

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

ANDREIA MARTINS DA COSTA

**A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA NOS
MUNICÍPIOS: estudo de um sistema local de saúde.**



Niterói

2014

ANDREIA MARTINS DA COSTA

**A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA NOS
MUNICÍPIOS: estudo de um sistema local de saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

**Orientadora:
Prof^ª Dr^ª Mônica de Castro Maia Senna**

**NITERÓI
AGOSTO DE 2014**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

C837 Costa, Andreia Martins da.

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA NOS
MUNICÍPIOS: estudo de um sistema local de saúde / Andreia
Martins da Costa. – 2014.

134 f. : 1 mapa.

Orientador: Mônica de Castro Maia Senna.

Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal
Fluminense, Escola de Serviço Social, 2014.

Bibliografia: f. 115-123.

ANDREIA MARTINS DA COSTA

**A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA NOS
MUNICÍPIOS: estudo de um sistema local de saúde.**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense (UFF)
(Orientadora)

Profa. Dra. Lenaura Lobato
Universidade Federal Fluminense (UFF)
(Examinadora)

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
(Examinador Externo)

NITERÓI
2014

“O espelho e sonhos são coisas semelhantes, é como a imagem do homem diante de si próprio”. (José Saramago)

Dedico este trabalho aos meus pais, Antonio e Marcia. Obrigada por todo empenho e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus.

Em segundo, agradeço aos meus pais. É por eles que hoje estou aqui. É por eles que vou seguir. É por eles que vou atrás dos meus sonhos e em busca de cada conquista. Afinal, foi por mim que eles chegaram até aqui. Uma dedicação incessante de vida para me proporcionar o aprendizado que tenho hoje. A nossa parceria me faz perceber a cada dia o que é o amor. Nos momentos mais difíceis, inclusive de construção deste trabalho, eram eles que cá estavam. Cada vez que abriam a porta do meu quarto, local em que fiquei maior parte do tempo de minha vida nestes últimos meses, era um sorriso, um gesto de carinho ou mimos como um simples lanche para adoçar o momento. Não me esqueço da cena de minha mãe abrindo a porta do quarto com a Meg no colo, dizendo que elas me amavam. Por isso, tive forças para não desistir, quando isto chegou a passar pela minha cabeça. Não me esqueço da conversa com meu pai, num dia qualquer, indo fazer algum concurso público qualquer, em que ele dizia que tinha muito orgulho de me ver cursando um mestrado. E ingressar no mestrado foi uma das maiores alegrias de vida deles, por isso, mais uma vez, estou aqui. Amor incondicional.

Agradeço também a todos os meus familiares. Não tenho muitos familiares, mas os que tenho, mesmo se eu não os tivesse, eu os teria escolhido para ser. Em especial as minhas primas-irmãs, Eva e Dani. Essas duas são minhas musas inspiradoras de força, de determinação e garra. E sempre, um sorriso no rosto, porque a vida deve ser feita de momentos leves. Eu as amo e para todo o sempre. Obrigada por todo o apoio e impulsionada para frente.

Aos meus amigos de São Gonçalo. Terra de origem, laços de origem. Em São Gonçalo finquei os meus maiores laços de amizades fraternais. Alguns desde a infância, outras não tão longas assim, porém, não menos importantes. Todos moram em meu coração. E agradeço por compreender a ausência, o humor alterado e principalmente, os desligamentos deste planeta Terra enquanto os pensamentos viajavam pela temática desta dissertação. Obrigada, em especial, para Dália, Fernanda, Beto, Laíza e Vinícius.

Também dedico este trabalho aos meus amigos não Gonçalves. Aos amigos da vida, que estão sempre presentes, quer dizer, nesta reta final eu não estive tão presente assim. Mas, que o WhatsApp ajudou a mantê-los perto de alguma maneira. Agora que passou, vamos combinar de fazer tudo o que há para viver.

Dedico, ao meu afilhado Miguel. Que é pequenininho demais para entender porque a dinda não esteve tão presente nos últimos meses. Mas que esteve em meu pensamento a cada dia. Um anjo de Deus que veio para alegrar a minha vida e dar forças quando eu mais precisei. Obrigada a meus primos por me dar este presente tão lindo.

Não poderia deixar de agradecer ao meu quinteto. Sem elas, esse mestrado não teria a menor graça. Engraçado, pois, esta afinidade foi de cara. Kamilla, Bel, Paty e Joice, sem vocês não seria bom. De todas as dificuldades, tenho a certeza que se não estivéssemos juntas, eu não teria conseguido. Fico feliz que estejamos regando a plantinha da amizade. Vocês são muito importantes e para a vida inteira. Tornaram as aulas leves, as provas não tão difíceis assim, os momentos de tensão engraçados e a construção da dissertação mais confiante. Cada uma de vocês é parte deste trabalho. Juntas fomos mais fortes. Que possamos seguir juntas e acompanhar cada passo, até porque, não tem jeito. Até os nossos respectivos namorado, noivo e maridos são amigos agora. “Azamiga tudo” são queridas e amadas por mim e pela minha família desde o primeiro dia deste mestrado.

À professora Mônica em especial. Como agradecer a minha fonte de inspiração acadêmica desde a graduação? Não tenho palavras suficientes para isso. Sempre digo que gostaria de transmitir algum dia o conhecimento que tenho com tanta generosidade e paciência como a professora Mônica. É encantador de se ver. Enquanto aluna, é encantador de se ouvir. Obrigada por tudo, por fazer parte da minha vida há algum tempo e desde então, me inspirar a tentar fazer sempre o meu melhor. Obrigada pela força nos momentos de angústia e por acreditar em mim, quando na verdade, eu duvidava. Tenho muito orgulho de afirmar que fui orientada pela professora Mônica Senna, e ter tido tal privilégio por duas vezes.

Agradeço a todos os professores do programa de Políticas Sociais da UFF. A construção deste trabalho só pode ser concluída graças às aulas, debates, estágio docente, dedicação e transmissão de conhecimento. Fazer parte deste curso por dois

anos foi um grande sonho concretizado. Deixo os meus agradecimentos à parte administrativa do curso, que em sua tamanha competência, nos ajudou com os perrengues acadêmicos.

Este trabalho só foi possível após a minha passagem pelo Serviço Social do Instituto Nacional do Câncer. A todos que contribuíram para as minhas inquietações, um muito obrigada. E, aos colegas do CRAS São José Marine, obrigada pela compreensão ao longo desse processo.

Agradeço ao meu namorado, pela força na reta final deste trabalho. Obrigada pela inspiração, Dê, pelo ombro amigo quando o desespero bateu à porta. Obrigada pela força e por acreditar que eu seria capaz, e me reforçar isso a todo o momento. Você foi fundamental nesta reta final. Te amo.

SUMÁRIO

Introdução	20
Capítulo 1 – O câncer de mama e as políticas de saúde do Brasil	27
1.1 - Contextualização das políticas de saúde voltadas para o câncer de mama no Brasil.....	28
1.2 - A Atenção Oncológica no contexto do SUS.....	32
1.3 - Descentralização das políticas de saúde no Brasil e a organização da atenção ao câncer de mama em nível local.....	38
1.4 - A atenção integral ao câncer de mama.....	43
Capítulo 2 – Morando em São Gonçalo, você sabe como é?	51
2.1. Desenho metodológico do estudo.....	52
2.2 – Cenário de pesquisa: o contexto municipal de São Gonçalo.	53
2.2.1 – Aspectos demográficos e socioeconômicos.....	54
2.2.2 – A rede municipal de serviços de saúde.....	60
2.3 – Procedimentos para coleta e análise dos dados.....	69
2.4 – Tinha uma pedra do meio do caminho: dificuldades da pesquisa de campo.....	70
Capítulo 3 – A atenção ao câncer de mama no município de São Gonçalo	73
3.1 - Saúde da Mulher e Atenção ao câncer de mama em São Gonçalo: alguns antecedentes.....	73
3.2 – O controle do câncer de mama na Atenção Básica em Saúde.....	80
3.3 – A questão do câncer de mama na média complexidade.....	88
3.3.1- A Central de Regulação Gonçalense.	92
3.4. A Alta Complexidade na atenção ao câncer de mama em São Gonçalo.....	95
3.5 – Limites e possibilidades para a questão do câncer de mama e São Gonçalo.....	97
3.5.1 – Modelos híbridos na Atenção Básica.....	97

3.5.2 – Dificuldade de fixação de profissionais médicos.....100

3.5.3 – Relação Público x Privado.....104

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....110

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CF 88 – Constituição Federal de 1988

CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GPAB – Gestão Plena de Atenção Básica

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde

HC III – Hospital do Câncer III/INCA

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MMSG – Movimento de Mulheres de São Gonçalo

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

NEP – Núcleo de Ensino e Pesquisa

NOBs – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PAC – Programa de Agentes Comunitários

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMCA – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PAM – Posto de Assistência Médica

PIB - Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica

PNQM - Programa Nacional de Qualidade em Mamografia

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROESF - Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

SADT – Serviço de Apoio a Diagnose e Terapia

SISCAN – Sistema de Informação de Câncer

SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama

SISREG – Sistema Informatizado de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSC – Superintendência de Saúde Coletiva

TCE – Tribunal de Contas do Estado

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

WHO – World Health Organization

LISTA DE TABELAS.

Tabela 1 – População feminina no município de São Gonçalo, por faixa etária. 2010.

Tabela 2 – Composição do Produto Interno Bruto do município de São Gonçalo, do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil, 2010. Valores em reais.

Tabela 3 – IDH-M e seus componentes. Município de São Gonçalo – 1991 a 2010.

Tabela 4 - Situação da Estratégia Saúde da Família. Equipes de Saúde da Família e Número de ACS, 2012. São Gonçalo/RJ.

Tabela 5 – Estabelecimentos de saúde por tipo, 2013. São Gonçalo, RJ.

Tabela 6 - Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado. São Gonçalo, Dezembro, 2009.

Tabela 7 – Distribuição de leitos hospitalares . Junho, 2013. São Gonçalo, RJ.

Tabela 8 - Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade – São Gonçalo, dezembro, 2009.

Tabela 9 – Recursos Físicos e equipamentos. Julho, 2013. São Gonçalo, RJ.

Tabela 10 - Número de equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso, disponíveis ao SUS e por 100.000 habitantes, segundo categorias do equipamento. São Gonçalo, dezembro de 2009.

Tabela 11- Valor total de internações hospitalares e valor aprovado de atendimentos ambulatoriais segundo subtipo de financiamento (Gestão Municipal), São Gonçalo, 2009.

Tabela 12 - Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência), São Gonçalo, 2009.

Tabela 13- Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10, 2008.

Tabela 14 - Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes), São Gonçalo/RJ.

Tabela 15 – Lei Orçamentária anual de São Gonçalo. Exercício 2014.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos domicílios por tipo de saneamento. São Gonçalo – 2000 e 2010.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Mapa do município de São Gonçalo.

RESUMO

O câncer de mama feminino é o que mais acomete mulheres, exceto os cânceres de pele (INCA, 2013), estimado só para o ano de 2014, 57.120 novos casos de câncer de mama no Brasil e uma expressiva taxa de mortalidade em ascensão. As políticas de saúde voltadas para o controle do câncer de mama ganharam destaque na década de 1990, junto à institucionalização das políticas de saúde no país. O cuidado integral à saúde da mulher passa a ser prioridade das ações do Ministério da Saúde e uma dessas preocupações é o câncer de mama feminino, a partir de ações de prevenção e rastreamento na Atenção Básica. O processo de descentralização suscitou um novo horizonte para a organização dos serviços de saúde no Brasil, em que os municípios passam a ter autonomia na gestão e na oferta de tais serviços e maior participação na oferta de serviços para o controle da doença. O trabalho busca examinar como se estrutura e organiza a rede de serviços de atenção ao câncer de mama em um sistema local de saúde nos três níveis de complexidade do SUS, tendo como cenário de pesquisa o município de São Gonçalo/RJ. Pertencente à região metropolitana do Rio de Janeiro, a cidade possui a segunda maior população do estado, com 1.025.507 habitantes, segundo o último Censo Demográfico (IBGE, 2013). Aparecem como resultados um município com característica de grande contingente populacional que enfrenta fragilidades na oferta da Atenção Básica, presença da rede privada na oferta de serviços públicos e um fluxo de atendimento para o controle do câncer de mama que se encerra na média complexidade.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Políticas Públicas de Saúde; Serviços de Saúde local.

ABSTRACT

The cancer breast is what most affects women, excluding skin cancers (NCI, 2013) estimated only for the year 2014, 57,120 new cases of breast cancer in Brazil and a significant mortality rate in the ascendancy. Health policies aimed at controlling breast cancer gained prominence in the 1990s, with the institutionalization of health policies in the country. The comprehensive care to women's health becomes a priority actions of the Ministry of Health and one of those concerns is the female breast cancer, from prevention and screening in primary care. The decentralization process has led to a new horizon for the organization of health services in Brazil, in which municipalities now have autonomy in the management and provision of such services and greater participation in the provision of services to control the disease. The work seeks to examine how to structure and organize the network of attention to breast cancer in a local health care system in three levels of complexity of the SUS, with the research scenario the municipality of São Gonçalo / RJ services. Belongs to the metropolitan region of Rio de Janeiro, the city has the second largest population in the state, with 1,025,507 inhabitants according to the last Census (IBGE, 2013). Results appear as a municipality with characteristic large populations facing weaknesses in the provision of primary care, the presence of the private network in the provision of public services, and a service flow for the control of breast cancer that ends at medium complexity.

Keywords: Breast Cancer; Public Health Policy; Local Health Services.

INTRODUÇÃO

O estudo que deu origem a essa dissertação buscou examinar o processo de organização da atenção ao câncer de mama em um município da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

A escolha do tema foi motivada pela confluência de um conjunto de questões e reflexões relacionadas à minha experiência profissional como assistente social na área da saúde. Cabe destacar, em primeiro lugar, a inserção na Residência Multiprofissional em Saúde do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no período de agosto de 2010 a julho de 2012. Órgão vinculado ao Ministério da Saúde, o INCA é não apenas a principal instituição de referência na atenção oncológica no Brasil, como também representa o braço ministerial no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no país.

Ao longo da residência multiprofissional, os discentes das diversas áreas profissionais passavam um determinado período em cada uma das quatro unidades que compõem o Instituto¹. Dentre as áreas de inserção dos residentes, a que mais me identifiquei, em que atuei durante o segundo período da residência multiprofissional por um ano consecutivo, foi aquela relacionada à atenção ao câncer de mama feminino, desenvolvida no Hospital do Câncer III (HCIII), localizado no bairro de Vila Isabel. Esta unidade de tratamento possui serviços de internação, que são as enfermarias cirúrgicas e de ocorrências, contando ainda com os serviços de ambulatório, quimioterapia, radioterapia. O HCIII é a unidade do INCA voltada ao atendimento especializado no atendimento ao câncer de mama feminino.

Nas últimas décadas, o câncer² ganhou grande visibilidade, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde estima que,

¹ O INCA é constituído por diversas unidades. O Hospital do Câncer I (HC I), situado na Praça da Cruz Vermelha, oferta tratamento oncológico para todos os tipos de câncer, exceto os ginecológicos e de mama. O HCI é referência para o tratamento de cânceres infantis. O Hospital do Câncer II (HC II) localiza-se na Zona Portuária, próximo à Rodoviária do Rio de Janeiro e destina-se ao tratamento de cânceres ginecológicos, caracterizando-se como uma unidade de tratamento para a mulher. O Hospital do Câncer III (HCIII), que fica no bairro de Vila Isabel, antigo Hospital Luiza Gomes de Lemos, realiza exclusivamente tratamento para o câncer de mama. O Hospital do Câncer IV (HC IV), localizado também em Vila Isabel/RJ é especializado em cuidados paliativos e admite somente pacientes encaminhados pelas demais unidades hospitalares do próprio INCA. E por último, o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), situado dentro do HCI, na Praça da Cruz Vermelha, é referência para transplantes de medula óssea em todo o Brasil.

² O câncer é entendido como um conjunto de mais de 100 doenças e causada pela reprodução desordenada de células malignas, o câncer pode ter variadas causas. Conforme dados do Instituto Nacional de Câncer José

no ano 2030, haverá 27 milhões de casos incidentes de neoplasia, 17 milhões de mortes causadas por essa patologia e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer no mundo (WHO, 2008). O maior efeito desse aumento tende a incidir em países empobrecidos e/ou com grande desigualdade social (INCA, 2011), haja vista os reconhecidos problemas de acesso aos cuidados em saúde e de qualidade dos serviços prestados nestes países.

No Brasil, o câncer assumiu a segunda posição entre as causas de morte da população brasileira (INCA, 2014). Segundo a Estimativa INCA, 576.580 casos novos de câncer podem surgir no ano de 2014, o que confirma a elevada magnitude do problema do câncer no país. Dentre os diferentes tipos de câncer, a estimativa de casos novos no ano indica que o da pele do tipo não melanoma é o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (68.800) e de mama feminina (57.120).

No caso específico do câncer de mama, sabe-se que se trata de uma doença não transmissível, que atinge majoritariamente as mulheres³. De acordo com a Estimativa INCA (2014), o câncer de mama é a primeira causa de morte por neoplasias no sexo feminino, com um risco estimado na ordem de 57 casos a cada 100 mil mulheres. Essa condição segue tendência mundial, na medida em que é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto nos países centrais como os periféricos.

A neoplasia maligna da mama não possui uma causa específica definida e sua ocorrência independe da classe social ou da situação socioeconômica. Tal ocorrência pode ser influenciada por variados fatores de risco⁴, além de o câncer de mama ser uma doença bastante heterogênea em sua composição clínico-patológica. É importante ressaltar que

Alencar Gomes da Silva (2012), as causas podem ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

³ É possível a ocorrência de câncer de mama em homens, mas são casos raros. O câncer de mama em homens representa menos de 1% do total de casos de câncer de mama (INCA, 2011). Além da magnitude do câncer de mama feminino e suas elevadas taxas de mortalidade no Brasil, há que se considerar as implicações referentes à condição de gênero, com destaque para os aspectos da sexualidade feminina e para a função social da mulher relacionando às atribuições de mãe, trabalhadora, cuidadora e esposa/companheira, tal como discutido por Nogueira e Batista Silva (2009).

⁴ Conforme a literatura (INCA, 2010), os fatores de risco para o câncer de mama estão associados a variadas causas ambientais e comportamentais, tais como a hereditariedade, menarca precoce, ciclo reprodutivo da mulher, alimentação, estilo de vida, obesidade, sedentarismo, reposição hormonal, consumo excessivo de álcool, tabagismo, dentre outros. Porém, a idade continua sendo associada como o principal fator de risco para esta doença, sendo observado que com o envelhecimento da população, o câncer de mama teve crescimento significativo nos últimos anos. A partir dos 40 anos de idade a incidência da doença tende a crescer, ao passo que ela é considerada rara antes dos 40 anos de idade.

embora não seja uma doença prevenível, sua detecção precoce e o tratamento oportuno podem suscitar um bom prognóstico, com chances de cura, aumento da sobrevida e possibilidade de tratamento menos invasivo ou mutilador (INCA, 2011).

Nesta direção, informações da OMS (WHO, 2008) indicam uma tendência de decréscimo da mortalidade por câncer de mama nos países centrais, devido, sobretudo, à adoção de medidas relacionadas à detecção precoce através dos exames clínicos e mamografia, além do fortalecimento das políticas de rastreamento. Ao passo que nos países em desenvolvimento, a ausência destas medidas é associada à prevalência de altas taxas de mortalidade. Em outras palavras, se a incidência do câncer de mama não está associada diretamente às condições sociais, sua evolução e prognóstico estão vinculados, em grande medida, ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde.

As baixas taxas de sobrevivência em países menos desenvolvidos podem ser explicadas principalmente pela falta de programas de detecção precoce, resultando em uma elevada proporção de mulheres que se apresentam com a fase final de doença, bem como pela falta de diagnóstico e de meios adequados de tratamento. (WHO, 2008: 288)

As altas taxas do câncer de mama feminino no Brasil têm sido acompanhadas pela busca de estratégias para enfrentamento da questão. Como afirmam Brito, Portela e Vasconcellos (2005: 875), o câncer representa um grande desafio para a saúde pública brasileira.

Os altos índices de casos e de óbitos por câncer de mama na população feminina, somados aos elevados custos da assistência cuja qualidade geralmente é desconhecida, levaram à necessidade de se traçar estratégias que favoreçam o seu controle no futuro. De forma geral, as recomendações mais enfatizadas pela Organização Mundial de Saúde para o aumento da sobrevida associada a esse tipo de câncer são relativas à adoção de política que favoreça o diagnóstico precoce, aliado ao tratamento adequado em tempo hábil.

No entanto, mesmo a implantação desse conjunto de medidas voltadas para prevenção e controle do câncer de mama no Brasil parece não ter produzido respostas satisfatórias ao controle da doença, como demonstram os indicadores acima referidos. Além disso, durante a

Residência Multiprofissional, frequentemente nos deparávamos com situações em que o acesso das mulheres com câncer de mama à atenção oncológica só se efetivava quando a doença já se encontrava em estadiamento avançado e, muitas vezes, fora de possibilidade terapêutica antitumoral, corroborando os achados de estudo realizado pelo INCA (2011).

Do conjunto de casos de câncer de mama atendidos pela instituição no período da Residência Multiprofissional, chamavam atenção os relatos – bastante comuns – de mulheres que vivenciaram enormes dificuldades de acesso aos serviços de saúde até chegar ao INCA⁵. Nesses relatos, apareciam referências a situações como a falta de profissional ou de unidade de saúde para realização de exame ginecológico preventivo; a demora na marcação de exames e consultas, especialmente as especializadas; a inexistência de oferta de alguns procedimentos em determinadas localidades (como, por exemplo, a realização de biópsias e outros de média complexidade); a dificuldade de encaminhamentos a outros serviços de referência, dentre outros.

Esse conjunto de situações narradas pelas mulheres atendidas pelo Serviço Social do INCA colocou-me diante de dilemas relacionados à organização da atenção oncológica dirigida ao câncer de mama. Considerando as diretrizes de descentralização e integralidade das ações que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO)⁶ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), o estudo parte do pressuposto de que o modo de constituição da atenção ao câncer de mama desde a Atenção Básica, passando pelos serviços de apoio e diagnose até a Alta Complexidade interfere diretamente nas possibilidades prognósticas e de qualidade de vida das mulheres com câncer de mama. Neste sentido, problemas relacionados sejam ao acesso à atenção tanto em nível primário quanto nos demais níveis do sistema de saúde, sejam à qualidade e à capacidade resolutiva dos serviços acabam incidindo nos indicadores de câncer de mama.

⁵ Referimo-nos aqui aos atendimentos realizados pelo setor do Serviço Social no Hospital do Câncer III/INCA. Pode-se dizer que o Serviço Social configurava o terceiro contato da usuária com esta unidade hospitalar, já que o primeiro contato era com a o setor de triagem e o segundo com a especialidade clínica da mastologia ou oncologia. O Serviço Social realizava uma entrevista com a usuária, tendo por base um instrumento denominado avaliação social, anexado ao prontuário de cada usuária. Através deste processo, era possível construir um perfil socioeconômico da usuária, composição familiar e de redes, condições de habitação, trabalho, etc. Do conjunto de questões, chamou-me atenção um elemento pouco explorado, mas de bastante importância, que é a pergunta sobre “como descobriu a doença?”. As respostas a essa questão permitiam revelar todo um percurso de acesso aos serviços de saúde e de organização dos sistemas de saúde locais.

⁶ Instituída pela Portaria MS/ GM no.2.439, de 8 de dezembro de 2005.

Mas o estudo não se propõe a analisar aspectos diretamente relacionados ao acesso ou à qualidade da atenção prestada, o que levaria a pesquisa a outros rumos para além dos traçados para essa dissertação. Antes, o que se busca é examinar como se estrutura e organiza a rede de serviços de atenção ao câncer de mama no nível municipal. A Atenção Básica em Saúde tem ofertado ações voltadas ao câncer de mama? Quais? Que problemas enfrenta nesta direção? E o encaminhamento aos outros níveis do sistema, como é realizado? Qual a estrutura existente? Que fluxos estão implantados? Como se dá a regulação? Enfim, como a gestão municipal tem organizado a atenção ao câncer de mama em seu nível de abrangência?

Esse conjunto de questões levou à necessidade de um recorte empírico, tomando o nível municipal como lócus da pesquisa. Essa opção pelo nível municipal não desconsiderou o fato de que a Alta Complexidade tem sido – por diversas razões⁷ – uma responsabilidade a cargo dos governos estaduais e federal. Todavia, entende-se que ao assumir um conjunto de responsabilidades pela gestão e oferta de serviços de saúde, o nível municipal de governo representa um cenário privilegiado para o estudo dos dilemas relacionados à organização dos serviços no âmbito do SUS.

O cenário da pesquisa é o município de São Gonçalo. Pertencente à região metropolitana do Rio de Janeiro, a cidade possui a segunda maior população do estado, com 1.025.507 habitantes, segundo o último Censo Demográfico (IBGE, 2013).

A escolha do município se baseou em dois motivos principais. Em primeiro lugar, cumpre destacar que nos atendimentos realizados pelo Serviço Social do HC III, muitas mulheres eram oriundas de São Gonçalo e grande parte delas relatava problemas no caminho percorrido pelo sistema de saúde até chegar ao INCA. Faltavam médicos nas unidades básicas de saúde; o horário de funcionamento destas unidades não era compatível com a disponibilidade das usuárias, muitas delas trabalhadoras; o resultado do exame preventivo era demorado ou sequer era entregue; a marcação de mamografias levava muito tempo, ocasionando em muitos casos, na desistência em função da longa espera; o encaminhamento para mastologista era feito sem algum tipo de referência, levando muitas usuárias a recorrer o sistema de saúde privado; demora na realização de biópsias e entrega dos resultados, dentre outros.

⁷ Os motivos para esse se referem principalmente ao alto custo dos procedimentos de alta complexidade, aliado à pouca capacidade técnica e tecnológica da maior parte dos municípios brasileiros para oferta destas ações, dentre outros. Para um estudo sobre a divisão de responsabilidades da atenção em saúde no âmbito do federalismo brasileiro, consulte Arretche e Marques (2003).

Além disso, durante a graduação em Serviço Social realizada na Universidade Federal Fluminense, participei, na condição de bolsista de iniciação científica, da pesquisa intitulada “*Atenção Básica e Integralidade em Saúde: a (re) organização dos Sistemas Municipais de Saúde – um estudo na região metropolitana do Rio de Janeiro*”, coordenado pela professora Mônica Senna, com financiamento da FAPERJ. A pesquisa tinha como objetivo central analisar os entraves e as iniciativas exitosas de reorganização dos sistemas locais de saúde dos municípios que compõem a região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro⁸ (dentre eles São Gonçalo), a partir de três eixos principais: a. a configuração da porta de entrada ao sistema, b. a integração da Estratégia Saúde da Família a outras ações e serviços da Atenção Básica e c. a articulação entre os diferentes níveis de complexidade do sistema. Esse estudo apontou uma série de dilemas na organização dos sistemas locais de saúde na região, mesmo com a existência de investimentos na Atenção Básica em Saúde a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família.

Ainda no âmbito da pesquisa, elaborei a monografia de conclusão de curso de graduação (COSTA, 2010) a respeito da experiência da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro e a organização dos sistemas municipais de saúde. Obtive como principais resultados a constatação de dificuldade de implementação da Atenção Básica como porta de entrada para os sistemas locais e a baixa cobertura populacional.

Desse modo, a eleição do município de São Gonçalo como cenário da pesquisa sobre a atenção ao câncer de mama feminino buscou aprofundar os estudos anteriores que tomaram este sistema local de saúde como foco de estudo. A pesquisa de campo envolveu análise documental e realização de entrevistas com gestores municipais e profissionais de saúde vinculados à atenção oncológica dirigida ao câncer de mama no município. As informações obtidas no trabalho de campo foram sistematizadas e analisadas a partir dos referenciais teórico-metodológicos que orientaram a pesquisa.

A dissertação encontra-se estruturada em três capítulos. O primeiro trata do câncer de mama e as políticas de saúde no Brasil, realizando uma contextualização histórica a respeito das políticas de saúde específicas para o controle do câncer de mama no contexto do SUS. Ainda serão abordadas questões como a descentralização das políticas de saúde no Brasil

⁸ Além de São Gonçalo, a região metropolitana II engloba os municípios de Niterói, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim.

como diretriz norteadora da organização dos serviços de atenção ao câncer de mama em nível local, e encerrando o capítulo, o debate sobre a atenção integral ao câncer de mama feminino.

O segundo capítulo “Morando em São Gonçalo você sabe como é”, parafraseando a música do cantor Seu Jorge, busca retratar a realidade de São Gonçalo. Neste capítulo serão apresentados os caminhos metodológicos utilizados para este trabalho, as dificuldades encontradas na pesquisa de campo e a descrição socioeconômica, trajetória histórica e política do município e da rede de serviços de saúde ofertados na rede municipal.

O terceiro capítulo abordará atenção ao câncer de mama no município de São Gonçalo. Aqui, serão apresentados os principais resultados da organização da rede municipal de saúde em resposta aos questionamentos iniciais, inclusive o fluxo de atendimentos à mulher no município para o controle do câncer de mama. O capítulo também retrata os principais entraves encontrados na efetivação das políticas de saúde voltadas para o controle do câncer de mama.

E por último, as considerações finais deste trabalho.

Capítulo 1 – O câncer de mama e as políticas de saúde do Brasil.

Como mencionado na introdução desta dissertação, o câncer de mama é o tipo mais frequente entre a população feminina e a principal causa de mortalidade por câncer entre as mulheres no Brasil (INCA, 2010). Sua incidência não pode ser atribuída a uma causa definida, estando relacionada a variados fatores de ordem biológica (tais como hereditariedade, ciclo reprodutivo, etc.), ambiental (exposição a radiações, por exemplo) e/ou comportamental (como alimentação, estilo de vida, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, tabagismo), dentre outros.

Assim, o câncer de mama não é uma doença controlável por prevenção primária⁹. No entanto, como defende o INCA (2011), sua detecção precoce e o tratamento oportuno podem suscitar um bom prognóstico, com a possibilidade de tratamento menos invasivo ou mutilador e aumento da sobrevida. Isso implica reconhecer a importância dos serviços de saúde para o controle do câncer de mama no âmbito do SUS, considerando que o sistema deve ter a capacidade de dar uma solução adequada aos problemas do usuário do serviço de saúde, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade.

Esse capítulo busca abordar como se estrutura a Política Nacional de Atenção Oncológica no Brasil, mais especificamente no que diz respeito ao câncer de mama. Antes de discorrer sobre alguns marcos normativos, princípios, diretrizes e desenho organizacional da PNAO, o capítulo apresenta os principais antecedentes da atenção oncológica no Brasil, fazendo um breve resgate de sua trajetória histórica.

⁹ Em clássico estudo, Leavell & Clark (1976) sistematizaram as bases conceituais da medicina preventiva, definindo prevenção como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (Op. cit., p.17). Os autores identificam que a prevenção se apresenta em três fases: a *primária*, que visa a evitar ou remover fatores de risco ou causais antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará à doença; a *secundária*, que corresponderia ao diagnóstico e tratamento precoce e à limitação da invalidez e a *terciária*, que diz respeito a ações de reabilitação. Para uma crítica fundamentada deste modelo conceitual, ver Nunes (1978).

1.1. Contextualização das políticas de saúde voltadas para o câncer de mama no Brasil.

As primeiras iniciativas e preocupações com o cuidado do câncer no Brasil se deram na década de 1920, pautadas por ações filantrópicas e por projetos de grupos da elite burguesa da sociedade brasileira. Conforme afirma Teixeira (2010:14) foi nesta década que surgiram as primeiras preocupações, unindo

a filantropia e iniciativa estatal em projetos de criação de espaços específicos para o tratamento de doentes e das primeiras ações do poder público relacionadas ao câncer, que visavam a levar à população informações sobre prevenção e a ampliar o conhecimento sobre sua incidência no país.

É importante destacar que neste período histórico o Brasil não possuía um sistema público de saúde organizado. As ações sanitárias no combate às endemias que assolavam o país eram verticalizadas e de responsabilidade do governo federal, e, a assistência médica era essencialmente de cunho religioso e filantrópico, dirigidas à coletividade.

Na década seguinte, teve início aquele que se tornaria o padrão hegemônico de atenção à saúde no país até os anos 1970: com a institucionalização dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), a assistência médica passou a compor o rol de ações e serviços dirigidos a categorias profissionais regularizadas e reconhecidas pelo Estado, mediante contribuição financeira prévia, ganhando cada vez mais espaço no interior do sistema previdenciário brasileiro. Assim, o direito à assistência médica passou a ser associado ao modelo de seguro social que conformou um dado padrão de relação entre Estado e sociedade denominado por Santos (1979) de cidadania regulada.

No que diz respeito especificamente ao trato do câncer no Brasil, destaca-se, no período, a atuação do médico gaúcho Mario Kroeff. Com seus métodos cirúrgicos de vanguarda junto aos interesses da elite brasileira, a atuação de Kroeff favoreceu o início da institucionalização das políticas de cuidados do câncer já na década de 1940. A partir desta década, médicos sanitaristas e cancerologistas brasileiros foram enviados ao exterior para aperfeiçoamento do conhecimento científico, marcando, no início da segunda metade do século XX, um grande desenvolvimento da cancerologia no país (Teixeira, 2010).

De fato, graças a iniciativas pioneiras de profissionais médicos, o controle do câncer ganhou impulso no Brasil dos anos 1940, sobretudo a partir da criação, em 1942, do Serviço Nacional do Câncer (SNC). De acordo com Teixeira (2010), a implantação do SNC permitiu

introduzir o câncer na pauta das ações de saúde pública a partir de suas bases de atuação, a saber: seu Instituto Central (atual INCA) e a Campanha Nacional Contra o Câncer (CNCC), que reunia uma rede de instituições hospitalares estaduais ou filantrópicas e instituições civis que, através de ajuda financeira do governo federal, prestavam assistência aos doentes ou se dedicavam a programas educativos.

Em relação ao câncer de mama, faz-se necessário destacar o importante papel desempenhado pela Fundação das Pioneiras Sociais do Rio de Janeiro¹⁰. Em 1957, a Fundação das Pioneiras Sociais inaugurou uma unidade hospitalar de cancerologia na cidade do Rio de Janeiro, voltada ao atendimento ambulatorial para a prevenção e a detecção precoce do câncer ginecológico e da mama e, ao mesmo tempo, um centro de pesquisas dedicado à prevenção do câncer feminino¹¹. Temperini (2012: 340) destaca que,

(...) a Fundação das Pioneiras Sociais desempenhou um papel importante com a criação de um Centro de Pesquisas, no Rio de Janeiro, cujo objetivo era o de oferecer atendimento ambulatorial para a prevenção e a detecção precoce do câncer ginecológico e da mama. Além disso, foi desenvolvido um trabalho de “busca ativa” da população feminina com maior dificuldade de acesso a informação e aos serviços de saúde, cujo principal objetivo era trazer para a instituição mulheres que, até então, jamais haviam feito exame preventivo.

A atuação inicial da Fundação das Pioneiras Sociais foi influenciada pelo contexto desenvolvimentista que marcou o governo JK. Destaca-se aqui a concepção de que o Estado se constitui como instrumento fundamental no planejamento de respostas para questões relativas à pobreza, associado à imagem de progresso e modernização por meio da industrialização (TEMPERINI, 2012). Ao mesmo tempo, partia-se do princípio de que a assistência aos necessitados não deveria ser incumbência exclusiva do Estado, demandando a participação de amplos setores da sociedade. Além disso, a partir do governo JK a agenda da saúde começou a incorporar a preocupação com as “doenças crônico-degenerativas” ou as

¹⁰ A Fundação das Pioneiras Sociais foi criada em 1957, por iniciativa da primeira dama do país, Sarah Kubitschek, a partir da experiência de mobilização das senhoras da alta sociedade mineira em torno da arrecadação de doações para os necessitados, especialmente crianças, mães e mulheres grávidas. As principais ações da Fundação Pioneiras Sociais estavam voltadas para as assistências médica e educacional da população pobre, com atuação em dez estados brasileiros, incluindo a capital do país, Rio de Janeiro. A Fundação possuía até um estatuto específico, o “Estatuto da Fundação das Pioneiras Sociais”, aprovado em 1960 pelo presidente Juscelino Kubitschek (Temperini, 2012).

¹¹ A criação desta unidade hospitalar foi impulsionada pela morte, no mesmo ano de criação da Fundação das Pioneiras Sociais, da sogra do Presidente da República, sra. Luiza Gomes de Lemos, vítima de um câncer ginecológico. Em homenagem à mãe da ex primeira dama, o hospital recebeu seu nome e, posteriormente deu origem ao atual Hospital do Câncer III, localizado em Vila Isabel/RJ. As ações de combate e tratamento ao câncer ginecológico aconteceram, além da capital, também nos estados de Minas Gerais e Paraná.

“enfermidades do mundo desenvolvido”, vistas como potenciais ameaças ao desenvolvimento urbano (TEMPERINI, 2012).

Nos anos 1970, já durante o regime ditatorial militar, a entrada dos primeiros mamógrafos no Brasil se deu em um contexto de ampliação da cobertura das ações de saúde pública por meio da compra de serviços privados. O modelo hegemônico de atenção à saúde se caracterizava pelo predomínio de ações individuais, de caráter curativo e centrado na atenção hospitalar que marcou a medicina previdenciária. Para Porto et al. (2013), tais características acabaram por não apenas impedir que a maior parte da população tivesse acesso à prestação de serviços de saúde, como também inviabilizava ações de prevenção e de detecção precoce, principalmente das doenças crônico-degenerativas.

O controle do câncer de mama no Brasil se tornou prioridade para as ações do Ministério da Saúde no que diz respeito à incidência do câncer expressivamente na década de 1980. Essa prioridade partiu do reconhecimento de que mesmo diante de todas as tecnologias disponíveis, as taxas de incidência e mortalidade continuavam a crescer, fato este que pode ser associado à detecção tardia da doença.

O estágio da doença no momento do diagnóstico é geralmente o fator mais importante para determinar a sobrevivência dos pacientes de câncer, uma vez que certos tratamentos só estão acessíveis para tumores detectados precocemente e são mais bem-sucedidos se iniciados antes da ocorrência da metástase (BRITO, PORTELA e VASCONCELLOS, 2009:487).

Vale destacar que as políticas de controle do câncer de mama no Brasil começaram a ganhar expressividade concomitante à mobilização em defesa da Reforma Sanitária brasileira¹². Neste mesmo contexto, é considerado um marco para as políticas de controle do câncer de mama o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que postulava o cuidado mais amplo à mulher para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal (INCA, 2011).

Fruto da intensa mobilização do Movimento de Mulheres, o PAISM foi apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) em 1983, antes de ser lançado

¹² Movimento por uma saúde universal e de qualidade para todos os cidadãos. Contou com a participação de trabalhadores da área da saúde, sanitaristas e movimentos sociais para uma reforma no arcaico modelo de atenção à saúde do país. Essa mobilização nasceu ainda na ditadura militar, defendendo a saúde como um direito social e seu acesso desvinculado da Previdência Social. Somente na 8ª Conferência Nacional de Saúde que aparecem os princípios propostos pela Reforma Sanitária.

oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1984. Postulava um cuidado mais amplo à saúde da população feminina brasileira, para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal, representando um avanço no campo da atenção à saúde da mulher tradicionalmente prestada no Brasil.

Além de representar, segundo Osis (1998), um passo significativo na direção do reconhecimento dos direitos reprodutivos da mulher, o PAISM imprimiu, de forma precursora, o conceito de assistência integral. A autora destaca que esta nova concepção envolve a oferta de ações dirigidas ao atendimento de todas as necessidades da mulher, sejam na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção. (OSIS, 1998: 27)

O conceito de integralidade que embasava o programa incluía, assim, atividades de prevenção e controle do câncer feminino, especialmente o do colo do útero. Em relação ao câncer de mama, pode-se dizer, entretanto, que o programa se mostrava tímido, restringindo-se à recomendação das técnicas de exame clínico da mama e de autoexame¹³, conforme discutem Porto et al. (2013).

Ainda na década de 1980, podemos destacar o protagonismo do INCA nas ações de controle dos cânceres mais prevalentes na época no Brasil. O câncer de mama já se destacava devido a sua elevada taxa de incidência e mortalidade e ações para o seu controle estavam inseridas nos principais programas de oncologia do país na época. Em 1986, foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde (Pro-Onco). A criação deste programa pode ser creditada, em grande medida, à pressão dos oncologistas que, mesmo com a ampla aceitação do conceito de atenção integral à saúde da mulher, apontavam a necessidade de estratégias específicas para o controle do câncer no país (PORTO et al, 2013). O Pro Onco surge como estrutura técnico-administrativa da extinta Campanha

¹³ A realização do autoexame isolado não é preconizado pelo Ministério da Saúde como método eficaz de prevenção da doença, tendo em vista que uma alteração na mama já palpável pode proporcionar um diagnóstico tardio da doença. Além disso, conforme orientações do INCA (2004), o autoexame não possui comprovação científica de eficácia na detecção precoce e na queda de mortalidade das mulheres acometidas por câncer. Este método pode ser utilizado como parte do autoconhecimento do corpo da mulher e não deve substituir o exame clínico realizado por profissionais de saúde preparados para lidar com este tipo de procedimento.

Nacional de Combate ao Câncer (INCA, 2011), passando a ser, em março de 1990, uma coordenadoria do Instituto Nacional de Câncer: a Coordenação de Programas de Controle de Câncer (ABREU, 1997).

1.2. A Atenção Oncológica no contexto do SUS.

A implantação do SUS representou uma inflexão significativa no padrão de atenção à saúde erigido no país. Fruto de ampla mobilização social no contexto de transição democrática, o SUS pode ser considerado uma construção institucional em resposta a algumas das principais demandas do movimento de Reforma Sanitária, tendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde ¹⁴ papel de destaque para a construção de um novo modelo de saúde no Brasil.

O SUS foi inscrito no texto da Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, afirmando a concepção de saúde como direito universal sob responsabilidade do Estado.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988; art. nº 196).

Ao longo dos anos 1990, o SUS foi implantado de forma progressiva, alterando de forma substancial as características da gestão e provisão dos serviços de saúde no país, seja através da reconfiguração das relações intergovernamentais, levada a cabo pelo processo descentralizador, seja pela ampliação das arenas decisórias, em especial a instituição de conselhos e outros canais participativos. Tais alterações não ficaram imunes, no entanto, às

¹⁴ A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1987) é considerada um marco de transformação na organização da atenção à saúde no Brasil, sendo fundamental para o processo da reforma do sistema de saúde brasileiro desembocado na Constituição de 1988. Com ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Cebes, da Abrasco, a conferência discutiu temas que se desdobraram em diretrizes válidas ainda hoje: 1) busca da equidade; 2) garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde; 3) aumento do financiamento público do setor saúde; 4) unificação e integração das ações do ponto de vista de seu conteúdo – preventivas, curativas e de reabilitação – e do ponto de vista de sua gestão – integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade das estruturas gestoras em cada nível; e 5) atribuição de maiores poderes à população para participar ativamente na formulação, implementação e controle das ações de saúde. (SCOREL, 2012; 324).

tensões, resistências e dilemas relacionados tanto à conjuntura da época quanto às disputas internas da arena setorial.

No caso específico da política de controle do câncer de mama, ao final dos anos 1990, é lançado, conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo INCA, o **Programa Viva Mulher**, primeira iniciativa nacional da saúde pública no campo do controle dos cânceres femininos. O objetivo deste programa era reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres de colo do útero e mama, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e o tratamento e reabilitação das mulheres. Desta forma, foram traçadas diretrizes e estratégias contemplando a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado nos municípios, que permitiram ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Houve também a preocupação com a capacitação de recursos humanos (INCA, 2001).

Na avaliação de Porto et al. (2013), em seus anos iniciais o Viva Mulher voltou-se quase que exclusivamente para o controle do câncer do colo do útero. No entanto, em 1998, o Ministério da Saúde organizou uma oficina de trabalho sobre o câncer de mama, contando com a participação de vários segmentos da sociedade civil e de sociedades científicas da área. Para os autores, essa oficina tem relevância histórica, na medida em que registrou a percepção da desigualdade no acesso à tecnologia e ao diagnóstico precoce, e marcou o início de uma discussão organizada sobre a necessidade de ações contínuas que consolidassem um programa de controle do câncer de mama.

Como decorrência desta oficina, em 1999 o Programa Viva Mulher incorporou um módulo de controle do câncer de mama. A proposta consistia de duas etapas: uma primeira voltada ao diagnóstico dos tumores clinicamente detectáveis (tumores evidentes e visíveis), por meio do autoexame da mama e do exame clínico e a segunda dedicada ao diagnóstico dos tumores não detectáveis clinicamente (tumores muito pequenos, não perceptíveis mesmo pela palpação do médico), por meio da mamografia¹⁵.

No entanto, o módulo de controle do câncer do Programa Viva Mulher só entrou em funcionamento em março de 2002, quando as ações propostas deveriam estar já na segunda etapa. Além disso, as ações implantadas acabaram limitando-se à distribuição, em regime de

¹⁵ Segundo Porto et al. (2013), as ações propostas para a primeira etapa consistiam em estimular as mulheres a realizar o autoexame e em sensibilizar os médicos a detectar nódulos suspeitos por meio do exame clínico. Já a segunda etapa consistia na organização da rede de serviços de saúde, criando a possibilidade de acesso ao exame mamográfico para as mulheres acima de 50 anos.

comodato, de um número restrito de mamógrafos e agulhas e pistolas para realização de *core biopsy* nos municípios e a elaboração de materiais educativos direcionados aos profissionais de saúde (INCA, 2002).

No início dos anos 2000, um importante documento foi elaborado para contribuir nas ações de controle do câncer de mama. O *Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso* foi resultado de uma oficina realizada em novembro de 2003, com participação do Ministério da Saúde, INCA, Área Técnica da Saúde da Mulher, Sociedade Brasileira de Mastologia, gestores, pesquisadores e sociedades científicas afins (INCA, 2004).

Publicado em 2004, este Documento de Consenso apresenta recomendações específicas para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama (INCA, 2004) e aponta possíveis estratégias que poderiam ser utilizadas no controle do câncer de mama no âmbito do SUS. Em linhas gerais, o consenso recomenda o rastreamento por meio do exame clínico das mamas anual para mulheres a partir de 40 anos e o exame mamográfico bienal para mulheres de 50 a 69 anos. Para mulheres de risco elevado, a recomendação é a realização do exame clínico das mamas e mamografia anuais, a partir dos 35 anos de idade. Além disso, enfatiza a necessidade de garantir acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados (INCA, 2004).

Em 2005, o governo federal editou a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), na qual reafirmou o conteúdo pactuado no Documento de Consenso. A PNAO se destaca no cenário do trato da questão oncológica no Brasil, pela sua importância como política norteadora das ações tanto de gestão como de assistência neste campo.

A PNAO institui a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão e priorizando o controle do câncer de mama também nas esferas estaduais e municipais. Ao mesmo tempo, na PNAO a questão oncológica está organizada nos três níveis de complexidade do sistema de saúde, visando à garantia do acesso aos serviços de maneira hierarquizada e regionalizada e ao estímulo à atenção integral ao usuário. Desse modo, além de definir o papel de cada nível de complexidade no controle do câncer, a PNAO reconhece a importância da participação e articulação das três esferas governamentais, principalmente no que tange ao rastreamento e à detecção precoce da doença, enfatizando a responsabilidade de

cada ente federado e estabelecendo que o plano de controle do câncer de mama deve ser parte integrante dos planos municipais e estaduais de saúde (PNAO, 2005).

As diretrizes que orientam a PNAO estão, assim, de acordo com os preceitos do SUS, em que universalidade, equidade, integralidade e controle social são princípios fundamentais na execução das ações e planejamento da linha de cuidado. Entre os fundamentos da PNAO encontram-se a promoção e vigilância em saúde; ações de vigilância da saúde; Atenção Básica; média complexidade; alta complexidade; centros de referência de alta complexidade em oncologia; planos de controle e outros fatores de risco de câncer do colo do útero e de mama; regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados e municípios; regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da atenção oncológica; sistemas de informação; diretrizes nacionais para a atenção oncológica; avaliação tecnológica; educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção e pesquisa sobre o câncer (PNAO, 2005).

Em 2006, foi lançado pelo Ministério da Saúde o *Pacto pela Saúde*, através da Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Em consonância com os princípios do SUS, o Pacto se estrutura em três dimensões: *Pacto pela Vida*, *Pacto em Defesa do SUS* e o *Pacto pela Gestão do SUS*. Interessa aqui destacar o *Pacto pela Vida*, que busca enfrentar os principais problemas de saúde do país, regiões, estados e municípios, elegendo as prioridades nacionais e incentivando os estados e municípios a elegerem suas prioridades a partir da realidade local, de forma a promover a melhoria da situação de saúde dos brasileiros. Dentre o conjunto destas prioridades, destaca-se o controle do câncer de colo de útero e do câncer de mama, com destaque para a detecção precoce. O documento definiu como metas a ampliação de 60% da cobertura de mamografia, conforme protocolo; e a realização de punção em 100% dos casos necessários.

Com a promulgação da Lei federal nº 11.664, no ano de 2008, as ações de saúde voltadas à prevenção, detecção e tratamento do câncer de mama e do câncer de colo de útero passaram a ser efetivamente asseguradas em território nacional pelo Sistema Único de Saúde. Esta lei recupera o conteúdo previsto na Lei 8.080/90, estabelecendo que o SUS deve assegurar gratuitamente, por meio dos seus serviços, próprios, conveniados ou contratados, a realização de mamografias para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade e as com indicação médica.

Em 2009 o Ministério da Saúde implantou o SISMAMA¹⁶ – Sistema de Informação do Câncer de Mama – para monitorar as ações de controle do câncer de mama, com prioridade para o aumento da oferta de mamografias nos estados e municípios. Estas medidas estratégicas coadunam com a necessidade de controle da taxa de mortalidade da doença, haja vista que a detecção precoce de lesões impalpáveis e palpáveis identificadas apenas através do rastreamento podem garantir um bom prognóstico da doença.

Ao longo de todo esse período, o INCA tem exercido um importante papel no controle do câncer de mama no Brasil, sendo o formulador de inúmeros documentos, diretrizes e manuais no trato desta doença. Dentre esses documentos, destaca-se o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (2011), cujo objetivo é oferecer aos gestores e aos profissionais de saúde subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle deste tipo câncer no contexto da atenção integral à saúde da mulher e da Estratégia de Saúde da Família como coordenadora dos cuidados primários no Brasil.

A partir dos anos 2000, pode-se observar, portanto, a intensificação da institucionalização de políticas e ações voltadas para o câncer de mama. Não parece exagero afirmar que nos anos recentes a preocupação com o rastreamento, detecção precoce e controle do câncer de mama no Brasil tem tido papel relevante na elaboração de políticas de saúde da mulher. Nesta direção, o movimento *Outubro Rosa* pode ser destacado como um instrumento que tem proporcionado maior publicização da importância das ações de prevenção e controle do câncer de mama.

Tal movimento, de cunho internacional, chegou ao Brasil nos anos 2000, porém, ganhou força apenas a partir do ano de 2010, com a adesão do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer, sendo assim inserido na programação de atividades e ações no combate ao câncer de mama em todo o país. O *Outubro Rosa* conta com a participação de organizações da sociedade civil, associações médicas profissionais e agências

¹⁶ O SISMAMA (2009) é um sistema de informação criado pela portaria SAS nº 779, de 2008 operacionalizado pelo DATASUS que gerencia informações importantes para subsidiar o monitoramento e ações do controle do câncer de mama nas diferentes esferas de administração do SUS. A alimentação dessas informações perpassa pela unidade básica de saúde dos municípios até a média e a alta complexidade, onde os usuários irão realizar a mamografia. Esta ferramenta do Ministério da Saúde gera relatórios para os gestores onde irão possibilitar a avaliação dos processos no controle do câncer de mama. Os processos avaliados são desde a qualidade das mamografias realizadas, qualidade dos exames citopatológicos e histopatológicos; acompanhamento dos usuários com exames alterados, organização dos fluxos de referenciamento para realização dos exames, dentre outros. O objetivo é monitorar e melhorar a qualidade dos exames oferecidos aos usuários do SUS. A qualidade das informações que alimentam esse sistema por parte dos gestores deve ser um compromisso na garantia da qualidade do acesso ao tratamento do câncer de mama, e principalmente, no controle da doença.

governamentais, sugerindo que no mês de outubro de cada ano, ações sejam realizadas a fim de disseminar o conhecimento a respeito das recomendações para os cuidados do câncer de mama no país, desde o rastreamento, detecção precoce e tratamento da doença. Uma das culminâncias do movimento é a iluminação de locais públicos na cor rosa, simbolizando a união dos povos pela saúde da mulher. Desse modo, o movimento do *Outubro Rosa* busca contribuir para o acesso de informações a respeito do câncer de mama e alertar às mulheres sobre a doença, além de um trabalho de desmistificação do câncer de mama como uma sentença de morte ¹⁷.

Um passo adiante na política de atenção ao câncer de mama teve lugar no ano de 2011, quando foi lançado em Manaus (AM), pela presidenta Dilma Rousseff, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Os objetivos centrais relativos ao câncer de mama deste programa podem ser assim enumerados: (a) ampliar até o ano de 2014 o acesso ao rastreamento da doença, através de mamografias de qualidade para todas as mulheres na faixa etária de 50-69 anos de idade, sendo esta a população alvo do programa; (b) possibilitar o acesso de todas as mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento; e (c) qualificar a rede de atenção para o controle do câncer de mama (Brasil, 2011).

Tais metas são compatíveis com aquelas traçadas pela PNAO e buscam diminuir os índices de mortalidade por câncer de mama no país, que permanecem bastante elevados mesmo diante de tantas normativas vigentes. De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama também ressalta a preocupação com a manutenção dos mamógrafos nos municípios, disponibilizando recursos na ordem de R\$ 870 milhões do governo federal para a execução das ações nos estados e municípios até 2014 ¹⁸.

Destacam-se como componentes deste programa cinco eixos fundamentais para a prevenção e controle do câncer de mama, a saber: o fortalecimento e gestão do programa, por meio do reforço à gestão regionalizada e qualificação das equipes técnicas para a detecção precoce da doença; qualificação de equipes da Atenção Primária em Saúde para a detecção precoce do câncer de mama, desenvolvendo ações de qualificação permanente destas equipes; implementação da gestão da qualidade da mamografia em todo o país, com o Programa

¹⁷ <http://www.inca.gov.br/wcm/outubro-rosa/2013/acoes-objetivos.asp>

¹⁸ http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/presidente_dilma_lanca_plano_acao_para_fortalecer_programa_nacional_de_controle_do_cancer_do_colo_uterio_e_de_mama

Nacional de Qualidade de Mamografia; a garantia de confirmação diagnóstica, com a implantação de centros especializados; e por último, o acompanhamento e monitoramento da doença (Brasil, 2011).

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama apresenta diretrizes que corroboram com as demais políticas de saúde vigentes e com os princípios organizativos do SUS. Destaca-se a enfática importância das ações de prevenção e controle do câncer de mama na Atenção Básica em Saúde, tendo a Estratégia de Saúde da Família como a principal coordenadora dos cuidados primários no país.

Em que pesem os avanços representados por esse conjunto de iniciativas e normas legais, torna-se importante conhecer de que forma tem se organizado a atenção oncológica no nível local. Afinal, como afirma Mattos (2004: 1413),

“A criação do SUS modificou esse arranjo institucional, mas não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência, como diz o texto constitucional”.

Esse breve resgate aponta para algumas inflexões na atenção oncológica no Brasil dos anos recentes. Destacam-se aqui as diretrizes de descentralização e atenção integral que, apesar de presentes na própria formatação do SUS desde suas origens, só ganham corpo na Atenção oncológica, especificamente no controle do câncer de mama, a partir dos últimos quinze anos. É sobre essas duas questões que se dedicam os dois próximos itens.

1.3. Descentralização das políticas de saúde no Brasil e a organização da atenção ao câncer de mama em nível local.

Como visto anteriormente, as políticas de saúde voltadas para o controle do câncer feminino avançaram concomitantemente ao processo de descentralização da saúde. Programas como o *Viva Mulher* ganharam terreno a partir da década de 1990, trazendo novas responsabilidades para os municípios na condução das ações de controle na garantia do acesso das mulheres aos serviços de saúde.

De fato, o breve resgate da trajetória das ações de controle do câncer no Brasil feito na seção anterior demonstrou que as primeiras iniciativas surgiram em forma de campanhas verticais, gradativamente assumidas pelo governo federal, com destaque para a atuação do INCA. É, portanto, no bojo da regulamentação normativa do SUS que se observa a

descentralização das ações de saúde da União em direção aos municípios. Antes restritas a instituições do governo federal, as ações de controle do câncer de mama passaram a envolver as secretarias municipais de saúde, destacando a importância deste nível de governo principalmente no que tange à captação e à detecção precoce.

O processo de descentralização da saúde ganha força no contexto de transição democrática dos anos 1980, enquanto crítica ao padrão de intervenção do Estado no setor herdado da Ditadura Militar¹⁹. Em oposição às características altamente centralizadas, burocratizadas, privatistas e excludentes que marcaram a política de saúde nas décadas do regime autoritário militar brasileiro, a descentralização aparece na agenda política carregada de um conjunto de virtudes. Como indicam Merhy & Queiroz (1993:178):

A municipalização dos serviços de saúde passou a ser entendida como o único meio que permitiria, ao mesmo tempo, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema, em oposição à excessiva centralização do modelo anterior. Esperava-se, também, que este novo sistema estimulasse o desenvolvimento de uma medicina mais holística, gravitasse em torno dos verdadeiros problemas de saúde da comunidade e provesse uma melhor organização do sistema, tornando menos oneroso o serviço de saúde.

A descentralização da saúde adquire materialidade no texto constitucional de 1988, enquanto uma das diretrizes organizadoras do Sistema Único de Saúde. Regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, pelas Leis Orgânicas Municipais, e por diferentes Normas Operacionais Básicas (NOBs)²⁰, a descentralização se consolida ao longo dos anos 1990, transferindo um conjunto de responsabilidades pela gestão e provisão dos serviços de saúde para os municípios. Esse processo não se deu, contudo, sem obstáculos e problemas.

¹⁹ Vale registrar que a centralização não é uma prerrogativa específica do setor saúde. Ao contrário, pode-se dizer que essa tem sido um traço predominante do modelo de organização político-administrativa do Estado brasileiro desde suas origens, ainda que com alternância entre períodos mais ou menos centralizados. Para a discussão do tema, ver Abrucio (2005).

²⁰ As NOB são instrumentos normativos bastante empregados pelo Ministério da Saúde nos anos 1990 para regular e acompanhar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Destacam-se a NOB 93 – primeira a definir o gerenciamento do processo de descentralização nos três níveis de governo, bem como as condições de gestão para municípios e estados, de forma a contemplar os diferentes estágios em que esses se encontravam – e a NOB 96, que simplificou as condições de gestão dos municípios, introduziu novas modalidades e mecanismos de financiamento da saúde e introduziu estratégias de incentivos financeiros para adesão dos entes subnacionais a programas de saúde prioritários, com destaque para o Saúde da Família. Nos anos 2000, o Ministério da Saúde deixa de priorizar a edição de NOBs, instituindo, em 2002, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que regula o processo de regionalização da saúde. Para um estudo das NOBs, consultar Scatena & Tanaka (2001); Levcovitz et al. (2001).

Nos primeiros anos da década de 1990, o SUS deparou-se com fortes restrições de ordem política e financeira, que acabaram afetando sua condução. Neste contexto, a implantação do SUS no período esteve altamente dependente das condições prévias dos municípios, refletindo a heterogeneidade de capacidades técnico-gerenciais dos entes subnacionais. Alguns entraves no processo inicial de descentralização foram retratados por Elias (1996), dentre eles as dificuldades de relacionamento entre as três esferas de governo, dificuldades na relação entre governo e setor privado prestador de serviços, e por último, a não autonomia financeira municipal, em que, segundo o autor, pelo menos 50% dos municípios não tinham condições financeiras e administrativas próprias para assumir a responsabilidade de esfera autônoma de governo. Trevisan e Junqueira (2007) afirmam que no ano 2000, dos 5.506 municípios brasileiros, 5.451 - 98,8% - estavam habilitados à gestão municipalizada de saúde.

Parte destas dificuldades iniciais foi superada ou ao menos minimizada no decorrer do próprio processo. A partir de 1998, o governo federal assumiu um papel coordenador mais ativo na condução das relações intergovernamentais na saúde, ao mesmo tempo em que procurou corrigir distorções na forma como a descentralização fora levada a cabo até então. Nesta direção, ganham força proposições de resgate do papel do nível estadual de governo na condução do SUS e o reforço à perspectiva de regionalização. Destaque neste processo deve ser conferido ao Pacto pela Saúde. Instituído em 2006, o Pacto pela Saúde preconiza novas diretrizes para a regionalização do SUS, baseadas no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados e na diversidade econômica, cultural e social para a redefinição de regiões de saúde (LIMA & VIANA, 2011).

O Pacto (pela Saúde) caracterizou de forma definitiva os eixos balizadores que conduziram o SUS a partir de então desfraldando a bandeira da municipalização e da responsabilização solidária pactuada entre Estados e Municípios, além da própria União (Beltrammi, 2008:160).

Um aspecto que se quer aqui ressaltar é priorização conferida à chamada Atenção Básica em Saúde nesse processo. A institucionalização do Piso de Atenção Básica (PAB)²¹ através da NOB 96 foi uma estratégia deliberada do Ministério da Saúde para garantir a

²¹ O PAB foi introduzido pela NOB 96 e representou uma importante alteração no modo de financiamento das ações de saúde no Brasil. O PAB consiste em um mecanismo de transferência regular e automático do governo federal para os municípios, a fim de que estes desenvolvam ações de prevenção, promoção à saúde e assistência em seu nível de atenção e implantem programas de saúde prioritários. O PAB é composto de uma parte fixa, calculada com base no número total de habitantes, e uma parte variável, associada ao cumprimento de metas de implantação de ações e programas, como, por exemplo, a cobertura da Estratégia Saúde da Família.

ampliação da cobertura de serviços de saúde e incentivar a responsabilização por parte dos municípios na gestão da rede de Atenção Básica. Esta nova modalidade de financiamento da assistência à saúde inova quanto à forma de repasse de recursos aos municípios, que, no âmbito da Atenção Básica, deixa de ser pautada na capacidade instalada e nos procedimentos realizados (produção e faturamento) e possibilita o investimento na realização de atendimentos e procedimentos definidos como prioridades.

Sobre a implantação do PAB enquanto mecanismo crucial para o processo de reorganização do sistema de saúde através da Atenção Básica como porta de entrada e de responsabilidade municipal, Bodstein (2002: 402) afirma que:

São medidas deliberadas de indução a uma maior organização ou reorganização da porta de entrada aos serviços de saúde, cujo pressuposto, ao que parece, envolve uma alteração no modelo de assistência: predomínio das ações preventivas e da promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade e hospitalares.

Ao examinar o processo de municipalização da política de saúde no Brasil dos anos 1990, Arretche & Marques (2002) identificam que as capacidades de gestão dos sistemas locais de saúde se diferenciam enormemente entre a Atenção Básica e a hospitalar. Os autores investigaram uma amostra de municípios de diferentes estados do Brasil e observaram que a capacidade de gestão dos municípios na Atenção Básica se encontrava em estágio bastante avançado se comparada à gestão hospitalar. Concluem os autores que a capacidade de gestão e provisão de ações no âmbito da Atenção Básica depende fortemente da estratégia de descentralização adotada pelo Ministério da Saúde, ao passo que a gestão hospitalar está muito mais associada ao legado prévio da capacidade municipal, especialmente em termos tributários e do conhecimento técnico e gerencial.

Isso talvez explique, ao menos em parte, a demora no processo de descentralização das ações de controle do câncer de mama. As primeiras iniciativas de descentralização neste campo só começam a ganhar espaço ao final dos anos 1990, quando o Programa *Viva Mulher* propõe a integração de esforços entre os diferentes níveis de governo como uma das estratégias para enfrentar a constatada desigualdade no acesso aos serviços e ao diagnóstico precoce.

A valorização de estratégias voltadas à detecção precoce aparece no Documento de Consenso (INCA, 2004) e no Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e

da Mama (2005 – 2007), sendo também reforçada no Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (2011). Esse fato confere destaque à atuação dos municípios neste processo, na medida em que são eles os responsáveis pela Atenção Básica onde o exame clínico da mama integra a rotina das consultas clínicas como parte do atendimento integral à saúde da mulher.

Também a PNAO (2005) estabelece, em seu artigo segundo, que a Atenção Oncológica deve ser organizada “*de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios*”, com vistas a garantir o desenvolvimento de ações que perpassem todos os níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade) e de atendimento (prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).

Há que se considerar, no entanto, que os procedimentos relacionados ao diagnóstico (como o exame histopatológico) e tratamento (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia), além da mamografia e ultrassonografia para a detecção precoce envolvem a média e alta complexidade, com custos geralmente elevados, o que esbarra na capacidade técnica, gerencial e financeira de grande parte dos municípios.

Como se sabe, o Brasil é um país marcado por acentuadas desigualdades sociais e regionais, além de um extenso território. A diretriz da descentralização amplia a possibilidade de minimizar as iniquidades regionais na oferta dos serviços à saúde, tornando-se,

(..) um aliado importante na minimização da iniquidade e na produção e oferta das ações de saúde das realidades regionais e locais, na medida em que o planejamento, programação e controle social estejam articulados às realidades tanto dos Estados como dos municípios, possibilitando corrigir as distorções que ocorrem entre municípios e mesmo nas microrregiões como bairros, favelas, vilas urbanas e rurais e tantas outras formas de agrupamentos sociais (Palha e Villa, 2003: 20)

No entanto, a descentralização, por si só, não garante maior equidade, exigindo um esforço cooperativo, integrado e coordenado entre os entes federados no desenvolvimento das ações. A atenção ao câncer de mama parece ser um exemplo desta afirmação.

1.4. Atenção integral ao câncer de mama

A integralidade em saúde constitui uma noção cara aos ideais da Reforma Sanitária Brasileira. Sua defesa busca superar a lógica fragmentada que tem prevalecido historicamente no padrão de atenção à saúde no país, seja no tocante às práticas em saúde, seja na conformação do modelo de organização dos serviços, em que é emblemática a existência, até o início dos anos 1990, de duas estruturas responsáveis pela política de saúde (o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social).

Assim como a descentralização, a concepção de integralidade no sistema de saúde brasileiro foi incorporada na Constituição Federal de 1988 enquanto uma das diretrizes organizadoras do sistema de saúde.

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

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

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (Constituição Federal, 1988, grifo nosso)

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) reafirma, em seu Artigo 7º, inciso II, a integralidade enquanto um princípio do SUS²², definindo-a como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Mattos (2001) chama atenção para o caráter polissêmico que o termo integralidade carrega. O autor afirma que a integralidade é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, ou seja, possui um conjunto de valores e práticas desejáveis que indicam a direção que se quer seguir. No caso da integralidade, essa imagem objetivo é a transformação da

²² Os princípios do SUS destacados na Lei 8.080 se referem, além da integralidade da assistência, à universalidade do acesso; à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; à igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; à divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; à utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; à participação da comunidade; à descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; à integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; à conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; à capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e à organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

realidade através de um “*ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária*” (MATTOS, 2001: 40).

Partindo da perspectiva polissêmica, Mattos (2001) procura refletir a respeito dos sentidos que a integralidade produz. Dentre os muitos sentidos assumidos pelo termo, o autor destaca três: integralidade como um traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas de saúde; e a integralidade como um conjunto relativo às configurações de certas políticas específicas, chamadas pelo autor de políticas especiais.

O primeiro sentido abordado pelo autor é o da integralidade como um traço da boa medicina, a qual, por sua vez, está relacionada ao movimento da medicina integral. A fragmentação e especialização das práticas médicas, que atendem às necessidades de cada parte do corpo do paciente, deixam a desejar na apreensão das necessidades mais abrangentes dos mesmos. Contrária à prática reducionista, a medicina integral favorece as considerações psicológicas e sociais do paciente, além das dimensões biológicas, focando nas necessidades dos sujeitos.

(...) a meu ver cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. (MATTOS, 200:39).

O segundo sentido de integralidade está associado ao modo de organizar as práticas de saúde, comumente verticalizadas na trajetória da saúde pública brasileira. Neste sentido, a integralidade implica uma prática horizontalizada na organização do trabalho nos serviços de saúde. Por exemplo: se um usuário do sistema de saúde chega a uma unidade de saúde por demanda espontânea, esta demanda deve ser articulada a uma demanda programada. Trata-se, portanto, de “*aproveitar as oportunidades geradas pela demanda espontânea para aplicar protocolos de diagnóstico precoce e de identificação de situações de risco para a saúde, até o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade*” (MATTOS, 2001:51).

O terceiro sentido enfocado pelo autor refere-se a um conjunto relativo às configurações de certas políticas específicas, chamadas pelo autor de políticas especiais. Trata-se de respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos populacionais específicos. Para este autor, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo da atenção à saúde e objetivação dos sujeitos atendidos.

Merhy e Cecílio (2003) descrevem a integralidade como uma abordagem completa, holística do usuário dos serviços de saúde, que possa garantir o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis, ou seja, uma combinação de tecnologias duras, leveduras e leves²³. Os autores problematizam a integralidade a partir de dois ângulos: a integralidade do cuidado no hospital e a do hospital no sistema de saúde.

A integralidade do cuidado no hospital valoriza a conjugação de um trabalho multidisciplinar, capaz de coordenar adequadamente o conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atos cuidadores individuais. A integralidade vista da perspectiva do hospital no sistema de saúde parte da ideia de que o hospital pode ser um componente fundamental da integralidade do cuidado, se esta for pensada de maneira ampliada. Nesta direção, os autores argumentam que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede e com boa articulação das práticas da equipe de saúde, atendendo da melhor forma possível às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários do sistema. A integralidade do cuidado no hospital poderia ser alcançada com uma contra referência após um atendimento, para a rede básica, por exemplo.

Além desses dois ângulos, os autores também tratam da integralidade da atenção como balizador da gestão hospitalar, referindo aos modos de fazer gestão que tenham como referência a produção do cuidado integral, ou seja,

tem a pretensão de criar mecanismos que facilitem a coordenação das práticas cotidianas do hospital de forma mais articulada, “leve”, com canais de comunicação mais definidos, mais solidária, mais democrática, menos “ruidosa”, em particular a coordenação da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado (MERHY E CECÍLIO, 2003: 12).

Na compreensão de Machado et al (2007), a integralidade se constitui no cuidado de pessoas, grupos e coletividade na medida em que se percebe o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Para os autores, a integralidade,

(...) é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode

²³ Em trabalho anterior (MERHY, 1997), o autor classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em leves, leveduras e duras. A leve engloba as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A levedura diz respeito aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia. A dura refere-se ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO et al, 2007: 336).

Cecílio (2001) adota a ideia de integralidade em várias dimensões. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, denominando esta dimensão de integralidade focalizada, pois a integralidade seria trabalhada num espaço delimitado de um serviço de saúde,

(...) a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual (CECÍLIO; 2001:117).

O autor destaca que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, trabalhadores, coordenação e a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas, o que remete assim, à segunda dimensão elencada pelo autor. Nesta segunda dimensão, a integralidade da atenção é entendida como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde. Isso porque as respostas às demandas e necessidades de saúde englobam não apenas o conjunto de serviços distribuídos pela rede de serviços sanitários – sendo sua garantia, portanto responsabilidade do sistema de saúde – como também extrapolam as possibilidades de atuação setorial.

A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (CECÍLIO; 2001:118).

Ainda sobre a integralidade, Cecílio (2001) realiza uma importante observação a respeito do sistema de saúde organizado sob forma de pirâmide²⁴, ou seja, por complexidades crescentes e hierarquizadas, conforme preconiza o próprio SUS. O autor afirma que esta organização dá conta apenas em parte da discussão de integralidade, pois o topo da pirâmide com os serviços mais complexos têm sido entendidos como lócus de finalização dos serviços, pontuais e valorizando as especializações, descompromissados assim, com a integralidade. Cecílio chama a atenção para os riscos de restringir a integralidade apenas na Atenção Básica em saúde, como se este nível de complexidade fosse o lugar privilegiado da integralidade. Para o autor, os níveis mais altos de complexidade e os profissionais que ali trabalham devem ter a preocupação de ter uma escuta mais cuidadosa com seus pacientes, além de manter uma boa articulação entre os serviços, como por exemplo, a realização de uma contra referência, quebrando os paradigmas da fragmentação. Seria então a denominada **integralidade ampliada**, entendida pelo autor como *“articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos articulados a partir das necessidades reais das pessoas”* (CECÍLIO; 2001; 119).

Giovanella et al (2002) definem a integralidade a partir de um misto de práticas sanitárias e sociais que intervêm nos diversos estágios e múltiplas dimensões do processo saúde-doença, em busca de resultados capazes de satisfazer as necessidades individuais, tal como as necessidades coletivas de saúde detectadas e processadas técnica e politicamente. Os autores estão preocupados com a integralidade no nível da gestão do sistema e, neste sentido, referem a integralidade a um sistema que garanta, de forma articulada para indivíduos e populações, ações sanitárias de três tipos: promoção da saúde; prevenção de enfermidades e de acidentes; e recuperação da saúde (cura e reabilitação).

A partir desta concepção, os autores identificam quatro dimensões para avaliar os sistemas municipais de saúde, quais sejam: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; 4) abordagem integral do indivíduo e

²⁴ A noção tradicional de rede de serviços de saúde hierarquizada por níveis de complexidade identifica a base da pirâmide como a Atenção Básica em Saúde, que se constituiria na porta de entrada ao sistema. No meio da pirâmide estaria a Média Complexidade e, no topo dela, os serviços de Alta Complexidade.

famílias. Para cada uma destas dimensões, os autores construíram um conjunto de indicadores²⁵ que permitem avaliar a integralidade na gestão dos sistemas de saúde.

Giovanella et al. (2002) destacam que as quatro dimensões têm a mesma importância na definição da integralidade tal como conceituada pelos autores. Assim, pode-se avaliá-las separadamente e apontar quais as dimensões da integralidade estão incorporadas na gestão do sistema municipal.

No que diz respeito à política de controle do câncer de mama, a noção de atenção integral perpassa o conjunto de documentos normativos da área desde o final dos anos 1990, com o Programa *Viva Mulher*, passando ainda pelo Documento de Consenso (INCA, 2004), pela PNAO de 2005 e, como componente deste, o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (2005 – 2007) e pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (2011).

A partir da discussão conceitual sobre o termo integralidade acima apresentada, entende-se que a noção de atenção integral presente nestas normativas priorizam duas dimensões principais. A primeira diz respeito à garantia de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem desenvolvidas pelas três esferas de gestão, de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios. Implica ainda na integração com a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PNAISM), instituída em 2004 com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, dentre as quais têm destaque as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

²⁵ Em relação à primeira dimensão (primazia das ações de promoção e prevenção), os autores destacam, entre outros, a presença de fóruns intersetoriais, projetos comuns a diversas secretarias com orçamento próprio, coerência das ações de promoção e prevenção com problemas de saúde locais e monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e ambiente. Na segunda dimensão (garantia de atenção nos três níveis de complexidade) incluem-se o funcionamento das centrais de marcação de consultas e de exames especializados e de centrais de regulação de internações, protocolos de atenção para doenças/agravos específicos, medidas de garantia para contra referência, integração do PSF à rede, controle do fluxo de pacientes para outros municípios e monitoramento de filas de espera, dentre outros. A terceira dimensão (articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação) engloba indicadores como a existência de instâncias de integração em atividade e a programação articulada de ações de promoção, prevenção e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde. Já a quarta dimensão (abordagem integral do indivíduo e famílias) abarca a existência da rede básica com adscrição populacional, estratégias de acolhimento, oferta de práticas terapêuticas alternativas, realização de atividades de grupo, realização de atividades extra unidade, discussão de caso pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis de assistência e articulação de serviços dentro da unidade (GIOVANELLA et al., 2002).

A segunda dimensão – relacionada com a primeira – refere-se à constituição de uma linha de cuidados²⁶ que englobe a definição de responsabilidades e a articulação entre a Atenção Básica, a Média e a Alta Complexidade do sistema de saúde. Tal perspectiva exige a conformação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, de forma a possibilitar a detecção precoce e o tratamento oportuno.

A Atenção Básica é considerada a porta de entrada para o sistema, devendo estar apta a receber e realizar o exame clínico das mamas, solicitar exames mamográficos nas mulheres com situação de risco, receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indiquem necessidade de maior investigação. Além disso, espera-se que as ações desenvolvidas na Atenção Básica incluam reuniões educativas sobre o câncer, busca ativa na população alvo e orientação.

Em relação à Média Complexidade, esta constitui o primeiro nível de referência para encaminhamento das mulheres com resultados alterados, o que exige a presença de profissionais treinados para realizar investigação diagnóstica dos casos suspeitos de câncer de mama, tais como, mamografia, biópsia por agulha grossa, punção por agulha fina, bem como para o tratamento de lesões benignas mamárias.

Por fim, a Alta Complexidade realiza exames e tratamentos especializados em mulheres com diagnóstico de câncer de mama, em estágios que envolvam procedimentos cirúrgicos, radioterápicos e/ ou quimioterápicos. A atenção de alta complexidade é desenvolvida nas UNACON²⁷ (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e nos

²⁶ Por linha de cuidado, entende-se o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos. A produção de linhas de cuidado exige a definição de ações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, itinerários, parâmetros de atenção e recursos necessários a sua estruturação. Para GONDIM et al. (2011: 99), “a concepção de linha de cuidados deve representar, necessariamente, um continuum assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e pressupõe um conjunto de ações orientadas pelas necessidades de saúde”.

²⁷ A PNAO (2005) define que a rede de atenção oncológica é composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. As UNACON são unidades hospitalares com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Entende-se por CACON o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Por fim, os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia exercem papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS, e possuem os seguintes atributos: a. ser hospital de ensino certificado pelo Ministério da Saúde e pelo MEC; b. possuir base territorial de atuação, conforme os parâmetros estabelecidos na lei.

Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, conforme parâmetros instituídos pelo INCA.

Entende-se, assim, que o princípio da integralidade é fundamental ao processo cuidado do câncer de mama feminino. No entanto, são muitos os desafios neste processo, o que coloca diante da necessidade de realizar um estudo empírico capaz de examinar os limites e possibilidades na organização da atenção oncológica ao câncer de mama no nível local. O estudo aqui proposto tomou o município de São Gonçalo como cenário da pesquisa e é sobre o processo de aproximação com essa localidade que se dedicará o próximo capítulo.

Capítulo 2 – Morando em São Gonçalo, você sabe como é?²⁸

Este capítulo aborda as opções teórico-metodológicas que orientaram a pesquisa que deu origem a esta dissertação de mestrado. Como mencionado anteriormente, o estudo buscou descrever e examinar a organização da atenção ao câncer de mama no nível municipal. O desenho da atual Política Nacional de Atenção Oncológica no Brasil (PNAO) e o conjunto de normativas relacionadas especificamente ao câncer de mama indicam que o controle da doença exige um esforço articulado das ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, atravessando os diferentes níveis de atenção do SUS (Atenção básica, Média e Alta Complexidades) e a gestão compartilhada dos entes governamentais.

Considerando as responsabilidades atribuídas à gestão municipal da saúde neste processo, a pesquisa se debruçou sobre no exame da organização da atenção ao câncer de mama em um sistema local de saúde, elegendo como lócus o município de São Gonçalo, na região metropolitana do Rio de Janeiro.

No âmbito deste trabalho, entende-se a organização dos serviços de saúde para além dos aspectos relacionados à capacidade instalada e ao estabelecimento de fluxos de atendimento. Enfatiza-se, ao contrário, a perspectiva de que a organização dos serviços expressa a dinâmica política que envolve a arena setorial e através da qual decisões são transformadas em ações concretas dentro de um contexto específico (BODSTEIN, 2002).

Sob esse prisma, importa considerar a organização dos serviços como parte integrante da política de saúde, ao mesmo tempo em que esta deve ser entendida como política social, ou seja, sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios (FLEURY & OUVREY, 2008). Na concepção desses autores,

As políticas de saúde são vistas como processos decisórios envolvendo atores e interesses sociais, que ocorrem em ambientes institucionais e organizacionais por meio dos quais se definem prioridades e estratégias que relacionam os meios aos fins propostos. Quando produzimos uma determinada política de saúde, precisamos, então, compreender que sua elaboração abrange um ciclo composto por etapas de elaboração, implantação e execução, do qual participam diversos atores, compondo um círculo de relação de poder que moldam o formato geral da política. Essas relações se expressam em espaços específicos, chamados “arenas”,

²⁸ O título do capítulo foi tomado emprestado de um verso da música “São Gonça”, de autoria de Seu Jorge, músico e compositor fluminense.

por meio de regras determinadas e processos previamente estabelecidos (FLEURY & OUVENEY, 2008: 50).

Ao mesmo tempo, aceita-se aqui o desafio da análise de políticas de saúde proposto por MATTOS e BAPTISTA (2011). Estes autores chamam atenção para as limitações das abordagens tradicionais neste campo, advertindo para a necessidade de evitar as armadilhas metodológicas provocadas pelo uso de referenciais teóricos como camisa de força para a reflexão sobre as políticas sociais. Nesta direção, os autores destacam quatro pontos importantes a serem considerados na análise da política de saúde: (a) o caráter histórico da construção da política; (b) os sujeitos envolvidos neste processo; (c) a teia de relações e os espaços de negociação utilizados por esses sujeitos e (d) os processos de inserção e sustentação de conteúdos e enunciados no discurso e no texto de construção da política.

É sob essa lógica que se pretende conhecer a especificidade local no que diz respeito à organização do sistema de saúde voltada ao controle do câncer de mama e sua conformação diante das normativas vigentes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2.1. Desenho metodológico do estudo

A perspectiva teórico-metodológica que orienta a pesquisa aqui proposta se pauta no campo da avaliação de políticas públicas, mais especificamente, na avaliação de processo. Busca-se analisar a implementação da política de saúde voltada para controle do câncer de mama no município de São Gonçalo, com foco na organização do sistema municipal de saúde em seu entrecruzamento com as normativas que orientam o setor.

As últimas décadas registraram avanços importantes no desenho das políticas voltadas ao controle do câncer de mama no país, mas há que se observar que ainda há um grande abismo entre a formulação e a implementação da política pública ou programa. A respeito desse processo, ARRETICHE (2001) afirma que supor que um programa público possa ser implementado inteiramente de acordo com o desenho e os meios previstos por seus formuladores também implicará uma conclusão negativa acerca do seu desempenho, reforçando assim, que é praticamente impossível que o desenho do programa alcance seus objetivos fidedignamente. Tratando-se de implementação das políticas de saúde, devemos levar em consideração as especificidades locais, traduções do desenho da política de acordo com interesses, além dos recursos disponíveis e necessidades locais, ou seja, a implementação de uma política é “*uma combinação complexa de diversos agentes*” (Arretche, 2001:47).

Neste sentido, mais do que a preocupação com indicadores clássicos de eficácia, eficiência e efetividade, o estudo buscou se aproximar da perspectiva avaliativa apontada por Lobato (2004: 240):

“As avaliações são capazes de identificar os limites dos programas e projetos, mas a explicação para esses limites, em geral, está relacionada a elementos do sistema político e/ou de nossa estrutura institucional, como estrutura burocrática, apropriação patrimonialista ou clientelista dos programas e dificuldade de pactuação entre níveis de governo”.

Na busca pela compreensão da especificidade da organização da atenção ao câncer de mama no nível municipal, optou-se pela análise de processo. Para Champagne et al. (2011), os estudos de processo permitem examinar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante a sua implementação, ou seja, tem por *objetivo delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção* (Champagne et al.; 2011:217).

No caso específico deste trabalho, a análise sobre a organização dos serviços de controle do câncer no nível municipal exigiu a realização de uma pesquisa empírica, em que o município de São Gonçalo configurou o lócus do estudo.

2.2 – Cenário de pesquisa: o contexto municipal de São Gonçalo.

Sabe-se que regiões metropolitanas populosas em nosso país apresentam uma série de entraves no que diz respeito à organização de serviços de saúde. A implantação da Atenção Básica em regiões metropolitanas, por exemplo, tem enfrentado grandes desafios para substituir o modelo assistencial tradicional pelo modelo proposto pela Política Nacional de Atenção Básica. Apesar do seu crescimento nos últimos 15 anos, a Estratégia de Saúde da Família não tem se consolidado de maneira uniforme nos municípios que compõem essas regiões. Analisando a implantação da Estratégia de Saúde da Família no início dos anos 2000, Campos et al. (2002) reforçam a dificuldade de implantação da ESF em regiões com grande contingente populacional que, pode-se afirmar, estende-se até os dias de hoje:

“sua implantação [da ESF] vem se dando de forma heterogênea, predominando em município cujo número de habitantes não esteja situado em faixas extremas, ou seja, municípios que não sejam muito pequenos ou demasiadamente grandes.” (CAMPOS: 48; 2002).

E por que a compreender a organização dos serviços de saúde voltados para o controle do câncer de mama no município de São Gonçalo? Localizado na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, o município de São Gonçalo é o segundo mais populoso desta unidade federativa. A trajetória histórica da saúde de São Gonçalo é permeada por diversas dificuldades, seja na gestão, implementação das políticas e programas de saúde, investimentos financeiros, dentre outros.

No ano de 2010, foi televisionada, em rede nacional, matéria jornalística sobre o desvio de verbas do SUS da prefeitura de São Gonçalo. Ao término de seu segundo mandato (2005-2012), a ex-prefeita da cidade foi condenada por improbidade administrativa e danos ao patrimônio público, tornando-se inelegível por oito anos. De acordo com notícia divulgada no jornal A Tribuna²⁹, foram revelados esquemas de fraudes em que clínicas particulares situadas no município teriam lesado os cofres do SUS em pelo menos R\$200 milhões e em que representantes da gestão municipal forjaram guias de atendimento que eram apresentados à secretaria municipal de saúde para o pagamento dos procedimentos pelo SUS. Vale registrar que, conforme dados do Ministério da Saúde, de 2005 até março de 2010, as transferências diretas fundo a fundo para o município somaram o montante de 288,8 milhões de reais.

São Gonçalo está frequentemente nas páginas principais de jornais e revistas. A nova gestão, que tomou posse no dia 01 de janeiro de 2013, decretou, em seu terceiro dia útil de mandato, situação de calamidade pública na saúde pública gonçalense, alegando ter herdado um rombo de mais de R\$ 100 milhões de reais nos cofres públicos apenas na área da saúde. Foi destaque nos noticiários que, no ano de 2012, a população de São Gonçalo possuía um milhão de habitantes e estava em último lugar no estado no que se refere aos indicadores de saúde, segundo avaliação do Ministério da Saúde. A situação de calamidade pública na área da saúde foi decretada para diminuição de burocracias na realização de ações emergenciais no atendimento a população sem licitação ou concurso público, dentre elas a contratação de profissionais de saúde (referência: notícias UOL – último acesso em 05 de junho de 2014).

2.2.1 – Aspectos demográficos e socioeconômicos.

O município de São Gonçalo compõe a Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro e faz divisa com Niterói, Itaboraí, Maricá e com a Baía de Guanabara. Os principais acessos a São Gonçalo são pela BR-101 e RJ-104, que acessam Niterói, ao sul, e Itaboraí, ao

²⁹ Jornal A Tribuna. Disponível em 05 de junho de 2014.

nacional do envelhecimento da população brasileira, possuindo um expressivo contingente de mulheres em idades consideradas de risco para o acometimento do câncer de mama.

Tabela 1 – População feminina no município de São Gonçalo, por faixa etária. 2010.

Idade	Número de habitantes
0 a 14	69.218
15 a 19	39.555
20 a 29	86.389
30 a 39	86.168
40 a 49	77.615
50 a 59	62.435
60 a 69	39.022
70 a 79	21.682
80 a 89	8.219
90 a 99 anos de idade	1.231
Acima de 100	56

Fonte: IBGE, 2010. Censo Demográfico. Último acesso em 04 de abril de 2014.

A proximidade de São Gonçalo com a capital do estado³⁰ já concedeu ao município o título de cidade- dormitório, ou seja, moradores do município trabalhavam na capital ou em municípios do entorno e só voltavam à cidade para o descanso pós-jornada de trabalho. Porém, com o recente investimento em indústrias e fábricas nos últimos dez anos, dentre os ramos destacam-se o polo de confecções e moda e o Polo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (COMPERJ), a situação econômica do município é outra. Hoje, o município conta com um parque industrial variado, laboratórios farmacêuticos, além de confecções, principalmente jeans. O comércio gonçalense é um dos mais ativos da região, com grande rede comercial.

No ranking nacional do Produto Interno Bruto, o município de São Gonçalo ocupa o 49º lugar da posição ocupada pelos 100 maiores municípios, em relação ao PIB a preços correntes e participações percentuais relativa e acumulada, segundo os municípios (IBGE, 2011). Só em relação ao valor adicionado bruto da Administração, saúde e educação públicas e seguridade social e participações percentuais relativa e acumulada, São Gonçalo ocupa dentre os 100 maiores municípios da Unidade Federativa, o 12º lugar (IBGE, 2011).

³⁰ Da qual distam 20 km e longos engarrafamentos, ressaltando o grande problema do transporte público na região.

Tabela 2 – Composição do Produto Interno Bruto do município de São Gonçalo, do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil, 2010. Valores em reais.

Variável	São Gonçalo	Rio de Janeiro	Brasil
Agropecuária	26.568	1.072.848	105.163.000
Indústria	1.639.530	62.966.386	539.315.998
Serviços	9.144.500	144.387.422	1.197.774.001

Fonte: IBGE, 2011. Parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA.

Conforme dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, a renda per capita média de São Gonçalo cresceu 72,12% nas últimas duas décadas, passando de R\$388,85 em 1991 para R\$539,00 em 2000 e R\$669,30 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 38,61% no primeiro período e 24,17% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 5,92% em 1991 para 3,03% em 2000 e para 1,55% em 2010 (Fonte: PNUD, IPEA e FJP).

Em relação à infraestrutura, São Gonçalo possui seis agências de correios, 40 agências bancárias, 23 estabelecimentos hoteleiros e dois shoppings. A taxa de urbanização correspondia a 99% da população no ano de 2010 (TCE/RJ, 2013). Quanto aos equipamentos culturais, o município não tem museu, mas dispõe de dois cinemas e dois teatros, e de três bibliotecas públicas. São considerados atrações turísticas da cidade: Fazenda Itaitindiba (1687), Alto do Guaiá, Praia da Luz, Praia da Beira, Praia de São João, Ilha de Juturnaíba, Ilha de Itaoca, Ilha do Pontal, Fazenda Colubandê (1620), Capela Nossa Senhora da Luz, Gruta Azul, Serra de Itaúna, APA de Guapimirim, Piscinão de São Gonçalo e Praça Esthefânia de Carvalho (ou Praça Zé Garoto).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM de São Gonçalo era de 0,739 em 2010. O município está situado na faixa de desenvolvimento humano alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi educação (com crescimento de 0,157), seguida por longevidade e por renda.

Tabela 3 – IDH-M e seus componentes. Município de São Gonçalo – 1991 a 2010.

IDHM e componentes	1991	2000	2010
Índice	0,543	0,641	0739
Educação	0,373	0,524	0,681
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	39,89	48,73	64,51
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	54,55	81,93	92,14
% de 11 a 13 anos frequentando os finais do ensino fundamental	44,30	62,05	85,02
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	27,17	45,33	57,28
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	18,12	28,40	45,52
Longevidade	0,687	0,742	0,833
Esperança de vida ao nascer (em anos)	66,19	69,51	74,96
Renda	0,624	0,677	0,711
Renda per capita (em R\$)	388,85	539,00	669,30

Fonte: TCE, 2013, a partir de dados do PNUD.

São Gonçalo ocupa a 795ª posição, no que diz respeito ao IDHM, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 794 (14,27%) municípios estão em situação melhor e 4.771 (85,73%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 91 outros municípios do estado do Rio de Janeiro, São Gonçalo ocupa a 14ª posição, sendo que 13 (14,13%) municípios estão em situação melhor e 79 (85,87%) municípios estão em situação pior ou igual, conforme dados do TCE (2013).

Ainda sobre o quesito educação no município de São Gonçalo, fontes apontam que no ano de 2010, 54,27% dos alunos com idades entre 6 e 14 anos de São Gonçalo estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Apenas 3,29% das crianças entre as idades supracitadas não frequentavam a escola, percentual que, entre os jovens gonçalenses de 15 a 17 anos atingia 12,19%. Ainda sobre dados de educação no município, fontes informam que no 2010, 64,51% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 43,39% o ensino médio. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 5,29% nas últimas duas décadas. (Fonte: PNUD, IPEA e FJP).

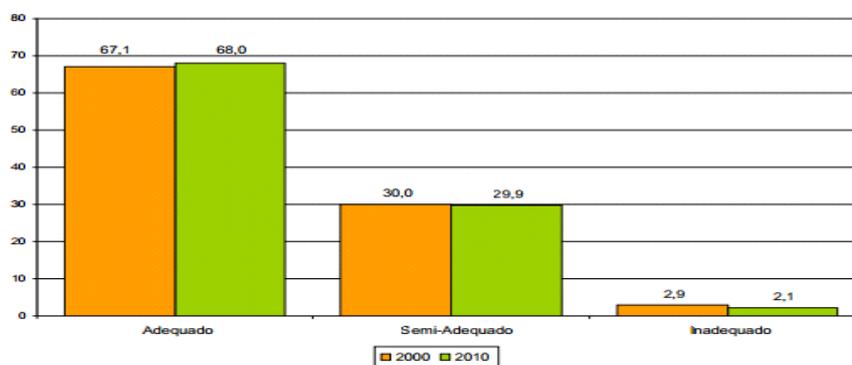
O número total de matrículas nos ensinos infantil, fundamental e médio regulares de São Gonçalo, no ano de 2011, foi de 159.572 alunos, tendo evoluído para 155.298 no ano de 2012, apresentando variação de -2,7% no número de estudantes.

Ainda sobre a educação, no ano de 2013, São Gonçalo teve 155.298 alunos matriculados em 2012, uma variação de -2,7% em relação ao ano anterior. Foram 3.940 estudantes na creche, 20% na rede municipal, e 14.567 na pré-escola, 25% deles em 273 estabelecimentos da prefeitura. O ensino fundamental foi ofertado a 110.310 alunos, 33% deles em 82 unidades municipais e 31% em 87 estabelecimentos da rede estadual. O ensino médio, disponibilizado em 107 unidades escolares, teve 26.481 alunos matriculados, 75% na rede estadual (TCE, 2013).

É importante destacar que a rede municipal de educação conta com 33% do volume de matrículas em estabelecimentos educacionais no ano de 2012 contando com um total de 82 unidades. Estes dados mostram a grande participação da rede privada de educação em São Gonçalo, sendo majoritária no número de matrículas nos estabelecimentos de saúde.

Sobre o saneamento básico, o gráfico abaixo, retrata a evolução do indicador na última década.

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos domicílios por tipo de saneamento. São Gonçalo – 2000 e 2010.



Fonte: IBGE Cidades. Censo 2010. Disponível em <http://IBGE.gov.br>.

Ainda sobre os indicadores de saneamento e habitação, como podemos observar, o município de São Gonçalo no ano de 2010, em relação a sua população urbana, possuía mais de 90% da população em domicílios com água encanada, 99% da população com energia elétrica em domicílio e 93% da população contemplada pela coleta de lixo.

2.2.2 – A rede municipal de serviços de saúde.

São Gonçalo foi um dos primeiros municípios do estado a ser contemplado com recursos do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família – PROESF, com a adesão ao Pacto pela Saúde. Apesar disso, torna-se necessário destacar que faz parte da trajetória histórica do município o déficit na oferta de serviços e a baixa resolutividade dos mesmos. (SENNA, 2007).

No momento de realização da pesquisa de campo, em abril de 2014, o município possuía três Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS, CAPSad e CAPSi), 9 Centros de Saúde Médico da Família, 1 Hospital Infantil, 1 Hospital, 5 polos sanitários, 5 Postos de Assistência Médica (P.A.M), 38 postos de saúde, 185 equipes de saúde da família, dois prontos socorros, 1 SAMDU (Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência) , 1 Serviço de Pronto Atendimento Médico (SPA) e 1 Superintendência de Saúde Coletiva (SUSC).

A seguir, faremos um detalhamento da rede de serviços de saúde instalada no município de São Gonçalo. Serão utilizados aqui dados obtidos junto aos bancos do IBGE, TCE/RJ, CNES e DATASUS.

A Atenção Básica em Saúde do município é constituída majoritariamente pela Estratégia Saúde da Família, implantada no ano de 2001 (SENNA, 2004). De acordo com relatório anual do TCE/RJ (2013), a cobertura populacional estimada da ESF no ano de 2012 era de 63%. De acordo com a gestão municipal, em dezembro de 2013 a cobertura da ESF atingiu 70% da cobertura populacional, atendendo a 113.893 famílias. O total de equipes de Saúde da Família implantadas em 2012 era de 185, com o montante de 1.173 ACS. O quantitativo de ACS varia para cada equipe implantada, corroborando com as normas de implementação de equipes de saúde da família pela PNAB (2006), nunca ultrapassando 12 ACS por equipes de Saúde da Família.

Tabela 4 - Situação da Estratégia Saúde da Família. Equipes de Saúde da Família e Número de ACS, 2012. São Gonçalo/RJ.

Equipe de Saúde da Família			
Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantados	Proporção da cobertura populacional estimada
420	208	185	63%
Agentes Comunitários de Saúde			
Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantados	Proporção da cobertura populacional estimada
2.520	1.647	1.173	67%

Fonte: TCE/RJ – 2013

A Atenção Básica no município de São Gonçalo é ofertada pelas Unidades Básicas de Saúde, pelos postos de saúde e pelos Centros Médicos de Saúde da Família. Informações no site oficial da prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde informam que o município dispõe de 38 postos de saúde. Assunto que será abordado no próximo capítulo, ressalta-se que os 38 postos de saúde estão dividindo espaço físico com as Unidades Básicas de Saúde, unidades de referência para o saúde da família. A rede de assistência à saúde do município, no que concerne à saúde da família, é organizada por uma divisão em Polos Sanitários, pois o município é muito grande. São cinco Polos Sanitários distribuídos estrategicamente no município: Polo Sanitário Hélio Cruz, Polo sanitário João Goulart, Polo Sanitário Paulo Marques Rangel, Polo Sanitário Rio do Ouro e Polo Sanitário Washington Luiz Lopes.

A tabela abaixo com informações elaboradas a partir do DATASUS, demonstra a distribuição dos serviços de saúde do SUS municipal segundo tipo de estabelecimento.

Tabela 5 – Estabelecimentos de saúde por tipo, 2013. São Gonçalo, RJ.

Estabelecimentos por tipo	Quantidade
Centro de atenção hemoterápico e/ou hematológica	1
Centro de atenção psicossocial	3
Centro de saúde/unidade básica de saúde	34
Central de regulação de serviços de saúde	1
Clínica especializada/ambulatório especializado	1
Consultório	278
Hospital especializado	10
Hospital geral	15
Hospital-dia	1

Policlínica	46
Posto de saúde	102
Pronto atendimento	2
Pronto socorro especializado	1
Pronto socorro geral	2
Secretaria de saúde	1
Serviço de atenção domiciliar isolado (home care)	1
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	124
Unidade móvel pré-hospitalar – urgência/emergência	1
Unidade móvel terrestre	7
Tele-saúde	7

Fonte: TCE/RJ – 2013

Duas características se destacam. Uma é a pequena oferta de serviços de alta complexidade, o que tem repercussão direta nas ações de controle do câncer de mama, como será discutido ao longo desta dissertação. A outra característica é a dependência do SUS local aos serviços privados, principalmente no que diz respeito aos serviços de apoio diagnóstico. Confrontando essas informações com aquelas obtidas na Secretaria Municipal de Saúde, podemos observar que há uma quantidade relevante de instituições privadas nos serviços especializados no município (clínica especializada/ ambulatório especializado, consultórios isolados, hospitais especializados e gerais, policlínicas e unidade de serviços de apoio de Diagnose e terapia). A rede própria é constituída pela central de regulação de serviços de saúde, centros de atenção psicossocial, centros e unidades básicas de saúde, um único ambulatório especializado, dois prontos socorros gerais, 105 postos de saúde e uma unidade de vigilância de saúde. A tabela abaixo é demonstrativa do peso do setor privado no município, sobretudo nos serviços de diagnose e terapia.

Tabela 6 - Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado. São Gonçalo, Dezembro, 2009.

Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado Dezembro 2009					
				Plano de Saúde	
Serviço prestado	SUS	Particular		Público	Privado
Internação	20	17		1	18
Ambulatorial	164	281		4	257
Urgência	12	15		-	16
Diagnose e terapia	67	169		4	156
Vig. epidemiológica e sanitária	4				
Farmácia ou cooperativa	-	-		-	-

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Em relação aos leitos hospitalares, observa-se que a predominância das especialidades básicas. O maior número de leitos é na clínica médica, com 70% à disposição do SUS. Em relação aos leitos cirúrgicos, o SUS pode utilizar 69% dos leitos existentes no município. Nos leitos obstétricos o SUS conta com 56% à sua disposição para uso e em leitos pediátricos existentes no município estão a disposição do SUS 60%.

Tabela 7 – Distribuição de leitos hospitalares . Junho, 2013. São Gonçalo, RJ.

Descrição	Quantidade existente	% à disposição do SUS
Cirúrgico	404	69%
Clínico	718	70%
Obstétrico	271	56%
Pediátrico	300	60%
Outras Especialidades	876	72%
Hospital-dia	28	43%

Fonte: TCE/RJ – 2013.

O número de leitos existentes no município totaliza 2.302. As informações contidas na tabela abaixo são ilustrativas da magnitude do setor privado na rede hospitalar do município.

Tabela 8 - Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade – São Gonçalo, dezembro, 2009.

Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo										
ESPECIALIDADE	Público		Filantrópico		Privado		Sindicato		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Cirúrgicos	140	140	25	21	222	124	-	-	387	285
Clínicos	175	175	34	30	502	279	-	-	711	484
Obstétrico	26	26	-	-	236	147	-	-	262	173
Pediátrico	76	76	-	-	161	129	-	-	237	205
Outras Especialidades	13	13	10	10	647	604	-	-	670	627
Hospital/DIA	2	2	-	-	33	5	-	-	35	7
Total	432	432	69	61	1.801	1.288	-	-	2.302	1.781

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

A forte presença do setor privado é notada também no número de equipamentos à disposição do SUS. A respeito dos recursos físicos e equipamentos, podemos observar que a maior parte de equipamentos de saúde pertence à rede privada. Uma baixa porcentagem de recursos físicos e equipamentos encontra-se à disposição do SUS para a oferta de serviços a uma população SUS dependente como é a de São Gonçalo. O município possui grande oferta de rede de serviços de saúde privados e particulares, em que muitos destes serviços prestam serviços para o SUS já que a rede municipal de saúde carece de tais tecnologias.

Tabela 9 – Recursos Físicos e equipamentos. Julho, 2013. São Gonçalo, RJ.

Descrição	Quantidade Existente	% à disposição do SUS
Audiologia	15	13%
Diagnóstico por imagem	408	25%
Infraestrutura	256	13%
Métodos Ópticos	68	22%
Métodos Gráficos	177	19%
Manutenção da vida	1.492	9%
Odontologia	1.189	13%
Outros	432	7%

Fonte: TCE/RJ – 2013.

O município de São Gonçalo dispunha, no ano de 2010, de 13 mamógrafos, sendo que apenas seis estão disponíveis ao SUS. Vale destacar que o município possui apenas 1 (um) mamógrafo na rede pública. Essa questão será tratada ao longo desta dissertação.

Tabela 10 - Número de equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso, disponíveis ao SUS e por 100.000 habitantes, segundo categorias do equipamento. São Gonçalo, dezembro de 2009.

Número de equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso, disponíveis ao SUS e por 100.000 habitantes, segundo categorias do equipamento					
Categoria	Existentes	Em uso	Disponív. ao SUS	Equip uso/ 100.000 hab	Equip SUS/100.000 hab
Mamógrafo	13	13	6	1,3	1,3
Raio X	198	188	50	20,0	19,0
Tomógrafo Computadorizado	11	11	4	1,1	1,1
Ressonância Magnética	3	3	1	0,3	0,3
Ultrassom	101	91	24	10,2	9,2
Equipo Odontológico Completo	184	182	56	18,6	18,4

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Um olhar superficial sobre os gastos financeiros para o setor saúde no município mostra que as ações de média complexidade no município são, em sua maioria, referidas ao exame de mamografia, enquanto as de alta complexidade estão circunscritas a terapia renal substitutiva (diálise e hemodiálise). Chama ainda atenção o fato de que o município não apresentou gasto no tratamento oncológico, uma vez que não existem serviços voltados para esse tipo de atenção. No ano de 2010, foi aprovado o valor de R\$279.675,00 em mamografias para rastreamento no município

Tabela 11- Valor total de internações hospitalares e valor aprovado de atendimentos ambulatoriais segundo subtipo de financiamento (Gestão Municipal), São Gonçalo, 2009.

Valor total de internações hospitalares e valor aprovado de atendimentos ambulatoriais segundo subtipo de financiamento (Gestão Municipal) 2009			
Subtipo de financiamento	SIA/SUS	SIH/SUS	Total
040015-Trat doenças do aparelho da visão	286,74	-	286,74
040016-Trat em oncologia	-	-	-
040017-Nefrologia	6.478.195,94	-	6.478.195,94
040046-Mamografia para Rastreamento	279.675,00	-	279.675,00
060000-Média e Alta Complexidade (MAC)	14.801.990,36	-	14.801.990,36
070000-Vigilância em Saúde	-	-	-
Não aplicável	-	22.618.460,60	22.618.460,60
Total	21.560.148,04	22.618.460,60	44.178.608,64

Fontes: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

Embora o município não apresente serviços hospitalares vinculados ao tratamento oncológico, as internações ocasionadas por neoplasias no ano de 2010 representaram 7,5% do total de internações dos residentes de São Gonçalo, atrás apenas das internações devido a doenças do aparelho respiratório (20,8%), do aparelho circulatório (18,3%) e gravidez, parto e puerpério (15,9%).

Tabela 12 - Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência), São Gonçalo, 2009.

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência) 2009										
Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Dçs infecciosas e parasitárias	16,0	13,9	17,8	14,9	2,9	5,3	5,2	6,2	5,9	7,0
II. Neoplasias	0,5	1,0	1,3	11,4	3,8	9,5	8,6	6,5	7,3	7,5
III. Dçs sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,2	1,4	1,8	2,7	0,6	0,5	0,3	0,4	0,4	0,6
IV. Dçs endócrinas nutricionais e metabólicas	1,1	1,6	2,7	1,7	1,1	4,3	8,9	13,2	12,2	5,9
V. Transtornos mentais e comport.	0,8	-	-	0,1	2,0	2,4	1,0	0,3	0,4	1,5
VI. Dçs do sistema nervoso	0,6	0,4	0,3	2,2	0,3	0,7	2,3	3,8	3,7	1,4
VII. Dçs do olho e anexos	0,3	0,1	0,3	0,8	0,4	0,9	6,9	14,9	14,1	3,8
VIII. Dçs do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,0	0,0	-	-	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,9	0,2	0,6	3,5	3,9	15,6	34,4	30,1	30,3	18,3
X. Doenças do aparelho respiratório	52,1	72,1	59,2	18,3	4,7	12,7	15,0	10,9	11,0	20,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,8	0,9	2,6	9,9	3,2	5,8	6,9	3,6	4,2	5,1
XII. Dçs da pele e do tecido subcutâneo	2,6	2,9	4,4	7,2	2,6	2,0	2,0	1,5	1,7	2,2
XIII. Dçs sistema osteomusc e tec conjuntivo	0,1	0,1	0,5	2,8	1,6	1,1	1,2	1,8	1,7	1,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4,4	3,5	4,9	6,2	3,3	5,1	3,0	2,7	2,8	4,2
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	7,2	64,4	28,7	0,1	0,1	0,1	15,9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	12,7	0,0	-	-	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,8	0,9	1,4	4,5	1,7	1,6	0,2	0,1	0,1	1,2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,4	0,2	0,5	0,8	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,6	0,6	1,3	4,9	2,5	2,7	3,2	3,1	3,2	2,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,1	0,1	0,0	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

A distribuição percentual da mortalidade por grupos de causas no município para o ano de 2008 indica que as neoplasias ocupam o segundo lugar (excetuando as causas mal definidas), atrás apenas das doenças do aparelho circulatório. Essa distribuição confirma tendência nacional.

Tabela 13 - Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas – CID10, São Gonçalo, 2008.

Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10 2008										
Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,5	8,3	21,4	8,3	2,3	8,3	4,5	3,7	3,7	4,9
II. Neoplasias (tumores)	-	12,5	7,1	19,4	3,1	12,9	23,6	15,2	16,2	16,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	8,3	14,3	2,8	0,8	18,4	37,3	41,4	41,2	33,5
X. Doenças do aparelho respiratório	10,2	12,5	14,3	13,9	2,3	5,8	9,2	15,3	14,5	11,6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	62,4	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3,2	20,8	21,4	41,7	83,2	39,4	6,8	3,3	3,8	13,3
Demais causas definidas	19,7	37,5	21,4	13,9	8,4	15,2	18,5	21,1	20,6	19,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: Dados de 2008 são preliminares.

Se desmembrarmos o coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas em uma série histórica de 2002 a 2008, podemos observar que o câncer de mama apresenta um peso significativo nas taxas de mortalidade no município e que esse índice vem aumentando nestes anos, o que corrobora a importância da adoção de medidas de controle deste tipo de neoplasia no município.

Tabela 14 - Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes), São Gonçalo/RJ.

Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)							
Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	10,7	9,4	9,4	8,3	7,4	7,5	7,1
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	15,4	15,0	17,7	16,5	16,1	22,2	23,6
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	5,1	6,0	8,0	5,2	5,0	5,3	8,8
Infarto agudo do miocárdio	44,0	46,4	45,8	51,5	55,2	58,7	58,6
Doenças cerebrovasculares	65,0	68,0	65,3	65,5	66,1	62,5	65,8
Diabetes mellitus	38,3	33,6	31,9	34,0	39,1	42,8	38,2
Acidentes de transporte	13,3	15,2	14,1	17,1	23,7	14,1	8,5
Agressões	45,1	41,0	32,6	48,7	48,0	41,2	32,5

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009. Acesso: 2014

Um último aspecto a destacar neste momento refere-se ao fato de que o relatório do TCE/RJ do ano de 2013 aponta problemas encontrados na organização dos serviços de saúde de São Gonçalo. Em relação à composição das equipes de saúde, foram encontrados problemas como a admissão irregular de pessoal e descumprimento da jornada de trabalho. Em relação à estrutura física e equipamentos das unidades de saúde da família, foram encontradas irregularidades como ausência de ambientes obrigatórios, falta de acessibilidade exigida, problemas estruturais ou de má conservação, e ausência de mobiliários e equipamentos mínimos. Grande parte dos problemas apontados neste relatório foi encontrado na organização da Atenção Básica em saúde, nível de complexidade de preferencial porta de entrada para o sistema e os serviços de saúde do município, o que demonstra fragilidades do sistema local de saúde.

Tabela 15 – Problemas encontrados na organização dos serviços de saúde. Julho, 2013. São Gonçalo, RJ.

Composição das Equipes de Saúde
Admissão irregular de pessoal.
Descumprimento de jornada de trabalho.
Estrutura Física e Equipamentos das Unidades de Saúde da Família
Unidades de saúde sem ambientes obrigatórios.
Unidades de saúde com ambientes que não possuem área e/ou dimensão mínima exigida.
Unidades de saúde sem as condições de acessibilidade exigidas.
Unidades de saúde com problemas estruturais ou de má conservação.
Unidades de saúde sem os mobiliários ou equipamentos mínimos.
Unidades de saúde localizadas em desacordo com a ANVISA
Ciclo de Assistência Farmacêutica
Ausência de norma municipal sobre assistência farmacêutica na Atenção Básica.
Seleção, programação, aquisição e armazenamento inadequados de medicamentos.

Fonte: TCE/RJ,2013.

2.3 – Procedimentos para coleta e análise dos dados.

A pesquisa realizada tem caráter qualitativo e envolveu trabalho de campo. Foi utilizado o instrumental técnico da análise documental e entrevista com os gestores municipais de saúde.

Na etapa da análise documental, o material utilizado para obtenção dos dados primários foram as pesquisas bibliográficas realizadas nas plataformas SCIELO e LILACS, normativas municipais, além de dados do DATASUS, IBGE e TCE a respeito da conformação dos serviços de saúde do município de São Gonçalo.

As entrevistas realizadas foram semiestruturadas com roteiro e abordaram os seguintes profissionais: 1 (um) gestor responsável pelo setor da Atenção Básica, 1 (um) gestor responsável pelo PAISM, 1 (um) gestor responsável pela regulação dos serviços de saúde, três (3) conselheiros da saúde municipal enquanto representantes da sociedade civil, cinco (5) profissionais de saúde médicos ou enfermeiros que atuam com a atenção de saúde da mulher nos diferentes níveis de complexidade.

Antes do trabalho de campo, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro, com cadastramento na Plataforma Brasil. Para a realização das entrevistas, a pesquisa também foi submetida ao Comitê de Ética do Município de São Gonçalo, o NEP (Núcleo de Ensino e Pesquisa) e autorizada com a contrapartida de devolução dos dados obtidos através de seminário para os gestores da prefeitura. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos gestores e posteriormente degradadas para análise. Todos os profissionais entrevistados aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O total da amostra foi de 8 entrevistados.

As informações oriundas do trabalho de campo foram analisadas no entrecruzamento posto pelo próprio material empírico e pela literatura. Foi possível, assim, eleger os seguintes eixos de análise: Organização da Atenção Básica para detecção precoce do câncer de mama; integração entre Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e Relação público privado.

As legislações e documentos utilizados como parâmetro de análise dos dados obtidos foram:

- Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso INCA/2004;
- Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005 – Política Nacional de Atenção Oncológica;

- *Lei 11.664/2008 – Lei da Mamografia;*
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional de Atenção Básica.
- Pacto Pela Vida (2006);
- Programa Nacional de Prevenção e Controle do Câncer de Mama (2011);
- Políticas de saúde municipais e documentos específicos (São Gonçalo) vigentes.

2.4 – Tinha uma pedra do meio do caminho: dificuldades da pesquisa de campo.

No meio do caminho tinha uma pedra. Tinha uma pedra do meio do caminho. Parafraseando Carlos Drummond de Andrade, esta passagem representa o momento da pesquisa de campo no município de São Gonçalo.

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro - Plataforma Brasil, requisitos obrigatórios para a efetivação de pesquisa na área da saúde. Num primeiro contato com gestão do município de São Gonçalo, foi orientado que para a realização das entrevistas seria necessário submissão de projeto de pesquisa em Comitê de Ética municipal, além da aprovação do Comitê de Ética da Plataforma Brasil. Para dar continuidade ao trabalho, a pesquisa de campo, especificamente para a realização as entrevistas com os gestores municipais, profissionais de saúde e participantes do Conselho Municipal de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido por Comitê de Ética Municipal, com sede localizada no Polo Sanitário do Alcântara.

O NEP – Núcleo de Ensino e Pesquisa é o setor responsável pelas reuniões e deliberações do Comitê de Ética. O projeto foi autorizado por equipe técnica logo após submissão, sem pendências. Porém, o município exigiu como contrapartida desta pesquisa acadêmica a devolução dos achados encontrados em forma de Seminário para a gestão municipal, entendendo a temática da organização dos serviços de saúde, em se tratando do câncer de mama, de temática relevante para a saúde municipal.

Após a aprovação do Comitê de Ética municipal deu-se início a saga das entrevistas com os gestores municipais. Este processo de entrevistas com os gestores municipais de São Gonçalo foi, sem dúvidas, a parte mais pesada deste trabalho. Não fugindo à famosa tradição de pesquisas anteriores já realizadas neste município, do município ser conhecido pela dificuldade do acesso às informações de direito público, a etapa das entrevistas perdurou quatro meses. As dificuldades encontradas nesse processo de pesquisa de campo foram as

mais variadas possíveis, destacando a não adesão dos gestores às entrevistas propostas pelo projeto. Neste momento, foi solicitado o apoio do NEP para intervenção nesse processo dificultoso de concessão de entrevistas. Porém, me foi informado que nada poderia ser feito, já que os mesmos não tinham gerência sobre a agenda dos gestores. Solicitei formalmente que o NEP pudesse intervir na informação aos gestores da importância da concessão das entrevistas para a pesquisa de campo e que os dados seriam devolvidos ao município como forma de contribuição para a organização dos serviços de saúde locais pertinentes à questão do câncer de mama. Foram inúmeras desmarcações do compromisso agendado para a concessão da entrevista, inúmeros telefonemas sem sucesso, algumas negações de entrevistas por partes da gestão de hierarquia mais alta da secretaria municipal de saúde, reclamações de gasto de tempo para contribuir com o presente trabalho, além de longas esperas nos órgãos municipais de saúde à espera dos gestores. Algumas entrevistas concedidas de forma corriqueira e outras com bastante preocupação em colaborar com o trabalho. Três gestores municipais negaram a concessão de entrevista para colaborar com este trabalho.

De tal maneira, este trabalho contou com as entrevistas para o desenho da organização dos serviços locais de saúde no que tange ao câncer de mama feminino, além de indicadores oficiais, como DATASUS, TABNET, IBGE, SISMAMA, dentre outros.

As entrevistas realizadas com os gestores municipais foram gravadas com o consentimento dos entrevistados após concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (modelo em anexo) e transcrito da maneira como foram concedidas para fidedignidade da análise do discurso.

Capítulo 3 – A atenção ao câncer de mama no município de São Gonçalo.

Este capítulo se destina à apresentação e discussão dos principais resultados encontrados na pesquisa sobre a organização da atenção oncológica ao câncer de mama no município de São Gonçalo. O formato de exposição dos resultados buscou contemplar cada um dos níveis hierárquicos do SUS (Básica, Média e Alta Complexidades), mas sem desconsiderar a dinâmica que envolve a relação entre esses níveis.

Assim, inicialmente é traçado um breve panorama da trajetória de construção das primeiras iniciativas da atenção oncológica à mulher no município, no interior das ações de saúde direcionadas a atenção à saúde da mulher. Em seguida, aborda-se a conformação da organização da atenção oncológica em cada um dos níveis de complexidade do SUS e, por fim, os principais avanços e os limites e obstáculos à organização da atenção ao câncer de mama no município são debatidos.

3.1. Saúde da Mulher e Atenção ao câncer de mama em São Gonçalo: alguns antecedentes.

A chegada dos anos 1990 foi acompanhada de mudanças significativas na conformação da atenção à saúde no município de São Gonçalo. Impulsionado pela implantação do SUS e favorecido pelas alterações nas bases federativas previstas na Constituição Federal de 1988³¹ e ainda pela chegada de uma nova composição político-partidária ao governo municipal³² (SENNA, 2004), o sistema de saúde de São Gonçalo adquiriu um novo ordenamento organizativo.

Logo nos anos iniciais da década, foi deflagrado o processo de municipalização da saúde. A gestão municipal de saúde da época possuía uma rede de serviços limitada ao atendimento emergencial, sobretudo através de três Prontos-Socorros, um deles infantil. Com

³¹ Destaca-se aqui o aumento das transferências intergovernamentais, o que acarretou no crescimento das receitas dos entes subnacionais e a maior autonomia conferida aos estados e municípios.

³² Em 1989, o governo municipal foi assumido por um grupo político liderado pelo PDT, através da vitória eleitoral de Edson Ezequiel de Mattos para a prefeitura. A eleição deste prefeito significou a ruptura com o grupo de centro-direita que governava o município desde a segunda década dos anos 1950, implantando uma nova era na política municipal que perduraria até 2000. Para maiores detalhes sobre a política municipal, ver Senna (2004).

o processo de municipalização, os centros e postos de saúde vinculados à Secretaria Estadual de Saúde, bem como os PAMs passaram à gestão municipal (SENNA, 2004). Vale ainda dizer que o município de São Gonçalo dispunha da presença massiva da rede privada de saúde, fator este que ainda hoje influencia na organização da rede municipal de saúde. Como indicam Moneratt, Senna & Souza (2002: 517):

(...) era bastante expressiva a oferta de serviços ambulatoriais contratados da rede privada no período anterior à municipalização, serviços esses que gradualmente foram sendo descredenciados em virtude da própria expansão da rede pública de serviços básicos. O mesmo não acontece com os serviços mais especializados, uma vez que o investimento público (seja municipal ou estadual) nesse nível de atenção não foi, e ainda não é, suficiente para atender à demanda local. Nesta direção, o que se verifica é apenas um pequeno investimento, face às necessidades locais, em termos de ampliação do número de leitos públicos, criação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e implantação de certos serviços de cirurgia nos dois hospitais municipais e nos prontos-socorros.

O contexto da época era propício à implantação e/ ou reformulação de um conjunto de ações e programas de saúde no município. A área de saúde da mulher se beneficiou deste cenário. Em 1991, o PAISMCA foi implantado no município, representando um importante avanço na organização dos serviços de saúde voltados para o cuidado da mulher, na medida em que a criação do MMSG) foi fundamental em que alçava a possibilidade de romper com o modelo até então existente, focado apenas em ações isoladas e focadas no ciclo gravídico-puerperal. A implantação de diversos programas trouxe ainda a necessidade de reformatação do organograma de Secretaria Municipal de Saúde, merecendo destaque a criação da Superintendência de Saúde Coletiva (SUSC), que ficou responsável pelas ações programáticas.

A atuação do Movimento de Mulheres de São Gonçalo (para que a questão da saúde da mulher entrasse na agenda governamental do município. Fundado ao final dos anos 1980, o MMSG possuía duas bandeiras de luta principais: a violência baseada na questão de gênero e a falta de assistência de atenção à saúde adequada às singularidades femininas.

A necessidade de organizar os serviços de saúde diante do processo de municipalização se tornou uma preocupação central para o Movimento de Mulheres de São Gonçalo no início dos anos 1990, fomentando a mobilização em torno de um conjunto de iniciativas. Além das reivindicações pela implantação do PAISMCA, o MMSG instituiu um grupo de trabalho, composto por militantes e colaboradores, que ficou responsável por mapear

os serviços de saúde então existentes e as necessidades municipais. A ideia era que esse processo pudesse subsidiar a elaboração do Plano Municipal de Saúde, editado em 1993. Os resultados do mapeamento realizado deram origem a uma cartilha, que foi entregue ao prefeito e distribuída entre os moradores. A cartilha continha uma espécie de diagnóstico dos entraves ao processo de municipalização em São Gonçalo, com destaque para o atendimento à saúde da mulher gonçalense. De acordo com depoimentos da representante do MMSG, a questão do câncer de mama e do câncer de colo de útero estava presente nesta cartilha.

“(…) isso fez com que a nossa entidade no ano de 1991 fizéssemos um mapeamento das unidades básicas de saúde do município onde isso acabou gerando uma cartilha, uma cartilha que nós publicamos com cinco mil exemplares e entregamos ao prefeito da época, que era o Edson Ezequiel do partido PDT, comprovando para ele que os postos de saúde não estavam aparelhados nem com recursos humanos e técnicos para que fizesse seja a prevenção e a detecção precoce do câncer de mama como do câncer cérvico uterino.” (Representante Sociedade Civil 1)

Alguns ganhos para a saúde da mulher no município decorrem deste processo. Após a divulgação da cartilha, o município realizou seu primeiro concurso público para a área da saúde, com abertura de vagas para especialistas em saúde da mulher, como ginecologistas. Para a representante do MMSG, a cartilha e a mobilização a ela relacionada foram fundamentais para a realização e definição do perfil do concurso.

“Quando entregamos a cartilha ao prefeito, isso foi no ano de 1991, conseguimos com sucesso do Movimento de Mulheres, é que convocasse um concurso público e colocou a vaga de ginecologista no concurso de 1992. Foi o primeiro grande concurso que teve na área da saúde de São Gonçalo. E foi depois dessa cartilha que nós provamos por cada unidade de saúde que tinha e o que não tinha.” (Representante Sociedade Civil 1)

A construção desta cartilha ocorreu concomitante à institucionalização do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Este foi criado em 1991, através da Lei Municipal 060/91, mas só foi homologado no ano de 1993, pelo Decreto Municipal 285/93, devido a conflitos de interesses de gestores, representantes da sociedade civil, atores políticos municipais (SENNA, 2004). Apesar deste lapso temporal, São Gonçalo foi modelo para demais sistemas locais na construção e implementação do Conselho Municipal de Saúde, como referido no estudo de Matos (2004). A parceria entre a UFRJ e o Movimento de Mulheres de São Gonçalo na capacitação técnica dos conselheiros municipais representantes da sociedade civil fortaleceu as ações de saúde na perspectiva do SUS.

“Nós trouxemos a UFRJ pra cá e criamos um fórum semanal que onde a UFRJ com toda a sua equipe especializada capacitação para os conselheiros municipais de saúde da sociedade civil. Então, nós fomos fortalecendo com informações técnicas os conselheiros que passaram a ter uma atuação muito diferenciada e sendo até exemplo para o Brasil. São Gonçalo essa época tinha um conselho muito forte e nós tínhamos como bandeira central, digo nós o Movimento de Mulheres, a bandeira central melhorar a assistência que era fornecida às mulheres da cidade, e várias negociações foram abertas e nós criamos um Comitê de Monitoramento das Ações de Saúde para a Mulher, nós participávamos de reuniões quinzenais dentro do departamento geral de saúde pública, que depois foi substituído pela Superintendência de Saúde Coletiva que funciona até hoje.” (Representante Sociedade Civil 1)

A saúde da mulher não ficou de fora dessa luta. A participação da sociedade civil, aliada à atuação do Movimento de Mulheres de São Gonçalo no Conselho Municipal de Saúde culminou em debates aprofundados acerca da saúde da mulher, buscando inseri-la na agenda municipal de saúde.

“Assim que João Bravo (1993-1996) assume a prefeitura, o Movimento de Mulheres organizou várias reuniões de discussão e negociação para que fosse implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e como era bandeira central da entidade, dedicamos muito tempo nosso no exercício do controle social sob o processo de implantação e implementação dos programas relacionados à saúde da mulher, com destaque para o câncer de mama e cérvico-uterino e o planejamento familiar.” (Representante Sociedade Civil 1)

Uma das primeiras iniciativas da gestão municipal no início dos anos 1990 foi a ampliação do número de unidades básicas de saúde. A perspectiva de aumento da rede de postos de saúde levou em consideração que muitas áreas do município, principalmente os distritos mais distantes do centro, não possuíam nenhum tipo de cobertura de serviços de saúde (públicos e privados). Ou seja, os serviços de saúde estavam centralizados nos bairros próximos ao centro do município, levando a população gonçalense a buscar tais serviços em locais distantes de suas residências. Assim, a expansão de unidades básicas de saúde permitiu ampliar a cobertura dos serviços de saúde e descentralizar as ações para mais próximo das residências, facilitando o acesso.

No caso da saúde da mulher, esta ampliação da rede básica favoreceu a oferta de procedimentos como consultas ginecológicas, realização de exames preventivos, formação de grupos de educação em saúde, dentre outras ações. Além disso, cabe destacar que a realização de exames de Papanicolau nos postos de saúde e em toda a rede municipal, a municipalização

de um laboratório de saúde pública, a capacitação da mão de obra dos servidores concursados da rede municipal de saúde e a compra do primeiro mamógrafo municipal entre os anos de 1992 e 1995 foram ganhos positivos no campo da saúde da mulher.

Vale ressaltar que os obstáculos e tensões enfrentados neste processo foram significativos. A questão do financiamento setorial foi um entrave importante nos anos iniciais da municipalização, sendo, segundo Gaspary (1996), insuficientes e desproporcionais em relação ao contingente populacional do município, o segundo maior em número de habitantes do estado, perdendo apenas para a capital. Ainda sobre estes entraves iniciais da municipalização, Senna (2004) afirma que os mecanismos de financiamento adotados à época – baseados unicamente no pagamento por produção – gerava dificuldades na gerência do sistema e no atendimento às demandas existentes.

Ao mesmo tempo, a gestão municipal carecia de capacidade técnica para conduzir seu novo papel na saúde, o que se expressa na indefinição dos perfis assistenciais das unidades, dificuldades de fixação e cumprimento de carga horária dos profissionais, principalmente médicos, profunda dependência da oferta de serviços privados, com restrita (ou nenhuma) capacidade de regulação (SENNA, 2004).

“Naquela época o conselho de saúde baixou uma resolução proibindo que o município mandasse para os laboratórios privados conveniados todos os exames Papanicolau, só podia ser feito no laboratório do Coelho, mas com a nossa mão de obra própria concursada treinada por técnicos do Ministério da Saúde, que era o laboratório, não sei se mudou o nome, mas na época era CITEC, super especializado na questão da citologia. E conseguimos também fazer na época, o fluxo para os casos suspeitos de câncer, já tinham um fluxo direto. (...) começamos a lutar para que na maternidade São Gonçalo tivesse um atendimento mínimo de mamografia, existia esse mamógrafo que ficou fechado durante anos no depósito da prefeitura sem instalação, e aí começaram todo o processo de convênio com laboratórios para que as mamografias fossem feitas na rede privada. (Representante Sociedade Civil 1)

O depoimento acima é ilustrativo do peso assumido pelo setor privado na conformação da atenção à saúde no município, com poder de veto às tentativas de mudanças que caminhem em direção ao fortalecimento do setor público de saúde no nível local. Esse peso é ainda mais visível no caso dos procedimentos de média complexidade, especialmente os serviços de apoio diagnóstico e terapia (SADT), quase todo concentrado nas mãos do setor privado conveniado.

Um balanço da saúde dos anos 1990 no município permite identificar que as promessas do início do processo de municipalização não se concretizaram. A expansão da rede de unidades básicas de saúde não se fez acompanhar da garantia de resolutividade das ações neste nível de atenção. Ao contrário, problemas como escassez de insumos, insuficiência e rotatividade de profissionais, não cumprimento de carga horária por parte dos profissionais e dificuldades de encaminhamentos para outros níveis afetaram a capacidade de as unidades implantadas responderem às demandas da população. Ao contrário, como aponta Senna (2004), a primazia do atendimento emergencial nos prontos-socorros se mantinha.

Em 2001, já sob nova gestão municipal³³ e forte indução do Ministério da Saúde, São Gonçalo implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF). A forma de implantação da ESF foi considerada ousada, em face da magnitude da cobertura de 70% da população e do número inicial de 179 equipes da saúde da família (SENNA, 2004). De fato, o município foi o primeiro grande centro urbano do país a implantar uma cobertura tão alta e de uma só vez.

No entanto, análises sobre os rumos de implantação da ESF no município (SENNA, 2004; COSTA, 2010) apontaram que havia ausência de fluxos de referência e contrarreferência, baixa resolutividade nas ações, pronto socorro ainda se caracterizava como porta de entrada para os serviços de saúde mesmo após implantação da ESF, dependência da rede privada de saúde, dentre outros. Treze anos após a implantação da Estratégia, na época com 179 equipes iniciais e com cobertura de 70%, o número de equipes ainda se mantém praticamente o mesmo, tendo atualmente, em 2014, um total de 185 equipes e cobertura populacional de aproximadamente 60%. Vale destacar que nesses treze anos, a população de São Gonçalo cresceu exponencialmente.

Do ponto de vista da saúde da mulher, a implantação da ESF significou que as ações de Atenção Básica (tais como acompanhamento pré-natal, prevenção ao câncer ginecológico, planejamento familiar, ações de educação em saúde, dentre outras) devem ser realizadas como parte da rotina das equipes de Saúde da Família.

Nos anos recentes, houve investimentos do governo municipal em duas grandes frentes: a inauguração do Hospital da Mulher Gonçalense e a implantação do Espaço da Mama.

³³ O grupo do ex-prefeito Edson Ezequiel sofreu derrota nas eleições municipais de 2000 e, assim, a prefeitura passou à gestão do candidato da oposição, Henry Charles (2001-2004), eleito por uma coligação liderada pelo PMDB. Médico, Charles foi eleito tendo a saúde como carro chefe de sua campanha, através do slogan *Chame o Doutor* (SENNA, 2004). Após o término de seu mandato, sofreu processo por improbidade administrativa, tendo sido tornado inelegível pelo TRE-RJ.

A iniciativa de fundar um espaço para o atendimento à mulher se deu a partir de pressão por parte da sociedade civil no reconhecimento da especificidade da mulher na saúde pública municipal. O Hospital da Mulher Gonçalense foi inaugurado em 2011, e está localizado no bairro Zé Garoto, junto ao Pronto-Socorro Central, ao Hospital Luiz Palmier e ao Pronto-Socorro Infantil, com foco nas ações materno-infantis.

Sua implantação derivou da reforma da única maternidade municipal existente na cidade, então localizada no Hospital Luiz Palmier, com o intuito de humanizar o atendimento à mulher concentrando todo o atendimento de média e alta complexidade em uma só unidade hospitalar, tinha como objetivo inicial o atendimento aos partos e organizar os serviços materno-infantis, implantar um banco de leite, e posteriormente, receber adaptações para cirurgias eletivas de ginecologia e da mama (cirurgias eletivas da mama ainda não acontecem no município). Isso explica porque o Hospital da Mulher de todos os serviços voltados para a saúde da mulher, também é responsável pela maternidade municipal.

Apesar de ser um hospital voltado para a saúde da mulher, sabe-se que os leitos desta unidade hospitalar são cedidos para atender a outras demandas clínicas municipais, principalmente as do Hospital Luiz Palmier e do Pronto-Socorro Central. A organização da rede municipal, associada à falta de leitos suficientes para atender a demanda geral da população, faz com que Hospital da Mulher Gonçalense ocupe seus leitos com outras especialidades clínicas e cirúrgicas.

“Hospital da Mulher é só um nome.” (Gestão 1)

“Você vai encontrar, pelo menos eu soube que tinha um médico no hospital gonçalense da Mulher que fazia cirurgias eletivas. Aí você vai verificar que o hospital gonçalense da Mulher não é só da mulher, ali faz mais cirurgia ortopédica do que cirurgia ginecológica. Os leitos estão sendo ocupados por outras especialidades”(Representante Sociedade Civil 2)

“Teve reforma, mas não se ampliou leitos, pegou-se leitos antigos que eram dedicados à saúde da mulher e se colocou numa nova estrutura, onde o hospital Luiz Palmier que era um hospital generalista, passou a ser denominado como Hospital gonçalense da Mulher . Mas não existia uma atenção para os casos que iam além dos casos de maternidade e reprodução. Os casos necessários de cirurgias eletivas muitas das vezes programadas e outras emergenciais, muitas das vezes disputavam e disputam leitos com outras demandas como ortopedia.” (Representante Sociedade Civil 1)

No momento de realização da pesquisa de campo, o hospital passava por obras de ampliação, voltadas principalmente para atendimento à necessidade de aumento de leitos obstétricos. Apesar desta prioridade à atenção materno-infantil, é possível observar uma preocupação com a questão da mama. Alguns gestores referem ter pleiteado, nesta obra, a construção de enfermarias e de um centro cirúrgico adaptado para realização de cirurgias eletivas da mama.

A segunda frente de investimentos recentes do município na saúde da mulher foi a criação, em 2011, do Espaço da Mama, destinado à especialidade clínica de mastologia e à realização de exames de ultrassonografia e mamografia. É nesta unidade ambulatorial que está localizado o único mamógrafo público da rede municipal de serviços de saúde de São Gonçalo. O Espaço da Mama fica ao lado do Hospital da Mulher e é a única unidade de saúde que atende exclusivamente às mulheres.

3.2. O controle do câncer de mama na Atenção Básica em Saúde.

Como visto anteriormente, a Atenção Básica em Saúde no município de São Gonçalo é constituída por 38 unidades de saúde (postos de saúde tradicionais, Unidades de Saúde da Família e Centros Médicos de Saúde da Família) e 185 Equipes de Saúde da Família, com cobertura estimada de 60% da população, conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde. É possível observar a existência de diferentes modelos de Atenção Básica no município, na medida em que as diversas unidades de saúde abrigam composições diferenciadas de equipes de saúde.

Assim, em algumas unidades, as equipes seguem a composição mínima exigida pelo Ministério da Saúde para conformação da ESF (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS e, nos casos de equipes de saúde bucal, dentista e técnico de higiene bucal). Em outras unidades, às equipes de Saúde da Família se associa um especialista, geralmente das clínicas básicas (clínico geral, pediatria ou ginecologista) que presta atendimento à demanda daquela unidade de saúde. Há também unidades que seguem o chamado modelo tradicional, composto por profissionais médicos nas clínicas básicas e que prestam atendimento em sua especialidade. Por fim, verifica-se ainda a existência de unidades de saúde que abrigam tanto as equipes do “modelo tradicional” quanto da ESF e, neste caso, os especialistas acabam por atender tanto à demanda espontânea, quanto àquela encaminhada pelos profissionais da Saúde da Família.

O município também conta com equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)³⁴. São Gonçalo está habilitado para a modalidade de NASF 1 com 24 equipes (CNES, 2014) atuando na rede, em que desenvolvem ações articuladas às equipes de saúde da família.

As resoluções recentes na área da Atenção Oncológica (INCA, 2004; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013) têm reforçado a importância da Atenção Básica no controle do câncer de mama feminino. E nesta direção, cabe à gestão municipal da saúde, enquanto responsável por este nível hierárquico, criar estratégias de adesão das mulheres aos programas oferecidos. Afinal, o câncer de mama é uma doença que se detectada precocemente e com tratamento oportuno pode ter um bom prognóstico.

Estudos (BRASIL; 2011; BRASIL, 2013) mostram que programas voltados à ampliação de acesso aos procedimentos de detecção precoce do câncer de mama reduzem as taxas de mortalidade, já que a incidência da doença independe da prevenção primária. Ademais, a PNAO (2006) direciona o cuidado oncológico para todos os níveis de complexidade do SUS, partilhando responsabilidades para fortalecer um sistema hierárquico e horizontal, no que tange à atenção ao câncer.

Protocolos norteadores para o atendimento das mulheres e o controle desta doença podem ser encontrados no documento Cadernos de Atenção Básica (2013), elaborado pelo Ministério da Saúde para orientar competências municipais, fornecer conhecimentos necessários para ofertar neste nível de atenção e promover a descrição dos profissionais e equipes de saúde que atuam na Atenção Básica para o controle do câncer do colo do útero e de mama.

³⁴ No ano de 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família no qual o NASF está cadastrado. Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. (Fonte: DAB – Departamento de Atenção Básica. <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>)

Este documento aponta diretrizes importantes para a atuação da Atenção Básica no controle da doença, a saber: (1) fortalecer e ampliar o acesso às informações relativas à prevenção do câncer da mama, enfatizando que o controle do peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas, são formas de preveni-lo; (2) Alertar médicos e população sobre os riscos associados à terapia de reposição hormonal; (3) Fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre a detecção precoce do câncer da mama para todas as mulheres, ressaltando o alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer da mama; (4) Realizar o diagnóstico precoce de lesões sugestivas de câncer de mama e encaminhá-las com prioridade para atenção especializada; e, (4) Organizar o rastreamento das mulheres de 50 a 69 anos em áreas cuja elevada ocorrência deste tipo de câncer justifique esta iniciativa.

Além disso, é recomendado pelo Ministério da Saúde o exame clínico anual das mamas para mulheres acima de 40 anos e a mesma rotina, acrescida de mamografia bianual, para mulheres de 50 a 69 anos. Para mulheres com história familiar para esta patologia, o rastreamento com mamografia e exame clínico das mamas deve ser iniciado a partir dos 35 anos de idade e ter periodicidade anual (BRASIL, 2013).

Em São Gonçalo, a Atenção Básica é definida por gestores e profissionais de saúde como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde. Entende-se que é neste nível de atenção que acontece o primeiro contato da mulher com o fluxo de atendimento de controle, rastreamento e detecção precoce do câncer de mama.

De acordo com entrevistados, os profissionais de saúde da rede básica – médicos generalistas, ginecologistas e enfermeiros – são orientados a realizar o exame clínico das mamas simultaneamente à coleta do Papanicolau, como parte da rotina de exame preventivo ao câncer ginecológico. Para tanto, os profissionais recebem capacitações e cursos de atualização profissional com periodicidade. Segundo orientações da Secretaria Municipal de Saúde, recomenda-se que o exame preventivo seja realizado anualmente na população feminina, em todas as mulheres com vida sexual ativa.

“A gente na verdade tem pouco tempo no programa, então desde que a gente assumiu, eu dou sempre prioridade quando faço preventivo, a gente faz preventivo uma vez por semana, e a gente explica a importância do preventivo em toda palestra que a gente dá, a gente fala sobre a importância do preventivo, e quando vem colher, a gente não só colhe o preventivo como faz o exame da mama.” (Profissional de Saúde 2)

“Normalmente aqui é assim, as enfermeiras colhem o preventivo, né, e aí no preventivo a gente faz o exame da mama e ensinamos a elas a fazerem o auto exame da mama né, conseqüentemente, a maioria já sai com o pedido da mamografia, dependendo da idade, e se for idade diferencial para a mamografia, já sai com o pedido da mamografia pra ser feito. Não tendo a idade pra mamografia, sai com a ultra” (Profissional de Saúde 3)

Aqui vale considerar que uma das inovações propostas pela Estratégia Saúde da Família é a realização da chamada busca ativa, que permite captar grupos com vulnerabilidades específicas que não chegam aos serviços de saúde. Em São Gonçalo, a cobertura da ESF é, como visto, de aproximadamente 60% da população e, embora não contemple a totalidade do município, pode ser considerada alta principalmente em grandes centros urbanos.

No entanto, essa cobertura relativamente elevada não significa a captação dos grupos alvos de determinadas ações. Nas unidades de saúde visitadas, não foi encontrado um planejamento sistemático de acompanhamento da população da área de abrangência, sendo o atendimento à demanda espontânea o grande balizador do trabalho desenvolvido.

Vale destacar que o controle da doença não se dá apenas com a realização dos exames clínicos e exames de imagem. Recomenda-se aos municípios o desenvolvimento de ações de educação em saúde como parte das estratégias para o estímulo ao comparecimento nas unidades de saúde, à realização do preventivo e ao autoconhecimento do próprio corpo.

“As ações de prevenção da saúde são uma estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Além de abordagens para grupos específicos (por exemplo, gestantes, mães de crianças em puericultura, idosas), é fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação”. (Brasil, 2013: 28)

Nos depoimentos coletados e nas unidades de saúde visitadas, as ações de educação em saúde para o controle do câncer de mama são praticamente inexistentes. E quando ocorrem são, em geral, por iniciativa de algum profissional sensível à questão.

No depoimento de alguns entrevistados, aparece a referência ao fato de que a população tende a procurar os serviços especializados em vez da atenção ofertada nas unidades básicas de saúde. Diversos são os aspectos que contribuem para esse processo.

Em primeiro lugar, cumpre destacar que a baixa resolutividade da Atenção Básica em Saúde – tradição histórica no município, como apontado por Senna (2004) – acaba por gerar uma perda de credibilidade da população nos serviços prestados. De fato, a trajetória histórica da organização dos serviços de saúde no município está associada à falta de planejamento e baixo investimento neste nível de atenção. A título de exemplo, a tabela abaixo apresenta o montante de recursos da saúde previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) do município de São Gonçalo para o ano de 2004.

Tabela 15 – Lei Orçamentária anual de São Gonçalo. Exercício 2014.

Lei Orçamentária anual de São Gonçalo – Receita segundo as categorias econômicas/ Exercício 2014	
Especificação	Desdobramento (em R\$)
Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS - Repasse Fundo a Fundo	223.582.916,00
Assistência Farmacêutica	5.176.000,00
Atenção Básica	76.948.000,00
Vigilância em Saúde	6.706.016,00
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	134.752.900,00

Fonte: http://www.saogoncalo.rj.gov.br/contas_publicas.php

Observa-se que o montante de recursos destinados à Atenção Básica é equivalente a pouco mais da metade do financiamento para os procedimentos de média e alta complexidade, apesar da Atenção Básica ser identificada pelos gestores municipais como carro chefe do sistema de saúde. Como sinaliza um representante do Conselho Municipal de Saúde:

“Acho que ainda tem dificuldade de acesso, apesar da cobertura do saúde da família ser muito alta. Aquilo que eu te falei: a resolutividade da Atenção Básica do município é muito pequena, a população ainda não dá credibilidade necessária aquele postinho de saúde que ele tem perto da casa dele, então ele acaba querendo ir para um centro de referência maior, no caso, o polo da mama.” (Gestor 3)

Concorre para isso a dificuldade de fixação de profissionais neste nível de atenção e a reduzida carga horária dos médicos, ficando a consulta para o exame preventivo restrita à equipe de enfermagem. Não se pode desprezar a preferência de grande parte da população pela atenção médica e especializada, processo esse que é uma marca histórica herdada do modo predominante de organização da atenção à saúde no país.

“Apesar da rede do município ser muito grande e tem uma cultura muito forte do que vem do outro tempo, e às vezes é muito difícil combater esses maus hábitos, aquela coisa do INAMPS, fragmentado, não entender a AB como porta de entrada e querer logo o especialista.” (Gestor 3)

Essa “cultura”, para usar o termo utilizado pelo representante do CMS, acaba sendo reforçada não só pela baixa resolutividade da Atenção Básica quanto pelo próprio formato “híbrido” como se organiza este nível de atenção no município. Os depoimentos abaixo são ilustrativos:

“A gente tem um ginecologista no posto que não é da ESF mas é da rede... E muitas mulheres vem para consulta com o ginecologista. Na verdade, na verdade, a gente da ESF quase nem faz preventivo. Porque quando a gente tem o ginecologista no posto... E as mulheres gostam de ir ao ginecologista.” (Profissional de Saúde 3)

“O fluxo começa com Atenção Básica. A Atenção Básica é formada por postos de PSF, postinhos comuns da rede e os polos sanitários, que vem um pouco acima e que tem alguns especialistas, mas tem clínicos gerais também, e os especialistas que tem lá são os ginecologistas que também veem a mama. Os PSF e os postinhos base geralmente não tem ginecologista e o clínico atende. Os polos que tem ginecologista, eles atendem a mulher na ginecologia, examinam a mama aí se eles acham alguma alteração ou se é só de rotina, eles pedem a mamografia ou ultrassom, dependendo da idade ou o que estiver padronizado, encaminham pro Espaço da Mama”. (Gestão 1)

Outro aspecto referido em entrevista para justificar o atendimento por especialista é a preferência das mulheres por realizar o exame preventivo com profissional do sexo feminino.

“(...) A gente tem o clínico geral, como meu clínico é homem, essa parte ele não faz. E acaba a equipe de enfermagem fazendo. Como a gente tem um ginecologista no posto, as mulheres preferem ir ao ginecologista.” (Profissional de Saúde 3)

A consulta de enfermagem esbarra, contudo, em limitações relacionadas à impossibilidade de realizar alguns procedimentos, como a prescrição de exames complementares, por exemplo.

“Nós fazemos o preventivo, no preventivo nós também fazemos o exame da mama, só que a gente não pode solicitar a mamografia, quem solicita é o médico. Aí quando chega, se a gente vê alguma necessidade, a gente já passa pro médico e aí ele vai e solicita o exame. Dependendo da idade, é a ultrassonografia mamária ou a mamografia.” (Profissional de Saúde 1)

A partir do exame clínico da mama, caso não seja encontrado nenhum tipo de alteração na mama e a mulher esteja em idade de risco (acima de 50 anos de idade), o profissional de saúde deve realizar o encaminhamento desta mulher para exames de mamografia e ultrassonografia, como forma de rastreamento. Os pedidos dos exames de imagem são agendados pelo próprio posto de saúde através da Central de Regulação.

“Tendo alteração ou não a gente faz o pedido da ultra e mamografia.”
(Profissional de Saúde 3)

Porém, se a mulher não estiver em idade de risco e o profissional de saúde identificar que há alguma alteração da mama, ele também pode solicitar o pedido de exames, ou de ultrassonografia ou mamografia, de acordo com a necessidade.

“A gente faz pedido e não tem problema algum mesmo sendo fora da idade de risco a gente pode mandar, a gente coloca uma observação, mesmo sendo fora da faixa etária da mamografia, porque a ultra qualquer idade, porque mamografia a gente tá pedindo porque sentimos uma alteração no auto exame.” (Profissional de Saúde 3)

A mulher tem o pedido agendado pelo próprio posto de saúde, através da Central de Regulação. Os exames de mamografia ou ultrassonografia são realizados na rede municipal (o Espaço da Mama) ou em clínica conveniadas, conforme disponibilidade de vagas. É a Central de Regulação que é responsável por este encaminhamento, assunto que será abordado mais a frente.

Segundo relatado por profissionais e gestores, o tempo de espera é de aproximadamente um mês para a realização dos exames de ultrassonografia ou mamografia. O tempo de espera para a realização destes exames foi reduzido, segundo gestão municipal, após a implantação da Central de Regulação, no ano de 2013 e pelo convênio com as clínicas prestadoras de serviços da rede privada (atualmente quatro, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde), já que a rede municipal possui apenas um mamógrafo próprio.

Após a realização dos exames de imagem, a mulher retorna ao posto de saúde para consulta com o médico responsável pelo pedido, num movimento de contrarreferência à rede básica. Caso haja alteração nos exames de imagem, o médico encaminhar a mulher para a rede especializada no município, que é o Espaço da Mama, através da Central de Regulação. Um aspecto a destacar é que os profissionais de saúde indicam que após esse

encaminhamento, a equipe da Atenção Básica perde o contato com a usuária, não mais acompanhando essa mulher. Essa lógica acaba por ferir a perspectiva de atenção integral prevista pelas normativas do controle do câncer feminino:

“As ações da Atenção Básica são diversas no controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Vão desde cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos.” (Brasil, 2013)

Apesar de ser orientado que a mulher volte para a unidade básica de origem, em muitos casos, isso se perde, conforme relatam profissionais de saúde. Tal perda de continuidade dos serviços suscita perceber que a integralidade, dentre seus variados sentidos, entendida aqui como um conjunto articulado e contínuo de ações (LOS, 1993), em seus canais de comunicação, não é bem sucedida.

“Quando a pessoa vai pro Hospital da Mulher ou Espaço da Mama, ela vai e fica lá. Muitas vezes a gente faz pelo nosso usuário cadastrado, mas aqui no posto, a gente faz muito fora da área de abrangência. E como a gente faz muito fora de área, a gente acaba não fazendo essa questão do acolhimento. Os resultados que vieram e foram encaminhados para o rede ficam lá.” (Profissional de Saúde 1)

“Quando é da área de abrangência, ela volta, faz visita domiciliar, passa pras agentes comunitárias para saber como é que foi. Quando não, a gente perde.” (Profissional de Saúde 2)

Um aspecto a considerar é a capacitação dos profissionais da equipe básica de saúde, que aparece nos depoimentos dos gestores como uma preocupação da gestão municipal. As capacitações acontecem periodicamente, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Eles são capacitados todo ano, agora teve capacitação já, como pedir mamografia, idade certa, o controle, e mesmo fora da idade, se achar um nódulo, pedir um ultrassom, fazer o exame clínico, pedir e ver se realmente tem alteração e mandar para o mastologista. (Gestão 1)

A literatura reitera a importância de atualização destes profissionais de saúde.

“Programas de detecção precoce desempenham importante papel na redução da mortalidade. Para isso torna-se imprescindível à capacitação dos médicos de família visando conscientizar a população feminina sobre a atenção especial que deve ser dada às mamas, mesmo sabendo-se que a baixa adesão das mulheres assintomáticas aos programas ambulatoriais é devida ao medo e preconceitos com relação a essa doença. (Fogaça & Garrote, 2004:181)”

Em relação aos preconceitos e medos da doença, foi relatado pelos profissionais de saúde certo medo das mulheres que frequentam as unidades de saúde. O mito do câncer, como doença mortal, ainda faz parte do senso comum. A desconstrução destes mitos a respeito do câncer também é de responsabilidade do processo de educação em saúde. Entender a doença e explicar os fatores que podem causá-la, reforçar a necessidade de acompanhamento das mulheres consideradas em idade de risco e o autoconhecimento do corpo são ações que, conforme supracitado, devem fazer parte da rotina dos profissionais de saúde.

“Sabe o que acontece, elas tem medo de fazer e tem medo de dar alguma coisa. Essa paciente por exemplo, faz o preventivo regularmente, o que acontecia é que a mama dela não era examinada no preventivo. E era sempre o médico quem fazia o preventivo, então assim, colhia o preventivo e não fazia o exame da mama, entendeu.” (Profissional de Saúde 2)

3.3. A questão do câncer de mama na média complexidade.

A média complexidade para o cuidado da mama no município de São Gonçalo inicia quando a mulher é referenciada do posto de saúde para a realização de exames de imagem, sejam exames preventivos ou diagnósticos. É na média complexidade, conforme recomendações do Ministério da Saúde, que são realizados os procedimentos diagnósticos e radiodiagnósticos para controle do câncer de mama, tais como a ultrassonografia e mamografia.

“No caso do câncer da mama, essa unidade deve ser capaz de biópsia diagnóstica. Alguns tratamentos também podem ser realizados nessas unidades, e caso mais graves, que necessitem de procedimentos mais complexos, devem ser encaminhados para as unidades terciárias. Alguns desses serviços, também possuem ações de radiodiagnóstico, e são responsáveis por realizar mamografia e outros exames de imagem conforme organização regional” (Brasil, 2013)

A referência das unidades básicas de saúde para realização da mamografia ou ultrassonografia é o Espaço da Mama ou a rede privada conveniada. Ressalta-se aqui a dependência do município em relação à oferta de serviços do setor privado. Conforme já informado, a rede de saúde municipal possui apenas um mamógrafo público. Porém, com o grande contingente populacional, apenas um equipamento não daria conta da demanda, e para isso, o município, através de chamada pública, pactuou convênio com quatro clínicas privadas, localizadas no município, para realização dos exames de imagem.

Apesar da predominância numérica das clínicas conveniadas, alguns gestores ressaltaram que a Central de Regulação do município tende a priorizar o encaminhamento para o Espaço da Mama. Justifica-se tal prioridade porque é neste espaço que se encontram os mastologistas da rede, já que estes servirão de referência caso o resultado dos exames exija tal acompanhamento.

“(…) dentro dos parâmetros que nós criamos em relação a quantitativo, demandas e que tem que encaminhar, e a gente está organizando a rede para isso, justamente é para que esses pacientes tenham acesso rápido aos serviços, né, então a gente tem que encaminhar, que é pro espaço da mama, que é o que mais a gente faz, justamente para rastrear, porque o profissional já está lá dentro, e a gente tenta agilizar o processo. (Gestão 2)

Em relação ao tempo de espera para a realização dos exames, relatos afirmam que após a organização da Central de Regulação, o tempo de espera para exames como ultrassonografia e mamografia foram reduzidos. De acordo com os gestores entrevistados, há um empenho por parte da Secretaria Municipal de Saúde em facilitar o acesso e distribuir os serviços ofertados de forma equânime, em que o referenciamento e o contrarreferenciamento têm acontecido da Atenção Básica, mais precisamente dos postos de saúde, para a central de regulação, e da central de regulação para os locais que ofertam os serviços. A mulher aguarda em casa o agendamento e é notificada pelo posto de saúde ou pela central de regulação em relação ao agendamento do exame.

“Ou muitas a gente passa ultra e a mamografia, porque às vezes a ultra fica pronta rápido mais do que a mamografia. E aí elas saem com esse pedido, deixam aqui para autorizar na central de regulação. Tem demorado menos agora, demora de 15 a 30 dias e aí vem autorizado pelo local. Elas vão e fazem e trazem pro médico ver. E aí já marcam consulta com o médico e ele dá uma olhada. Normalmente é assim aqui no posto de saúde.” (Profissional de Saúde 3)

“Olha, não demora. Quando o paciente passa por aqui e a gente encaminha pro Espaço da Mama o tempo é em média de 1 mês. (...) Hoje o serviço público no município, está tentando agilizar e flexibilizar o atendimento justamente pra resolver a vida do paciente nesse sentido. (Gestão 2)

Todos os profissionais de saúde entrevistados para este trabalho afirmaram que atualmente, no município, o agendamento e realização de ultrassonografias e mamografias levam menos tempo do que o resultado do exame preventivo Papanicolau. O prazo para realização da mamografia após o agendamento na rede municipal varia atualmente entre 15 a

30 dias. De acordo com os entrevistados, a reestruturação da Central de Regulação, no início de 2013 contribui para agilizar o acesso à mamografia e à ultrassonografia.

“O que tá demorando muito aqui em São Gonçalo é o resultado do preventivo. Atendi uma paciente que veio aqui em março e o resultado ainda não chegou. Os usuários não gostam e a gente também não, a gente fica naquela coisa de né.” (Profissional de Saúde 2)

No Espaço da Mama estão lotados os mastologistas do município, que totalizam três. De acordo com a gestão, o fato de ser um quantitativo pequeno de profissionais para um município de grande contingente populacional não interfere no fluxo de atendimentos. A Central de Regulação, implantada recentemente, tem conseguido organizar a oferta de forma a atender a demanda sem filas de espera ou demanda reprimida. Para tanto, lançou mão de estratégias como o convênio com as clínicas prestadoras de serviços.

É no Espaço da Mama, ambulatório de especialidade, que se dão prioritariamente as ações de média complexidade: consulta com mastologistas e exames de imagem. Quando há a necessidade de biópsia, o município referencia a mulher para uma clínica conveniada com a rede para realização de tal procedimento. A regulação desses serviços é mediada pela Central de Regulação. O município também não possui leitos para cirurgias eletivas da mama e profissionais especializados para isso, logo, tais serviços, são referenciados pela Central de Regulação para hospitais do SUS de referência.

“A gente aceita lá (Espaço da Mama) com guia de encaminhamento destes postos base e o resultado do exame que deu alterado, ou o ultrassom ou a mamografia, cisto, nódulo, não importa o tipo de alteração de que deu, às vezes uma dilatação só de ducto, qualquer coisa. O que importa é que deu alterado e é encaminhado para estes mastologistas que vão ver, se não é nada botam na contrarreferência,, ou se precisar de outro exame mais especializado, a gente faz core biopse, a gente dá todo o diagnóstico. E quando é câncer, a Central de Regulação encaminha pros lugares que fazem oncologia. É assim o fluxo da mama.” (Gestão 1)

Se o agendamento e realização dos exames de detecção precoce e rastreamento não demoram, essa situação se altera nos relatos no que diz respeito à realização da biópsia e início do tratamento.

“O grande problema é a demora, não é nem para o diagnóstico, é para iniciar o tratamento”. (Profissional de Saúde 1)

“Agora, para a fazer a biópsia que eu acho que demora muito em São Gonçalo, aqui e em todos os lugares. Eu não acho que é só aqui não, acho que é em tudo. Eu sei de outros lugares que também demoram muito”. (Profissional de Saúde 3)

No âmbito da média complexidade Hospital da Mulher Gonçalense realiza cirurgias ginecológicas. Porém, ele não realiza nenhum tipo de cirurgia da mama. Cirurgias eletivas da mama para casos não malignos são referenciadas para outros municípios através do SISREG, pois, não há leitos específicos para atender tal demanda. Com a recente reforma desta unidade hospitalar, vem sendo pleiteado pela gestão do SUS um espaço específico para questões da mama, ou seja, leitos para a realização de pequenas cirurgias da mama que podem ser realizadas pelos mastologistas da rede. No entanto, a prioridade definida pela Secretaria Municipal de Saúde foi pela ampliação dos leitos obstétricos, como parte da estratégia para adequação do município aos requisitos da Rede Cegonha³⁵.

Tal espaço solicita construção de enfermarias e de um centro cirúrgico adaptado, em que se entende a necessidade de contratação de profissionais especializados para realizar procedimentos que podem ser realizados na rede municipal, como cirurgias eletivas da mama.

Se a questão da saúde for resolvida na alta complexidade, esta mulher retorna para a Atenção Básica. Nos Cadernos de Atenção Básica (2013) é recomendado:

”Além do atendimento à usuária, é fundamental que esse serviço forneça um relatório para a equipe da Atenção Básica em relação à alta. Esse relatório deve informar os procedimentos realizados, o diagnóstico, bem como orientações com relação ao seguimento e ao acompanhamento dessa usuária.” (Brasil, 2013)

Apesar do fluxo da mama estar desenhado desta maneira, o Espaço da Mama também atende demanda espontânea e encaminhamentos do Complexo Hospitalar Luiz Palmier, dentre eles o Hospital da Mulher.

“Tem a demanda espontânea. Vamos supor que o paciente esteja sendo atendido no setor de ginecologia no hospital Luiz Palmier, se é detectado lá, essa rede municipal, até o paciente retornar para voltar pro Espaço da Mama, demora. Se ele já está lá dentro, faz o exame e entra na nossa estatística futura, o quantitativo daquilo que foi atendido lá.” (Gestão 2)

³⁵ A rede Cegonha foi instituída através da Portaria GM 1.459, de 24/06/2011. Consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

3.3.1- A Central de Regulação Gonçalense.

O sistema de referência e contrarreferência no SUS municipal é um instrumento organizador e ordenador das práticas de assistência e serviços ofertados, denominado de regulação. A regulação em serviços de saúde institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial. Trata-se de um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo (BRASIL, 2003).

Regular os serviços de saúde tem como objetivos (1) oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial; (2) organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime; (3) organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população; (4) otimizar a utilização dos recursos disponíveis; (5) fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação; (6) fornecer subsídios para o processo de programação pactuada e integrada. (BRASIL, 2003)

Em São Gonçalo, dada sua capacidade instalada, a rede municipal oferta serviços relacionados ao controle do câncer de mama até o chamado nível secundário de atenção à saúde (isto é, os exames de mamografia, ultrassonografia e consulta com mastologista). Procedimentos como biópsia, cirurgia de mama, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia não são ofertados pelo SUS municipal, sendo referenciados a outros municípios.

Tradicionalmente, o acesso a esses serviços se dava ou por demanda espontânea (no caso das consultas especializadas) ou através de encaminhamentos assim constituído: o médico da Atenção Básica preenchia um formulário de encaminhamento e o entregava ao usuário para que ele próprio pegasse autorização na Secretaria Municipal de Saúde e providenciasse o agendamento ou a vaga (SENNA, 2004). Tal formato acabava por gerar enormes distorções, dentre elas o elevado tempo de espera para realização de alguns procedimentos e a falta de acesso a determinados serviços e ações.

Em anos recentes, a gestão municipal buscou implantar algumas medidas que permitissem a organização da rede para esta questão. Dentre estas medidas, destaca-se a reestruturação da Central de Regulação, denominado pela gestão municipal como “Complexo Regulador”. A reformatação deste mecanismo contribuiu para alguns avanços nas políticas de

controle e rastreamento do câncer de mama, especialmente no que tange à melhoria de acesso aos exames de imagem.

A Central de Regulação do município de São Gonçalo foi reestruturada no ano de 2013 pela gestão municipal vigente. O novo espaço, o Complexo Regulador, possui uma sede espaçosa, no centro da cidade e próximo ao Complexo Hospitalar Luiz Palmier. Contava, no momento de realização da pesquisa de campo, com uma equipe de aproximadamente 40 profissionais, entre médicos reguladores, auditores, digitadores e gestores e trabalha recebendo e autorizando pedidos médicos de exames, procedimentos, internações, cirurgias, dentre outros. Organizar a oferta de serviços numa perspectiva sistêmica, de rede, tanto no âmbito do próprio município quanto na relação com outros municípios tem sido uma novidade para a população de São Gonçalo.

A situação encontrada pela atual gestão, conforme relatado pelos gestores entrevistados, era bastante crítica em relação à estrutura existente: o espaço para a regulação dos serviços de saúde era pequeno, sem equipamentos informatizados e pouco quadro de funcionários. Tal situação se perdurou pelo menos nos últimos cinco anos que antecederam o ano de 2013³⁶.

“A Central de Regulação foi na verdade inaugurada efetivamente dia 9 de dezembro de 2013, ela não funcionava assim. O espaço que nós encontramos foi umas três micro salas, um quadro com meia dúzia de funcionários, que ficavam o dia inteiro e não faziam nada.” (Gestão 2)

De acordo com estes entrevistados, a construção de uma central de regulação municipal é uma meta do governo local, no sentido de garantir a integralidade dos serviços ofertados na rede.

“Nós montamos a Central de Regulação porque é uma meta do governo, de fazer com que todos tenham acesso, igualmente, partindo do pressuposto da igualdade, integralidade, e nós começamos a fazer um trabalho, só que assim, é um trabalho que com um município que possui mais de um milhão de habitantes e 75% SUS dependente, então, nós precisamos organizar a rede” (Gestão 2)

No entanto, há que se considerar que a construção de centrais de regulação tem sido estimulada pelo Ministério da Saúde para ordenar a rede de serviços, facilitar e tornar mais ágil o acesso a estes serviços e maximizar os recursos.

³⁶ A central de regulação de São Gonçalo possui cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES desde o ano de 2008.

Após a implementação da Central de Regulação, nota-se um aumento do número de exames de mamografias realizados pelo município, tanto no Espaço da Mama quanto nas clínicas conveniadas. Dados fornecidos pela gestão municipal indicam o volume de encaminhamentos acessados pelo Complexo Regulador. Desde a sua reestruturação em 2013, a Central de Regulação já recebeu cerca de 20 mil laudos com pedidos de exames, dentre eles pedidos de mamografia. No mês de janeiro de 2014, o número de mamografias realizadas no mês chegou a 501 exames realizados; em fevereiro total de exames realizados foi 1050; para março o quantitativo não foi informado e em abril totalizou 637 exames de mamografia realizados. De acordo com gestores entrevistados, os números para solicitação de exames de mamografia continuam a crescer. Acredita-se que este crescimento se deve à agilidade na organização dos fluxos a partir da implantação da Central de Regulação.

“E você pode ver que a demanda está aumentando pelos números de mamografias realizadas este ano. A gente tem uma série histórica de aumento de procura porque está tendo mais oferta de serviços no município. O Espaço da Mama vem atendendo uma demanda muito grande inclusive, porque o mastologista já está para fazer o procedimento. Então ele passa por aqui, a gente já encaminha, a gente tem feito atendimento inclusive no sábado.” (Gestão 2)

Apesar disto, algumas dificuldades se interpõem neste processo. No caso da referência a outros municípios, o Complexo Regulador recebe a solicitação dos profissionais da rede do SUS municipal e é a Central de Regulação que protocola a demanda através do SISREG³⁷. O SISREG é o sistema que referencia as demandas municipais com diagnóstico de câncer de mama para unidades de tratamento oncológico da rede. A gestão municipal relata dificuldades com a ferramenta SISREG, não só para a regulação do câncer de mama, mas para todos os tipos de cânceres. Trechos de entrevistas relatam a baixa oferta de vagas pelo sistema e que não há garantia de acesso para a oncologia em tempo hábil.

A gente precisa da garantia do acesso e essa garantia não temos. E não é um problema que apenas São Gonçalo enfrenta, é regional. (...) E quando você regula um paciente no sistema muitas vezes aparece pra gente que não há vaga no SISREG. (...) Se a rede federal der acesso pelo SISREG para atendimento oncológico para todos os hospitais que

³⁷ A ferramenta SISREG – Sistema de Regulação - é um sistema de informação on line (software) disponibilizado pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS)/ Ministério da Saúde para gerenciar e operacionalizar as centrais de regulação em todos os níveis de atenção à saúde, visando organizar e controlar os fluxos de atendimento, além de otimizar os recursos disponíveis. É considerado um importante sistema de regulação, pois pode proporcionar a integralidade do acesso aos diferentes níveis através de um sistema informatizado que pode ser implementado nas secretarias estaduais e municipais.

atendem a população com câncer, talvez nos tivéssemos o acesso. (Gestão 2)

3.4. A Alta Complexidade na atenção ao câncer de mama em São Gonçalo.

De acordo com a normatização da política de controle do câncer no Brasil, a alta complexidade constitui referência para a Atenção Básica, realizando serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em âmbito hospitalar, tais como cirurgia oncológica, quimio e radioterapia.

“A atenção terciária é composta por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalares. Com a atenção especializada ela constitui referência para a Atenção Básica dentro da lógica de hierarquização e regionalização do SUS. A Rede de Atenção Terciária deve ser planejada com base em parâmetros populacionais, com oferta de um conjunto mínimo de procedimentos. No caso da atenção ao câncer, é o nível assistencial no qual são realizados os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em oncologia – cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia – e que é responsável pela oferta ou coordenação dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer.” (Brasil, 2013: 30)

Desse modo, no caso do controle do câncer de mama, a Alta Complexidade é responsável pelo tratamento de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em estágios que envolvam procedimentos cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos.

A PNAO (2004) estabelece que a rede de atenção oncológica neste nível de complexidade é composta por UNACON³⁸, CACON³⁹ e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia⁴⁰.

³⁸ As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) são hospitais terciários estruturados para tratar, no mínimo, os cânceres mais prevalentes no país (mama, próstata, colo do útero, estômago, cólon e reto), menos pulmão. É o hospital que possui todas as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade. O câncer de pele não-melanoma pode ser tratado em serviços não especializados. (BRASIL, 2005b)

³⁹ Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) são hospitais terciários estruturados para tratar todos os tipos de cânceres, em todas as modalidades assistenciais. É o hospital que possui todas as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Todo Cacon oferece tratamento assistencial radioterápico na própria estrutura hospitalar. (BRASIL, 2005b)

⁴⁰ Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia um CACON que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica e que possua os seguintes atributos: I. ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004; II. ter uma base territorial de atuação. (BRASIL, 2005b)

O município de São Gonçalo não possui nenhuma unidade de alta complexidade, apesar de seu porte populacional e dos indicadores de câncer de mama apresentados. A rede de serviços de controle e prevenção do câncer de mama limita-se à Atenção Básica e à Média Complexidade. Observa-se, em verdade, que o fluxo de atendimento da mama em São Gonçalo se encerra com o diagnóstico. Após, o diagnóstico, se positivo para malignidade, a mulher é referenciada para a Central de Regulação do município.

Quando o diagnóstico está fechado para câncer de mama, a Central de Regulação insere os dados da mulher no Sistema Informatizado de Regulação – SISREG III⁴¹. As vagas disponíveis para a rede de atenção oncológica para o câncer de mama são ofertadas pela rede através deste sistema informatizado. A mulher é referenciada para uma unidade oncológica em outro município para realizar o tratamento, geralmente o Hospital Universitário Antônio Pedro em Niterói.

Os gestores entrevistados reconhecem que há a necessidade de organizar a rede para pleitear serviços de alta complexidade voltados para a questão oncológica. O debate perpassou pelas pautas do Conselho Municipal de Saúde. No entanto, a prioridade foi organizar primeiramente a Atenção Básica, conforme demonstra o depoimento abaixo:

“A gente na verdade está até pleiteando uma UNACON aqui pro município, isso já foi uma discussão até no conselho já, mas Rio Bonito (município da região metropolitana 2) se antecipou e foi na frente da gente. Como São Gonçalo é grande parte da região da metropolitana 2, eu acho que dá pra gente correr atrás e ainda conseguir.” (Gestão 3)

Cabe destacar que a Alta Complexidade envolve custos elevados, além de demandar equipamentos e profissionais qualificados, aspectos estes em que o município se mostra frágil. Essa condição reforça a necessidade de um esforço de cooperação intergovernamental, que se encontra ainda incipiente na região. Apesar da implementação de ações dirigidas ao controle do câncer estar prevista na Programação Anual de Saúde da SES-RJ dos anos de 2012-2013 e da Matriz do Plano Regional de Saúde 2013-2016 da Metropolitana II, o que se observa é que a questão da oncologia para os cuidados do câncer de mama no município está pautada prioritariamente na prevenção, rastreamento e detecção da doença, não havendo qualquer serviço de alta complexidade para este tipo de doença.

⁴¹ O SISREG foi implementado em São Gonçalo no ano de 2013, no mesmo momento de reestruturação da central de regulação municipal, com o intuito de controlar o fluxo e integrar a rede assistencial disponível.

3.5 – Limites e possibilidades para o controle do câncer de mama em São Gonçalo.

Os resultados do trabalho de campo no município de São Gonçalo permitiram identificar um conjunto de possibilidades, mas também entraves significativos à organização das ações de controle do câncer de mama. As normativas federais e estratégias de indução do Ministério da Saúde têm sido importantes referências para a gestão municipal, não só em termos do controle da neoplasia maligna de mama, mas para a saúde da mulher como um todo.

No entanto, esses parâmetros têm sido adaptados – ou reconstruídos – a partir de determinadas características locais. Três aspectos relacionados à arena setorial da saúde chamaram atenção quando examinamos a organização da atenção oncológica no município. São eles que buscamos destacar aqui.

3.5.1 – Modelos híbridos na Atenção Básica.

Conforme define a Política Nacional de Atenção Básica, esse nível de atenção

(...) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2006).

Desde meados dos anos 1990, a Atenção Básica em Saúde tem sido alvo de um conjunto de investimentos por parte do Ministério da Saúde, passando a ser definida como estratégia prioritária para induzir mudanças no modelo de atenção à saúde no país.

Em São Gonçalo, a adesão do município à política ministerial para a Atenção Básica se fez efetivamente a partir de 2001, quando o município implantou a Estratégia Saúde da Família em larga escala. No entanto, esse processo esbarrou na trajetória histórica da política de saúde no município, marcada pelo clientelismo, pela cultura de atendimento centrado no hospital pronto-socorro e principalmente, por práticas privatistas. Estudos como os de

SENNÁ (2004) e GASPARY (1996) já apontavam estas características do sistema local de saúde, as quais permaneceram diante do processo de municipalização e perduram até hoje.

Em certa medida, esse traço é reconhecido pelos gestores municipais e identificado como um entrave importante para a conformação da Atenção Básica de Saúde em seu papel de porta de entrada preferencial e coordenador do sistema de saúde. O depoimento abaixo é ilustrativo.

“Essa organização da rede começa na Atenção Básica. Se a Atenção Básica funcionar efetivamente, os outros segmentos também vão conseguir funcionar. Só que é aquilo que eu falei, não depende do subsecretário, da Atenção Básica, não depende da Secretaria de Saúde, são fatores oriundos já dessa história que o município possui.” (Gestão Central de Regulação)

A intervenção da Atenção Básica é considerada, pelas normativas federais vigentes, fundamental para o controle do câncer de mama. Afinal, as ações de rastreamento e detecção precoce da neoplasia estão fortemente circunscritas a esse nível de atenção, com repercussões no prognóstico da doença.

Tida como prioridade pela gestão municipal da saúde, a Atenção Básica no município de São Gonçalo apresenta a configuração do que podemos denominar de um modelo híbrido, na medida em que podemos encontrar diferentes perfis de oferta destes serviços: a ESF, os postos de saúde tradicionais e os Centros Médicos de Saúde da Família.

Este hibridismo foi justificado pela gestão municipal como estratégia para atender a um conjunto de demandas específicas, que vão desde as necessidades da população que reside em bairros considerados violentos até a necessidade de dar suporte no atendimento especializado (pediatras, ginecologistas, cardiologistas, dentre outros) para as equipes de Saúde da Família. No entanto, aspectos como adequação a interesses corporativos (como escolha dos locais em que seriam lotados pelos profissionais) e à falta de profissional médico com formação generalista e o jogo clientelístico do município parecem ser a chave explicativa para a existência destes modelos.

Tal situação acaba por gerar indefinição do perfil assistencial das unidades de saúde e até mesmo a adequação (e não alteração) do modelo tradicional às mudanças propostas, sem que isso promovesse alterações no modo de produção à saúde.

Estudos como os de Giovanella et al. (2003) apontam que o modelo de atenção básica proposto pela ESF se deu a partir na necessidade de repensar o modelo assistencial tradicional

devido a “mudanças demográficas e epidemiológicas e da baixa capacidade de atenção médica contemporânea fragmentada pela especialização progressiva, em garantir atenção integral e integrada” (GIOVANELLA et al, 2003: 279). Além de questões de eficácia e efetividade da atenção básica em que o médico generalista atua como porta de entrada, as autoras apontam também aspectos financeiros:

“Sistemas integrados de saúde, nos quais o clínico geral atua como porta de entrada obrigatória (gatekeeper), são considerados menos onerosos e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais. A busca de alternativas menos dispendiosas de atenção não é tarefa secundária” (GIOVANELLA et al, 2003: 279).

As autoras destacaram em seu trabalho o discurso do ex-secretário executivo do Ministério da Saúde Gastão Wagner de Souza Campos, numa recente conferência de abertura de reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS),

“não há recursos financeiros capazes de sustentar o modelo tradicional, centrado em pronto socorro, hospital e especialistas, além de eficácia da atenção (modelo tradicional), ficar comprometida. É necessário garantir atenção básica integral: equipes de saúde com capacidade de fazer promoção e prevenção e com resolutividade clínica com capacidade de atender aos problemas crônicos” (in: GIOVANELLA et al, 2003: 279).

A indefinição de um modelo assistencial na atenção básica acaba por incidir na questão do controle do câncer de mama no que diz respeito a possíveis fragilidades na garantia do cuidado integral. Embora o discurso da gestão municipal aponte para o entendimento de que o hibridismo da Atenção Básica representa uma estratégia de garantia de maior resolutividade no acesso – na medida em que oferta neste nível de complexidade determinados serviços que não seriam de sua competência, avaliamos que as ações de prevenção e promoção da saúde podem estar comprometidas com o hibridismo encontrado no município. Isso porque a Atenção Básica acaba não se responsabilizando, de fato, pelas estratégias de detecção precoce, entre elas a busca ativa e o estímulo e orientação às mulheres para realização de exame preventivo e o exame clínico da mama.

A necessidade de dotar a Atenção Básica em Saúde do município de capacidade resolutiva e papel coordenador do cuidado em todo o sistema de saúde parece ser reconhecida pela gestão municipal, como indica o depoimento de um representante gestor no Conselho Municipal de Saúde:

“Acho que quem deveria chegar realmente no polo (Espaço da Mama) era quem tivesse passado pela Atenção Básica, e a gente está até revendo o modelo aqui, criando as clínicas de família, com ultrassom, raio x, com uma estrutura maior para dar maior resolutividade para isso aí, pra ver se a população começa a enxergar a Atenção Básica como porta de entrada, como primeiro ponto de acessar à saúde.” (Gestão 3)

No entanto, essa afirmação tende a reforçar aquilo que tem se tornado um padrão recorrente na gestão da saúde municipal, qual seja, a ideia de que as dificuldades de saúde do município advêm ou da cultura hospitalocêntrica da população ou da precariedade (financeira, de estrutura, etc.) do município. Como se a gestão municipal não tivesse nenhuma capacidade de intervenção ou responsabilidade por este processo.

No entanto, sem desconsiderar esses elementos, concorda-se, nesta dissertação, com a percepção de alguns atores da saúde municipal de que falta “vontade política” da gestão municipal em promover as mudanças necessárias no sistema local de saúde, apesar de toda a estrutura de incentivos do Ministério da saúde.

“Acho que São Gonçalo ainda não tem, embora seja uma metrópole, em uma cidade de um porte imenso, segunda maior do estado do RJ, ela funciona de uma forma tacanha, não existe uma organização, um planejamento, um modelo essencial definido, eu que gosto da área da saúde e militei como militante feminista na área da saúde, posso afirmar, e como estudiosa também, na área da saúde, o que falta é compromisso, compromisso com o SUS, compromisso com o modelo assistencial que seja planejado, que seja participativo, que se dê transparência às ações, falta um conselho de saúde que exerça de fato um controle social, o que existe é um conselho de saúde para dizer que tem pra atender muito mais uma exigência o repasse de verbas federais para o município do que o conselho efetivamente garanta a assistência de tantas pessoas que tenham o direito de ser bem atendidos pela rede pública de saúde”. (Representante Sociedade Civil 1)

3.5.2 – Dificuldade de fixação de profissionais médicos

Associado aos dilemas postos pelo item anterior, observa-se que a dificuldade de fixação dos profissionais de saúde, especialmente os médicos é um dilema para a Atenção Básica no município de São Gonçalo e um entrave para a implementação da Estratégia Saúde da Família, pois a rotatividade pode comprometer a condução e eficácia deste nível de atenção.

A forma de contratação dos profissionais e a inexistência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários – problema já apontado por Senna (2004) há cerca de dez anos atrás, são alguns dos elementos que contribuem para essa rotatividade.

“Se a gente tivesse um contrato mais firmado no PSF, a gente teria mais adesão e fixação do profissional no lugar pra que a gente trabalhe aquele profissional. Porque às vezes ele chega cru e não sabe nada, quando você trabalha e dá as capacitações e quando ele tá ficando bom, mandam embora e botam outro no lugar. E aí você tem que começar do zero, e a pessoa (referindo-se ao usuário) vê quem tem experiência e quem não tem experiência, e acaba se identificando ou não. É um problema da Atenção Básica e que não só cai na Saúde da Mulher, mas cai na saúde de todo mundo. (Gestão SUSC)

A Política Nacional de Atenção Básica (2007) reforça o entendimento de que esse se configura como o primeiro nível de atenção à saúde, envolvendo, além das ações assistenciais, a promoção e prevenção de agravos, o desenvolvimento de ações intersetoriais e a participação da comunidade. Ao mesmo tempo, a Atenção Básica é considerada a porta de entrada para os demais níveis da hierarquia da rede de serviços de saúde.

O médico generalista é um dos profissionais fundamentais para o funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Além de compor a equipe prevista pelo Ministério da Saúde – enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos e auxiliares de consultório dentário – esse profissional é referência para a comunidade, uma figura importante para a vinculação da mesma com a unidade de saúde. Não podemos deixar de destacar que os ACS têm papel prioritário no vínculo da comunidade com a unidade de saúde, pois são moradores da comunidade e conhecem a realidade local. No entanto, não se pode desconsiderar a demanda da população por assistência médica, sendo o acesso à mesma um importante aspecto da materialização do direito à saúde ao mesmo tempo em que a clínica é fundamental para o processo saúde-doença⁴².

Campos e Malik (2008) trazem à luz discussões importantes para a compreensão da dificuldade de fixação dos profissionais médicos na Estratégia de Saúde da Família no cenário nacional. As autoras assim definem o papel do médico nas unidades:

“Cabe ao médico do Programa de Saúde da Família prestar assistência integral aos indivíduos de diversas faixas etárias, sendo o responsável pelo acompanhamento do paciente. Espera-se que ele incorpore ao atendimento aspectos emocionais, familiares, sociais e preventivos. Deve

⁴² Essa afirmação não desconsidera ou coloca em segundo plano a noção de que a saúde é um processo social. No entanto, entendemos que essa noção não é contraditória com a valorização da clínica. Essa perspectiva se ampara em argumentos defendidos por autores como CAMPOS & AMARAL (2007).

realizar, além das ações de assistência, outras educativas, coletivas e comunitárias, juntamente com os outros profissionais, além de participar do planejamento e da organização do processo de trabalho da equipe. A permanência dos profissionais de saúde no Programa de Saúde da Família, em especial do médico, é considerado um dos fatores críticos de sucesso para o programa.” (CAMPOS E MALIK; 2008: 349)

De acordo com essas autoras, os motivos mais relevantes para a não fixação dos profissionais são: os vínculos e contratos empregatícios precários, remuneração não compatível com a do mercado oferecido para essa categoria de profissionais, falta de perspectiva de uma carreira, perfil não compatível para o tipo de trabalho proposto pelo Saúde da Família, precariedade nos instrumentos de trabalho e na capacitação oferecidos aos profissionais, o que dificulta a fixação desses profissionais das Unidades de Saúde da Família.

O vínculo empregatício dos profissionais é uma questão bastante delicada para o município de São Gonçalo. Estudo realizado pelo TCE (2013) no município indica um conjunto de problemas relacionados à organização dos serviços de saúde no município, onde se destacam a admissão irregular de pessoal e o descumprimento de jornada de trabalho, em relação à composição das equipes de saúde.

São Gonçalo adota diferentes formas de contratação para captar recursos humanos para a atividade médica. Para fixar esses profissionais nas Unidades Básicas de Saúde, e quando conseguem profissionais disponíveis, o município se utiliza de estratégias para garantir o profissional nas unidades. Uma delas diz respeito à liberação de carga horária dos profissionais médicos generalistas. A carga horária prevista para os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família, conforme Portaria Nº 703, DE 21 de outubro de 2011, pode estar na modalidade de 40 horas semanais com dedicação exclusiva ou 20 h.

O município utiliza a estratégia do *day-off*, que são folgas não oficiais em alguns dias na semana ou horários diferenciados para o trabalho. Das unidades de saúde visitadas para a realização desta pesquisa, os médicos foram figuras difíceis de serem encontradas. Alguns profissionais só trabalham meio expediente; outros, alguns dias na semana; em alguns casos, trabalham em mais de uma unidade no mesmo município. É válido ressaltar que algumas unidades funcionam sem a presença dos profissionais médicos. Campos e Malik (2008) afirmam que essas estratégias são como formas de sobrevivência para manter a ESF funcionando.

“A necessidade de tornar o programa atraente para os médicos levou alguns gestores a desenvolverem estratégias de captação e de fixação desses profissionais no trabalho. Algumas estratégias utilizadas foram

melhorias salariais e capacitações dos profissionais.” (Campos e Malik: 2008: 350)

As estratégias empregadas no município foram diversas, no entanto, daquelas apontadas pelas autoras. A gestão municipal da saúde argumenta que os recursos financeiros transferidos aos municípios pelo Ministério da Saúde não são suficientes para custear a Atenção Básica e que o município não tem condições de realizar mais investimentos no salário dos profissionais médicos ou até mesmo concurso público, pois há outras prioridades.

Outro fator que concorre para dificultar a fixação de profissionais médicos na Estratégia de Saúde da Família é encontrar profissionais com perfil adequado para trabalhar nas equipes.

Não se pode menosprezar, contudo, a dinâmica de mercado de trabalho médico no país, em especial nas áreas metropolitanas. A valorização de determinadas especialidades é atrativa para esses profissionais que, além de maiores rendimentos mensais, buscam também o seu prestígio no meio profissional. Os atrativos salariais do setor privado de saúde também são fatores importantes na concorrência com os serviços públicos de saúde, configurando um ponto de veto importante à efetiva implantação do SUS. As resistências ao Programa Mais Médico são ilustrativas deste processo. Como consequência, é comum encontrar na composição da equipe médica da ESF profissionais recém-formados, dando os passos iniciais na carreira até “conseguir coisa melhor” ou aposentados, em busca de uma ocupação ou de complementação salarial.

Esse conjunto de questões acaba afetando as ações de controle do câncer de mama no município. Nas três ESF visitadas para a realização deste trabalho, as consultas para realização de exame preventivo eram feitas exclusivamente por enfermeiros. Não se questionam aqui as habilidades e competências desse profissional para realizar o exame. O que se quer ressaltar é que essa estratégia foi adotada exclusivamente em função da falta de médicos.

Além disso, a atuação do enfermeiro esbarra em limitações como a impossibilidade de encaminhamento ao exame de mamografia, que deve ser realizada através de requisição médica. Isso sem falar na sobrecarga dos profissionais de enfermagem para dar conta da demanda da área de abrangência da equipe.

Essa questão é um importante ponto de crítica por parte de segmentos dos usuários do sistema de saúde. O conteúdo dessa crítica é bem sintetizado no trecho do depoimento a seguir:

“Se você hoje me perguntar, eu sou moradora de São Gonçalo, moro aqui desde 1970, se me perguntar qual é o caminho, qual é a rota, qual é o percurso que uma mulher tem que estabelecer para conseguir fazer a mamografia ou ter acesso até uma biópsia, eu não vou saber te responder, eu não vou saber orientar, porque a gente não tem conhecimento de como está a hierarquização dos serviços, eu vou dizer a ela para procurar o ESF, certamente lá, dependendo da sorte, se ela encontrar um profissional mais sensível e mais articulado, percebe também que os profissionais da ESF não dão a carga horária que foram contratados, dão uma passada lá, muitas das vezes somente para assinar o receituário, não tem esse compromisso de tempo hora para escutar a população, que acaba se limitando na enfermagem e o agente de saúde. (Representante Sociedade Civil 1)

3.5.3 – Relação Público x Privado.

O sistema de saúde de São Gonçalo é caracterizado por forte presença do setor privado na prestação dos serviços públicos. Alega-se que para dar conta da demanda municipal, que hoje possui um contingente populacional com mais de um milhão de habitantes, é necessário a pactuação de convênios com a rede privada de forma suplementar. Souza & Bodstein (2002: 491) entendem essa argumentação de conveniamento com rede privada para diminuir as desigualdades do acesso à saúde como um argumento “*cada vez mais frequente na agenda de decisão das políticas sociais*”.

As autoras argumentam que o processo de descentralização deu aos municípios a necessidade de operacionalizar a política de saúde em nível local, porém, a especificidade brasileira em relação às suas desigualdades regionais, suscitou aos municípios, agora dotados de autonomia gerencial, a necessidade de recorrer a estratégias para dar conta da universalidade do acesso aos serviços.

A entrada em cena de novos atores vinculados à esfera municipal, com a descentralização político-financeira em curso, é um fator que contribui para a recomposição do setor privado no interior da arena política setorial. Com a transferência da responsabilidade da gestão para estados e, principalmente, para os municípios, ocorre uma relativa pulverização dos espaços de negociação e disputa de interesses em torno da saúde. Tal realidade difere do modelo implementado nas décadas anteriores, onde grandes arranjos político-clientelistas entre o setor privado contratado e a

tecnoburocracia ocorriam preferencialmente no espaço circunscrito à esfera federal. (SOUZA & BODSTEIN, 2002:484)

A dependência dos municípios em relação ao setor privado fortaleceu esta esfera enquanto sujeito político relevante no contexto da saúde local (Souza & Bodstein 2002). Como forma de adaptação à nova situação de municipalização, os sistemas locais transferiram seus investimentos para as esferas de prestação de serviços de saúde, em muitos casos, para além do caráter complementar, o que favorece, como efeito perverso do SUS, a tendência de privatização do sistema, agora sob novas bases.

A complexidade do quadro reside exatamente na interação entre diversos fatores. Há de um lado, empenho na operacionalização da atual política do SUS, assentada inequivocamente – de acordo com o texto constitucional de 1988 – no fortalecimento da esfera pública, cabendo ao setor privado um caráter complementar. Paralelamente, ocorre um movimento de autonomia da iniciativa privada em relação ao Estado, passando por um processo de profunda rearticulação interna, com ênfase na modernização tecnológica e na suposta eficácia e qualidade dos serviços, ganhando com isso espaço político e legitimidade social. (SOUZA & BODSTEIN, 2002:483)

Esta característica do “mix público-privado” faz parte tradição da oferta de serviços de saúde em São Gonçalo e se estendeu mesmo com as mudanças introduzidas pelo SUS. No processo de implementação do Conselho Municipal de Saúde, no início da década de 1990, por exemplo, as disputas de interesse entre o setor privado e as proposições de conferir ao sistema de saúde local um caráter público e universalizante se fizeram notáveis. Nesta “quebra de braços”, representantes da sociedade civil que lutavam em defesa da Reforma Sanitária acabaram sendo afastados da composição do Conselho, dando lugar a representações mais amistosas ao setor privado local.

“E o que a gente verificava era que muitas das vezes um líder ou outro manipulava a sociedade civil para compor chapas que fossem favoráveis aos interesses daqueles que querem privatizar a saúde. E como nós não estávamos ali mancomunados com a privatização, e sim com a democratização do acesso à informação dos recursos da área da saúde, nós fomos colocados de lado”. (Representante Sociedade Civil 1)

Na avaliação desta representante, essa é uma tendência verificada até os dias atuais, inclusive com cooptação de lideranças comunitárias e da sociedade civil local.

“(...) eu vejo que a sociedade civil, ela se rendeu aos interesses privatistas, como também dos interesses dos próprios falsos líderes que muitas vezes por tráfico de influência conseguem emprego pros seus parentes, benefícios para suas comunidades e não que abrir mão disso, então não são reais representantes da sociedade civil e em função do nível de enfrentamento que nós alcançamos com o poder público, foi um desgaste tão grande, que nós preferimos dedicar tempo em outros conselhos de direito que nós pudéssemos ser mais úteis, porque a correlação de forças ficou tão desfavorável, a retirada da própria universidade que estava ajudando muito no fortalecimento de Fórum Popular de Estudos da Saúde tenha sido um dos motivos também que nos enfraqueceu, porque aí falávamos sozinhos, e aqueles poucos remanescentes da época que os conselheiros eram fortes iam se rendendo também aos convites da rede privadas e das influências exercidas dentro do próprio Conselho Municipal de Saúde.”
(Representante Sociedade Civil 1)

Mas não é apenas nos espaços deliberativos formais que o peso do setor privado se faz sentir. Senna (2004) identificou a atuação deste setor na conformação do sistema local de saúde a partir de uma série de questões, que reconhecemos permanecer até hoje: a participação de atores vinculados ao setor privado da saúde em cargos estratégicos da gestão municipal; a atuação de vereadores oriundos do empresariado médico local junto à Secretaria Municipal de Saúde, inclusive indicando cargos de confiança para gerir unidades de saúde; e principalmente a magnitude da oferta de serviços conveniados ao SUS, sobretudo nos SADT.

Em relação ao controle do câncer de mama, a atuação direta do setor privado na prestação de serviços se faz principalmente através da oferta dos exames complementares de mamografia e ultrassonografia, já que a biópsia e os procedimentos de radiologia e quimioterapia não são oferecidos no município. No caso da mamografia, o município conta com um único mamógrafo da rede municipal, e os demais, através de convênios com quatro clínicas privadas, responsáveis também pelas ultrassonografias mamárias do SUS municipal.

De acordo com um gestor municipal, foram encontradas irregularidades na forma de conveniamento destas instituições, o que levou o município a adotar algumas medidas de controle neste processo:

“Todas as conveniadas a gente faz chamada pública. As clinicas hoje estão inseridas, mas com a nova chamada publica elas podem sair. A chamada é feita atualmente com extensão para mais um ano, só que nós ainda não fizemos. Todas essas clinicas foram feitas por um contrato no governo passado, nós detectamos algumas questões na nossa gestão do ano de 2013 e umas coisas que vão ter que ser acertadas, nós aditivamos as que estão trabalhando ainda mas fizemos uma nova chamada pública para que dentro das normas, então essas

unidades vão ter que se adequar na questão de acessibilidade, na lei de 2004, e todos uns questionamentos que foram não foram preconizados no passado e que agora a gente tem que tá preconizando pela população que a gente vem assistindo. Tem vários critérios dentro dessa chamada pública que já organizado, de diagnóstico e imagem, que vai acontecer, e a gente tá organizando agora nova chamada pública pra diagnóstico por imagem”. (Gestão 2)

Uma dificuldade apontada pelos gestores diz respeito ao baixo volume de respostas às chamadas públicas do município, em decorrência dos baixos valores praticados pela tabela do SUS, além do fato de que, pela lei de licitações do setor público, devem ser selecionados os serviços que oferecem os menores preços. Segundo a gestão municipal, o valor praticado em julho de 2014 pelo Ministério da Saúde para realização dos exames de mamografia é de R\$ 22,50.

“Uma mamografia, por exemplo hoje custa 22,50 pela tabela SUS. Quer dizer, uma mamografia no valor de 22,50 a gente ainda encontra uma dificuldade muito grande de contratar serviços do privado para atender SUS. Aí surge aquela questão de demanda reprimida porque não é só a nossa população que aquela instituição recebe, porque ela vai priorizar o particular, porque o particular paga muito mais que a tabela SUS”. (Gestão 2)

Neste sentido, o convênio com o SUS acaba não sendo atrativo para o setor privado. A tendência é que as clínicas com maior capacidade e qualidade técnica prefiram vender seus serviços aos planos de saúde privados, enquanto que o convênio com o SUS fica restrito a clínicas menos estruturadas e com menor qualidade na realização dos procedimentos. Durante a Residência Multiprofissional realizada no INCA era comum encontrar situações em que as mulheres residentes em São Gonçalo haviam realizado a mamografia, mas os resultados deram negativos diante da péssima qualidade do procedimento, contribuindo para que estas mulheres chegassem à Alta Complexidade em estadiamento avançado ou até mesmo fora de possibilidades terapêuticas. Essa realidade corrobora o trabalho de Porto et al. (2013), que se valem de alguns estudos realizados no INCA e na rede de saúde do Distrito Federal para apontar que um percentual elevadíssimo de mamografias provenientes da rede de saúde são rejeitadas pelas instituições de referência no tratamento do câncer devido à má qualidade técnica.

Outro problema destacado pela gestão municipal refere-se ao fato de que o protocolo estabelecido indica que o repasse de recursos do Ministério da Saúde aos municípios para realização das mamografias leva em conta exclusivamente as mulheres em idades

consideradas de risco (40 a 69 anos de idade). Para a gestão municipal, isto tem provocado prejuízos financeiros ao orçamento municipal, tendo em vista que o número de mulheres com câncer de mama mais jovens tem aumentado. E o aumento da expectativa de vida também aumenta o número da população idosa feminina acima de 70 anos em São Gonçalo, também suscetível ao câncer de mama.

“O Ministério da Saúde só paga a verba das idades de risco. Fora disso, tem muito fora da idade. Esse é um problema do município, porque antes ele pagava fora da idade e agora não pagam mais, eles só vão pagar dentro da idade. Fora da idade de mama, eles só vão pagar o que for diagnóstico, se viu que tem um nódulo, aí sim pode pedir fora da idade. Se for rastreamento, não paga. É uma coisa até que eu tentei mandar para a secretaria de saúde porque eu estou fazendo um perfil dos anos antes pra ver qual a porcentagem de mulheres que questão fora da idade pra ver se o município vai poder arcar com esse prejuízo entre aspas, porque é muito dinheiro e não tem outra fonte. E tem as mulheres depois da idade de 69 anos que não estão na idade de risco, tenho uma com 82 anos e que agora que apareceu o câncer e elas tão fora dessa verba que o governo federal manda. Porque antes, apesar de sempre existir essa idade, eles pagavam qualquer idade e agora não vão pagar mais. Tem que ver se o município vai conseguir porque aqui é muita gente, afunilou a idade, mas poderia alargar um pouco.” (Gestão 1)

Conforme visto, o acesso aos exames de imagem se dá através da Central de Regulação: após consulta médica, a unidade de saúde encaminha as requisições de exame para a Central de Regulação e esta é quem irá agendar os pedidos de acordo com o número de vagas oferecidas pelas clínicas e pelo Espaço da Mama.

De acordo com a gestão municipal, o número de vagas que o município dispõe por mês para exames de mamografia é maior do que a demanda apresentada, o que faz com que clínicas conveniadas não cheguem ao teto do quantitativo que elas poderiam fazer. De acordo com a gestão, não chegam pedidos de exames suficientes na Central de Regulação para que haja o encaminhamento para as vagas existentes. No entanto, se for considerada a estimativa da necessidade de rastreamento para detecção precoce do câncer de mama feminino em face de seu contingente populacional, essa “sobra” de vagas é um indicador da baixa capacidade da Atenção Básica em Saúde no município em cumprir seu importante papel no controle deste tipo de câncer.

Por fim, cabe destacar a ausência de oferta de serviços de alta complexidade para a questão do câncer de mama no setor privado do município. A partir de levantamento no CNES, em São Gonçalo há apenas uma clínica privada especializada no tratamento

quimioterápico e radioterápico das neoplasias. Essa ausência expressa, em grande medida, a falta de capacidade técnica e o baixo investimento do setor privado de saúde local, condição necessária a este nível de atenção e suas atribuições no controle do câncer de mama.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa sobre a organização das ações de controle do câncer de mama feminino no município de São Gonçalo respondeu a um conjunto de indagações e, ao mesmo tempo, suscitou a necessidade de aprofundamento de outros aspectos relacionados a esse processo.

O câncer de mama feminino ainda é aquele com maior incidência em mulheres no Brasil e as suas taxas de mortalidade ainda são consideradas bastante significativas.

Desde a implantação do SUS ao final dos anos 1980, a atenção oncológica – a exemplo da atenção à saúde como um todo – vem passando por reformulações importantes. Sob coordenação do Ministério da Saúde, através de seu braço institucional, o INCA, um conjunto de normativas foram construídas a fim de orientar o processo de mudanças na organização da atenção ao câncer de mama no país, tendo por referência os princípios do SUS, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e as especificidades da atenção oncológica.

Essa normatização tem destacado a necessidade de descentralização das ações de controle do câncer, num esforço cooperativo entre os níveis de governo sob coordenação federal, ao mesmo tempo em que reforça a perspectiva de atenção integral envolvendo prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama, o que significa a articulação entre Atenção Básica, Média e Alta Complexidades. Desse modo, os municípios adquirem papel relevante nas ações de controle do câncer, sobretudo em relação à prevenção promoção da saúde e detecção precoce.

O município de São Gonçalo é tradicionalmente tido, na região metropolitana II do Rio de Janeiro, como um dos mais problemáticos no que diz respeito à organização da saúde. As práticas clientelistas do poder local, a desorganização da rede na oferta de serviços, os baixos investimentos – políticos e financeiros – na saúde pública e o contingente populacional de mais de um milhão de habitantes tornam São Gonçalo um município que apresenta fragilidades que afetam a política de controle do câncer de mama.

Os resultados da pesquisa apontaram que a atuação da gestão municipal da saúde no controle do câncer de mama tem se concentrado na Atenção Básica e na Média Complexidade.

Em relação à Atenção Básica, é possível afirmar que o município investiu na ampliação da oferta de ações neste nível de atenção a partir do ano de 2001, com a implantação da Estratégia Saúde da Família, através da indução do governo federal. A existência de equipes de Saúde da Família representou a possibilidade de expansão das ações básicas de saúde, na qual o exame preventivo é parte integrante.

No entanto, alguns entraves foram identificados na conformação da oferta destes serviços, entre eles o hibridismo dos modelos de Atenção Básica – que tende a influenciar na qualidade dos serviços prestados e no seu desempenho como porta de entrada ao sistema de saúde – dificuldades de fixação de profissionais, principalmente médicos nas unidades básicas de saúde e prevalência da lógica de atendimento à demanda espontânea, especializada e de urgência.

Existem protocolos para o controle do câncer de mama na Atenção Básica em Saúde do município, desenhados a partir das normas ministeriais. O exame clínico da mama é indicado para todas as mulheres junto ao preventivo, conforme orientações da própria Secretaria Municipal de Saúde. Porém, o acesso aos serviços ofertados não são divulgados à população e não há um acompanhamento sistematizado pela Atenção Básica com a população, conforme orienta a PNAB (2006).

Os serviços pertinentes às responsabilidades municipais na Atenção Básica são ofertados pela rede, mas não foi identificado nenhum programa específico para o controle do câncer de mama. A realização de exame clínico da mama é feita basicamente por demanda espontânea, já que não há um acompanhamento sistemático das famílias cadastradas na Saúde da Família. Assim, por exemplo, se no ano anterior, houve alguma alteração no exame da mama, será de responsabilidade da usuária retornar à unidade de saúde de referência para acompanhamento. Não foi encontrado nos postos de saúde registros informatizados das famílias acompanhadas.

A rotatividade dos profissionais devido a questões como forma de contratação, baixos salários e a baixa resolutividade influenciam diretamente na credibilidade da eficácia da Atenção Básica. Em uma das visitas nos postos de saúde, foi possível ouvir relatos de profissionais de saúde em que em suas equipes de Saúde da Família não havia médicos generalistas há meses. O preventivo pode ser feito pelos profissionais de enfermagem, mas os mesmos não podem prescrever os exames, sendo fundamental a presença do médico na equipe.

No caso da alteração do exame clínico ou em mulheres na faixa etária acima dos 40 anos de idade, é solicitada mamografia. Esse fluxo se dá através de uma Central de Regulação recém-instalada. O município dispõe de apenas um mamógrafo público, ficando a oferta dos demais serviços a cargo de clínicas conveniadas no setor saúde.

Os baixos preços praticados pelo SUS acabam por não atrair o setor privado para o conveniamento, ficando esse restrito a clínicas desprovidas de avanços tecnológicos. A terceirização dos serviços de imagem para o controle do câncer de mama pode colocar em risco a qualidade dos serviços prestados. Não foi encontrado no município alguma ação ou controle da qualidade dos serviços de mamografia conveniado. A portaria nº 531/2012, que institui o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), tem por objetivo garantir a qualidade dos exames de mamografia oferecidos à população. No município de São Gonçalo, não foi identificada uma organização mediante à qualidade dos serviços prestados e nenhuma informação a respeito dos dados fornecidos ao SISCAN, para informações dos exames mamográficos realizados mensalmente. Não foi relatada nenhuma exigência do cumprimento PNQM pelos prestadores de serviços de diagnóstico por imagem, sendo critério de eleição das clínicas conveniadas o valor mais baixo pago pelos serviços prestados.

Apesar do baixo número de unidades de saúde que realizam mamografia, a gestão municipal refere que não existe demora na marcação destes exames, bem como para a ultrassonografia mamária (cerca de um mês), indicando que o volume de exames sequer chega ao teto. Menos do que provar a inexistência de demanda reprimida, essa situação é reveladora da não captação de mulheres pela Atenção Básica.

Também recentemente o município investiu na Média Complexidade para o controle do câncer de mama, através da implantação do Espaço da Mama, um anexo ao hospital da mulher gonçalense. É no Espaço da Mama que se situa o mamógrafo municipal e onde estão lotados os mastologistas do município. No entanto, as ações referentes a este Espaço limitam-se à realização da mamografia e do exame clínico.

As ações de controle do câncer de mama no município encerram-se com o diagnóstico na média complexidade. A partir daí a mulher é encaminhada para tratamento em outros municípios, uma vez que o sistema local não oferece ações como cirurgia oncológica, radio e quimioterapia, nem mesmo na rede privada conveniada.

Vale registrar o desconhecimento do sistema local de saúde sobre o que acontece com a mulher após a referência para a alta complexidade, não havendo dados e nem registros sobre

o acompanhamento desta mulher na rede de serviços. Observou-se que após o referenciamento, a responsabilidade municipal cessa. A mulher passa a não ser mais responsabilidade municipal, pois não há fluxos de contrarreferência ou acompanhamento desse tratamento pela rede básica de saúde.

O encaminhamento para a Alta Complexidade é feita através do SISREG, implantado no município no âmbito do Complexo Regulador, atendendo exigências ministeriais e na perspectiva de racionalizar e organizar o fluxo de atendimento. Para os gestores entrevistados, a implantação desta ferramenta facilitou o acesso das mulheres ao tratamento oncológico, uma vez que antes da implementação da Central de Regulação, as mulheres com diagnóstico de câncer de mama procuravam hospitais de referência por conta própria.

Vale destacar que não é obrigatório que um município ofereça serviços de alta complexidade, afinal, conforme o princípio da regionalização, a rede pode ser pactuada com outros municípios que possuam condições de ofertar serviços de média e alta complexidade ou com unidades estaduais e federais especializadas. Porém, os serviços devem estar integrados e realizados em tempo oportuno para que o cuidado integral seja garantido.

O estudo mostrou que apesar dos investimentos realizados no município, seja em termos da expansão da Atenção Básica, seja pela implantação de um serviço de média complexidade dirigido ao controle do câncer de mama – investimentos esses induzidos pelo Ministério da Saúde através de um conjunto de políticas como a PNAB, a PNAO e a PNAISM – eles não têm sido acompanhados de melhorias na detecção precoce e no tratamento ao câncer de mama no município, como bem demonstram os indicadores de saúde.

Poderíamos dizer que mais do que mudanças significativas na atenção oncológica ao câncer de mama, o que se observa é a tendência a uma relativa modernização na organização do sistema local de saúde para se adequar aos parâmetros do Ministério da Saúde, mas mantendo os traços mais conservadores do padrão de oferta de serviços existente no município.

Ao final desta dissertação, aponta-se para a necessidade de estudos que possam aprofundar essa temática no município, principalmente no que diz respeito à questão da regionalização e as relações intergovernamentais, bem como um estudo capaz de abordar o ponto de vista das mulheres e sua trajetória no sistema de saúde, o que fugiu ao escopo do presente trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Edvaldo. Pro-Onco 10 anos. Revista Brasileira de Cancerologia. Vol.43 n° 4 Out/Nov/Dez 1997.

ABRUCIO, F.L. *A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do Governo Lula*. IN: Revista Sociol. Política, Curitiba, 24, p. 41-67, jun. 2005.

ABRUCIO, F. & COSTA, V. Modelos Federativos e o cão brasileiro. In Reforma do estado e o contexto federativo brasileiro. Caderno de pesquisa 12. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1999;

ALMEIDA, P F. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Tese de Doutorado aprovada pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

ARRETCHE, M. & MARQUES, E.C. “Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo”. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-480, 2002

ARRETCHE, M T S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M.C.R.N & CARVALHO, M C B (ORGS) Tendências e Perspectivas na avaliação e Programas Sociais. São Paulo: IEE/PUC.

_____. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E M (ORGS) Avaliação de Políticas Sociais: Uma questão em Debate. São Paulo: Editora Cortez, 1998.

ASSIS, Marluce M. A. JESUS, Washington Luiz A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2865-2875, 2012

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A.. Introdução. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.10-19. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BARRETO. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva(INCA). Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 267-275.

BELTRAMMI, Daniel Monteiro. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. RAS. Vol. 10, No 41 – Out-Dez, 2008

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8080/90.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Oncológica. Portaria SAS/MS 741 – 19/12/2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 741 de 19 de dezembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 11.664/2008.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Padrões de qualidade do atendimento. Disponível na internet em: <http://www.saude.gov.br>, acessado em 31 de jul. 2003.

BRITO, Cláudia. PORTELA, Margareth Crisóstomo. VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. Revista Saúde Pública 2005; 39 (6): 874-881.

BROUSSELLE, Astrid (Orgs). Avaliação: conceitos e métodos. Organizado por Astrid Brousselle... [et all]: tradução de Michael Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. AMARAL, Marcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência e Saúde Coletiva (online) 2007, vol.12, n 4.

CECÍLIO, Luiz C O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In : Pinheiro, Roseni. Mattos, Ruben Araújo.

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. P 113-126.

CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A. HARTZ, Z. CONTANDRIOPOULOS, A.P, DENIS, JL. Capítulo 10: A Análise de Implantação. BROUSSELLE, Astrid (Orgs). Avaliação: conceitos e métodos. Organizado por Astrid Brousselle... [et all]: tradução de Michael Colin. GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah & MENDONÇA, Maria Helena M. de. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p 278-289, set./dez. 2003
Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

COSTA, A. M. Saúde da família e organização dos sistemas municipais de saúde: a experiência da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro. Trabalho de Conclusão de Curso. UFF. Niterói, 2010.

COSTA, A.M. A questão do câncer de mama e o princípio da integralidade no SUS. Trabalho de Conclusão de Curso. Residência Multiprofissional em Oncologia. INCA, 2012.

COSTA, F.L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n.5, p.:969- 992, 2003.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.181-199 . Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

DUBOIS, C.A. CHAMPAGNE, François. BILODEAU, Henriette. Capítulo 1 - Histórico da Avaliação. BROUSSELLE, Astrid (Orgs). Avaliação: conceitos e métodos. Organizado por Astrid Brousselle... [et all]: tradução de Michael Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ELIAS, Paulo E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. Saúde e sociedade 5(2):17-34,1996.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. GIOVANELLA, Lígia; Sarah ESCOREL; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA; José de Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo de (orgs.) Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 2012.

FARIA. CAP. A política da avaliação de políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 20, nº 50, 2005.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. Políticas de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO; L.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

FOGAÇA, Elza I.C. GARROTE Letícia F. Câncer de mama: atenção primária e detecção precoce . Revista Arq Ciênc Saúde 2004 jul-set;11(3):179-81

GIOVANELLA, Lígia. FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C., org. Política de Saúde: o público e o privado [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. Disponível em SciELO.

GIOVANELLA L, ESCOREL S, MENDONÇA MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde em Debate 2003; 27 (65): 278-289.

GIOVANELLA, Lígia e MENDONÇA, Maria Helena M. A Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, Lígia; Lobato, Lenaura; Escorel, Sarah; Noronha, José e Carvalho, Antonio Ivo: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

GONDIM R, BOMFIM RLD, GRABOIS V, CAMPOS CEA, GRIBEL EB. Organização da atenção. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.93-120.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 2009.

_____. Análise de Indicadores Sociais: Análise das condições de vida da população brasileira. 2013. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, nº32. Rio de Janeiro, 2013. .

INCA. Controle do Câncer de Mama: documento de consenso. Rio de Janeiro, INCA, 2004.

_____. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro, INCA, 2010.

_____. SISMAMA: Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, INCA, 2010a.

- _____. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, INCA, 2013.
- _____. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, INCA, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática, Brasília, DF, 1984.
- LEAVELL, H. & CLARK, E. G. Medicina preventiva. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291, 2001.
- LEITE, Fábio A C C. "Análise do federalismo anti-cooperativo brasileiro pós-constituição de 88: uma reformulação necessária." *Direito e Liberdade* 3.2 (2010): 241-261.
- LIMA, Luciana Dias de e VIANA, Ana Luiza D'Ávila. "Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde". In *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- LOBATO, L. Avaliação de políticas sociais notas sobre alguns limites e possíveis desafios. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(1)95-106, 2004.- AV POL 89.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123.
- MALTA DC, MERHY EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*. 2010; 14:593-605.
- MATOS, Maurílio Castro. Capacitação de Conselheiros: Possibilidade de fortalecimento das Políticas Públicas. *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*. Belo Horizonte, 2004.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MATTOS, Ruben A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. Pg 39-64.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997

MERHY, E. E & QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun, 1993.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M. & SOUZA, R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):509-521, 2002.

MOTA, A. E. M. [et. al.], (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo:Cortez, 2009.

NOGUEIRA, A. C. C.; BATISTA SILVA, L. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. VÉRTICES, Campos dos Goytacazes/RJ, v. 11, n. 1/3, p. 7-17, jan./dez. 2009.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. GIOVANELLA & Orgs. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 2012.

NUNES, E. D. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas. Bases teóricas. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 12: 506-15, 1978.

OSIS, Maria José M . Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998.

PALHA, Pedro E. VILLA, Tereza C S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(3):19-26.

PARADA, Roberto; ASSIS Mônica; SILVA3 Ronaldo C F; ABREU, Maria Fátima; SILVA, Marcos André F; DIAS, Maria Beatriz K; TOMAZELLI, Jeane G. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer Rev. APS, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PORTO, Marco A T; TEIXEIRA, Luiz A; SILVA, Ronaldo C F. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(3): 331-339.

REZENDE, L.F. ROCHA A.V.R GOMES, C.S. Avaliação dos fatores de risco no linfedema pós-tratamento de câncer de mama. J Vasc Bras 2010, Vol. 9, Nº 4.

SANTOS, C S. O princípio da integralidade na Atenção Básica em saúde: a experiência do município de Silva Jardim. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Serviço Social. Niterói, 2009.

SANTOS, Wanderley Guilherme. Cidadania e justiça. A política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1979.

SCATENA, J H G. TANAKA, O Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde Revista Saúde e sociedade 10(2):47-74,2001

SENNA, Mônica C M S (coord.). A implementação da integralidade na organização dos sistemas municipais de saúde: um estudo na região metropolitana do Rio de Janeiro. Relatório final de pesquisa. CNPq. Niterói:UFF, 2007.

SENNA, Mônica C M. Racionalidade técnica e lógica política: um estudo sobre o processo de implantação do Programa de Saúde da Família em São Gonçalo – RJ. Tese de doutorado. FIOCRUZ, 2004.

SOUZA, Rosimary Gonçalves de & BODSTEIN, Regina, 2002. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 7 (3). pp.481-492.

TCE. Tribunal de Contas do Estado. Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro 2013. São Gonçalo. Secretaria Geral de Planejamento, 2013.

_____. Tribunal de Contas do Estado. Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro 2013. São Gonçalo. Secretaria Geral de Planejamento, 2012.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, supl.1, jul. 2010, p.13-31.

TEMPERINI, Rosana Soares de Lima. Fundação das Pioneiras Sociais: Contribuição Inovadora para o Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil, 1956-1970 *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(3): 339-349.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4 [cited 2014-07-21], pp. 893-902.

TREVISAN, Andrei Pittol; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-50, maio/jun., 2008.

VIACAVA F, ALMEIDA C, CAETANO R, FAUSTO M, MACINKO J, MARTINS M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9(3):711-24.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. 216 p.

_____. World Health Organization. World Cancer Report 2008. Lyon: WHO, 2008.

Documento:

- Lei orçamentária anual - Anexo 2. Receita segundo as categorias econômicas Exercício 2014. Disponível em: http://www.saogoncalo.rj.gov.br/contas_publicas.php
- Jornal A Tribuna. Disponível em 05 de junho de 2014.

Sites:

- <http://www.inca.gov.br/wcm/outubro-rosa/2013/acoes-objetivos.asp>
- http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/prresidente_dilma_lanca_plano_acao_para_fortalecer_programa_nacional_de_controle_do_cancer_do_colo_uterino_e_de_mama
- <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/campanha-outubro-rosa-buscar-estimular-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama>
- <http://mariafro.com/2011/10/31/a-forca-do-sus/>
- <http://www.gnbc.com.br/detalhenoticia.aspx?id=f2825e80-9ea4-49c1-8037-bacfa874b2ec&title=Comperj+atrai+investimento+para+regiao+de+Sao+Goncalo>
- <http://gov-rj.jusbrasil.com.br/politica/8898085/sao-goncalo-de-cidade-dormitorio-a-polo-de-moda>
- http://www.saogoncalo.rj.gov.br/sao_goncalo.php
- <http://mapadecultura.rj.gov.br/sao-goncalo/fazenda-do-colubande/>
- ftp://ftp.ibge.gov.br/Pib_Municipios/2011/pibmunic2011.pdf
- <http://www.tvprefeito.com/2012/regiao-metropolitana/378-prefeitura-de-sao-goncalo-faz-ultimos-preparativos-para-inauguracao-do-ps-alcantara-que-sera-referencia-na-regiao.html>
- <http://www.saogoncalo.rj.gov.br/postos.php>
- http://www.faperj.br/boletim_interna.phtml?obj_id=2889
- http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/sao-goncalo_rj#educacao
- <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330490&search=rio-de-janeiro|sao-goncalo>
- http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp - Arquivo com Profissionais em mais de uma equipe por UF/ em Municípios iguais ou diferentes na competência 06/2014
- http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_tratamento_cancer_sus.pdf

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO INTEGRAL DO CÂNCER DE MAMA: estudo avaliativo de um sistema local de saúde.

Nome do Voluntário: _____

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo, de forma voluntária, que envolve entrevista para o projeto de pesquisa “**A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA NOS MUNICÍPIOS: estudo de um sistema local de saúde**”. Esse estudo está sendo realizado com gestores do sistema municipal de saúde do município de São Gonçalo e profissionais de saúde deste mesmo local.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo deste estudo é analisar a organização da rede de serviços de saúde dirigidos ao controle e tratamento do câncer de mama no município de São Gonçalo/RJ.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar deste estudo, a investigação consiste na realização de entrevistas individuais. As entrevistas serão realizadas no próprio local de trabalho dos gestores e profissionais municipais,

A assinatura ou impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser autorizada por você ou seu representante legal e pelo pesquisador. O documento será elaborado em duas vias, ficando uma com você e outra arquivada pelo pesquisador. Se você tiver qualquer dúvida, por favor, pergunte-me que tentarei esclarecer.

RISCOS

Não há previsão de riscos. Os sujeitos serão convidados a participar voluntariamente e as entrevistas serão gravadas somente com seu consentimento. Será garantido o anonimato da autoria das entrevistas, utilizadas apenas para fins acadêmicos.

BENEFÍCIOS

Os benefícios advindos deste estudo não estarão diretamente ligados apenas aos entrevistados que dele participarão. E sim ao sistema de saúde local como um todo.

A longo prazo, este estudo poderá fornecer subsídios para a organização da rede de serviços de saúde ofertados para o controle do câncer de mama feminino.

ANEXO II

ENTREVISTAS REALIZADAS

- 1) Profissional de Saúde 1 - Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família.
Entrevista realizada em março de 2014.
- 2) Profissional de Saúde 2 - Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família.
Entrevista realizada em março de 2014.
- 3) Profissional de Saúde 3 – Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família.
Entrevista realizada em abril de 2014.
- 4) Gestor 1 - Gestão Superintendência de Saúde Coletiva.
Entrevista realizada em março de 2014.
- 5) Gestor 2- Gestão Central de Regulação Municipal.
Entrevista realizada em maio de 2014.
- 6) Gestor 3- Conselho Municipal de Saúde –Gestão.
Entrevista realizada em maio de 2014
- 7) Representante Sociedade Civil 1 – Movimento de Mulheres de São Gonçalo.
Entrevista realizada em maio de 2014.
- 8) Representante Sociedade Civil 2 - Conselho Municipal de Saúde.
Entrevista realizada em abril de 2014.

ANEXO III

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

GESTORES MUNICIPAIS

SECRETÁRIO OU SUBSECRETÁRIO DE SAÚDE

1º Bloco: Identificação do entrevistado.

1. Município:
2. Idade:
3. Cargo ocupado:
4. Tempo da gestão:
5. Nível de escolaridade:
6. Atividade profissional anterior à gestão municipal:

2º Bloco: Organização da rede de serviços de saúde do município.

7. Quais os serviços de saúde que o município possui? Se não há algum serviço, como o município faz para dar conta das demandas: há pactuação com municípios vizinhos, os serviços são terceirizados, etc.
8. Na Atenção Básica, há algum programa implementado de controle e prevenção do Câncer de mama? Se sim, descreva o programa.
9. Você acha que há dificuldade das mulheres em acessar os serviços de Atenção Básica em saúde para realização de preventivos? Se sim, qual tipo de dificuldade.
10. O município possui mamógrafo próprio? Todos funcionam? É suficiente para a demanda?
11. O município pactua serviços de mamografia com a rede privada?
12. O município oferece serviços especializados com ginecologia e mastologia?
13. O município possui unidade especializada em tratamento oncológico?
14. Como é realizado o encaminhamento após o diagnóstico do câncer de mama para o tratamento?
15. Fale um pouco da organização dos serviços de saúde referente ao cuidado do câncer de mama.

16. Você acha que as medidas de prevenção e controle do Câncer de mama são eficazes em seu município?
17. Há dados estatísticos ou controle do número de casos de câncer de mama no município?
18. Que medidas você acha que a gestão municipal poderia ter para melhorar os serviços?

ANEXO IV

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

GESTORES MUNICIPAIS

ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA, ALTA COMPLEXIDADE E REGULACÃO.

1º Bloco: Identificação do entrevistado.

1. Município:
2. Idade:
3. Cargo ocupado:
4. Tempo da gestão:
5. Nível de escolaridade:
6. Atividade profissional anterior à gestão municipal:

2º Bloco: Organização da rede de serviços de saúde do município.

7. Quais os serviços de saúde que o município possui no que tange o controle do câncer de mama feminino?
8. Qual é o fluxo de atendimento da mulher que acessa os serviços de saúde no município?
9. Há algum fluxo específico do acesso para as mulheres no que diz respeito ao controle do câncer de mama?
10. Quais os serviços de saúde oferecidos no município para o controle do câncer de mama feminino? Você acha que estes serviços são suficientes?
11. Como o município faz para dar conta das demandas? Existe alguma pactuação com municípios vizinhos, os serviços são terceirizados, etc.
12. Na Atenção Básica, há algum programa implementado de controle e prevenção do Câncer de mama? Se sim, descreva o programa.
13. Você acha que há dificuldade das mulheres em acessar os serviços de Atenção Básica em saúde para realização de preventivos? Se sim, qual tipo de dificuldade.
14. O município possui mamógrafo próprio? É suficiente para a demanda?
15. Qual o tempo médio de espera para realização de mamografia no município?
16. O município oferece serviços especializados com ginecologia e mastologia?

17. Se há a suspeita da doença, qual o protocolo de atendimento dessas mulheres para a realização da biópsia?
18. O município possui unidade especializada em tratamento oncológico? Se não, quais as unidades de saúde de referência para estes encaminhamentos?
19. Como é realizado o encaminhamento após o diagnóstico do câncer de mama para o tratamento?
20. Você acha que as medidas de prevenção e controle do Câncer de mama são eficazes em seu município?
21. Há dados estatísticos ou controle do número de casos de câncer de mama no município?
22. Que medidas você acha que a gestão municipal poderia ter para melhorar os serviços?

ANEXO V

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

MÉDICOS OU ENFERMEIROS

1º Bloco: Identificação do entrevistado.

1. Município:
2. Idade:
3. Cargo ocupado:
4. Tempo da gestão:
5. Nível de escolaridade:
6. Atividade profissional anterior à gestão municipal:

2º Bloco: Organização da rede de serviços de saúde do município.

7. Quais os serviços de saúde que o município possui no que tange o controle do câncer de mama feminino?
8. Há programas ou ações voltadas para a Saúde da Mulher no município?
9. Nas unidades de saúde, há algum protocolo específico para o controle do câncer de mama?
10. O exame clínico da mama é realizado prioritariamente junto ao preventivo de todas as mulheres atendidas? Se sim, qual o profissional que realiza este exame?
11. Se há suspeita ou idade de risco para a doença, qual é o procedimento da unidade de saúde?
12. Você conhece algum programa implementado de controle e prevenção do Câncer de mama no município?
13. Há alguma dificuldade de encaminhamento da mulher para a média ou a alta complexidade?
14. Você sabe informar o tempo média de espera para a realização de exames de mamografia e ultrassonografia após o encaminhamento da unidade básica de saúde?
15. O município possui mamógrafo próprio? Você acha que é suficiente para a demanda?

16. Como são colhidos os dados estatísticos de atendimentos referentes ao controle do câncer de mama (neste caso, exames clínicos da mama e encaminhamentos para as demais complexidades) no município?
17. Após a realização dos exames e consulta com o especialista, esta mulher retorna para a unidade básica de saúde para acompanhamento?
18. Como é realizado o encaminhamento após o diagnóstico do câncer de mama para o tratamento?
19. Você acha que as medidas de prevenção e controle do Câncer de mama são eficazes em seu município?
20. O que poderia ser feito pela unidade básica de saúde para melhorar o atendimento às mulheres?

ANEXO VI

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

1º Bloco: Identificação do entrevistado.

1. Município:
2. Idade:
3. Cargo ocupado:
4. Nível de escolaridade:
5. Atividade profissional:

2º Bloco: Organização da rede de serviços de saúde do município.

6. Você conhece os serviços de saúde que o município possui no que tange o controle do câncer de mama feminino?
7. Qual a frequência de reuniões e conferências do conselho municipal?
8. Quais as suas atividades enquanto conselheiro municipal?
9. Você conhece a rede de oferta de serviços de saúde voltadas para o controle do câncer de mama no município?
10. Em sua opinião, quais as maiores dificuldades das mulheres para acessar os serviços de saúde voltados para o câncer de mama no município?
11. Você acha que o câncer de mama feminino é prioridade nos cuidados da saúde da mulher no município?
12. O Conselho Municipal de Saúde enquanto espaço deliberativo possui alguma decisão no que diz respeito às ações voltadas para o controle do câncer de mama no município?
13. Você acha que as medidas de prevenção e controle do Câncer de mama são eficazes em seu município?