitos, regulado pela CMR. Desses leitos, dois são habilitados para o atendimento às emergências psiquiátricas, sendo essas atendidas na UPA 24h, de atendimento regional, e encaminhadas para internação na Policlínica Municipal. Possui um Pronto Socorro, um ambulatório de especialidades e um ambulatório odontológico, além de outros serviços de apoio. O município tem ainda como referência, o hospital filantrópico contratualizado com o SUS, localizado no município vizinho.

A detecção precoce de doenças é possível devido ao acesso fácil dos usuários aos serviços de saúde da AB. O investimento da gestão no processo de Regulação, para minimizar o deslocamento dos usuários foi determinante. A entrevistada SJG1 relata que o processo de descentralização das ações de imunização, da triagem neonatal, das consultas de saúde da mulher, entre outros procedimentos, foi estratégico, assim como a orientação de que os usuários só fossem referenciados para o ambulatório no centro da cidade quando as possibilidades de abordagem na AB se esgotassem, pois as distâncias são grandes e os acessos viários ruins. A resolutividade da AB da rede municipal é considerada muito boa.

O trabalho de cuidados em rede tem como base o ordenamento pela AB, estendendo sua atuação em relações intersetoriais. A entrevistada SJ3 relata que uma vez detectado um problema com um usuário em alguma estrutura assistencial, a equipe é orientada a acionar a UBS do território, que identifica quais são as condições do usuário ou grupo familiar, se for necessário aciona o NASF, para em parceria realizarem a abordagem do caso em rede.

Os processos de capacitação ocorrem com regularidade, trazendo profissionais de fora do município e são muito estimulados pela gestão. A coordenadora da AB relata que nenhum profissional vai para o campo antes de receber treinamento teórico e prático, e que o município tem equipe de supervisores para acompanhá-los. A entrevistada menciona que a equipe da gestão sempre se reúne para discutir as atualizações técnicas e definir quais serão adotadas no município.

O município possui uma Central de Marcação e Regulação, cuja coordenação é ligada diretamente a Secretária Municipal, que fica localizada no prédio sede da SMS no centro da cidade. Funciona de segunda à sexta-feira, em regime diurno, com seis funcionários que compartilham as diversas tarefas. Os procedimentos são regulados utilizando diferentes sistemas, de acordo com os fluxos definidos, para pontos de atenção que podem estar localizados no município ou não.

No momento da entrevista o município estava utilizando os seguintes sistemas de Regulação: o SISREG, para acesso aos serviços federais localizados na capital do estado e regulados pela SMS do Rio de Janeiro, e à UNACON localizada no município vizinho; o SER; TRS para acesso a Terapia Renal Substitutiva, gerenciado pela Central Estadual de Regulação e o RESNIT, sistema desenvolvido pelo município-sede para a regulação da reabilitação física e oftalmologia, que atende a vários municípios da região. Além desses, utiliza um sistema privado denominado “SIM”, adequado às necessidades do município, que tem como função principal realizar a conexão e regulação das unidades da rede municipal, e que no momento da pesquisa ainda se encontrava em implantação parcial. Os recursos assistenciais pactuados na PPI da região são agendados através de comunicação por correio eletrônico, dirigido às CMR envolvidas.

A gestão municipal fez a opção pela contratação do sistema de Regulação privado, que possui características que se adequam às suas necessidades, segundo a entrevistada SJF1. O processo de incremento da Regulação no município vem sendo implementado através da conexão em rede informatizada, entre as unidades da rede de saúde, tais como o ambulatório de especialidades, o serviço de emergência e outros serviços de apoio diagnóstico e de tratamento. Isso permite a utilização do sistema privado para a regulação dos procedimentos

disponibilizadas pela SMS, tais como consultas especializadas, fisioterapia, laboratórios exames diversos prestados pela rede própria e contratada.

O propósito da equipe de gestão entrevistada no momento da pesquisa em setembro de 2018, estava voltado para a extensão da comunicação para toda a rede municipal, serviços próprios e terceirizados, em especial para a Atenção Básica. As UBS ainda não solicitavam a regulação de procedimentos à CMR através do sistema, embora já estivessem equipadas com computadores e os ACS com *tablets*. O município realizou o investimento para a constituição da rede, porém o processo está aguardando a compra de equipamentos para concluir a conectividade entre as unidades. No momento da entrevista as solicitações de procedimentos ainda são realizadas em papel nas UBS e trazidas à sede da Regulação por profissionais das ESF, onde são inseridos nos diferentes sistemas a depender da demanda. A capacitação dos profissionais da CMR é feita em cursos, que eventualmente o estado provê e em capacitações locais para o uso do sistema privado municipal, quando um grupo menor de reguladores recebe os treinamentos e os repassa para os demais membros da equipe.

Diversos relatórios gerenciais são gerados diariamente pelo sistema de Regulação contratado pelo município, com informações acerca dos usuários atendidos nos serviços ambulatoriais, assim como aqueles internados na emergência ou nos leitos hospitalares. São enviados aos gestores municipais que podem ter acesso aos mesmos por correio eletrônico ou por aplicativos acessíveis no telefone celular. O gerenciamento dos casos é facilitado pelo recebimento das informações que chegam à equipe gestora. Uma funcionalidade do sistema é a oferta de um serviço de mensagens de texto através de telefones celulares, que emite alertas aos usuários, informando os dados de agendamento das consultas, o que viabiliza o atendimento mesmo sem a referência impressa. A informante-chave da Regulação relata que não observa dificuldades para o agendamento das solicitações em geral, e quando ocorrem dificuldades solicita a intervenção da Secretária Municipal de Saúde. Considera que em determinados casos, a atuação da gestão é fundamental e decisiva para proporcionar o acesso à assistência.

• **ACESSO À REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

As demandas de regulação de procedimentos gerados na AB são organizadas em malotes, com as guias de referência contendo o nome do paciente, o médico solicitante, o exame ou consulta, a data de entrada na UBS e o técnico responsável por sua solicitação, e são trazidas à CMR através de um portador. A equipe da CMR faz a conferência dos dados e identifica se o procedimento solicitado demanda exames complementares ou documentos específicos a serem inseridos no sistema. A informante-chave da Central relata que se houver a necessidade de retificações, a equipe técnica devolve às unidades para que sejam solucionadas. Caso seja

detectada a necessidade de uma marcação de urgência, é realizado contato com o usuário para que os documentos pendentes sejam entregues na Central.

As marcações são organizadas por especialidades e separadas por pastas, respeitando-se as datas de entrada das solicitações e critérios de prioridade clínica definidos pelos enfermeiros das UBS. A CMR demanda esse respaldo para que fique transparente o critério de priorização e mantém algumas vagas reservadas para a agilidade na solução desses casos. Após o agendamento, os malotes com as referências são conduzidos da CMR às UBS pelos ACS, que também se responsabilizam por entregá-las aos usuários. Uma das informantes-chave avalia que, por vezes, os ACS negligenciam esta função e não entregam os agendamentos. Nesses casos, a gestão tem buscado mecanismos de educação permanente junto aos profissionais para qualificar sua atuação em campo.

Para os serviços prestados no próprio município, em especial no ambulatório de especialidades, os nomes e telefones de contato dos usuários agendados são registrados nas agendas informatizadas, e a partir daí são enviadas mensagens pelo celular avisando-os da data e horário da consulta:

Às vezes verificamos que o agente comunitário não entregou o encaminhamento ao usuário, mas ele vem para a consulta porque recebeu a mensagem por celular. Aí ele chega aqui e mostra o celular. Diz aqui 'Ó, eu não recebi o meu encaminhamento, mas a mensagem está aqui'. (SJ3).

Quando os agendamentos de procedimentos realizados fora do município chegam com prazos de marcação muito curtos, a CMR faz contato telefônico com os usuários para que a documentação da marcação seja retirada na Central e o transporte municipal possa ser agendado, pois os usuários, com frequência não têm recursos para o deslocamento até o município executor.

Para os usuários internados no pronto-socorro ou no hospital, são garantidas vagas para o manejo clínico dos casos. Os coordenadores dos NIR dos serviços possuem senhas, com as quais conseguem visualizar o sistema e a disponibilidade de vagas, podendo dessa forma agendar os procedimentos desejados.

• REGULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

As atividades de promoção e prevenção da saúde da mulher são realizadas durante todo o ano, com a parceria entre áreas técnicas e equipes responsáveis pela gerência do SISCOLO e SISMAMA, trabalhando as principais temáticas da Saúde da Mulher. Nas UBS são realizadas salas de espera e o preventivo ofertado nas unidades de maior porte com duas ou mais ESF, duas vezes por semana, e nas outras no mínimo uma vez por semana. Todos os enfermeiros são

capacitados para fazer a coleta da citologia oncológica, o exame das mamas e solicitar a mamografia. Por ocasião das comemorações do “Outubro Rosa”, existe uma grande movimentação entre as secretarias do governo tais como a Secretaria da Mulher, de Promoção Social e da Saúde para a realização de atividades em todo o município.

No momento da pesquisa, os prestadores de exames de mamografia eram serviços públicos estaduais, sendo eles o Rio Imagem e o hospital estadual localizado em Saquarema, com vagas disponíveis diariamente. A cota de exames definida na PPI pactuada em 2011, era insuficiente para suprir a demanda municipal, e a referência para a realização de mamografias ocorria em uma clínica privada, localizada no município vizinho. Com a disponibilidade da realização da mamografia nas unidades estaduais, a demanda municipal foi realocada para esses prestadores sem ônus para os municípios, que utilizam os serviços sendo esse custo arcado pela Secretaria de Estado de Saúde.

Os resultados dos exames são entregues diretamente às usuárias pelos prestadores, em torno de trinta a quarenta dias. Não foram mencionadas dificuldades para o agendamento dos exames de mamografia, e quando existem prioridades, é possível a realização de imediato.

Importante destacar que à época da pesquisa, o município já havia sido capacitado para o uso do Sistema de Informação do Câncer - SISCAN, que tem por objetivo integrar o SISCOLO e SISMAMA, de modo a ser uma ferramenta de gestão. O SISCAN não pôde ser implantado e operacionalizado, por uma necessidade de atualização e correção de problemas do próprio sistema pelo INCA-MS, como a falta de emissão de relatórios gerenciais para o gestor e também por dificuldades operacionais da SMS, que então desenvolveu uma planilha própria para o monitoramento dos exames realizados e resultados alterados

Quando a CMR recebe as solicitações de exames provenientes das UBS, é realizada uma separação prévia daquelas que registram a presença de nódulos mamários no exame físico, e que serão reguladas com prioridade. As mamografias de rastreamento são agendadas respeitando-se a data de solicitação. Não foram relatadas dificuldades de acesso, mesmo para mamografias fora da faixa etária. As entrevistadas compreendem que a avaliação da solicitação deva ser realizada pela Atenção Básica. A entrevistada SJG2 menciona que as usuárias do município se preocupam muito e demandam os serviços para a realização dos exames. A coordenação da Atenção Básica informa que são muitas as mamografias solicitadas a partir dos 40 anos e que, enquanto o custeio não for um problema, essa será a conduta adotada pelo município:

“Chegou o pedido na mão da gente, ele vai ser agendado. Independente se está na faixa etária ou não, a gente vai marcar” (SJG1).

Até que as mulheres aqui no município se preocupam muito. Tem muitas que querem fazer mamografia até duas vezes por ano, vem a cada seis meses (SJG2).

Nossa Regulação pode falar isso, é muita mamografia solicitada. Até porque, não sei até quando, vai ter o custeio. A gente pede acima dos quarenta anos. Quando é abaixo disso, detectou algum nódulo, a gente manda para a ultrassonografia (SJG2).

O protocolo adotado pelo município para o rastreamento do câncer de mama é baseado nas recomendações da Sociedade Brasileira de Mastologia, que preconiza a realização da mamografia anual a partir dos 40 anos. A entrevistada afirma não ter problemas para atingir as usuárias, que procuram muito os serviços, e têm acesso fácil. A cobertura de mamografia do município para a faixa etária de 50 a 69 anos é alta, a maior da região segundo a entrevistada SJG2. Ocorrem casos de usuárias que realizaram a mamografia em serviço privado, e com o resultado suspeito de câncer de mama, solicitam a inclusão na regulação para o tratamento no SUS. A entrevistada informou não haver recebido informações sobre as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama (INCA, 2015) através da Secretaria de Estado de Saúde, mas que conhece o documento.

O principal problema para a detecção e tratamento do câncer de mama, segundo as informantes-chave, é a demora na chegada do resultado da mamografia. Avaliam que poderiam ser pensadas alternativas para agilizar a liberação do resultado pela internet como ocorre com outros exames. A busca dos exames no prestador, diretamente pela usuária, gera demanda por transporte, o que também é uma dificuldade para o município:

Ajudaria tanto para a vida do paciente quanto para gente que está regulando... a gente depende do resultado, para pedir a avaliação do mastologista, a biópsia, para regular para a oncologia. E seria muito importante essa questão se o resultado viesse antes, porque é assim, a tomografia vem antes, agora por que será que a mamografia não vem? Isso, às vezes, demora mais do que quarenta e cinco dias. (SJG2)

• ACESSO AOS SERVIÇOS PARA USUÁRIAS COM LESÕES SUSPEITAS

A priorização de casos é realizada desde a UBS, sobretudo pelo profissional de enfermagem. Quando são detectados casos suspeitos, as ESF solicitam o agendamento da consulta para o mastologista, cuja referência se localiza no município vizinho, e a informante SJG2 comenta que não há dificuldades para esse agendamento. Não é incomum porém, a solicitação pelas equipes de ESF, do agendamento dos exames complementares como o ultrassom e a biópsia, cuja referência para o município é o Rio Imagem.

Existe uma grande dependência do transporte municipal para acesso aos serviços de saúde de referência, localizados em outras cidades. Foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde uma regulamentação para o transporte de usuários, que é realizado mediante um protocolo de agendamento pactuado pela SMS.

• REGULAÇÃO DE ACESSO À CONSULTA DE MASTOLOGIA ONCOLÓGICA

Quando uma usuária retorna aos serviços de saúde com um resultado positivo para câncer de mama, é orientada a se dirigir diretamente à CMR para o agendamento do atendimento em serviços oncológicos de referência para o município, o INCA ou a UNACON em Rio Bonito. A solicitação de agendamento é inserida no SER para o acesso ao INCA e no SISREG municipal para o acesso a UNACON em Rio Bonito. No momento da pesquisa não foi relatada fila de espera para esses casos. As solicitações são monitoradas pela equipe da CMR e em geral, quando o caso é de tratamento oncológico, as usuárias são agendadas com rapidez. Após o início do tratamento, poucas são as usuárias que retornam para informar como foi o atendimento. As informações para a Atenção Básica e para a CMR também ficam a cargo das usuárias, que por vezes, retornam em função da necessidade de agendamentos adicionais.

Com relação à Lei dos Sessenta Dias (BRASIL, 2012), as informantes relatam ter atenção ao cumprimento dos prazos para a realização dos procedimentos diagnósticos, para que a espera do tratamento não se prolongue. Quando não é cumprida, a coordenação da CMR aciona a Secretária Municipal de Saúde e, muitas vezes, a própria usuária busca a ajuda da Defensoria Pública:

Elas não sabem que a central de regulação tem sessenta dias para regular. Mas a gente não deixa o paciente esperar sessenta dias. A gente faz aquele contato antes, para ver se tem como agilizar (SJG3).

A gestão municipal estabeleceu uma relação próxima com a Defensoria Pública. Criou um Núcleo de Assessoramento Técnico e protocolos para a solicitação de exames, consultas e outros procedimentos, que utiliza para pactuar a condução dos casos com o Poder Judiciário. Disponibiliza na página da Prefeitura Municipal na internet todos os protocolos pactuados com o Conselho Municipal de Saúde, de modo a dar transparência aos critérios utilizados.

• **RELAÇÃO COM A REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA II**

A regulação de procedimentos da PPI dificilmente é cumprida na região. O diálogo nesses casos passa a ser entre gestores municipais, para a realização de um acordo que cria fluxos intermunicipais. O município refez informalmente suas pactuações dentro da região, realizando procedimentos de diversas especialidades para cidades de regiões vizinhas, e viabilizando procedimentos que não possui em seu território, nos municípios com oferta de serviços ou prestadores, fora da PPI. As informantes-chave relataram uma relação desequilibrada com o município-sede da região, com dificuldades no acesso a procedimentos de alta complexidade. O acesso a serviços na capital, regulados através do SISREG, tem atendido a necessidades não contempladas dentro da região de saúde, em especial para as especialidades ofertadas pelos hospitais federais.

4.5 TANGUÁ

• **ESTRUTURA DO SISTEMA MUNICIPAL DE AB E REGULAÇÃO**

A Secretaria Municipal de Saúde de Tanguá possui uma estrutura enxuta sob coordenação do Secretário Municipal, e ligada a ele, uma Subsecretária que responde por várias áreas tais como a Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Urgência e Emergência e Administrativa e coordenadores das áreas técnicas.

É um município de pequeno porte, com alta dependência do SUS em todos os níveis do sistema, cujas condições socioeconômicas e culturais e a dispersão e interiorização da população que mora longe do centro da cidade, dificultam o acesso dos usuários ao sistema de saúde. As equipes precisam fazer um trabalho cuidadoso e próximo aos usuários, viabilizando transporte sanitário e dialogando para dissipar os medos e crenças, que muitas vezes as impedem de buscar atendimento, segundo a informante TG1. Não há uma rede privada forte e a população que possui plano de saúde é bem reduzida. A locomoção para as famílias é difícil, e em muitos casos a oferta dos serviços se dá fora do município:

Aqui a condição socioeconômica, cultural dificulta um pouquinho, a gente tem que trabalhar com o indivíduo porque nem sempre ele tem instrução, então realmente você tem que pegar o paciente pela mão, buscar em casa, e principalmente em questões de câncer assim, sabe, eles não gostam de falar nem no nome da doença. Ainda é aquele município de interior. Que não fala o nome câncer sabe? Então, a questão cultural, o nível da instrução das pessoas dificulta um pouquinho. A pessoa fica muito escondida, fica até com vergonha de dizer que tem uma lesão e ... não procura, não fala (TG1).

O município possui 11 ESF, sendo 10 habilitadas, e 100% de cobertura de Atenção Básica. Atualmente, possuem equipes extrapolando muito o número preconizado de pessoas cadastradas e a gestão planeja a expansão de equipes para equilibrar essa situação.

Grande parte dos profissionais é concursada, o que favorece muito o vínculo com o território, pois conhecem muito bem os problemas de suas áreas de atuação. As equipes são estáveis, com enfermeiras antigas muito experientes e capacitadas, quatro médicos concursados e profissionais do programa Mais Médicos. As equipes foram bem avaliadas no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ). As UBS estão informatizadas, utilizando o E-Gestor e trabalhando com Prontuário Eletrônico (PEC). A rede municipal possui uma policlínica de especialidades e um serviço de pronto-atendimento e o SISREG foi o sistema de Regulação escolhido para conectar todas as unidades da rede com a CMR. O município tem um núcleo de capacitação e educação permanente com atividades regulares.

A CMR funciona de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h. Regula procedimentos, exames e consultas, em regime ambulatorial e é um ponto de entrega de resultados de RX e outros exames. A regulação de leitos é realizada pelo NIR, localizado no serviço municipal de

atendimento à urgência. A equipe da CMR é composta por uma coordenação e oito técnicas de regulação, divididas em setores segundo o tipo de procedimento. A rede municipal trabalha com o SISREG, e a CMR regula através dele as especialidades disponíveis no município, recebendo as solicitações das UBS e devolvendo os agendamentos através do sistema.

Os sistemas de Regulação utilizados na CMR são o SISREG, que organiza a rede municipal e também dá acesso através da SMS do Rio de Janeiro, aos procedimentos ofertados pelos hospitais federais; o KLINIKOS estadual para acessar o Rio Imagem e o hospital estadual localizado em Saquarema; o SER para o acesso aos recursos gerenciados pela CER; TRS estadual para o acesso à Terapia Renal Substitutiva; o ESUS, um sistema privado contratado pelo município de São Gonçalo para o acesso à consultas e exames da oftalmologia ali pactuados e o RESNIT, sistema desenvolvido para os procedimentos da reabilitação no município-sede. Não há médicos nos plantões, mas existe uma médica diarista que realiza atividades de apoio à Central como avaliar usuários, transcrever solicitações e tirar dúvidas.

A informante TG2 avalia que as principais dificuldades no processo da regulação municipal são nas áreas da oncologia, oftalmologia, algumas especialidades como cirurgia vascular, e outras especialidades cirúrgicas. A entrevistada se sente à mercê do SISREG gerenciado pelo município do Rio de Janeiro, que dá acesso aos hospitais federais, cujos agendamentos não são regulares. A técnica relata que a internet é provida pela Prefeitura e tem funcionamento e sinal regular no município.

A entrevistada TG1 menciona as dificuldades históricas do relacionamento com o hospital universitário localizado no município-sede da região, e diz que o contratualizado não é totalmente cumprido. Comenta que os municípios há tempo discutem as mesmas dificuldades sem conseguir superá-las. Defende que a interlocução com o hospital deve ser feita através do município-sede, para efetivar o processo regulatório para a região. Argumenta ainda que para municípios pequenos, a necessidade de procedimentos altamente especializados não é grande, e que podem fazer a diferença na resolução de quadros clínicos mais complexos.

• **ACESSO À REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

As recepcionistas das UBS são capacitadas para assumir o manejo do SISREG municipal. Realizam as inserções das solicitações de exames e consultas, acompanham diariamente os agendamentos e orientam os usuários. Os protocolos para o preparo dos exames estão disponíveis no sistema, são impressos e entregues aos usuários ou a seus representantes. A equipe da CMR visualiza as solicitações e realiza a autorização dos procedimentos no próprio sistema. Os exames preventivos de citologia oncótica do colo do útero, coletados nas UBS, são trazidos pelo sistema de transporte da AB para a Coordenação de Saúde da Mulher, onde são

registrados e encaminhados ao CITEC – laboratório do INCA no Rio de Janeiro, que é a referência municipal para a realização das análises.

No retorno os resultados dos exames com alterações são analisados pela Coordenação de Saúde da Mulher, que realiza os agendamentos para o profissional ginecologista do Centro Municipal de Especialidades para avaliação da usuária e definição de conduta. Os pedidos para procedimentos realizados fora do município são recolhidos nas unidades, pelo sistema de transporte da AB e levados para a CMR, onde são analisados e inseridos nos sistemas que os regulam. As solicitações reguladas para serviços fora do município são entregues nas UBS pela AB e os ACS entregam nos domicílios. Quando os prazos são curtos e existe o risco de perda da consulta, a equipe da CMR faz contato diretamente com os usuários para que se dirijam à sede da Regulação para retirada da autorização.

• REGULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

A entrevistada TG1 informa a utilização do Protocolo da Atenção Básica - Saúde das Mulheres – MS (Brasil, 2016), que trabalha com a captação de usuárias para o rastreamento mamográfico na faixa etária de 50 a 69 anos. Admite que a cobertura de mamografia está abaixo da meta pactuada para o ano, porém acredita ser também um problema de informação. O município foi capacitado para utilizar o SISCAN para o registro das mamografias e citologias oncóticas, porém houve a perda dos recursos humanos treinados. O laboratório de referência do município para as citologias oncóticas realiza o registro dos exames no SISCOLO, e o SISMAMA está desatualizado. Como decorrência desses fatos, o município hoje não possui informações disponíveis nesses sistemas.

Nas UBS as enfermeiras realizam os exames preventivos, examinam as mamas rotineiramente e podem pedir avaliação médica se detectam algum sinal suspeito. A entrevistada TG1 relata que as equipes de saúde são orientadas a realizar ações de prevenção rotineiramente e são reforçadas nas datas comemorativas como o “Outubro Rosa”, que é um sucesso no município, quando são detectados vários casos. Em um município pequeno, detectar um caso, acompanhá-lo, conhecer a usuária, gerenciar o caso com ela, é bem diferente de um município grande, avalia TG1. As ESF são muito atuantes e conhecem nominalmente usuárias com exames alterados e que precisarão de acompanhamento:

Como é um município pequeno, dá pra você detectar um caso, acompanhar, chamar a usuária pra conversar, é bem diferente da dinâmica de um município muito grande (TG2).

Os técnicos da CMR analisam as solicitações feitas pelos profissionais das UBS para inserção dos pedidos de mamografia no sistema. Quando a equipe da CMR tem dúvidas, a

coordenadora é consultada. A informante TG2 explicita não conhecer as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama (INCA, 2015), e que não recebeu atualizações do protocolo para a realização de mamografias.

As solicitações de mamografia são recolhidas nas UBS e encaminhadas à CMR para inserção no sistema KLINIKOS estadual para acesso ao Rio Imagem e hospital estadual localizado em Saquarema. São abertas vagas para a marcação semanalmente, ofertando cerca de quarenta e dois exames mensais. A informante TG2 afirma não haver fila para a realização do exame, e que muitas vezes existem vagas disponíveis para agendamento até dois dias após a solicitação. A equipe da Regulação prefere então aguardar um pouco mais, para a abertura de agendas com datas mais distantes, de modo que seja possível avisar as usuárias, pois com prazo curto, o absenteísmo é elevado. A CMR não realiza o agendamento de transporte sendo essa organização realizada por outra área da Secretaria. No momento dessa pesquisa, fevereiro de 2019, o município está com uma grande fila de espera para ultrassonografia mamária, exame complementar para o diagnóstico, que vinha sendo realizado no município, e se encontrava suspenso devido à exoneração do profissional responsável pela realização dos exames.

Os resultados das mamografias podem ser retirados pelas usuárias nos serviços onde foram realizadas ou por técnicos administrativos do município, que ao transportarem as pacientes para a realização de exames, mediante listagem prévia enviada ao serviço, trazem de volta resultados de mamografias para a CMR, onde as usuárias os retiram.

• ACESSO AOS SERVIÇOS PARA USUÁRIAS COM LESÕES SUSPEITAS

De posse do resultado, as usuárias são orientadas a retornar aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento nas UBS, onde é feita a avaliação da necessidade de investigação. A solicitação de exames complementares pode ser realizada pela própria equipe, ou pelo profissional ginecologista do Centro Municipal de Especialidades que avalia a conduta para uma usuária com quadro clínico suspeito de câncer de mama ou uma mamografia alterada. Os pedidos de biópsias serão recolhidos nas unidades solicitantes, levados à CMR e inseridos no sistema KLINIKOS, que regula os procedimentos para o Rio Imagem. A entrevistada TG2 informa que o agendamento não é demorado. O hospital universitário localizado no município-sede não realiza biópsia de mama, mas recebe outros tipos de solicitação de biópsias mediante as pactuações intermunicipais.

• REGULAÇÃO DO ACESSO À CONSULTA DE MASTOLOGIA ONCOLÓGICA

Uma vez o diagnóstico de câncer de mama confirmado através dos exames complementares, a entrevistada TG1 relata que o caso é inserido no SISREG para viabilizar o acesso ao UNACON localizado em Rio Bonito e no SER para o acesso ao INCA ou a outros serviços oncológicos públicos, em sua maioria, localizados na capital. A vaga que for liberada primeiro será ocupada. Em geral, as usuárias são atendidas no serviço de Rio Bonito, que leva de sete a quinze dias para oferecer a vaga. O tratamento realizado é integral, segundo TG2, e quando necessita de radioterapia, o próprio município de Rio Bonito faz a solicitação através da Central Estadual, que é quem regula o acesso a radioterapia na região. No caso do tratamento oncológico, o município da residência da usuária se responsabiliza pelo transporte para a realização da quimioterapia e radioterapia, e utiliza critérios de vulnerabilidade social para o acesso ao transporte. Não houve informações precisas sobre o cumprimento da Lei dos Sessenta Dias (Brasil, 2012).

Na avaliação da informante TG2 uma das maiores dificuldades dos cuidados para usuárias com suspeita de câncer de mama é a falta do especialista mastologista na rede municipal. A CMR realiza a inserção do caso no SISREG para acesso aos hospitais federais ou aguarda uma vaga no hospital universitário localizado no município-sede.

A questão cultural local observada pela informante é a demora na busca de tratamento, o que acaba postergando o diagnóstico. Após a cirurgia, a equipe da CMR orienta as usuárias para retornarem quando estiverem aptas para realizar a reconstrução da mama, cuja marcação pode acontecer no prazo de uma semana. A informante tem a percepção de que as usuárias demoram a buscar atendimento, e uma vez operadas abandonam o tratamento em função de morarem em lugares no interior do município, de difícil acesso e também pela falta de conhecimento:

O problema é elas abandonarem o tratamento, porque o pessoal aqui, às vezes tem lugar que é bem de interior, difícil acesso, de ignorância do saber, do conhecimento (TG2).

• **RELAÇÃO COM A REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA II**

A entrevistada TG1 comenta as dificuldades históricas do relacionamento com o hospital universitário localizado no município-sede da região, onde o produto da contratualização não contempla as necessidades assistenciais da população residente. Os municípios da região há muito debatem as mesmas dificuldades sem conseguir superá-las. A informante TG1 defende a ideia de que a interlocução com o hospital deva ser feita através do município-sede, para efetivar o processo regulatório para a região. Argumenta ainda que para municípios pequenos, a necessidade de procedimentos altamente especializados não é grande, e que podem fazer a diferença na resolução de quadros clínicos mais complexos dos usuários.

4.6 ITABORAÍ

• ESTRUTURA DO SISTEMA MUNICIPAL DE AB E REGULAÇÃO

No organograma da Secretaria Municipal de Saúde, a Subsecretaria da Atenção Básica está ligada diretamente ao Secretário. É comentado pela entrevistada, IG1, que a AB vem tendo seu desenvolvimento comprometido pelo sucateamento ocorrido nos últimos anos. O projeto inicial propunha dedicação exclusiva para realizar ações de promoção, prevenção, recuperação e hoje o que se observa é o funcionamento em um modelo tradicional, dos usuários buscando a marcação de consultas, sem o comprometimento das equipes com a comunidade.

Com a dificuldade de fixação de profissionais médicos, a falta de cumprimento da carga horária e os baixos salários praticados hoje no município, o usuário não encontra acolhimento a suas demandas, e busca nos serviços de emergência, nos horários após o trabalho, o atendimento para seus problemas agudos. Ali encontra médicos, recebe prescrições, e posterga os problemas até a próxima agudização de sua saúde, avaliou a entrevistada IG1. Argumenta que a ESF deveria recuperar sua missão e acolher usuários na saída dos serviços de emergência, incluindo-os no sistema, para que a população volte a acreditar na AB.

A rede municipal possui 34 UBS que abrigam ESF e cinco unidades básicas tradicionais que estiveram fechadas em função da falta de profissionais, tendo quatro delas sido reabertas recentemente. Há pouco mais de um ano, a cobertura atingia cerca de 50% das equipes habilitadas, que se encontravam desfalcadas de profissionais médicos e enfermeiros. No momento da pesquisa, em setembro de 2018, o município se encontrava com 44 ESF, oito equipes sem médico, seis equipes sem enfermeiro e seis equipes sem técnicos de enfermagem. Integravam as equipes 20 profissionais médicos do Programa Mais Médicos, trabalhando de fato quatro dias inteiros, com pouquíssimas exceções, e foi muito impactante vivenciar a adesão deles às práticas da Saúde da Família, o que estimulou a retomada das ações de capacitação e treinamentos em serviço. A cobertura no momento da presença dos médicos do Programa Mais Médicos estava próxima de 70% da população do município.

Além das UBS, a rede municipal conta com duas policlínicas de especialidades, um hospital municipal de porte médio, serviços de Saúde Mental, unidades da rede conveniada de apoio logístico como serviços de imagem, laboratórios, TRS entre outros. Também se localizam no território municipal dois hospitais e uma UPA sob gestão estadual.

A informante IG1 relata que tinha a expectativa de que a rede de atenção trabalhasse de maneira integrada com a ESF, o Programa de Saúde da Mulher e as demais ações de saúde, aperfeiçoando as práticas no cotidiano, pois havia no município o relato dessa experiência

vivida em momento anterior. Mas o que se verifica hoje é uma dicotomia entre Saúde da Família e ações programáticas na AB.

A entrevistada avalia que por mais que sejam realizadas capacitações, alguns profissionais não fazem adesão à lógica de serem agentes promotores de saúde e não solicitam a mamografia por descaso. A equipe do Programa da Mulher tem realizado atividades dentro das unidades, para a sensibilização e capacitação profissional, chamada de “Roda de Mulher”, onde junto às ESF da unidade, com a parceria dos supervisores técnicos, discutem os temas da Saúde da Mulher, protocolos, analisam prontuários e buscam sensibilizar os profissionais para as boas práticas como a solicitação da mamografia.

Na avaliação da informante IG1, a ESF tem deixado de lado as práticas de educação em saúde e enfraquecido os grupos de promoção, onde se conversa, e capta as mulheres para o autocuidado e a realização dos exames preventivos, entre eles a mamografia. Hoje a captação das mulheres se dá na busca espontânea no momento da coleta da citologia oncológica ou por qualquer outro motivo que a leve à UBS. Perdeu-se o compromisso atribuído ao ACS, nos idos de 1994, quando ele tinha o compromisso de fazer as visitas, realizar as atividades de promoção. Hoje ele virou um marcador de consulta:

Quando a gente faz a abordagem do ACS ele fala: ‘Não, se está sem médico na unidade eu não vou fazer a visita, porque eu não tenho nada pra oferecer’. E a gente está tendo que reconquistar isso, ensinar novamente a esse cidadão de que ele tem outras coisas em si e de que ele não é um mero marcador de consulta (IG1).

O município possui um Núcleo de Educação Permanente que atua junto aos programas de saúde, com oferta regular de capacitação. No caso do câncer de mama, a informante avalia que é preciso ir além das ações propostas para a comemoração do “Outubro Rosa” e propor ações para o ano todo.

Houve a implantação de cinco NASF no mês de fevereiro de 2018, com a perspectiva de cobrir a totalidade das ESF. Porém não houve informação de produção das equipes e os NASF foram desabilitados pelo MS. A gestão está retomando novo processo de habilitação, e por enquanto, o município os custeia com recursos próprios. O NASF na rede municipal não ocupa o lugar de qualificação profissional. Esse papel é desempenhado pelo Núcleo de Educação Permanente.

A entrevistada IG1 reitera que em sua avaliação, a maior dificuldade no processo da detecção precoce do câncer de mama é a AB compreender que tem um papel estratégico, a partir do vínculo sanitário que possui com a comunidade na etapa inicial que é o rastreamento. A AB tem grande responsabilidade, pois uma vez feito o diagnóstico e a usuária tratada, segue sendo cuidada pela ESF em suas necessidades de saúde.

A informante IG2, da área da Regulação, descreve a composição da equipe que conta com três enfermeiros, quatro médicos e sete administrativos. O trabalho é dividido nas atribuições do acesso e gerência aos diversos sistemas de Regulação, porém todos conhecem as rotinas. Não há formação prévia dos profissionais que atuam na Regulação, que em geral são treinados em serviço. À medida que as demandas chegam à Central, a equipe regula os procedimentos solicitados nos devidos sistemas. Observam-se as prioridades, necessidades e urgências dos pacientes. No organograma da SMS, a coordenação da CMR está ligada à estrutura do Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria.

Com relação à estrutura física, a Regulação se localiza no prédio da SMS e o horário de funcionamento é de segunda à sexta, de 8h às 17h, não funcionando aos finais de semana. Os sistemas utilizados pela CMR no momento da pesquisa eram o SER; o sistema do Rio Imagem – KLINIKOS estadual; o SISREG para o acesso ao UNACON localizado no município de Rio Bonito e ao Rio de Janeiro para o acesso às consultas especializadas dos hospitais federais; e o RESNIT – sistema do município-sede e que regula procedimentos de reabilitação e oftalmologia.

O acesso ao hospital universitário localizado no município-sede, até o momento da pesquisa, em setembro de 2018, se dava através da disponibilização mensal de agendas das especialidades através de correio eletrônico, entre as CMR. A partir daí a CMR encaminha os nomes dos usuários para o NIR do hospital universitário, para a marcação das consultas e procedimentos.

Considerando as dificuldades estruturais da rede de saúde municipal pelo fato da AB não estar informatizada e conectada em rede, e a centralização do processo regulatório no município, a CMR trabalha também com recepção direta aos usuários, realizando quando necessário a avaliação de situações clínicas. Possui em sua sede internet estável e de qualidade para realizar a inserção das solicitações de regulação dos usuários nos diferentes sistemas.

• **ACESSO À REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

O acesso dos usuários acompanhados na AB à Regulação Assistencial se dá através do recolhimento regular das solicitações de consultas e exames, que chegam à CMR através de uma rota viária semanal, que traz para análise da equipe técnica da Central as referências. Elas são classificadas nas cores vermelho, amarelo, verde e azul, gerando priorizações clínicas, à semelhança dos critérios da Classificação de Risco. Nas UBS as enfermeiras têm seu processo de trabalho estruturado, e conhecem os procedimentos que são regulados pela CMR.

Os agendamentos já realizados são reenviados para as unidades de origem dos pacientes, através da rota semanal. Essa classificação mitiga as situações de urgência nas UBS:

Temos uma rota que funciona de segunda a sexta. Em cada dia específico, o senhor da rota vai a cada unidade e em cada posto. Os pacientes são consultados no posto de saúde, esses encaminhamentos para especialidades médicas ou exames, são trazidos para a Central de Regulação. A partir daí a gente começa, a nossa regulação regula e marca as consultas e exames. A gente prioriza com as cores vermelho, amarelo, verde e azul, e vai marcando de acordo com a necessidade (IG2).

A entrevistada IG2 relata que alguns procedimentos que a CMR demanda para fora do município, são atendidos com frequência na capital e no hospital universitário localizado no município-sede. Os usuários cujas solicitações demandam documentos específicos como laudos médicos ou de exames complementares, são convidados a comparecer à CMR, para que ali seja realizada uma avaliação médica e a entrega de sua documentação. A equipe da Central monitora diariamente a disponibilidade das vagas, responde às pendências, verifica o andamento da fila e realiza os agendamentos. Nesses casos, uma vez agendados os procedimentos, a equipe faz contato com os usuários para que retirem as marcações na sede da Central.

• *REGULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA*

A coleta do preventivo, o exame das mamas e a solicitação da mamografia ficam, em geral, sob responsabilidade dos enfermeiros das ESF. A informante IG2 descreveu que o profissional médico ou enfermeiro faz a solicitação da mamografia na guia de exames e o agendamento de mamografias de rastreamento é realizado imediatamente após chegar à CMR. Quando ocorre um caso fortemente suspeito, as ESF entram em contato diretamente com a Coordenação da Atenção Básica ou com o Programa de Saúde da Mulher. As solicitações são marcadas e devolvidas às UBS para serem entregues às pacientes. As usuárias se dirigem ao prestador privado localizado no município, realizam o exame e de posse do resultado retornam à UBS. O município informa os exames de citologia oncótica, mamografias e histopatológico no SISCAN.

Os prestadores de mamografia para o município são dois, um prestador privado localizado no município e o Rio Imagem. No momento da pesquisa, setembro de 2018, a quase totalidade dos exames era realizada no município. Foi relatado não haver fila de espera, nem demanda reprimida para este procedimento. O tempo de espera para a marcação e realização do exame é em torno de 30 dias e os resultados entregues diretamente às usuárias para que sejam levados aos médicos da AB. O prestador privado informa resultados alterados ao Programa Municipal de Saúde da Mulher.

Indagada quanto aos critérios utilizados para o agendamento da mamografia, foi informado que no momento da entrevista o protocolo municipal estava defasado, e que a equipe da área técnica de Saúde da Mulher estava trabalhando em uma nova versão. As Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama (INCA, 2015) não eram conhecidas pela informante-chave IG2, que também relatou não ter recebido capacitação sobre elas, nem pelo município e nem pela Secretaria de Estado de Saúde. Não havia no momento da entrevista, qualquer protocolo padrão seguido pelas ESF, nem pelos demais profissionais atuantes no município, ficando a critério pessoal, as definições de conduta. Menciona que não é incomum que haja pedidos fora dos parâmetros preconizados. Nestes casos, é realizado contato com a usuária e solicitado que compareça à Central para ser avaliada pelo médico regulador. Foi feito um acordo entre a equipe de reguladores e as ESF, para a sinalização das solicitações de urgência na realização de mamografia diagnóstica, para que fosse realizado contato diretamente com o prestador privado, solicitando agilização da entrega dos resultados.

• ACESSO AOS SERVIÇOS PARA USUÁRIAS COM LESÕES SUSPEITAS

A entrevistada IG2 relatou que na SMS, o Programa de Saúde da Mulher é o setor responsável pela mediação entre a ESF e os especialistas da área ginecológica, que atuam na Policlínica de Especialidades, localizada em área contígua ao hospital municipal. No caso de mamografia com alterações, as equipes da ESF solicitam o agendamento da consulta de mastologia diretamente ao Programa de Saúde da Mulher e o agendamento é feito através de planilhas.

A partir da avaliação dos especialistas, são realizados os exames confirmatórios, a ultrassonografia mamária e a biópsia, ambos realizados no município. Se a lesão for palpável, a biópsia é realizada pelos especialistas municipais e o exame histopatológico em laboratório conveniado ao SUS no próprio município. Se a lesão for impalpável, a usuária será referenciada para a CMR e inserida no SER para o agendamento no INCA, único serviço que realiza a biópsia com estereotaxia digital, adequada a esse tipo de lesão.

• REGULAÇÃO DO ACESSO À CONSULTA DE MASTOLOGIA ONCOLÓGICA

Uma vez confirmado o diagnóstico do câncer de mama, a usuária é encaminhada à CMR para o agendamento da consulta de mastologia oncológica, pois são necessários documentação de identificação, cartão SUS e exames complementares, para que as usuárias sejam cadastradas nos sistemas de Regulação próprios para o acesso aos serviços oncológicos.

A referência das consultas especializadas de mastologia oncológica estava pactuada na UNACON localizada no município de Rio Bonito, e a solicitação para o acesso ao tratamento

realizada através do SISREG municipal. Alguns casos são encaminhados ao INCA, dependendo da disponibilidade de vagas pela regulação estadual, através do SER. A demora do tempo de espera pela consulta de mastologia oncológica é motivo de preocupação, segundo a entrevistada IG2

Depois que é detectado que o paciente realmente tem um câncer, é que eu acho que essa consulta também é demorada. É demorada! (IG2).

A informante IG2 não soube precisar se as equipes da AB têm ciência dos diagnósticos de câncer de mama de suas usuárias, e que ocorre com frequência a paciente não retornar mais à UBS de origem. A entrevistada IG2 vincula o não cumprimento da Lei dos Sessenta Dias (Brasil, 2012), à dificuldade de vagas oportunas para iniciar o tratamento e a não realização de alguns exames confirmatórios no próprio município:

O que eu recebo é a cobrança relativa à Lei dos Sessenta Dias e quando eu coloco no sistema e muitas vezes ele diz que não há vaga para os próximos sessenta dias (IG2).

A entrevistada relatou que para monitorar o tempo de espera de pacientes por consultas de oncologia, foi criada uma planilha que é acompanhada todos os dias para verificar os agendamentos. Através dela os tempos de espera são controlados. A percepção é que esse tempo tem aumentado do ano de 2018 para cá:

Esse tempo de espera é basicamente agora de 2018, porque antes não tinha esse tempo de espera não. A gente colocava no sistema, em três, quatro dias vinha o agendamento para daqui uma semana, dez dias. Mas hoje eu coloco o paciente de julho que eu coloquei no sistema, a vaga dele é para outubro. Então, como que eu vou ligar para um paciente de câncer e dizer “O senhor está agendado pra outubro (IG2).

O município garante o transporte sanitário para a realização dos procedimentos e tratamento. Em municípios mais distantes da capital, os usuários são muito dependentes do transporte sanitário, e se a municipalidade não viabilizar esse deslocamento, os usuários não conseguem chegar aos serviços.

• *RELAÇÃO COM A REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA II*

A avaliação que a informante-chave IG2 faz da relação com os demais municípios da região é que há um relacionamento cooperativo. Faz uma crítica à esfera estadual, a qual é atribuída a demora nas demandas de oncologia, cardiologia, entre outras. Já a entrevistada IG1, afirma que na região os municípios tentam se ajudar independentemente das pactuações, e em geral, os municípios menores são mais solidários. Com o município sede as dificuldades são crônicas, em especial para o acesso ao hospital universitário:

Pelo que eu tenho conversado com os municípios, com os coordenadores das Centrais de Regulação, eles passam pelo mesmo problema. A gente tem um embate muito grande

no que é fora do município, no que depende de sistema, e depende dos órgãos estaduais. É o que hoje a gente tem maior dificuldade (IG2).

A informante-chave IG2 sugere uma revisão das pactuações e destaca a necessidade de priorização clínica nos casos de suspeita de câncer:

A gente tem um relacionamento bom com os outros municípios, estamos sempre trocando figurinhas. Um está sempre ajudando o outro. O que eu acho um pouco precário é o estado. Mas a gente sabe que o estado está passando uma fase muito difícil, principalmente para os pacientes de oncologia. Porque eu acho que esse é um paciente que chegou, atendeu. Então tem algumas pactuações que são feitas que eu acho que deveriam ser revistas. Principalmente esses pacientes da oncologia, da cardiologia e de cardiovascular. Que eu acho que são pacientes que não podem esperar. O paciente da oncologia tem sofrido muito, muito, muito mesmo. Pela demora da marcação (IG2).

Foi relatado que alguns serviços de oncologia depois do início do tratamento, solicitam o retorno ao município de origem para a realização de exames complementares, e que o município, por vezes, não consegue suprir

A paciente está fazendo tratamento na mastologia oncológica. Se o médico precisa de um ultrassom transvaginal, o paciente tem que voltar para o seu município para realizar o exame solicitado. Isso também retarda um pouco do tratamento. Por que não dar continuidade dentro do hospital? Isso também atrasa um pouco o tratamento da paciente (IG2).

RELAÇÃO COM A REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA II

A avaliação que a informante-chave IG2 faz da relação com os demais municípios da região é que há um relacionamento cooperativo. Faz uma crítica à esfera estadual, a qual é atribuída a demora nas demandas de oncologia, cardiologia, entre outras. Já a entrevistada IG1, afirma que na região os municípios tentam se ajudar independentemente das pactuações, e em geral, os municípios menores são mais solidários. Com o município sede as dificuldades são crônicas, em especial para o acesso ao hospital universitário:

Pelo que eu tenho conversado com os municípios, com os coordenadores das Centrais de Regulação, eles passam pelo mesmo problema. A gente tem um embate muito grande no que é fora do município, no que depende de sistema, e depende dos órgãos estaduais. É o que hoje a gente tem maior dificuldade (IG2).

A informante-chave IG2 sugere uma revisão das pactuações e destaca a necessidade de priorização clínica nos casos de suspeita de câncer:

A gente tem um relacionamento bom com os outros municípios, estamos sempre trocando figurinhas. Um está sempre ajudando o outro. O que eu acho um pouco precário é o estado. Mas a gente sabe que o estado está passando uma fase muito difícil, principalmente para os pacientes de oncologia. Porque eu acho que esse é um paciente que chegou, atendeu. Então tem algumas pactuações que são feitas que eu acho que deveriam ser revistas. Principalmente esses pacientes da oncologia, da cardiologia e de cardiovascular. Que eu acho que são pacientes que não podem esperar. O paciente da oncologia tem sofrido muito, muito, muito mesmo. Pela demora da marcação (IG2).

Foi relatado que alguns serviços de oncologia depois do início do tratamento, solicitam o retorno ao município de origem para a realização de exames complementares, e que o município, por vezes, não consegue suprir:

Vamos supor, ele está fazendo tratamento na mastologia oncológica. O médico precisa de um ultrassom transvaginal para detectar outras coisas, o paciente tem que voltar para o seu município para realizar o exame solicitado. Eu acho que isso também retarda um pouco do tratamento. Se ele já está dentro do hospital, por que não dar continuidade dentro do hospital? Isso também atrasa um pouco o tratamento da paciente (IG2).

O quadro a seguir apresenta uma síntese da rede assistencial dos seis municípios, além de algumas características organizacionais.

Quadro 2. Caracterização da rede assistencial para detecção precoce do câncer de mama, municípios da região de saúde, RJ, 2019

Município	Características gerais				Características da rede assistencial
	População 2017	Razão Mamografia - 2017	Cobertura ESF (%) 2017	Cobertura AB (%) - 2017	
Niterói	499.028	0,12	65,83%	76,86%	<ul style="list-style-type: none"> Sede da região de saúde; Possui 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 UNACON - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia 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 SISMAMA
São Gonçalo	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 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 SISCAN; Informa dificuldades no cumprimento da “Lei dos 60 dias”;
Rio Bonito	58.272	0,30	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> Município com cobertura mista de ESF e AB, serviços diagnósticos privados e habilitados pelo SUS, e uma UNACON sem radioterapia que é referência para todos os municípios a região; Não possui mamógrafos; realiza no prestador estadual localizado no município de Saquarema;

					<ul style="list-style-type: none"> • Mastologistas atuando nas UBS e realizando consultas de especialidades; • Central Municipal de Regulação ambulatorial com apenas uma médica reguladora na supervisão, com funcionamento exclusivamente diurno; • Uma das referências para o tratamento do câncer de mama na região; • Utiliza o SISCAN • Menciona o cumprimento da “Lei dos 60 dias”
Silva Jardim	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 de Rio Bonito; • Não possui mamógrafos; realiza 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”;
Tanguá	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 os serviços no município do Rio de Janeiro; • Não possui mamógrafos; realiza no prestador estadual fora do município; • Toda a confirmação diagnóstica é realizada em serviços estaduais, fora do município localizados no Rio de Janeiro • Central Municipal de Regulação ambulatorial com médico regulador na supervisão, com funcionamento exclusivamente diurno; • Utiliza o SISMAMA; • Não soube informar sobre o cumprimento da “Lei dos 60 dias”;
Itaboraí	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 oferta 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; • Menciona dificuldade no cumprimento da “Lei dos 60 dias”;

Fonte: IBGE – Estimativas de população para 2017 – áreas urbanizadas Brasil, 2015/ Cob. Mamografia: SES-RJ, 2017/Cob. ESF- AB: E-Gestor/, 2017/ Observações da pesquisa realizada nos municípios 2018-2019.

5. DISCUSSÃO

A partir dos resultados deste estudo serão revisitadas algumas das dimensões de análise propostas para reflexão acerca da regulação assistencial do sistema de saúde em redes regionais, tendo a detecção precoce do câncer de mama como fio condutor.

Evidências internacionais apontam que sistemas de atenção à saúde orientados à APS, tendem a ser mais efetivos, a trabalharem com mais eficiência, melhor qualidade, mais equidade e com maior satisfação dos usuários (Mendes, 2012). Os seis municípios da região estruturaram suas RAS tendo como base a Estratégia de Saúde da Família, sobretudo os de menor porte, e a região registrou em março de 2019, 80,1% de cobertura de APS e 67,7% de ESF, com resultados superiores aos apresentados pelo estado (Ministério da Saúde, 2019).

Ainda assim, pode-se considerar que a ESF, na região, não poderia assumir a função de “direção do sistema” (Boerma, 2010), com a resolubilidade necessária para produzir a coordenação do cuidado da população sob sua responsabilidade sanitária, visto compartilhar a função de porta de entrada com modelos tradicionais de APS e também com populações não cobertas, provavelmente beneficiárias de plano de saúde, principalmente, no município sede.

Fausto et al (2018), reforçam a necessidade de organização e integração de redes regionais de modo a garantir a oferta articulada de ações de cuidados de saúde em todos os níveis de complexidade da atenção de modo eficiente, com economia de escala, e, ao mesmo tempo, com equidade. Nos municípios da Região Metropolitana II, as policlínicas de especialidades foram as estratégias definidas para garantia de consultas e exames especializados, a partir do fluxo ordenado pela APS.

A disponibilidade no próprio território foi variável de acordo com o porte e organização das RAS. Com exceção do município sede, todos os demais apresentavam algum grau de dependência de serviços localizados na região, fossem prestadores públicos municipais, estaduais, federais e ou privados conveniados ao SUS. Para a realização de mamografias, ultrassonografias, biópsias e acesso ao tratamento em serviços de alta complexidade, por exemplo, todos demandavam recursos assistenciais de outros municípios na região ou mesmo na capital do estado. Ainda assim, os achados demonstraram que as principais estratégias para aumento de acesso à atenção especializada eram municipais, com fraco vetor regional.

Também se identificou investimentos em Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC) em saúde, como prontuários eletrônicos, em alguns casos privados e com implantação

tardia e ainda incipiente, e sistemas informatizados para a regulação assistencial, o que representa ferramenta de integração assistencial (Almeida et al., 2010; Almeida, Santos, 2016). Ainda assim, em nosso contexto, fortalecer a diretriz da regionalização como locus político e organizacional das RAS, também poderia ser considerada fundamental medida pró-coordenação (Fausto et al., 2018).

Nesta direção, espaços de governança regional como a Comissão Intergestores Regional, ainda que reconhecidamente imperfeitos e insuficientes, carecem de fortalecimento para cogestão das redes, com participação ativa do ente estadual e suas representações descentralizadas, cuja atuação não se restrinja ao apoio institucional e ao papel burocrático de organização das reuniões, especialmente nos municípios com maior dificuldade técnica e gerencial (Almeida et al., 2016b).

Segundo Pinafo et al. (2016), para que o exercício da gestão inter federativa ocorra, torna-se imprescindível efetivar as CIR como espaços de discussão e tomada de decisão para, assim, construir uma política consensual e de corresponsabilidade pela regionalização da saúde. No caso estudado, somente um município reforçou o fortalecimento das discussões na CIR para o acompanhamento mais criterioso dos recursos regionais em função da qualificação do processo de regulação municipal e a necessidade de remanejamento financeiro entre municípios, em especial para os serviços especializados em oncologia, o que reforça a vertente municipalista para resolução dos problemas de saúde.

Foi identificado investimento na estruturação de Complexos Reguladores ou Centrais de Regulação em todos os municípios em função do reconhecimento da premente necessidade de organização do acesso da população aos cuidados de saúde. A descentralização das ações de saúde para estados e municípios determinou a divisão de responsabilidades e atribuições entre os governos federal, estadual e municipal, assim como entre cidadãos, setor público e setor privado. Apesar das controvérsias quanto à autoridade para regular, seja do estado ou do município, permanece a convicção de que os provedores de serviços devem estar sob regulação, independentemente de serem entes públicos ou privados, uma vez que a ação regulatória otimiza os recursos disponíveis e favorece o devido acesso dos usuários (Vilarins, 2012).

Evidencia-se na pesquisa, maior robustez na composição profissional das equipes de regulação localizadas no município sede e no município de maior porte que possuíam funções mais complexas, em maior escala e mais diversificadas. As demais Centrais operavam com equipes menores, de formação técnico-administrativa e poucos profissionais médicos, em horário comercial, o que aumentava a dependência da regulação iniciada desde as equipes de Atenção Básica, com as devidas justificativas clínicas. Foi frequente a

estratégia de capacitação das equipes de reguladores pelos profissionais mais experientes, por meios de processos informais de aprendizado em serviço, e a ausência de iniciativas de educação permanente. Poucas foram as iniciativas da Secretaria de Estado de Saúde de realização de capacitações regionais neste tema. Neste caso, estratégias regionais de qualificação na área, com suporte da Secretaria Estadual, poderiam atender à lacuna de formação e instrumentalizar os municípios para melhor exercício da regulação assistencial (Lemões et al., 2013).

Outro achado do estudo refere-se à coexistência de inúmeros sistemas para regulação assistencial, que em alguns municípios chegou a cinco utilizados para regular procedimentos sendo realizados em diferentes prestadores na região e fora dela. A multiplicidade de sistemas, que disponibilizava as diversas ofertas, contribuía para a pulverização dos recursos em saúde e fragmentação da rede. Por vezes, o município manejava mais de uma fila de espera para o mesmo procedimento, a depender do âmbito de gestão do prestador, se próprio ou estadual. Além disso, as Centrais possuíam graus diferenciados de informatização, o que, por vezes, implicava em deslocamento dos usuários até suas respectivas sedes para se informar sobre o agendamento.

Sousa et al. (2014), afirmam que a estruturação dos fluxos assistenciais tem se construído a partir de ferramentas tecnológicas importantes, como centrais de regulação informatizadas, mas, aparentemente, ainda não se conseguiu superar a fragmentação da produção em saúde presente tanto no ambiente interno das ESF quanto nas relações entre os serviços que compõem os diversos níveis assistenciais nos municípios e nas regiões de saúde. Observaram-se diferentes gradações no estabelecimento de fluxos entre a APS e os serviços especializados na região estudada, que configuram barreiras de acesso tais como a falta de informatização dos prontuários e conectividade na APS, acompanhado de processos fragmentados de regulação, com as referências dos usuários transportadas por malote das UBS às Centrais Municipais de Regulação. Tal prática, presente na maioria dos municípios estudados, poderia aumentar os tempos de espera entre as diversas etapas do cuidado, desde a confirmação diagnóstica ao tratamento.

Nenhuma das Centrais Municipais de Regulação operava efetivamente a regulação eletiva de leitos, o que estava delegado, em geral, às unidades de urgência e emergência através de seus NIR, desempenhando a função de uma Central de Regulação de Leitos. Segundo Nascimento et al (2009), o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde possui a potencialidade de constituir-se em um poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária, permitindo às instâncias de gestão estadual, municipal e federal regular o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde. O arranjo de Centrais

Municipais de Regulação ou um Complexo Regulador Regional podem ser responsáveis por estratégias e ações definidas em um plano de regulação assistencial para todos os níveis de complexidade, visando à organização efetiva de uma rede pública articulada hierarquicamente, a partir do planejamento estruturado em bases regionais.

A pesquisa evidenciou o papel secundário da Central Regional de Regulação, gerenciada pela Secretaria de Estado de Saúde, e instalada em uma CMR, com equipes reduzidas, cujos recursos assistenciais hoje são poucos, sendo a CER, a responsável pelo acesso a procedimentos de alta complexidade, em especial a oncologia de quem a região possui forte dependência. É prática comum a quase todos os municípios da região, orientarem os usuários com diagnóstico de câncer, ou situações de gravidade clínica, a se dirigirem pessoalmente às CMR, onde os usuários ou seus representantes precisam comparecer levando documentação específica para a inserção nos sistemas de acesso aos serviços especializados, o que aumenta os custos com deslocamento e riscos de abandono do tratamento.

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 a mesma deva se organizar de forma a garantir acesso a serviços de diferentes densidades tecnológicas a partir das distintas necessidades em saúde da população. Ao analisar as ações de detecção precoce do câncer de mama, o estudo de Silva et al. (2017), concluiu que as mulheres que dependem exclusivamente do sistema público de saúde encontram maiores barreiras para acessar o rastreamento mamográfico.

Neste estudo, gestores e gerentes em especial dos municípios do interior, identificaram que embora não haja oferta insuficiente de mamografia nem dificuldades para o agendamento em tempo oportuno, existem barreiras de acesso que geram dificuldades para a etapa do rastreamento. Entre as razões elencadas para a baixa cobertura estiveram falhas na captação das mulheres na faixa etária elegível para o rastreamento a mamográfico desde a APS; divergências quanto à periodicidade e faixa etária do exame; baixo conhecimento quanto às Diretrizes Nacionais, inclusive pelas equipes de regulação; ausência de iniciativas de educação permanente por parte da gestão estadual, inclusive no que se refere às Diretrizes citadas; demora nos resultados de mamografias, biópsias e ultrassonografias mamárias e custos com deslocamento para realização do exame, que em alguns casos era disponibilizado em município localizado em outra região e na capital do estado. Esses são fatores que influenciam diretamente nos baixos indicadores de razão de mamografia na região de saúde Metropolitana II, 0,12 para o ano de 2017 como informam os dados obtidos por meio do PROADESS (Fiocruz, 2019).

Foi identificado junto a quatro municípios, desconhecimento sobre as Diretrizes Nacionais, e verificada a adoção pelas equipes gestoras municipais de variados protocolos para o uso na APS, alguns deles com critérios que diferiam das atualizadas. A ênfase na APS é considerada um dos mais fortes preditores no rastreamento do câncer, segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (MS, 2013), sendo sua responsabilidade coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (MS, 2013).

Para tal, cabe ressaltar que a ausência de iniciativas de coordenação das redes regionais favorece a falta de um protocolo unificado, prejudicando o desempenho da função de coordenação das equipes de Atenção Básica. Segundo Almeida et al. (2010), o desenvolvimento de instrumentos de coordenação clínica como protocolos, inclusive de acesso à atenção especializada, também representa estratégia para garantia de atenção integral, que se aplica às redes municipais ou regionais de saúde.

A periodicidade anual do rastreamento era reforçada e legitimada pela opinião de especialistas. Também é favorecida pela existência de campanhas anuais como o “Outubro Rosa”, que obtiveram grande penetração no país (Migowski et al., 2018), e foram muito citadas pelos entrevistados. Essas campanhas tendem a influenciar a iniciação do rastreamento antes da idade adequada, tendo em vista que geralmente são voltadas para mulheres jovens. Para Barros et al. (2012), além do rastreamento organizado, na faixa etária considerada adequada para a investigação mamográfica, são preconizados o desenvolvimento de estratégias para diminuir o retardo no diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama, buscando reconhecer os obstáculos que perpassam os níveis da atenção à saúde, considerando os aspectos do indivíduo e dos profissionais envolvidos. Outro resultado do estudo demonstra que a própria avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama era deficitária em função da ausência de sistemas de monitoramento das ações. Somente 4 municípios havia implantado o SISCAN, que permitiria, inclusive, conhecer a real cobertura mamográfica. 2 municípios ainda operavam com o SISMAMA e 1 sem qualquer um dos sistemas. A não utilização dos sistemas como instrumentos de gestão do cuidado pode dificultar o acesso a informações úteis ao monitoramento das ações de detecção precoce (Tomazelli et al., 2016). A implantação e monitoramento do processo estaria a cargo da Secretaria de Estado de Saúde, que descontinuou a implementação do sistema nos municípios.

Migowski et al. (2018), sugerem que o diagnóstico das pacientes com suspeita clínica de câncer de mama seja feito no menor tempo possível e no mesmo local. A organização dos procedimentos diagnósticos na região estudada não se dava dessa forma, ocorrendo de

maneira pulverizada, com a realização dos procedimentos 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 dos procedimentos diagnósticos, por possuírem maior disponibilidade de serviços, concentrada em poucos pontos de atenção, levando ao cumprimento do prazo de menos de 60 dias para o início do tratamento em unidade especializada situada em seu território, segundo avaliação dos informantes-chave. A demora média maior que o tempo máximo recomendado de 60 dias para o diagnóstico do câncer de mama, reforça a necessidade de implementação efetiva das linhas de cuidado na rede de atenção oncológica, com pactuação dos fluxos entre os serviços para agilizar o acesso das mulheres à assistência integral, conforme preconizam as políticas públicas (Traldi et al., 2016).

Foi mencionada demora e dificuldade para iniciar o tratamento oncológico. Cinco municípios com maior dependência de serviços na região de saúde mencionaram demora e restrição de acesso aos procedimentos de alta complexidade, com questionamentos quanto ao papel regulador da Secretaria de Estado de Saúde na mediação das necessidades dos municípios e de barreiras históricas na interface com o hospital universitário, localizado no município sede, como referência para a atenção oncológica na região.

Também mencionaram as dificuldades crônicas de cumprimento da PPI. Oliveira et al. (2011), relatam que há indícios de escassez de oferta de tratamento cirúrgico e ambulatorial na maior parte do Brasil, e que, segundo Medeiros (2015), a distância percorrida pelas mulheres com câncer de mama para o tratamento oncológico e a concentração dos serviços nos grandes centros demonstra a fragilidade da rede assistencial. Estudo realizado no Rio de Janeiro em 2009, concluiu que os esforços devem ser concentrados na redução dos tempos necessários para agendar a primeira consulta médica e para o esclarecimento do diagnóstico de lesões suspeitas (Rezende et al., 2009), e que tempos superiores a 60 dias para início da terapia implicam em piores resultados de sobrevida (Gagliato et al., 2014).

Todos os informantes convergiram na avaliação de que em geral não há seguimento das usuárias nem pela gestão das CMR e nem pelas equipes de Atenção Básica após início do tratamento. Nesse momento, há uma ruptura da relação da usuária com a Atenção Básica e os serviços municipais não recebem informações acerca dessa etapa dos cuidados, minando qualquer possibilidade de coordenação. É comum que os serviços de saúde municipais só tenham notícias da usuária quando retorna para realizar algum exame complementar solicitado pelo hospital, fato esse gerador de dificuldades para ambos, pois os municípios podem não dispor do recurso, como exames de alta complexidade, no momento necessário. Os serviços de saúde de maior densidade tecnológica, frequentemente, não retornam as

informações para a APS, tornando a rede assistencial um emaranhado de práticas desconexas e pontuais (Goldman et al., 2019).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Malta e Merhy (2010), a “linha de produção do cuidado” não se encerra quando é estabelecido o projeto terapêutico, ela deve continuar no acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado. Para tal, um conjunto de ferramentas, dentre as quais os complexos reguladores em saúde, são dispositivos importantes, sobretudo para garantia de equidade no acesso aos bens e serviços, minimizando a influência de práticas clientelistas.

Ao mesmo tempo, a garantia de “atenção integral e integrada” pode ser potencializada pela abrangência e força da APS, que também depende de sua articulação e integração nas redes regionalizadas, que embora pouco consolidadas em território nacional, apontam um caminho a ser fortalecido na busca pelo cuidado integral (Bousquat et al., 2017; Fausto et al., 2017). No caso estudado, as modelagens de APS são diversas e a cobertura ainda não a habilita a assumir a função de “direção do sistema”.

Ainda assim, observam-se investimentos em informatização e valorização política da função regulatória no caso estudado, considerada “por si” capaz de ordenar de maneira mais eficiente os recursos assistenciais. Está em andamento projeto de integração dos fluxos de regulação sob a coordenação do município sede e da CER, com vistas à otimização da atenção à saúde na região.

A multiplicidade de sistemas de regulação operados de forma fragmentada é um entrave importante ao ordenamento da RAS, contribuindo para a manutenção da atomização da oferta. A informatização parcial e ausência de estratégias mais eficientes de comunicação com os usuários são inaceitáveis frente à etapa atual de desenvolvimento das TIC. Insuficiente estrutura logística de deslocamento das usuárias para a realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos pode implicar em retardo no desfecho e resolução dos casos, resultando na má assistência e morte para as usuárias, sobretudo no caso do câncer de mama.

Também a atenção especializada e hospitalar carece de maior qualificação para o trabalho em rede, avançando na ampliação e otimização da oferta, implantando dispositivos de regionalização. A este aspecto, soma-se a incipiência na incorporação das TIC para comunicação entre níveis no SUS, conforme mencionado. Tal fato se agrava pela baixa adesão à tradicional proposta de referência e contra referência que, ainda que conservadora e burocrática poderia oferecer algum suporte clínico à coordenação do cuidado pelas equipes de APS.

Por fim, reconhece-se a potência da regulação assistencial para garantia de acesso oportuno e equitativo no SUS. Contudo, pondera-se que, em contexto de reconhecida insuficiência e pulverização dos recursos assistenciais, é premente maior protagonismo do

gestor estadual na condução dos processos de regionalização e apoio aos municípios, sobretudo os de menor porte, mais dependentes da dinâmica regional. Sem esta perspectiva, a regulação corre o risco de operar na lógica da restrição de acesso aos tetos pré-estabelecidos, impondo mais uma barreira à trajetória assistencial dos usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, Melo Filho DA. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saude soc.* [online]. 2013, vol.22, n.1, pp.223-236.
- Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saude soc.* [online]. 2016, vol.25, n.2, pp.320-335.
- Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;29(2): 84–95.
- Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.2, pp.286-298.
- Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Rev. Saúde Pública* [online]. 2016, vol.50, 80.
- Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018; 42(spe1): 244-260.
- Andrade MCF. A política de regulação assistencial no município de Caruaru-PE. Tese de Doutorado. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2013.
- Assis M, Ramos DN, Tomazelli JG. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: Um olhar a partir dos exames realizados no SUS. Rio de Janeiro; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2014.
- Barbosa MAS, Silva MR, Nune MSC. Pesquisa qualitativa no campo Estudos Organizacionais: explorando a Análise Temática. In: Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 41., 2017. São Paulo. Anais eletrônicos...São Paulo: AnPAD, 2017. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/7085>. Acessado em 26/06/2019.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições Setenta, 1977. 229 p.
- Barros AF, Uemura G, Macedo J. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. *Femina*, 2012. v. 40, n. 1, p. 31-36.
- Bernardes NB, Sá ACF, Facioli LS, Ferreira ML, Sá OR, Costa RM. Câncer de Mama X Diagnóstico/Breast Cancer X Diagnosis. *Id on Line Rev Mult. Psic.* 2019. V.13, N. 44, p. 877-885.
- Boerma WGW. Coordenação e integração em atenção primária europeia. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, organizadores. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia.* Berkshire: Open University Press; 2010. p.25-47.
- Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins C, Mota PHS et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Sep 01]; 22(4): 1141-1154.
- 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 Aug;13(8):790-801. Epub 2012 Jun 1.
- Braun V, Clark V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006. v. 3, n. 2, p.p. 77-101, 2006.

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. Rio de Janeiro. Vol. 12, n. 39, p. 1-18.

Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos, LC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. *Divulg saúde debate*. 2014. Rio de Janeiro. Vol. 52, p. 114-124.

Denzin NK; Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK; Lincoln YS. (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

Denzin NK, Norman K; Lincoln YS. The discipline and practice of qualitative research, p. 1-36. In: Denzin NK; Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage, 2000.

Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. 2013, vol.21, n.spe, pp.131-139.

Farias SF, Gurgel Jr GD, Costa AM, Brito RL, Buarque RR. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2011; 16(Suppl 1): 1043-1053.

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, R Gondim, L Giovanella, Organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.51-72.

Fausto MCR, Campos EMS, Almeida PF, Medina MG, Giovanella L, Bousquat A et al. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]*. 2017; 17(Suppl 1): S63-S72.

Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in Globocan 2012. *Int J Cancer*. 2015 Mar 1;136(5):E359-86.

Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, MacIntyre MF et al. The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncol*. 2015 Jul;1(4):505-27.

Gagliato Dde M, Gonzalez-Angulo AM, Lei X, Theriault RL, Giordano SH, Valero V, et al. Clinical impact of delaying initiation of adjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. *J Clin.Oncol*. 2014 Mar 10;32(8):735-44.

Godoi CK; Balsini CPV. A pesquisa qualitativa nos estudos organizacionais brasileiros: uma análise bibliométrica. In: Godoi CK; Bandeira de Melo R; Silva AB. *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 89-112.

Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev Adm empres*. (1995) 35(3), 20-29.

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. [Internet]. 2019. 72 (Suppl1): 274-281.

Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT, Corrêa CSL, Abreu DMX, Curado MP, Mooney M et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2017; 20(Suppl 1): 102-115.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2010. Censo Demográfico:Brasil,2010. Rio de Janeiro: IBGE.

Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc. [online]. 2011, vol.20, n.4, pp.867-874.

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 de novembro de 2012.

Lemões MAM, Thumé E, Tomasi E, Dilélio AS, Borges CLS, Facchini LA. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2013 pp.631-640.

Magalhães Júnior HM. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. 211 p. Tese de Doutorado em Ciências Médicas. Campinas (SP). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 2006.

Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt M, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2014; 23(4): 599-608

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu) [online]. 2010, vol.14, n.34, pp.593-606.

Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2015, vol.31, n.6, pp.1269-1282.

Mendes EV. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. Divulg saúde Debate, 2014, n. 52, pp.38-49.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª Edição. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília. Organização Pan-americana da Saúde; 2012.

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. Saúde Pública [Internet]. 2018. vol.34, n.6, e00046317.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2014. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v.89, n.40E, p.52, 28 fev. 2002.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399, de 2 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 43-51. 23 fev. 2006b.

Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores – 2.ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 6).

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1571, de 29 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. Diário Oficial da União. 24 jul. 2007; Seção 1.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de agosto de 2008.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 31 de dezembro de 2010.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 17 de maio de 2013.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 140, de 27 de Fevereiro de 2014. Redefine critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito SUS. Diário Oficial da União, 2014.

Ministério da Saúde (BR). 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

Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº13 - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / 2ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília, 2017.

Ministério da Saúde (BR): Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília, 2018.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Brasília 2013.

Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2017.

Ministério da Saúde (BR). SAS – DAB - E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml> Acesso em 20/06/2019.

Ministério da Saúde (BR). DATASUS – SargSUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus> Acesso em 20/06/2019.

Miranda Jr HM. Redes de Atenção à Saúde: Rumo à integralidade. *Divulg saúde Debate*, 2014, nº. 52. pp. 15-37. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva, MJ, Silva MVS, Feitoza AR et al. Regulação em saúde: Aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enferm.* 2009 v. 14, n. 2, pp.1-7.

Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2011. 27(2): 317-326.

Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2016, vol.21, n.5, pp.1511-1524.

PROADESS – Metodologia para avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro – ICICT- Fiocruz. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>

Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]*. 2009, vol.31, n.2, pp.75-81.

Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública [Internet]*. 2014, 48(4):622-631.

Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface (Botucatu) [online]*. 2006, vol.10, n.19, pp.25-41.

SES-RJ. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Instrumentos de Planejamento, 1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA/2019. Acessado em 20/05/2019. Disponível em www.saude.rj.gov.br.

SES-RJ. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Informações em Saúde. Disponível em www.saude.rj.gov.br.

Sierra MS, Soerjomataram I, Antoni S, Laversanne M, Piñeros M, de Vries E et al. Cancer patterns and trends in Central and South America. *Cancer Epidemiol.* 2016 Sep;44 Suppl 1:S23-S42.

Silva GA, Souza-Júnior. PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. Saúde Pública*, 2017. v. 51, n. suppl 1:14s.

Silva RCF. Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro (RJ). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. 2012.

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. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.4, pp.1283-1293.

Tomazelli JG, Silva GA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2017, vol.26, n.4, pp.713-724.

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. Saúde [Internet]. 2017; 26(1): 61-70.

Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015 Mar;65(2):87-108.

Traldi MC, Galvão P, Morais SS, Fonseca MRCC. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. Cad. saúde colet. [online]. 2016, vol.24, n.2, pp.185-191.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005; 39(3): 507-514.

Vianna RP, Lima LD. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. Physis [online]. 2013, vol.23, n.4, pp.1025-1049.

Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde debate [online]. 2012, vol.36, n.95, pp.640-647.

Vilarins GCM. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. Comun. ciênc. saúde. jan.-mar. 2010. 21(1): 81-84.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO GERAL DE ENTREVISTAS

Identificação do entrevistado

Nome:

Idade:

Formação acadêmica:

Município de atuação:

Função que ocupa:

Há quanto tempo exerce essa função:

Contatos: e-mail e telefone

Entrevista com os Coordenadores Municipais de Regulação

I-ESTRUTURA:

1-Como é o organograma da estrutura responsável pela regulação em seu município? Existe um local específico?

2-Quantas pessoas trabalham na Regulação?

3- Como está montada a estrutura física?

4-Como se dá o acesso das unidades de saúde à Regulação?

5-Utilizam sistema informatizado? Qual?

6-A rede municipal está informatizada?

7-As unidades de saúde têm acesso à internet?

8-Como você vê o processo de regulação em seu município? No geral e no objeto em particular?

Observações:

II- ACESSO A MAMOGRAFIA

- 1-Como é regulado o acesso à mamografia de rastreamento em seu município?
- 2-E à mamografia diagnóstica?
- 3-Utilizam algum protocolo de acesso? Qual?
- 4-Descrever os passos desde a solicitação até o agendamento do exame. Quem solicita?
- 5- Como avalia o cumprimento do protocolo pactuado nos pedidos de mamografia?
- 6-Qual é a conduta para pedidos fora da faixa etária preconizada?
- 7-Onde são realizados os exames? Em quais prestadores?
- 8-Quantos exames são oferecidos?
- 9-A oferta disponível é suficiente?
- 10-Possui fila de espera?
- 11- Possui algum critério de priorização para casos suspeitos?
- 12-Qual o tempo médio de espera para a realização do exame e para receber o resultado?
- 13- Descrever o fluxo do resultado até o usuário.
- 14- Como você avalia esse fluxo?

Observações:

III-ACESSO A ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA

- 1-As usuárias com exames suspeitos demandam ultrassonografia de mama para a confirmação do diagnóstico no município?
- 2-Caso positivo, como é regulado o acesso do usuário à ultrassonografia de mama?
- 3-Utilizam algum protocolo de acesso? Qual?
- 4-Descrever os passos desde a solicitação até o agendamento do exame. Quem solicita?
- 5-Onde são realizados os exames? Em quais prestadores?
- 6-Quantos exames são oferecidos?

7-A oferta disponível é suficiente?

8-Possui fila de espera?

9-Qual o tempo médio de espera para a realização do exame e para receber o resultado?

10-Descrever o fluxo do resultado até o usuário.

11- Como você avalia esse fluxo?

Observações

IV-ACESSO ÀS BIÓPSIAS

1-Seu serviço recebe demandas de biópsias de mama para confirmação diagnóstica?

2-Caso positivo, como é regulado o acesso do usuário à biópsia de mama? (agulha fina e agulha grossa).

3-Utilizam algum protocolo de acesso? Qual?

4-Descrever os passos desde a solicitação até o agendamento do exame.

5-Onde são realizados os exames? Em quais prestadores?

6-Quantos exames são oferecidos?

7-A oferta disponível é suficiente?

8-Possui fila de espera?

9-Qual o tempo médio de espera para a realização do exame e para receber o resultado?

10-Descrever o fluxo do resultado até o usuário.

11-Como você avalia esse fluxo?

Observações

V-ACESSO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS

- 1-Como é regulado o acesso à consulta de mastologia oncológica?
 - 2-Utilizam algum protocolo de acesso? Qual?
 - 3- Onde são realizados os exames? Em quais prestadores?
 - 4-Quantos exames são oferecidos?
 - 5-A oferta disponível é suficiente?
 - 6-Possui fila de espera?
 - 7-Qual é o tempo médio de espera para a consulta?
 - 8-Como se dá o retorno do resultado da consulta para a equipe de saúde responsável?
 - 9- Como você descreveria o acesso dos usuários desde o pedido de mamografia até a entrada no tratamento oncológico?
 - 10-Quais são as principais dificuldades no acesso ao rastreamento e diagnóstico do câncer de mama em seu município, na região e fora dela?
 - 11-Como se dá a relação entre a regulação municipal e os outros pontos do sistema?
 - 12-Outros municípios da mesma região?
 - 13-De outra região?
 - 14-Com a SES-RJ?
 - 15-Outros?
 - 16- Observações do entrevistado.
-
-
-

Entrevista com os Coordenadores Municipais de Atenção Básica

I-ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS

- 1-Como está organizada a Atenção Básica em seu município? (ESF, UBS, POLICLÍNICAS)

2-Quais são as ações previstas para o controle do câncer de mama no campo da Atenção Básica em seu município?

II -ACESSO À MAMOGRAFIA

1-Como acontece em seu município, no campo da Atenção Básica, a abordagem das usuárias para o rastreamento do câncer de mama?

2- Existe alguma atividade de orientação para as usuárias?

3- Como se dá o acesso à mamografia de rastreamento e à mamografia diagnóstica?

4-Utiliza algum protocolo de acesso? Qual?

5- Os profissionais de saúde da ESF, realizam o exame das mamas, e investigam sinais e sintomas suspeitos de câncer?

6-Caso sejam achados sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama, qual é a conduta preconizada?

7- Existe alguma ação de matriciamento para os profissionais da ESF relativa a esse tema?

8-Onde são realizados os exames? Em quais prestadores?

9-Qual o tempo de espera para a realização do exame e para receber o resultado?

10-Existe fila de espera?

11-Descreva passo a passo o fluxo do usuário desde o pedido do exame até seu resultado.

10-Como você avalia esse fluxo?

II-ACESSO AOS RECURSOS ESPECIALIZADOS – EXAMES E TRATAMENTO

11-Caso a(s) mamografia(s) seja(m) positiva(s) para a suspeita de câncer, como é conduzido o caso a partir daí?

12-Como se dá o acesso aos recursos especializados para o diagnóstico? Outros exames e consultas especializadas?

13-Como se dá o acesso ao tratamento específico?

14-A AB realiza ou coordena o fluxo do usuário para os demais pontos do sistema? De que forma?

15-Dentro do município? De que forma?

16-Fora do município? De que forma?

17- Após um possível diagnóstico de câncer de mama, como atua a AB?

18-Observações do entrevistado.

Entrevista com os Coordenadores da Central Estadual e Regional de Regulação e do Centro de Diagnóstico por imagem - Rio Imagem

I- ESTRUTURA

1-Como você descreveria o organograma das Centrais de Regulação Regional da Metropolitana II e Central Estadual de Regulação na esfera estadual?

2- Como está montada a estrutura física?

3- Quantas pessoas trabalham na Regulação? 4-Como está organizada no território do estado do RJ?

5-Como se dá o acesso dos municípios à Regulação?

6-Utilizam sistema informatizado? Qual?

7-Como as equipes são capacitadas?

Observações

II-ACESSO À MAMOGRAFIA

1-Como é regulado o acesso à mamografia de rastreamento e mamografia diagnóstica pela Central Estadual de Regulação?

2- E como se dá o acesso ao Rio Imagem?

3-Utilizam algum protocolo de acesso? Qual?

4-Descrever os passos desde a solicitação até o agendamento do exame.

5-Onde são realizados os exames?

6-Em quais prestadores?

7-Quantos exames são oferecidos?

8-Quem é a clientela dos exames de mamografia?

9-A oferta disponível é suficiente?

10-Possui fila de espera?

11-Qual o tempo médio de espera para a realização do exame?

12-E para receber o resultado?

12-Descrever o fluxo do resultado até o usuário.

14-Qual é a conduta diante de resultados suspeitos dos exames de mamografia?

Observações

III-ACESSO A OUTROS EXAMES

1-A Central de Regulação Estadual recebe solicitações para ultrassonografia de mama?

2- Caso positivo, como é regulado o acesso do usuário à esse exame?

3-Utilizam algum protocolo de acesso? Qual?

4-Descrever os passos desde a solicitação até o agendamento do exame.

5-Onde são realizados os exames?

6-Em quais prestadores?

7-Quantos exames são oferecidos?

8-A oferta disponível é suficiente?

9-Possui fila de espera?

10-Qual é o tempo médio de espera para a realização do exame?

11-Descrever o fluxo do resultado até o usuário.

12-Como é regulado o acesso do usuário à biópsia de mama? (agulha fina e agulha grossa).

13- Utilizam algum protocolo de acesso? Qual?

14-Descrever os passos desde a solicitação até o agendamento do exame.

15-Onde são realizados os exames?

16-Em quais prestadores?

17-Quantos exames são oferecidos?

18-A oferta disponível é suficiente?

19-Possui fila de espera?

20-Qual é o tempo médio de espera para a realização do exame?

21-Descrever o fluxo do resultado até o usuário e/ou equipe de saúde

IV-ACESSO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS

1-Como é regulado o acesso à consulta de mastologia oncológica?

2-Utilizam algum protocolo de acesso? Qual?

3-Quais são os prestadores e serviços que oferecem as consultas de mastologia oncológica?

4-Quantas consultas são oferecidas?

5-A oferta disponível é suficiente?

6-Possui fila de espera?

8-Qual é o tempo médio de espera para a realização da consulta?

9-Descrever o fluxo da informação acerca da consulta até o usuário e/ou equipe de saúde.

10-Caso o diagnóstico de câncer de mama seja confirmado, qual é a conduta para o caso?

11- Como você descreveria o acesso dos usuários desde o pedido de mamografia até a entrada no tratamento oncológico?

12-Em sua opinião, quais são as principais dificuldades no acesso ao rastreamento e diagnóstico do câncer de mama do ponto de vista da Regulação estadual?

13-Como se dá a relação entre a regulação estadual e os outros pontos do sistema de saúde?

14- Observações do entrevistado.



APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de Identificação:

Título do Projeto:

“A Regulação Assistencial para detecção precoce do câncer de mama na Região Metropolitana II do estado do RJ: uma análise das redes regionais do cuidado.”

Pesquisador Responsável:

Monica Morrissy Martins Almeida

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:

Instituto de Saúde Coletiva - Unidade Federal Fluminense

Contatos do Pesquisador: (21) 99604-8888 e e-mail: almeidamonica51@gmail.com

Nome do participante:

Você está sendo convidado(a), na qualidade de participante da pesquisa “Regulação assistencial para a detecção precoce do câncer de mama na região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro: uma análise das redes regionais do cuidado” de responsabilidade da mestrandia Mônica Morrissy Martins Almeida.

O fato motivador que nos leva a estudar o problema do acesso dos usuários ao rastreamento e diagnóstico do câncer de mama na Região Metropolitana II, é primeiramente a relevância desse agravo em nosso estado, e no país, sendo a primeira causa de morbimortalidade por neoplasias em mulheres. E as evidências de que a morbimortalidade pode ser reduzida pelo acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento precoces. A pesquisa se justifica pela necessidade de sistematizar as informações acerca da existência dos fluxos de regulação e sua efetividade no acesso ao diagnóstico e tratamento específico no sistema público de saúde, utilizando seus recursos e pontos de atenção no âmbito das redes regionais de atenção. O objetivo desse projeto

é realizar um diagnóstico das estruturas responsáveis pela organização do acesso aos principais procedimentos para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama e os principais problemas evidenciados pelos entrevistados na Região Metropolitana II.

A coleta de dados se dará por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, realizadas presencialmente em data e local acordado com os participantes, registradas em gravação de voz, que serão transcritas e inseridas em bancos de dados digitais, sendo as gravações apagadas posteriormente.

Serão entrevistados os informantes-chave dos sete municípios da região Metropolitana II do estado do RJ: Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Maricá, Silva Jardim, Tanguá e Itaboraí. Assim como do Centro de Diagnóstico por Imagem, o Rio Imagem, unidade sob gestão estadual, localizada no município do Rio de Janeiro, e das Centrais de Regulação Regional e Estadual. Em cada município serão entrevistadas as coordenações municipais de Atenção Básica e de Regulação. Das estruturas ligadas à Secretaria de Estado do Rio de Janeiro - SES-RJ, serão entrevistadas a coordenação do Rio Imagem e as coordenações das Centrais Regional e Estadual de Regulação.

Também serão analisados dados provenientes das Centrais de Regulação – municipais, regional e estadual e da unidade estadual de referência para exames de imagem tais como: oferta de mamografias de rastreamento e diagnóstica, ultrassonografia de mama, biópsias de mama e consultas de mastologia oncológica. Buscaremos também estimar os tempos de espera para realização dos procedimentos de detecção precoce do câncer de mama, tomando como base o ano de 2017.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

A fim de reduzir os desconfortos e riscos que esta pesquisa possa gerar, a autora se compromete a esclarecer previamente a proposta do estudo com os entrevistados, e se disponibiliza para atender às dúvidas existentes sobre quaisquer aspectos do projeto, estando o usuário livre para participar ou recusar-se a participar. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, não identificando os entrevistados pelas iniciais, e sim pelas letras do alfabeto e não descrevendo os locais e posições específicas ocupadas pelos participantes. O tempo estimado para a entrevista é de cerca de 1h e 30 minutos. Os resultados da pesquisa estarão a sua disposição quando finalizada, e os dados coletados não serão arquivados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, nem terá nenhum risco decorrente de sua participação. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é

voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. Este termo de consentimento encontra-se em duas vias sendo que uma cópia será arquivada por essa pesquisadora responsável e a outra será entregue a você.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Esse projeto foi aprovado sob o parecer nº 2.779.093. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas: E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do estudo "Regulação assistencial para a detecção precoce do câncer de mama na região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro: uma análise das redes regionais do cuidado", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Monica Morrissy Martins Almeida