

ÉRIKA FERNANDES TRITANY



**FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO PARA
TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA**



EDITORA INOVAR

**FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO PARA
TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA**

Érika Fernandes Tritany

FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO PARA TRATAMENTO DE
CÂNCER DE MAMA

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORA INOVAR
2020

Copyright © da autora.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original dos autores e autoras seja corretamente citado.

Érika Fernandes Tritany.

Fluxos de utilização de um hospital universitário do Rio de Janeiro para tratamento de câncer de mama. Campo Grande: Editora Inovar, 2020. 59p.

ISBN: 978-65-86212-44-0.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-44-0.

1. Câncer de mama. 2. Regionalização. 3. Fluxos de utilização. 4. Autora. I. Título.

CDD – 614

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades da autora.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otilia Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil), Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

Editora Inovar

www.editorainovar.com.br

79002-401 - Campo Grande – MS

2020

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma análise dos fluxos de utilização de um Hospital Universitário de referência do município do Rio de Janeiro para tratamento do câncer de mama, de pacientes diagnosticadas entre 2001 e 2011 e atendidas no referido hospital. Nesse sentido, foi realizada uma análise descritiva com vistas a subsidiar as ações do Serviço de Epidemiologia do hospital, gestores das unidades assistenciais e direção. A unidade de análise utilizada foi o município de residência das pacientes e o tipo de encaminhamento destas ao hospital (SUS/Não SUS/Conta Própria). Os resultados foram descritos e apresentados em mapa, elaborado pelo software Tabwin. As pacientes, todas do sexo feminino, apresentaram média de idade de 57 anos (desvio padrão de $\pm 13,5$). A maioria das pacientes selecionadas (53,3%) autorelataram ser Brancas, e 32%, negras. Foi observado baixo nível de escolaridade das pacientes com câncer de mama tratadas neste hospital no período em análise, uma vez que menos de 8% destas tiveram acesso ao ensino superior. Os municípios de procedência das pacientes abrangeram as regiões Metropolitana I, Metropolitana II, Baía de Ilha Grande, Médio Paraíba, Centro Sul, Serrana, Baixada Litorânea e uma paciente veio do município de São João del Rei, localizado no estado de Minas Gerais. Região Metropolitana I foi a de maior procedência das pacientes, correspondendo a 90% das pacientes que procuraram o hospital analisado para tratamento do câncer de mama, o que demonstra grande fluxo de utilização do hospital proveniente dos municípios do entorno. A maior parte das pacientes teve acesso ao hospital para tratamento do câncer de mama via encaminhamentos do SUS (80,4%); uma pequena parcela obteve acesso a partir de estabelecimentos privados e/ou não vinculados ao SUS (2,7%) e um percentual significativo o fez por conta própria, ou seja, via demanda espontânea. A análise dos fluxos de utilização dos serviços de saúde configura-se como potente estratégia para o planejamento das ações, da disponibilidade de serviços, alocação de recursos e distribuição geográfica dos equipamentos de saúde.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Regionalização; Fluxos de Utilização.

SUMÁRIO

| | | |
|-------------|--|-----------|
| I. | INTRODUÇÃO..... | 7 |
| II. | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 10 |
| 2.1. | Breves considerações sobre as Redes Integradas de Atenção à Saúde no Cuidado às Condições Crônicas | 10 |
| 2.2. | A Regionalização como Macroestratégia de Organização do SUS..... | 13 |
| | <i>Marcos Legais.....</i> | 13 |
| | <i>Desenvolvimento do Processo de Regionalização no Estado do Rio de Janeiro</i> | 15 |
| | <i>A Comissão Intergestores Regional – Metropolitana I.....</i> | 20 |
| 2.3. | O Câncer de Mama | 21 |
| | <i>Câncer: definição, características e magnitude</i> | 21 |
| | <i>Câncer de Mama: uma visão geral.....</i> | 22 |
| | <i>O Câncer de Mama no estado do Rio de Janeiro.....</i> | 24 |
| 2.4. | Assistência Oncológica no estado do Rio de Janeiro | 27 |
| | <i>Promoção da Saúde e Prevenção ao Câncer</i> | 27 |
| | <i>Assistência</i> | 28 |
| | <i>Desafios para Enfrentamento do Câncer de Mama</i> | 38 |
| III. | ANÁLISE DOS FLUXOS DE UTILIZAÇÃO | 40 |
| 3.1. | Critérios de Elegibilidade | 40 |
| 3.2. | Variáveis de Análise..... | 40 |
| 3.3. | Análise dos Resultados | 41 |
| IV. | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 42 |
| V. | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 50 |
| | <i>Limitações do estudo.....</i> | 51 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 52 |
| | SOBRE A AUTORA..... | 57 |

I. INTRODUÇÃO

A universalização do acesso à saúde preconizada para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980, e as ações realizadas em seu desenvolvimento histórico, contribuíram para o aumento da demanda e utilização dos serviços de atenção à saúde (VIACAVA et al., 2018). Entretanto, o atual contexto político marcado por restrições financeiras e subfinanciamento compromete a ampliação do acesso e efetividade da atenção e impacta na qualidade da prestação do cuidado em saúde (VIACAVA et al., 2018).

Nesse sentido, ao longo do desenvolvimento histórico do SUS, foram criados instrumentos para efetivação e ampliação das garantias constitucionais que normatizaram seus princípios e diretrizes. As quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas nos anos 1991, 1992, 1993 e 1996, instrumentalizaram a descentralização gerencial e a transferência de recursos e responsabilidades do Ministério da Saúde para os estados e, principalmente, para os municípios. Já em 2001, a edição da Norma Operacional das Ações de Saúde (NOAS 2001), com vistas a atenuar efeitos de um processo de municipalização considerado excessivo, institui a regionalização dos serviços de saúde como macroestratégia para a organização do SUS (KALICHMAN; AYRES, 2016).

O Conselho Nacional de Saúde, em documento que descreve as estratégias adotadas para melhoria do modelo de atenção à saúde, destaca a importância da regionalização no cenário das ações de saúde por cinco motivos principais: (1) Viabilização da integralidade da atenção pela ordenação das referências e organização do acesso entre os níveis de complexidade; (2) Aumento da eficiência global no uso dos recursos do SUS pelo ajuste da oferta às necessidades e demandas, evitando excessos e subutilização; (3) Auxilia numa melhor identificação das necessidades de investimento, contribuindo para a criação de políticas e planos com maior integração e fundamentação; (4) Dinamização da descentralização pela complementaridade entre as esferas de gestão descentralizada e a unicidade funcional do sistema requerendo participação solidária dos entes federados, gestores e operadores do Sistema e propicia a participação e controle sociais; (5) A regionalização destaca-se como condição para proporcionar uma atenção à saúde mais completa e de maior qualidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Travassos e Martins (2004) conceituam o processo de utilização dos serviços de saúde como a relação estabelecida entre o indivíduo que vai a busca do cuidado em saúde e o profissional que o auxilia em sua condução entre os níveis assistenciais no sistema de saúde; e apresentam os fatores que determinam a utilização de serviços de saúde, considerando que tais fatores apresentam diferenciações de acordo com o tipo de serviço e da proposta assistencial ofertada:

Em linhas gerais, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (PINEAULT e DAVELUY, 1986 *apud* TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190).

É importante também considerar a relação existente entre a oferta de serviços como potente influência no consumo de serviços de saúde por diversos aspectos relacionados à oferta como: disponibilidade, tipo, quantidade e qualidade dos serviços, recursos disponíveis, localização geográfica, ideologia do prestador, entre outros (TRAVASSOS et al., 2000).

Na medida em que o acesso também é considerado um dos determinantes da utilização, a temática da utilização dos serviços de saúde engloba uma discussão sobre o acesso geográfico, funcional, cultural e econômico, os fluxos de utilização de serviços de saúde e as desigualdades sociais e espaciais em saúde (ROESE, 2005)

Assim, com base no conceito explicitado por Roese (2005), compreendemos fluxos de utilização dos serviços de saúde pelos usuários como a busca por uma ação terapêutica e/ou trajetória percorrida no sistema com vistas ao atendimento das demandas e necessidades em saúde.

Neste cenário, destaca-se o processo de Transição Epidemiológica vivenciada em decorrência do progressivo envelhecimento populacional e mudanças nos indicadores de saúde

populacionais após a implantação do SUS, em que observamos elevação da incidência e prevalência de doenças crônicas as quais correspondem a 75% das causas de óbito no país (SOUZA et al., 2018). O Câncer se destaca em meio às demais doenças crônicas não transmissíveis e o câncer de mama aparece atualmente como o mais prevalente e incidente entre os diversos tipos, bem como o de maior mortalidade entre as mulheres nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2018), demonstrando a importância de se trabalhar a temática para elaboração de subsídios técnicos para a gestão e organização da atenção a esta doença.

Nesse sentido, este trabalho objetiva descrever e analisar o fluxo de utilização de um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro, referência para tratamento do câncer de mama, por pacientes diagnosticadas entre 2001 e 2011, bem como realizar o mapeamento dos fluxos de utilização observados.

Este trabalho surge como uma demanda do referido hospital com vistas a compreender o perfil das pacientes com câncer de mama atendidas, e apoia-se na importância do diagnóstico dos fluxos de utilização para subsidiar processos de planejamento e gestão dos serviços de saúde inseridos na Rede Integrada de Serviços de Saúde.

Além disso, destacamos a escassez de trabalhos que relacionam desigualdades, planejamento em saúde, organização dos serviços de saúde e melhoria do acesso e dos fluxos de utilização dos serviços de saúde (ROESE, 2005), motivo que aponta para a importância do diagnóstico institucional com vistas ao fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Breves considerações sobre as Redes Integradas de Atenção à Saúde no cuidado às condições crônicas.

O cenário epidemiológico brasileiro observado nas últimas décadas aponta para a necessidade de se repensar modelos de atenção à saúde e apostas organizativas dos serviços de saúde (WHO, 2003). Crescente envelhecimento populacional e predomínio da incidência e prevalência de doenças crônicas evidenciam-se paralelamente aos, ainda frequentes, altos níveis de doenças infectocontagiosas e forte contribuição das causas externas (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016). O perfil de morbimortalidade brasileiro é, portanto, caracterizado por tripla carga de doenças, o que revela níveis de desenvolvimento econômico e social do país sem, no entanto, abandonar uma perspectiva histórica e política de vulnerabilidade social e iniquidades em saúde.

No que tange a organização dos sistemas de saúde é conveniente pensar numa divisão entre condições agudas - passíveis de resposta por ações pontuais e reativas - e condições crônicas, que exigem ação continuada, proativa e um sistema integrado (MENDES, 2010). Nesse sentido, A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “Condições Crônicas” como aquelas que requerem cuidados continuados por longo período de tempo; abrangendo, assim, todas as doenças crônicas, doenças transmissíveis de curso longo, condições relacionadas à ciclos de vida, deficiências físicas permanentes e distúrbios mentais de longo prazo (WHO, 2003).

As condições crônicas apresentam particularidades que impactam na complexidade do cuidado em saúde. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas; elevada carga de doença, agravada pelo envelhecimento populacional, e prevalência de múltiplas comorbidades nos indivíduos (OPS; OMS, 2009). Estas condições apresentam progressão longa ou indefinida, ocorrendo períodos de agudização, e podem gerar incapacidades (BRASIL, 2013b). Tais questões impactam em um maior perfil de utilização dos serviços (MALTA et al., 2017a), aumento dos custos em saúde (ABEGUNDE et al., 2007) e necessidade de adoção de uma abordagem complexa do cuidado pautada numa concepção de saúde ampliada (BRASIL, 2013b; OUVÉNEY; NORONHA, 2013; WHO, 2003).

A complexidade da abordagem de cuidado às condições crônicas evidencia-se pela prestação de cuidados permanentes e continuados que requerem intervenções baseadas no uso de tecnologias leves, leve-duras e duras (MERHY, 2006) desenvolvidas em diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde, associadas a mudanças de estilo de vida e promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2013b; GRABOIS, 2009; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010; WHO, 2003). Desse modo, a vigência de modelos de atenção em saúde focalizados na enfermidade e na predominância de eventos agudos e episódicos que não visam atender às necessidades em saúde da população e ao princípio da integralidade do cuidado, fortalece a importância de mudança no paradigma do cuidado em saúde (WHO, 2003).

A integralidade, nesse sentido, aparece não apenas como uma diretriz constitucional do SUS, mas como bandeira de luta, parte de uma imagem objetivo voltada ao sistema de saúde, que carrega diversas dimensões e sentidos e se relaciona com ideais de justiça e solidariedade social (MATTOS, 2001). Orientar as políticas, a organização dos serviços e do trabalho em saúde pela integralidade significa romper com uma lógica meramente produtivista, de reducionismos e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001). A integralidade seria a expressão das necessidades em saúde apreendidas através das relações subjetivas entre sujeitos implicados e vinculados por noções de confiança, apoio, acordos e fortalecimento da autonomia dos cidadãos.

Além disso, Mattos (2001) reforça que a apreensão das necessidades de saúde por profissionais ou serviços não deve suplantar a realidade. O trabalho em saúde baseado apenas nesta apreensão pode significar um rompimento com a integralidade na medida em que o cuidado deixa de responder a necessidades que podem não ter sido consideradas no momento de estruturação do serviço. Portanto, a integralidade deve ser vista como um modo contínuo de organizar o trabalho em saúde, sempre aberto à revisão dos processos e inclusão de novas práticas não previstas anteriormente.

O imperativo de mudanças no paradigma do cuidado em saúde - e seus desdobramentos nos serviços - vem se mostrando cada vez mais palpável no contexto da produção teórica e da *práxis* em saúde. Estratégias como a Humanização da atenção (BRASIL, 2013a), o cuidado centrado na pessoa (WHO, 2003) e, mais recentemente, a atualização da definição de Cuidados Paliativos – o conceito passa a incluir em seu escopo de objetivos e ações não apenas pacientes com condições ameaçadoras da vida e prognóstico limitado, mas também todas as condições crônicas progressivas, independente do prognóstico (GÓMEZ-BATISTE et al., 2017) - apontam

para a insustentabilidade de uma concepção de cuidado em saúde e da organização de serviços centrados na doença, pautados na atenção às emergências e agudizações, em detrimento de seus determinantes, do cuidado multidimensional e enfoque nas ações de prevenção e promoção da saúde; e reiteram a pauta política de superação da fragmentação dos sistemas de saúde a partir do fortalecimento das Redes Integradas de Atenção à Saúde (RISS).

As RISS consistem em uma rede de organizações que planeja arranjos institucionais e/ou presta serviços de saúde de forma contínua e coordenada a uma população definida; responsabilizando-se pela prestação de contas relacionadas a resultados econômicos e do estado de saúde de sua população (Shortell, SM; *et al*, 1993 *apud* OPS, 2008).

Por sua vez, evidenciam melhor desempenho dos sistemas de saúde principalmente no que se refere à acessibilidade aos serviços, qualidade do cuidado, eficiência, redução da fragmentação e estímulo à coordenação e integração dos sistemas de saúde (OPS, 2008). O objetivo da OPAS sobre as RISS é contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na Atenção Primária em Saúde (APS), na medida em que fortalecem elementos essenciais da APS, como porta de entrada prioritária; integralidade do cuidado; orientação familiar e comunitária e seu protagonismo na coordenação do cuidado (OPS; OMS, 2009).

Entretanto, apesar dos esforços voltados ao estabelecimento de Redes e a promoção da integração, a fragmentação é um dos grandes desafios dos sistemas de saúde (OPS, 2010). Diversos são os seus efeitos sobre o desempenho dos serviços de saúde; manifestando-se principalmente como descoordenação, falta de comunicação entre serviços e níveis de atenção, ineficiência, baixa capacidade resolutiva da APS e cuidados realizados em níveis de atenção inadequados (OPS, 2008; OPS; OMS, 2009), desdobramentos estes que impactam a qualidade das ações e a continuidade do cuidado.

Ouverney e Noronha (2013) apresentam um conjunto de princípios organizativos que, na composição das estratégias de coordenação, favorecem a integração do sistema: longitudinalidade a partir da coordenação de diversas práticas e tecnologias de modo a compor uma ação coerente e efetiva; abordagem complexa e multidisciplinar que favorecem interdependência das ações e compartilhamento de análise clínica; corresponsabilização, levando a um maior envolvimento dos sujeitos e ao trabalho em equipe; territorialização com vistas à compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença vinculados ao espaço geográfico e população; intersetorialidade, baseada em uma concepção ampliada de

saúde, com objetivo de promover a cidadania; eficiência no uso dos recursos com vistas à efetividade das ações atrelada à sustentabilidade financeira do sistema e a orientação das ações à noção de contínua melhoria da qualidade, conferida através de instrumentos de avaliação de desempenho, zelo a parâmetros de qualidade e alinhamento do trabalho a projetos terapêuticos ajustados às necessidades dos cidadãos.

A atenção a estes princípios orienta a adoção de estratégias de integração e a escolha das tecnologias e mecanismos necessários para sua consecução. Nesse sentido, é importante atentar para o fato de que algumas tecnologias escolhidas apresentam efeitos mais gerais, podendo estar vinculados a diferentes princípios, na medida de sua interconexão e complementaridade; ao passo que algumas destas guardam suas especificidades atreladas a determinadas dimensões da integração, podendo ser melhor utilizadas para atenuar, ou dirimir, efeitos relacionados a problemas específicos (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Nesse sentido, a integração pode ser compreendida como um *continuum* na prestação da atenção à saúde. A coordenação e a integração assistencial, em sua inter-relação, correspondem, assim, a etapas desse *continuum*, onde esta representa o nível mais avançado de coordenação (OPS, 2008). A Continuidade do cuidado, por sua vez, é a forma como se dá a experiência individual dos usuários acerca da integração dos serviços e a coordenação assistencial. É, portanto, um atributo relacionado à dimensão individual e subjetiva, motivo que a distingue dos conceitos de integração e coordenação, embora seja uma consequência destes (HAGGERTY et al., 2003).

A continuidade do cuidado é conseguida através da união de elementos no caminho assistencial. Para que a continuidade exista, o cuidado deve ser experimentado como conectado e coerente (HAGGERTY et al., 2003). Para isso, são projetados processos, arranjos organizacionais, mecanismos e instrumentos legais e operacionais para melhorar a continuidade e garantir a coordenação do cuidado e integração dos serviços e do sistema de saúde.

2.2 A Regionalização como Macroestratégia de Organização do SUS

Marcos legais

A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, cria mecanismo normativo que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes. Nela é indicada a regionalização como estratégia para a descentralização (BRASIL, 1990) tendo sido expedidas sucessivas normativas legais sobre o tema ao longo dos anos.

As quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), expedidas nos anos 1991, 1992, 1993 e 1996, foram criadas com o objetivo principal de orientar o processo de descentralização gerencial e as transferências de recursos e responsabilidades para os estados e, sobretudo, para os municípios; processo que já vinha ganhando importância no cenário político da saúde desde a década de 1980, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do SUDS (KALICHMAN; AYRES, 2016).

No tocante à regionalização, embora não estivesse no foco dos documentos, as NOB continham algumas orientações: a Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB SUS 01/93) aborda a regionalização a partir de um enfoque na articulação e mobilização municipal, com vistas a garantir acesso à saúde, embora ainda não aponte para a estruturação de regiões de saúde (BRASIL, 1993):

A regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993, p.3.)

A Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB SUS 01/96) reafirma que a organização da rede de serviços municipais deve obedecer às diretrizes da Constituição de 1988, com o objetivo de promover o avanço e consolidar a gestão municipal; aposta na composição e fortalecimento dos sistemas municipais e nas programações pactuadas e integradas (PPI) as bases para criação das redes regionais com vistas à ampliação do acesso a saúde. Estabelece que as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) podem operar com subcomissões regionais (BRASIL, 1996); entretanto, o excessivo foco no município como condutor do processo e ausência de maiores considerações acerca da formação das redes regionais e pactuações entre os municípios dentro das regiões na formulação da PPI foram grandes responsáveis por evidenciar os limites desta abordagem.

Na década seguinte, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS 01/2001 e 01/2002 (NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002) apresentam a regionalização como estratégia

principal para organização do sistema de saúde no território, com o objetivo de promover maior equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2001, 2002).

O Pacto pela Saúde, no ano de 2006, amplia a concepção de regionalização para além da assistência, passando a concebê-la como eixo estruturante do Pacto de Gestão. Dessa forma, o processo de descentralização foi potencializado e são estruturadas as regiões sanitárias e os colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006).

As Comissões Intergestores Regionais são instituídas a partir do Decreto Presidencial nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (o qual regulamenta a lei 8080 de 19 de setembro de 1990) (BRASIL, 2011), e, no estado do Rio de Janeiro pelas Deliberações CIB nº 648 de 05 de maio de 2009, na forma de Colegiados de Gestão Regional (RIO DE JANEIRO, 2009), os quais posteriormente foram transformados em Comissões Intergestores Regional; e Deliberação CIB nº1452 de 09 de novembro de 2011, pela conformação das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2011).

Desenvolvimento do Processo de Regionalização no Estado do Rio de Janeiro

Em 2001, foi elaborado o primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado do Rio de Janeiro, com a definição de nove Regiões de Saúde (RS). O Plano Diretor de Regionalização é um dos principais instrumentos de planejamento em saúde, sendo responsável por traçar o desenho final do processo de pactuação das regiões de saúde do estado (RIO DE JANEIRO, 2012).

Em 2009, foram realizadas Oficinas regionais, com a participação dos secretários municipais de saúde, do COSEMS-RJ e da SESDEC, para revisão das regiões de saúde tendo como principais objetivos a constituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e o fortalecimento do planejamento regional, levando-se em consideração a autonomia dos entes federados e um modelo compartilhado de gestão; e a configuração regional existente, considerando as características de saúde, sociais, culturais e de acesso (RIO DE JANEIRO, 2017a). O resultado destas reuniões foi a elaboração do Plano Diretor de Regionalização de 2009 (PDR 2009), denominado Caderno de Informações em Saúde do estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2012).

Os pré requisitos para estabelecimento das Regiões de Saúde foram considerados como: contiguidade territorial intermunicipal; identidade social, econômica e cultural; sistema de transporte e comunicação entre municípios e regiões; identificação dos fluxos assistenciais; contabilização e avaliação da oferta de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos; grau de suficiência na regionalização (RIO DE JANEIRO, 2017a).

A partir da discussão dos critérios para o estabelecimento de Regiões de Saúde, a pactuação sobre os desenhos regionais ocorreu de acordo com as seguintes orientações: os municípios seriam responsáveis pela gestão da atenção Básica e ações de Vigilância em Saúde e as Regiões de Saúde ficariam responsáveis pela suficiência em Atenção Básica e Média Complexidade e também algumas ações de Alta Complexidade (segundo critério de acessibilidade e possibilidade de oferta) (RIO DE JANEIRO, 2017a).

Seguindo as orientações e diretrizes implementadas desde 2006, a partir do Pacto pela Saúde, o estado do Rio de Janeiro optou, em 2009, por não trabalhar com o desenho de Macro e Microrregiões de Saúde. As Regiões de Saúde foram então definidas e pactuadas entre os gestores municipais, estadual e o Conselho Estadual de Saúde, sendo mantido o desenho presente no PDR 2001, com nove Regiões de Saúde, sendo: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana (RIO DE JANEIRO, 2012).

No ano de 2011, com a instituição do Decreto presidencial nº 7.508/11 e da Resolução CIT nº 01 de 29/9/11, os CGR passa a ser chamado de Comissões Intergestores Regionais (CIR). As Regiões de Saúde foram revistas e pactuadas na 10ª reunião ordinária da CIB por meio da deliberação CIB nº 1452 de 09 de novembro de 2011, a qual mantém o desenho de 9 Regiões de Saúde no estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2017a).

Em 2012, ocorreram Oficinas de Planejamento Regional, no âmbito das CIR, com intuito de estabelecer as prioridades e estratégias de saúde locais. Foi elaborado um consolidado de informações e diagnósticos situacionais das Regiões de Saúde e, como produto, foi elaborado a atualização do PDR referente aos anos de 2012 e 2013 (RIO DE JANEIRO, 2017a).

No ano de 2015 foi inserido na estrutura da SES a Assessoria de Regionalização - AR, na qual ficaram vinculadas todas as ações sobre regionalização da secretaria. Em 2016 houve reformulação na estrutura da Assessoria de Regionalização - AR. Foi composta uma equipe técnica, no nível central, e definidos técnicos de referência para cada região de saúde. Além

disso, a assessoria conta com as equipes descentralizadas, que são as Secretarias Executivas das CIR (RIO DE JANEIRO, 2017a).

A Deliberação CIB nº 2.917 de 14 de Maio de 2014 ratifica a aprovação *ad referendum* da revisão do Regimento Interno das CIR do estado do Rio de Janeiro. Nesse sentido, a referida normativa apresenta as atividades e atribuições das Comissões Intergestores Regionais. Além disso, define que as CIR são órgãos permanentes, não paritários e vinculados às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) (RIO DE JANEIRO, 2014). São instâncias de articulação interfederativa para, a partir da cogestão solidária, negociar, propor, pactuar e deliberar, por consenso, aspectos relacionados à organização e funcionamento dos serviços do SUS. Sua instalação obedecerá ao Plano Diretor de Regionalização do estado, expressando a compreensão final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde (RIO DE JANEIRO, 2014).

A instalação das CIR obedece ao Plano Diretor de Regionalização (PDR) da região de saúde compreendendo que a regionalização apresenta como objetivo a garantia do acesso, promoção da equidade, garantia da integralidade da atenção à saúde, qualificação do processo de descentralização e eficiência no uso dos recursos (RIO DE JANEIRO, 2014)

As CIR do estado do Rio de Janeiro são composta por representantes do município e do estado: todos os secretários de saúde da região de saúde e um representante do nível central da SES/RJ ou o secretário executivo da CIR (RIO DE JANEIRO, 2012).

O estado do Rio de Janeiro, como já mencionado, foi dividido em nove Regiões de Saúde, quais sejam:

Quadro 1: Composição das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

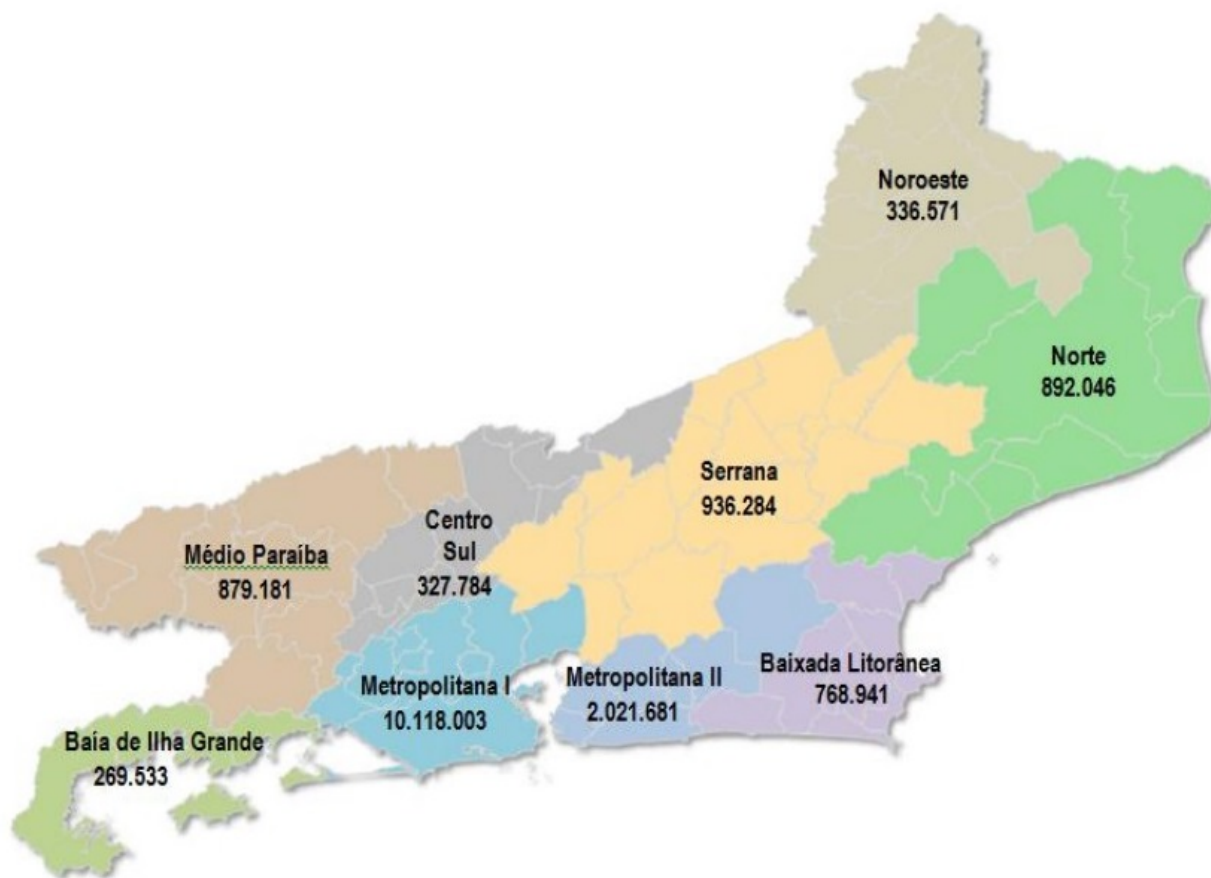
| Região de Saúde | Composição |
|---------------------|--|
| Baía da Ilha Grande | 3 municípios: Angra dos Reis, Mangaratiba, Paraty |
| Baixada Litorânea | 9 municípios: Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema |
| Centro-Sul | 11 municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, |

| | |
|------------------|--|
| | Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras |
| Médio Paraíba | 12 municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda |
| Metropolitana I | 12 municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica |
| Metropolitana II | 7 municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá |
| Noroeste | 14 municípios: Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, VarreSai |
| Norte | 8 municípios: Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra |
| Serrana | 16 municípios: Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes |

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

Abaixo está representado o mapa do estado do rio de janeiro, com sua divisão em regiões de saúde e a estimativa da população residente de cada região, no ano de 2015:

Figura 1. Estado do Rio de Janeiro, com Regiões de Saúde e respectivas populações, 2015.



Fonte: Plano Estadual de Atenção Oncológica, Rio de Janeiro, 2017/ IGBE.

Podemos perceber as diferenças na constituição das regiões de saúde no que se refere ao número de municípios e população em cada região. Tal fato deve-se a alguns fatores como distribuição populacional, semelhanças sócio culturais da população dos municípios, barreiras geográficas, existência de meios de transporte e vias de acesso, semelhanças no perfil epidemiológico e nas necessidades de saúde apresentadas pelos municípios e disponibilidade de equipamentos de saúde nos municípios componentes das regiões.

Para ser considerado como uma região, esse agrupamento de municípios, além do exposto, também deverá possuir os seguintes elementos constitutivos, a saber: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial e hospitalar especializada, e vigilância em saúde (RIO DE JANEIRO, 2012), conforme expresso na no Decreto 7.508/11 e na Resolução CIT N° 01, de 29 de setembro de 2011, os quais definem região de saúde como:

(...) espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

A regionalização, como orientadora da descentralização das ações e serviços de saúde, possui os seguintes instrumentos de planejamento: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) (RIO DE JANEIRO, 2012).

A Comissão Intergestores Regional - Metropolitana I

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) são fóruns criados a partir do Decreto nº 7508 de junho de 2011, em substituição aos Colegiados de Gestão Regional, oriundos do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2011).

Essa instância foi criada com o objetivo de aprimorar o processo de regionalização no SUS. Os problemas de saúde são identificados e analisados conjuntamente por representantes dos municípios pertencentes à região. A partir dessa avaliação procede-se a identificação e pactuação das ações prioritárias, com objetivo de melhorar a situação de saúde e garantir a atenção integral na região (RIO DE JANEIRO, 2012)

A CIR é um ambiente de debate e negociação que promove a gestão colaborativa na saúde. Caracteriza-se como um espaço de governança regional. Portanto tem por atribuições fazer diagnóstico situacional da região, que consiste em análise epidemiológica e levantamento dos recursos e dispositivos de saúde existentes na região de saúde, traçar objetivos de melhoria das condições de saúde e metas para alcançar esses objetivos (RIO DE JANEIRO, 2012).

O último diagnóstico realizado na região Metropolitana I, bem como seu planejamento ocorreram para o triênio 2013-2016. De acordo com a ata da 3ª reunião ordinária da CIR, realizada em 04 de abril de 2018, a região ainda encontra-se em fase de diagnóstico situacional e para posterior planejamento de ações para o período de 2018-2021 (CIR-METROPOLITANA I, 2018). Este ponto não entrou na pauta das duas reuniões posteriores, ocorridas no ano de 2018, para informes sobre o andamento do processo do planejamento regional (CIR-METROPOLITANA I, 2018b, 2018c).

4. Planejamento Regional da RM1 2018-2021 – A Sra. L. esclarece que o planejamento não está completo, tendo em vista que algumas tarefas, distribuídas entre os membros do GT não foram concluídas. O plano foi lido, mediante exposição pelo data show. Foram feitas considerações com relação ao apresentado. Foi destacada a existência de dados mais atuais. A Sra. M. sugere que o CISBAF faça uma descrição das suas atividades para inclusão no plano regional. O que foi aceito. A Sra. M. conclui dizendo que mediante a quantidade de pendências observadas na leitura conjunta do plano, ainda não pode ser encerrada essa fase do diagnóstico. As tarefas para complementação do documento foram distribuídas entre os participantes e em sequência o GT de Planejamento irá se reunir para conclusão e consolidação, em tempo hábil para a próxima plenária (CIR-METROPOLITANA I, 2018, p.1, linhas 35 a 44).

2.3 O Câncer de Mama

Câncer: definição, características e magnitude

Entre as importantes questões relativas ao setor da saúde, o câncer tem se sobressaído em meio as demais doenças crônicas não transmissíveis (TORRE et al., 2016) e caracteriza-se por um conjunto complexo de doenças, que apresentam crescimento descontrolado e disseminação de células anormais pelo corpo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018b). Esse processo inclui características tumorais específicas como sustentação da sinalização proliferativa, evitar o desenvolvimento de supressores tumorais, resistência à morte celular, permitindo a imortalidade replicativa de DNA, indução de angiogênese, e poder de invasão tecidual e órgãos vizinhos, conhecido como metástase (HANAHAN; WEINBERG, 2011b).

Além disso, instabilidade do genoma, que gera uma diversidade genética que acelera a sua aquisição e inflamação, bem como reprogramação do metabolismo energético (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018c). Além das células cancerígenas, os tumores exibem outra dimensão de complexidade: contém um repertório de células recrutadas, aparentemente normais, que contribuem para a aquisição de marcas e traços ao criar o "microambiente tumoral" facilitando seu desenvolvimento (HANAHAN; WEINBERG, 2011b).

Atualmente, no mundo, existem aproximadamente 14,1 milhões de pessoas diagnosticadas com câncer e sua incidência tem aumentado em 20% na última década (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2018b). Fatores genéticos e fatores de risco relacionados principalmente ao estilo de vida como, dieta inadequada, obesidade, exposição solar acima do recomendado, tabagismo, etilismo e inatividade física contribuem de maneira significativa para o

desenvolvimento, aumento do número de casos (AMERICAN ASSOCIATION FOR CANCER RESEARCH, 2014; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2007) e cada vez mais, estes fatores estão relacionados ao prognóstico (VIJAYVERGIA; DENLINGER, 2015). Fatos estes, favorecem para que esta doença se destaque como uma das principais causas de morte no mundo, com cerca de 8,2 milhões de mortes no ano de 2012 (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2018b; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2007; HANAHAN; WEINBERG, 2011).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo são, pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão) (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018b; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2018b). Entre os países em desenvolvimento, é esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (AMERICAN ASSOCIATION FOR CANCER RESEARCH, 2014).

Para o Brasil em 2018-2019, estimam-se cerca de 600 mil casos novos e uma mortalidade de 190 mil óbitos por ano (INCA, 2017). Se excluirmos o câncer de pele não melanoma (por ser o mais incidente para ambos os sexos), os tipos de câncer mais incidentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) se apresentam como os principais (INCA, 2017). Fato que evidencia os cânceres de próstata em homens e mama em mulheres como os mais frequentes.

Câncer de Mama: uma visão geral

O câncer de mama é atualmente o mais prevalente e incidente entre os diversos tipos, bem como o de maior mortalidade entre as mulheres nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018b; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2018b). Embora tenha uma taxa de mortalidade maior do que qualquer outro câncer (12,9/100 mil), sua letalidade é considerada relativamente baixa, dado que a taxa de mortalidade é menor que um terço da taxa de incidência (INCA, 2017).

Para o ano de 2018-2019, foram estimados 59.700 casos novos desta neoplasia no Brasil (INCA, 2017), dos quais 80% destes casos ocorrem em mulheres após os 50 anos, devido a alterações celulares e moleculares associadas ao período pós-menopausa que favorecem o processo de carcinogênese para os diferentes estágios e tipos tumorais (AMERICAN CANCER

SOCIETY, 2015b; TAMIMI et al., 2016). Além disso, de acordo com o atual processo de transição epidemiológica, associada a fatores de risco, é esperado um aumento no número dos casos novos dessa neoplasia para os próximos anos (INCA, 2017; MALTA et al., 2017b; TORRE et al., 2016; FOROUZANFAR et al., 2016; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015).

A necessidade de se classificar o câncer em estádios baseia-se na constatação de que a sobrevida é diferente quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos (metástases) (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015b; SENKUS et al., 2015; SOBIN; WITTEKIND; INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER, 2002). O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos (SOBIN; WITTEKIND; INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER, 2002).

Este sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T₀ a T₄, de N₀ a N₃ e de M₀ a M₁, respectivamente e quando as categorias T, N e M são agrupadas em combinações pré-estabelecidas, ficam distribuídas em estádios que, geralmente, variam de I a IV. A indicação terapêutica do câncer depende do estadiamento da doença.

Por se constituir uma patologia com características epidemiológicas e clínicas heterogêneas, o tratamento para o câncer de mama depende da precocidade do diagnóstico (SANTOS; CHUBACI, 2011). Assim como um estadiamento bem conduzido leva a condutas terapêuticas corretamente aplicadas, melhorias no exame diagnóstico e tratamento impactam na sobrevida dos pacientes. Para o câncer de mama, a sobrevida em cinco anos está aumentando na maioria dos países desenvolvidos, aproximadamente 85% durante o período de 2005 a 2009 (AMERICAN ASSOCIATION FOR CANCER RESEARCH, 2014). No Brasil, a sobrevida em cinco anos apresenta a mesma tendência, com aumento entre os períodos de 1995 a 1999 e 2005 a 2009, de 78% para 87% (INCA, 2017).

O tratamento desta neoplasia é composto por modalidades loco-regional (cirurgia e radioterapia) e sistêmica (quimioterapia e hormonioterapia). Geralmente são associadas duas ou mais abordagens terapêuticas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015b). As cirurgias se dividem em conservadoras e radicais, tendo ou não abordagem axilar (linfadenectomia axilar ou biópsia

do linfonodo sentinela) (SENKUS et al., 2015). As outras modalidades terapêuticas (radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia) são indicadas como forma de prevenir a ocorrência de metástase e/ou recidiva local e são indicadas de acordo com as características da paciente e do tumor (SENKUS et al., 2015).

Entretanto, apesar dos avanços e possibilidades terapêuticas, muitos pacientes ainda sofrem com efeitos colaterais agudos e crônicos do tratamento (SENKUS et al., 2015; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015b). Além disso, hábitos de vida como o sedentarismo, inatividade física e alimentação desequilibrada contribuem para potencializar e exacerbar tais efeitos (AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2007).

O Câncer de Mama no estado do Rio de Janeiro

As mudanças sócio demográficas observadas ao longo dos anos impactam no perfil epidemiológico da população. Nesse sentido, o processo de transição demográfica e melhoria da situação de saúde podem ser observados no estado do Rio de Janeiro pela diminuição da taxa de fecundidade e envelhecimento populacional.

O padrão etário da fecundidade mudou sensivelmente entre 2000 e 2012, com o aumento da concentração dos nascimentos entre os 20-29 anos e seu nível caiu de forma expressiva. Apesar do subregistro nas declarações de nascimento, as taxas de fecundidade calculadas para o Estado do Rio são de fato baixas e há mais de uma década não alcançam o nível mínimo para reposição da população (2,1 filhos por mulher). A proporção de idosos apresenta baixa variação entre as regiões, com exceção da Baía da Ilha Grande, aonde não chega a 10% do total da população (RIO DE JANEIRO, 2017b).

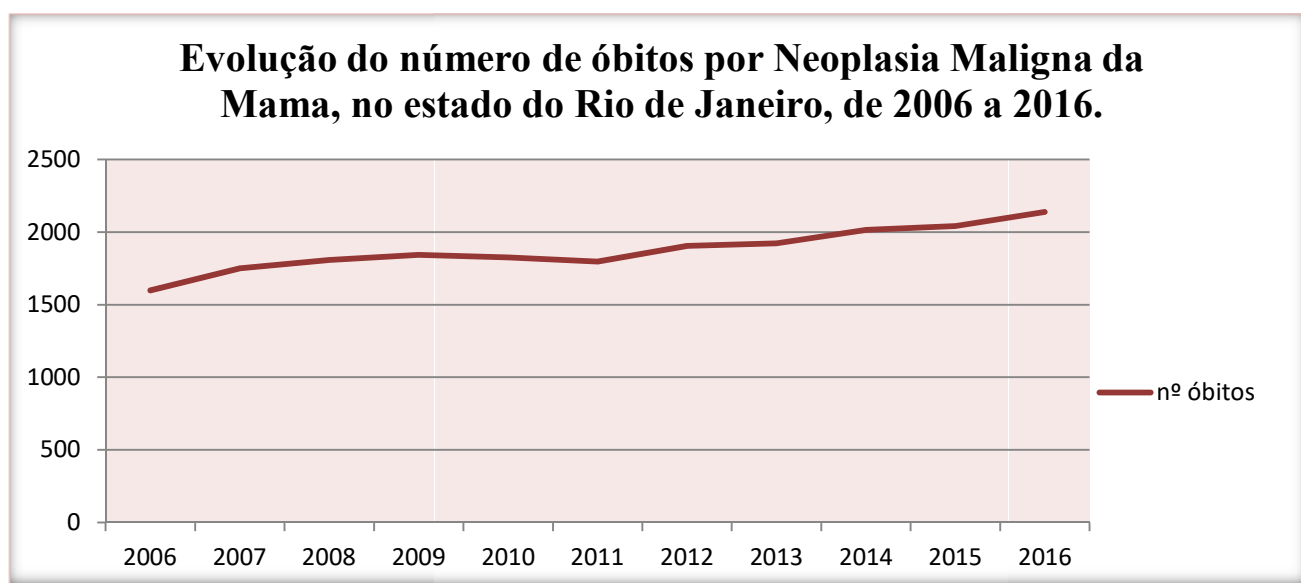
O índice de envelhecimento no estado apresentou considerável aumento. As Regiões Metropolitana I e Noroeste são as que concentram o maior percentual de idosos no estado quando comparados a menores de 15 anos, seguidas pelas Regiões Centro Sul, Serrana e Metropolitana II (RIO DE JANEIRO, 2017b).

Acompanhando o envelhecimento populacional apresentado pelo estado, a incidência de câncer vem crescendo ao longo dos anos (RIO DE JANEIRO, 2017b). No que tange o câncer de mama, é estimado um quantitativo de 8.050 novos casos desta neoplasia no estado do Rio de Janeiro, para 2018, correspondendo a 13,5% do total de casos novos de câncer de mama

estimados para o Brasil neste mesmo ano. Só na capital, o município do Rio de Janeiro, foi estimado 4.010 novos casos de câncer de mama, quase metade da estimativa do estado. A taxa de incidência ajustada desta neoplasia para o estado e capital, respectivamente, correspondem a 68,78 por 100 mil habitantes e 74,67 por 100 mil habitantes, apresentando-se como a neoplasia de maior taxa de incidência no estado, quando não considerado o câncer de pele não melanoma (INCA, 2017). Os dados apresentados demonstram a magnitude desta doença no cenário em estudo.

Segundo dados do Datasus, a mortalidade por câncer de mama no estado também apresenta padrão progressivo, conforme pode ser observado no Gráfico 3:

Gráfico 1. Evolução do número de óbitos por Neoplasia Maligna da Mama, no estado do Rio de Janeiro, de 2006 a 2016.



Fonte: Datasus. Estatísticas Vitais.

No interior das regiões, destacam-se os seguintes municípios, os quais apresentam o maior número de óbitos por câncer de mama quando comparados com os demais municípios pertencentes a sua região de saúde, no período de 2006 a 2016:

Quadro 2. Municípios com maior número de óbitos por Câncer de Mama em cada região do Estado do Rio de Janeiro, de 2006 a 2016.

| | |
|----------------------------|--|
| Baía da Ilha Grande | Angra dos Reis apresentou o maior número de óbitos em quase todos os anos quando comparado aos demais municípios de sua região. |
| Baixada Litorânea | Cabo Frio teve o maior número de óbitos em todos os anos, em relação aos municípios de sua região; e Araruama foi o 2º município com maior número de óbitos na Baixada Litorânea em quase todos os anos do período. |
| Centro-Sul | Três Rios foi o município que apresentou o maior número de óbitos em sua região em quase todos os anos do período em análise. |
| Médio Paraíba | Barra Mansa teve o maior número de óbitos em todos os anos, em relação aos municípios de sua região; e Resende foi o 2º município com maior número de óbitos na Baixada Litorânea em quase todos os anos do período. |
| Metropolitana I | Rio de Janeiro destaca-se em relação à sua região e ao estado como um todo, com mortalidade muito superior, correspondendo a quase metade do total de óbitos do estado ocorridos no período. |
| Metropolitana II | São Gonçalo teve o maior número de óbitos em todos os anos, em relação aos municípios de sua região; e Niterói foi o 2º município com maior número de óbitos na região Metropolitana II em todos os anos do período. |
| Noroeste | Itaperuna apresentou maior número de óbitos em quase todos os anos. |
| Norte | Campos de Goytacazes como município com maior número de óbitos por câncer de mama e Macaé como 2º, em todos os anos do período em análise. |
| Serrana | Petrópolis como município com maior número de óbitos por câncer de mama e Nova Friburgo como 2º, em todos os anos do período em análise. |

Fonte: Datasus. Estatísticas Vitais.

Destaca-se o município do Rio de Janeiro, o qual apresentou uma média de 917 casos por ano e é responsável por quase metade do total de óbitos ocorridos no período por esta neoplasia.

Frente a estes dados, chama-se a atenção para a necessidade de estabelecimento de diretrizes claras para o enfrentamento do câncer, nos municípios e regiões, em todas as dimensões do cuidado: prevenção, promoção, rastreamento, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos; além do estabelecimento de fluxos inter regionais com vistas a atender as necessidades de saúde da população (RIO DE JANEIRO, 2016). Isso implica numa atuação conjunta e integrada dos entes federados, o que requer fortalecimento da capacidade de gestão e estímulo à programação pactuada integrada com vistas à promoção do acesso à saúde, à

integralidade, redução dos efeitos do adoecimento, melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

2.4 Assistência Oncológica no estado do Rio de Janeiro

Em avaliação realizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro para realinhamento do Plano Estadual de Saúde, no período compreendido entre 2016 e 2019, foram considerados o acesso aos métodos diagnósticos e a procedimentos assistenciais de alta complexidade em oncologia, como aspectos fundamentais para garantia da integralidade das ações de controle do câncer, sobretudo no que se refere à detecção precoce e indicação ao tratamento mais adequado a cada caso. A importância da realização de diagnósticos situacionais tanto da perspectiva epidemiológica quanto da oferta de serviços reside na necessidade de dimensionamento da defasagem entre a demanda por estes serviços e a oferta existente, subsidiando o planejamento das ações necessárias para o equacionamento das necessidades observadas (RIO DE JANEIRO, 2016).

Em 2017, foi Atualizado o Plano Estadual de Atenção Oncológica, o qual estabelece os eixos prioritários do cuidado à pessoa com câncer no estado do Rio de Janeiro, quais sejam: Promoção e Prevenção da Saúde; Assistência; Assistência Farmacêutica; Cuidados Paliativos; Educação; Sistemas logísticos; e Regulação (RIO DE JANEIRO, 2017b).

Promoção da Saúde e Prevenção ao Câncer

A redução da incidência do câncer no estado do Rio de Janeiro possui íntima relação com medidas preventivas e educativas quanto aos seus fatores de risco. No que se refere à mortalidade, sua redução depende da capacidade dos serviços de saúde em detectar precocemente a doença e fornecer o tratamento adequado (RIO DE JANEIRO, 2017b); o que demonstra a importância do pensamento sistêmico em saúde e a indissociabilidade entre prevenção e assistência à saúde.

Nesse sentido, chama-se atenção para o papel exercido pelas equipes de Atenção Básica como coordenadora da atenção à saúde numa perspectiva territorializada e atenta às necessidades da população e aos determinantes sociais em saúde, os quais evidenciam perfis de vulnerabilidade (RIO DE JANEIRO, 2017b). À equipe de Atenção Básica compete o reconhecimento dos fatores de risco para o câncer apresentados pela população adscrita ao seu território de atuação, a qual é beneficiada quando o trabalho em saúde ocorre em um contexto de fortalecimento dos vínculos, de corresponsabilização, escuta qualificada, longitudinalidade do cuidado e centralidade na pessoa (GRABOIS, 2009).

A Equipe de Atenção Básica, por sua formação multiprofissional e ação interdisciplinar, apresenta grande potência para ampliação da capacidade de intervir no processo de saúde-doença evidenciado pela população a ela vinculada. As ações de promoção da saúde apresentam papel central nesse processo uma vez que envolvem tanto um olhar individual para o usuário, quanto um olhar sistêmico relacionado ao contexto em que este se encontra, com vistas a identificar situações de vulnerabilidade. A ampliação das estratégias de promoção da saúde e prevenção, por meio da mobilização coletiva e de ações comunitárias efetivas, é fundamental para a promoção de mudanças nos condicionantes sociais da saúde (TEIXEIRA et al., 2014).

Nesse sentido, é importante enfatizar práticas dos serviços que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, que promovam ampliação do acesso da população à informação, de forma clara e culturalmente adequada à realidade da comunidade, como condições fundamentais para a melhoria da saúde da população e o controle de doenças e agravos crônicos (RIO DE JANEIRO, 2017b).

Assistência

Detecção precoce/diagnóstico

Detecção precoce é uma das formas de realização da prevenção secundária. Tem por objetivo a identificação do câncer em estágios iniciais, possibilitando um melhor prognóstico para a doença (INCA, 2015). A prevenção primária, por sua vez, têm por objetivo evitar a ocorrência da doença e suas estratégias são voltadas para a redução da exposição aos fatores de risco, conforme explicitado nos parágrafos acima. Os métodos existentes para a detecção

precoce do câncer de mama não impactam na redução da incidência, uma vez que são responsáveis e intentam estabelecer diagnóstico antes que a doença atinja estágios avançados, mas podem reduzir a mortalidade pela doença (INCA, 2015).

Existem duas estratégias de detecção precoce: rastreamento e diagnóstico precoce. O diagnóstico precoce tem por objetivo identificar pessoas que apresentem sinais e sintomas iniciais de uma determinada doença, levando em consideração a qualidade e garantia da integralidade em todas as etapas do cuidado. A estratégia de diagnóstico precoce do câncer de mama mais aceita mundialmente nos últimos anos pauta-se em três aspectos centrais: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna. O rastreamento, por sua vez, é uma estratégia que se baseia na realização de testes em pessoas saudáveis, com vistas a identificar doenças em sua fase pré-clínica (assintomática). Para ter sua eficácia comprovada para recomendação à população, o rastreamento deve apresentar comprovada capacidade de redução da mortalidade pela doença através da realização de estudos controlados (INCA, 2015).

Nesse sentido, a Atenção Básica apresenta-se com papel central tanto na prevenção primária quanto secundária do câncer de mama e apresenta um grande espectro de ações para a atenção oncológica. Estas ações abrangem o reconhecimento da realidade do território; criação de vínculo entre profissionais e população; cuidado longitudinal e continuado; ações de promoção da saúde, prevenção ao câncer e educação em saúde para o usuário e profissionais; o rastreamento da população alvo; coordenação do cuidado e regulação da atenção especializada; a detecção precoce; acompanhamento dos pacientes e suas famílias durante o tratamento para o câncer em outros serviços da rede assistencial; cuidados paliativos durante todo o período de tratamento, a ser iniciado a partir do estabelecimento do diagnóstico; o acompanhamento pós-alta; e cuidados no fim de vida (GÓMEZ-BATISTE et al., 2017; INCA, 2015; RIO DE JANEIRO, 2017b).

As ações para prevenção do câncer devem fazer parte de um processo sistemático de planejamento das gestões municipais e das equipes de saúde, com clara definição das ações e cálculo de recursos necessários; fortalecimento do vínculo e ampliação da captação da população alvo; fomento ao autocuidado apoiado, ampliando a corresponsabilização no

cuidado em saúde; capacitação dos profissionais; existência e garantia de recursos físicos e insumos necessários; fortalecimento da integração do sistema, dos mecanismos de coordenação e das referências para diagnóstico e tratamento, bem como das contra referências e comunicação entre profissionais de diferentes níveis assistenciais para continuidade do cuidado na atenção básica. Para tanto, faz necessário o monitoramento contínuo das ações por parte dos gestores municipais, estaduais e regionais, é essencial tanto para avaliação do impacto das intervenções, incremento na qualidade e planejamento dos processos (GRABOIS, 2009; INCA, 2015; MERHY, 2006; RIO DE JANEIRO, 2017b)

Nesse cenário, os procedimentos de média complexidade também ganham importância envolvendo a coleta de material por meio de aspirados e/ou biópsias, bem como métodos diagnósticos de imagem e outros (RIO DE JANEIRO, 2016). O quadro abaixo apresenta a estimativa de câncer para o estado do Rio de Janeiro, no ano de 2016, e a produção diagnóstica para esta neoplasia realizada no estado no ano de 2015. A contraposição destas informações permite percebermos uma produção diagnóstica ainda muito inferior ao número de casos esperados para a doença, o que pode representar déficits assistenciais e sérias repercussões na saúde da população e nos indicadores de morbimortalidade.

Tabela 1: Incidência de Câncer de Mama x Coleta de Material para Biopsia realizados no estado do Rio de Janeiro.

| Localização Tumor | Estimativa de casos novos de Câncer, 2016 | Coleta de Material (biopsia) realizada no ano de 2015 |
|-------------------|---|---|
| Mama | 8020 | 2646 |

Fonte: INCA/MS, 2016. SIA-SUS, 2016

O demonstrativo da produção nos fornece o quantitativo da oferta do método diagnóstico no estado do Rio de Janeiro no ano selecionado. É importante ressaltar que esta produção, hoje, pode ser superior, mas ilustra o cenário de déficit na produção diagnóstica para o câncer de mama. Destacamos nesta análise o desempenho da região Metropolitana I na realização de exames diagnósticos para o câncer de mama a qual concentra sua execução no

município do Rio de Janeiro, com destaque para a unidade estadual Rio Imagem, referência para toda a população do estado (RIO DE JANEIRO, 2017b).

Tabela 2. Produção de Biópsias para diagnóstico de Câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro, por Região, em 2015.

| Biópsias | Região Executora | | | | | | | | | |
|---|---------------------|-------------------|------------|---------------|--------------|----------|-----------|-----------|------------|--------------|
| | Baía da Ilha Grande | Baixada Litorânea | Centro Sul | Médio Paraíba | Metro I | Metro II | Noroeste | Norte | Serrana | Total |
| Biópsia/Exerese de Nódulo de Mama | 25 | 22 | 3 | 6 | 14 | 2 | 25 | 31 | 89 | 217 |
| Punção aspirativa de Mama por Agulha Fina | 7 | 1 | - | 42 | 820 | 7 | - | 9 | 47 | 933 |
| Punção de Mama por Agulha Grossa | - | 42 | - | 257 | 1.194 | - | - | 1 | 2 | 1.496 |
| Total | 32 | 65 | 3 | 305 | 2.028 | 9 | 25 | 41 | 138 | 2.646 |

Fonte: SIA-SUS, 2016

O exame de mamografia tem como finalidades o rastreamento, diagnóstico e a avaliação da evolução da doença. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama recomendam ser esperado que 12% das mulheres entre 50 e 69 anos e 10% entre 40 e 49 anos que sejam submetidas ao Exame Clínico das Mamas (ECM) tenham resultados alterados, tendo então indicação para realização da Mamografia Diagnóstica.

Com base na Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade do ano de 2015, realizada pelo IBGE e considerando uma população usuária do SUS de 80%, estima-se que o Estado do Rio de Janeiro tenha 1.479.934 mulheres entre 50 e 69 anos e 94.254 entre 40 e 49 anos. Desta forma, para o estado do Rio de Janeiro, é estimado que 271.846 mulheres tenham indicação para realizar mamografia diagnóstica no ano de 2015 (RIO DE JANEIRO, 2017b). O que podemos perceber com a análise do quadro abaixo é que a produção de mamografias no estado do rio de janeiro encontra-se muito abaixo do esperado.

Tabela 3. Mamografias realizadas no estado do Rio de Janeiro, por região de Saúde, 2015.

| Região de Saúde | nº Mamografias realizadas |
|---------------------|---------------------------|
| Baía da Ilha Grande | 46 |
| Baixada Litorânea | 1125 |
| Grande Centro-Sul | 282 |
| Médio Paraíba | 1960 |
| Metropolitana I | 18417 |
| Metropolitana II | 1471 |
| Noroeste | 588 |
| Norte | 514 |
| Serrana | 1458 |
| TOTAL | 25.861 |

Fonte: SIA-SUS, 2016

Os dados de produção apresentam números bem inferiores à necessidade estimada.

Os Exames Anatomopatológicos para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biópsia de colo uterino e mama é considerado um item fundamental na estruturação do fluxo diagnóstico em oncologia. Os materiais coletados nos serviços de saúde são encaminhados para os laboratórios de referência, que podem concentrar essa produção e aumentar sua escala (RIO DE JANEIRO, 2017b). O quadro abaixo apresenta a produção de exame anatomopatológico para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biópsia de colo uterino e mama, no ano de 2015, por município e estabelecimento de saúde.

Quadro 3. Exames Anatomopatológicos realizados no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2015, para câncer do Colo do Útero e Câncer de Mama, por estabelecimento de saúde – Quantidade Aprovada.

| Exame Anatomopatológico - Biópsia - Ano 2015 | | | | |
|--|-----------------------|---|---------------------|--------------|
| Região | Município | Estabelecimentos | Colo do Útero | Mama |
| | | | Quantidade Aprovada | |
| Metropolitana I | Rio de Janeiro | 2269481 SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE AP 32 | 173 | - |
| | | 2269899 HOSPITAL MARIO KROEFF | 20 | 181 |
| | | 2273284 MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA | 437 | 139 |
| | | 2296594 UFRJ INSTITUTO DE GINECOLOGIA | 240 | - |
| | | 2708353 FIOTEC IFF INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA | 4 | 12 |
| | São Gonçalo | 6255736 LABORATORIOS MIGUEZ | 28 | 32 |
| | São João de Meriti | 6518893 SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART | - | 1.551 |
| Metropolitana II | Itaboraí | 2268892 LABORATORIO SAO JOAO BATISTA | 22 | - |
| | Niterói | 0012505 HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO | - | 129 |
| Norte | Campos dos Goytacazes | 2287447 HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM | 83 | 185 |
| Serrana | Teresópolis | 2292386 HOSPITAL SAO JOSE | - | 6 |
| | | 2297795 HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESOPOLIS | 2 | - |
| Total | | | 1.009 | 2.235 |

Fonte: Plano Estadual de Atenção Oncológica. SESRJ, 2017.

É importante ressaltar que, no mesmo ano, foram identificados, para o ano de 2015, 47 estabelecimentos de saúde com produção de exames anatomopatológicos para diagnóstico de outros tipos de neoplasia, com excessão do câncer de mama e colo do útero (RIO DE JANEIRO, 2017b), tal situação evidencia a necessidade de fortalecimento do planejamento local e revisão dos fluxos de encaminhamentos, com vistas a melhorar a efetividade das ações, ampliar o acesso e melhorar a qualidade e capacidade de resposta dos serviços de saúde.

Entretanto, é importante chamar atenção para a ressalva feita pela Secretaria Estadual de Saúde no sentido de que os dados apresentados no SIA SUS e constantes no diagnóstico elaborado no Plano Estadual de Atenção Oncológica do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2017b) estão em desacordo com os relatos dos gestores na CIR e com dados de coleta de material nos serviços de saúde para o ano de 2015, o que pode apontar para um subregistro das informações e baixa qualidade das mesmas. Portanto, os dados apresentados no quadro acima devem ser analisados com cautela.

Atenção especializada

A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, compreendendo o uso de tecnologias, insumos e ações e profissionais especializados para produção do cuidado no que se denomina de média e alta complexidade. Tais serviços devem estar em articulação com a atenção primária e devem compor as redes de atenção à saúde para viabilizar a integralidade do cuidado e atender as necessidades de saúde da população (RIO DE JANEIRO, 2016).

A provisão de serviços especializados, no entanto, ainda esbarra em inúmeras dificuldades, as quais envolvem desde a oferta insuficiente até problemas de coordenação assistencial e regulação do acesso (RIO DE JANEIRO, 2016).

Envolvem, ainda, aspectos relacionados ao planejamento, como perfil assistencial, escala e viabilidade econômica. Parâmetros técnicos de necessidades de saúde e de cobertura e produtividade de serviços de saúde devem ser balizadores da programação de ações e serviços levando em consideração o conhecimento disponível sobre as condições sanitárias em determinado território (RIO DE JANEIRO, 2016).

Os esforços da SES neste sentido têm sido direcionados para a organização de linhas de cuidado prioritárias e das redes temáticas propostas pelo MS, além do fomento à ampliação da cobertura e melhoria da qualidade da atenção básica e da assistência farmacêutica nos municípios, e ampliação de recursos diagnósticos e assistenciais especializados próprios. A essas iniciativas soma-se o processo permanente de adequação da programação pactuada e integrada da assistência. Todas estas estratégias visam contribuir para a diminuição do déficit de oferta de

serviço indicado pelas regiões de no bojo do planejamento regional com vistas a promoção do melhor desempenho das regiões de saúde (RIO DE JANEIRO, 2016).

O quadro abaixo apresenta os municípios de referência e suas regiões para atenção oncológica no estado do Rio de Janeiro:

Quadro 4. Referência em Alta Complexidade em Oncologia no estado do Rio de Janeiro, 2015 (Deliberação CIB-2014 2.883/2014).

| Região | Quimioterapia | Radioterapia | Cirurgia Oncologia | Cirurgia Cabeça e Pescoço | Pediatria | Hematologia |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------|-----------------------|
| Baía da Ilha Grande | Volta Redonda | Volta Redonda | Volta Redonda | Volta Redonda | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro |
| Baixada Litorânea | Cabo Frio | Campos dos Goytacazes | Cabo Frio | Macaé | Rio de Janeiro | Niterói |
| Centro Sul | Petrópolis | Petrópolis | Vassouras | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro |
| | Vassouras | Volta Redonda | | | | |
| Médio Paraíba | Volta Redonda | Volta Redonda | Volta Redonda | Volta Redonda | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro |
| Metro I | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro |
| | Nova Iguaçu | Nova Iguaçu | | | | |
| Metro II | Rio Bonito | Niterói | Rio Bonito | Macaé | Rio de Janeiro | Niterói |
| | Niterói | Campos dos Goytacazes | Niterói | | | |
| Noroeste | Itaperuna | Itaperuna | Itaperuna | Rio de Janeiro | Itaperuna | Campos dos Goytacazes |
| Norte | Campos dos Goytacazes | Campos dos Goytacazes | Campos dos Goytacazes | Campos dos Goytacazes | Itaperuna | Campos dos Goytacazes |
| | Itaperuna | Itaperuna | Itaperuna | Macaé | | |
| Serrana | Petrópolis | Petrópolis | Teresópolis | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro |
| | Teresópolis | | Petrópolis | | | |

Fonte: Realinhamento do Plano Estadual de Saúde 2016-2016, 2016.

Cuidados Paliativos

As práticas dos Cuidados Paliativos surgiram, inicialmente, com o movimento *hospice* moderno fundado pela própria Cicely Saunders graças à missão de assistência, educação e pesquisa do St. Christopher's. Contudo, o estilo “*hospices*” remontam ao século IV. A palavra é de origem francesa e traduzida do vocábulo latino *hospitium*, cujo significado é “hospedagem”, “hospitalidade”; transmitindo um sentimento de acolhimento e de estabelecimento de vínculo (MILICEVIC, 2002).

Em 1990, a OMS apresentou, pela primeira vez, para 90 países e em 15 idiomas, o conceito e os princípios dos Cuidados Paliativos, reconhecendo-os e recomendando sua adoção nas políticas de saúde. A ênfase das ações de Cuidados Paliativos voltava-se aos portadores de

câncer, sobretudo para cuidados de fim de vida. Assim, junto com a prevenção, diagnóstico e tratamento, os cuidados paliativos passam a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico (WHO, 1990).

Nesse sentido, a primeira definição de Cuidados Paliativos, publicada pela OMS em 1990 dizia tratar-se de: “cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) são prioridades e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares” (WHO, 1990). Entretanto, esse conceito foi superado dada a subjetividade da avaliação acerca de quando seria o momento de considerar a falência de um tratamento.

Em 2002, o conceito foi revisto e ampliado, incluindo a assistência a outras doenças como AIDS, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas. Sendo os Cuidados Paliativos compreendido como, uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças e/ou condições que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, o que requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em 2004, um novo documento publicado pela OMS - *The Solid Facts: Palliative Care* - reitera a necessidade de inclusão dos Cuidados Paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento de todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção a idosos (DAVIES; WELTGESUNDHEITS ORGANISATION, 2004).

Ainda assim, frente à realidade mundial de grande expressão das condições crônicas no perfil de morbimortalidade, bem como as mudanças demográficas que contribuem com esse perfil, foi divulgado em 2017 um novo conceito que emerge como um reorganizador das práticas de Cuidado em Saúde no mundo. Os Cuidados Paliativos passam a ser vistos como uma abordagem transversal a todas as etapas do Cuidado, não apenas vinculados à terminalidade ou à condições limitadoras da vida, mas também a todas as doenças crônicas progressivas (GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017).

É reiterada a necessidade de inclusão dos Cuidados Paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas e/ou condições complexas, e amplia o conceito sendo, os Cuidados Paliativos compreendidos como uma abordagem que visa

a prevenção e alívio do sofrimento e a promoção de dignidade, melhor qualidade de vida e adaptação a doenças progressivas para adultos e crianças vivendo com sérios problemas de saúde crônicos, complexos ou limitadores de vida e suas famílias. Além disso, é reforçado e justificado que os tipos mais comuns e graves de sofrimento podem variar de acordo com o local e a cultura e, com o tempo, as definições de conceitos e as populações atendidas por Cuidados Paliativos também podem variar, requerendo assim um olhar atento para as atualizações e ajustes (GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017).

A abordagem dos Cuidados Paliativos atende a nove princípios, quais sejam: oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento; considerar a morte como um processo natural da vida; não apressar ou adiar a morte; integrar aspectos psíquicos e espirituais nos Cuidados Paliativos; oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente o quanto possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e em seu próprio processo de luto; manter uma equipe que possa atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo consultas de luto, se necessárias; ampliar a qualidade de vida de forma a influenciar positivamente a evolução da doença; e, por fim, deve ser aplicado desde o início da doença, em conjunto com as outras terapias que pretendem prolongar a vida, e incluir as investigações necessárias para se melhor compreender e trabalhar as complicações clínicas dolorosas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; DAVIES; WELTGESUNDHEITSORGANISATION, 2004; GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017).

Assim, para que esta abordagem apresente os resultados esperados no processo saúde-doença-cuidado, os Cuidados Paliativos devem ser incorporados no processo de trabalho das diferentes categorias profissionais, em todos os níveis de atenção à saúde, sendo iniciado o mais precocemente possível, concomitante ao tratamento curativo ou modificador da doença. Deve ser uma premissa básica do trabalho em saúde um Cuidado que sustente uma compreensão multidimensional de saúde; atento às dimensões física, emocional, social e espiritual da dor e sofrimento; não restrito apenas ao paciente, mas que se estenda a todos os envolvidos nesse processo (paciente/ familiares/ cuidadores e equipe multiprofissional).

Desafios para o enfrentamento do câncer de mama

Para garantia do direito à saúde, da ampliação do acesso e da oferta de serviços de qualidade para toda a população com base em suas necessidades, persistem importantes desafios. No que tange o câncer de mama, apresento abaixo alguns dos principais nós existentes no cotidiano dos serviços e das práticas em saúde. Esses nós convergem para o diagnóstico tardio, em fase avançada da doença, o que impacta na sobrevivência das pacientes e qualidade de vida das mesmas:

- Inexistência do rastreamento de base populacional o que resulta numa dificuldade de se estimar a cobertura da população alvo, o que só pode ser realizado por estudos de base populacional;
- Problemas ao acesso das mulheres a programas de Cuidado Integral à Saúde da Mulher;
- Grande percentual de mamografias realizadas em mulheres abaixo da faixa etária preconizada (50 a 69 anos), demonstrando uma defasagem entre os protocolos e a prática clínica cotidiana;
- Problemas relacionados ao sistema de informação (SISMAMA);
- Problemas relacionados à organização da linha de cuidado de modo a garantir uma correta integração da rede;
- Baixa produtividade e subutilização dos mamógrafos existentes, bem como sua desigual distribuição geográfica;
- Problemas relacionados à qualidade de parte significativa das mamografias produzidas sejam por baixa manutenção dos equipamentos ou ausência recursos humanos adequados, o que compromete os resultados e as ações de saúde deles decorrentes;
- Atrasos na investigação de lesões mamárias suspeitas (diagnóstico) e entre diagnóstico e início da terapêutica, o que resulta em detecção tardia da doença, diminuição da efetividade do tratamento e compromete o prognóstico das pacientes;
- Problemas relacionados ao acesso aos serviços
- Problemas relacionados à qualidade dos diagnósticos laboratoriais realizados evidenciados a partir de estudos que demonstram baixa concordância de diagnósticos quando comparados a um laboratório de referência;

- Embora seja preconizada a instituição de equipes multiprofissionais, nem sempre a presença dos profissionais das diversas categorias representa a realização de um trabalho integrado;
- Acesso a cuidados paliativos precário ou inexistente nos serviços de saúde além da rasa compreensão dos profissionais de saúde e gestores sobre o tema.
- Desigualdades sociais e espaciais as quais se refletem no perfil de utilização dos serviços de saúde e impactam a cobertura do rastreamento;
- Problemas no processo de trabalho da atenção básica no que concerne à atualização de cadastro e busca ativa da população alvo para realização do rastreamento;
- Sobrecarga e acúmulo de funções das equipes de trabalho da atenção básica;
- Distância entre normas, protocolos e recomendações técnicas e a prática de trabalho cotidiana dos serviços de saúde, o que resulta em distorções da prática com os protocolos instituídos, levando a sobrecarga de trabalho, produção e gastos desnecessários e subprodução para a população que deveria estar sendo efetivamente coberta;
- Demora na liberação dos resultados dos exames, situação que compromete o seguimento dos casos e pode impactar no prognóstico das pacientes;
- Dúvidas dos profissionais relativas a normas e procedimentos, o que reflete fragilidades no processo de educação permanente e baixa divulgação de importantes ferramentas como o Telessaúde, entre outras situações observadas no cotidiano dos serviços de saúde e que apresentam impacto direto na assistência à população.

III. ANÁLISE DOS FLUXOS DE UTILIZAÇÃO

Para atender aos objetivos propostos, foi realizado um estudo descritivo do tipo transversal tomando como fonte de dados os registros hospitalares de câncer coletados pelo Registro do Câncer do referido hospital, como atividade de rotina do setor.

O hospital escolhido foi um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro, referência para diagnóstico e tratamento de câncer de mama.

Os dados das pacientes foram coletados no Sistema de Informação de Registro Hospitalar do Câncer (SisRHC), sendo retiradas as informações referentes a identificação das pacientes. Este banco de dados é alimentado rotineiramente pelos registradores de câncer do hospital, certificados pelo INCA. Os dados foram armazenados em planilha específica do Microsoft Excel, conformando uma coorte retrospectiva de pacientes com câncer de mama, diagnosticadas entre 2001 e 2011, e tratadas no referido hospital.

A unidade de análise do estudo utilizada foi paciente com câncer de mama diagnosticada e tratada pelo hospital universitário analisado, com diagnóstico realizado no período de 2001 a 2011.

Por se tratar de um relatório de serviço e pela utilização de fontes secundárias, não se fez necessária a submissão do projeto ao Comitê de Ética, dispensando também a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de Elegibilidade

O **critério para inclusão** no estudo foi ter sido classificado como “caso analítico”, ou seja, casos diagnosticados no hospital analisado, com tratamento realizado integralmente no hospital de análise, onde a paciente permaneceu em acompanhamento.

O **critério de exclusão** adotado foi: casos cujo registro venha apresentar alguma intercorrência nos dados decorrente de falha no registro.

Variáveis de Análise do Estudo

As variáveis utilizadas para análise dos dados serão o município de residência da paciente e região de saúde a qual pertence o município de residência.

As variáveis sócio demográficas analisadas serão: idade, raça e escolaridade.

Análise dos Resultados

Foi realizada uma análise descritiva dos resultado com auxílio da ferramenta Microsoft Excel e, com uso da ferramenta TabWin, foi realizado o mapeamento do município de procedência das pacientes com vistas a ilustrar os fluxos de utilização do hospital.

Para discussão dos resultados foi realizada uma revisão narrativa da literatura com vistas a conhecer o estado da arte sobre o tema proposto (regionalização, redes de atenção a saúde e fluxos de utilização) com base no uso de descritores definidos na plataforma Decs e de operadores booleanos AND e OR para conformar as chaves de busca. A literatura técnica produzida pelo município e estado do Rio de Janeiro, Ministério da Saúde e Comissões de Pactuação Integrada também contribuíram para adensar a discussão.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos no estudo todos os casos de câncer de mama tratados no hospital analisado, no período de 2001 a 2011, totalizando 938 pacientes. Os dados foram inseridos em uma planilha do Microsoft Excel contendo variáveis padronizadas pelo INCA, relacionadas à paciente, ao diagnóstico e ao tratamento, as quais foram coletadas a partir dos bancos de dados do SisRHC e pesquisa nos prontuários das pacientes.

As pacientes, todas do sexo feminino, apresentaram média de idade de 57 anos (desvio padrão de $\pm 13,5$). A maioria das pacientes selecionadas (53,3%) autorelataram ser Brancas, e 32%, negras. No que se refere ao nível de escolaridade, 40,7% das pacientes apresentaram fundamental incompleto; 24,1%, fundamental completo; e 21,6% ensino médio incompleto; evidenciando baixo nível de escolaridade das pacientes com câncer de mama tratadas neste hospital no período em análise, uma vez que menos de 8% destas tiveram acesso ao ensino superior. Estas informações estão dispostas nas tabelas abaixo:

Tabela 4. Raça/Cor

| Raca/Cor | n° Pacientes | % |
|----------------|--------------|-------|
| Branca | 500 | 53,3 |
| Preta | 118 | 12,6 |
| Amarela | 5 | 0,5 |
| Parda | 303 | 32,3 |
| Sem Informação | 12 | 1,3 |
| Total | 938 | 100,0 |

Fonte: SisRHC.

Tabela 5. Escolaridade.

| Nível de Instrução | nº Pacientes | % |
|------------------------|--------------|--------------|
| Nenhum | 32 | 3,4 |
| Fundamental Incompleto | 382 | 40,7 |
| Fundamental Completo | 226 | 24,1 |
| Nível Médio | 203 | 21,6 |
| Superior Incompleto | 6 | 0,6 |
| Superior Completo | 68 | 7,2 |
| Sem Informação | 21 | 2,2 |
| Total | 938 | 100,0 |

Fonte: SisRHC.

Os municípios de procedência das pacientes abrangeram as regiões Metropolitana I, Metropolitana II, Baía de Ilha Grande, Médio Paraíba, Centro Sul, Serrana, Baixada Litorânea e uma paciente veio do município de São João del Rei, localizado no estado de Minas Gerais.

Quadro 5: Município de procedência das pacientes com câncer de mama tratadas no hospital universitário de 2001 a 2011.

| Região | Municípios de procedência das pacientes |
|--------------------------|---|
| Metropolitana I (RJ) | Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica |
| Metropolitana II (RJ) | Itaboraí, Maricá, Niterói, São Gonçalo |
| Baía de Ilha Grande (RJ) | Angra, Mangaratiba, |
| Médio Paraíba (RJ) | Barra do Pirai, Pirai, Volta Redonda |
| Centro Sul (RJ) | Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paty do Alferes, Vassouras |
| Serrana (RJ) | Cordeiro, Guapimirim, Nova Friburgo, Petrópolis, |
| Baixada Litorânea (RJ) | Araruama, Armação dos Buzios, Cabo Frio, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema, |
| Minas Gerais | São João Del Rei |

Fonte: SisRHC.

A distribuição de pacientes por município e Região de Saúde está disposta na Tabela 6. A Região Metropolitana I foi a de maior procedência das pacientes, correspondendo a 90% das pacientes que procuraram o hospital analisado para tratamento do câncer de mama, o que demonstra grande fluxo de utilização do hospital proveniente dos municípios do entorno. O segundo maior fluxo foi proveniente da região Metropolitana II, correspondendo a 4% do total de fluxos para tratamento do câncer de mama no hospital no período de 2001 a 2011.

Tabela 6: Município e Região de procedência das pacientes com câncer de mama tratadas no hospital universitário de referência de 2001 a 2011.

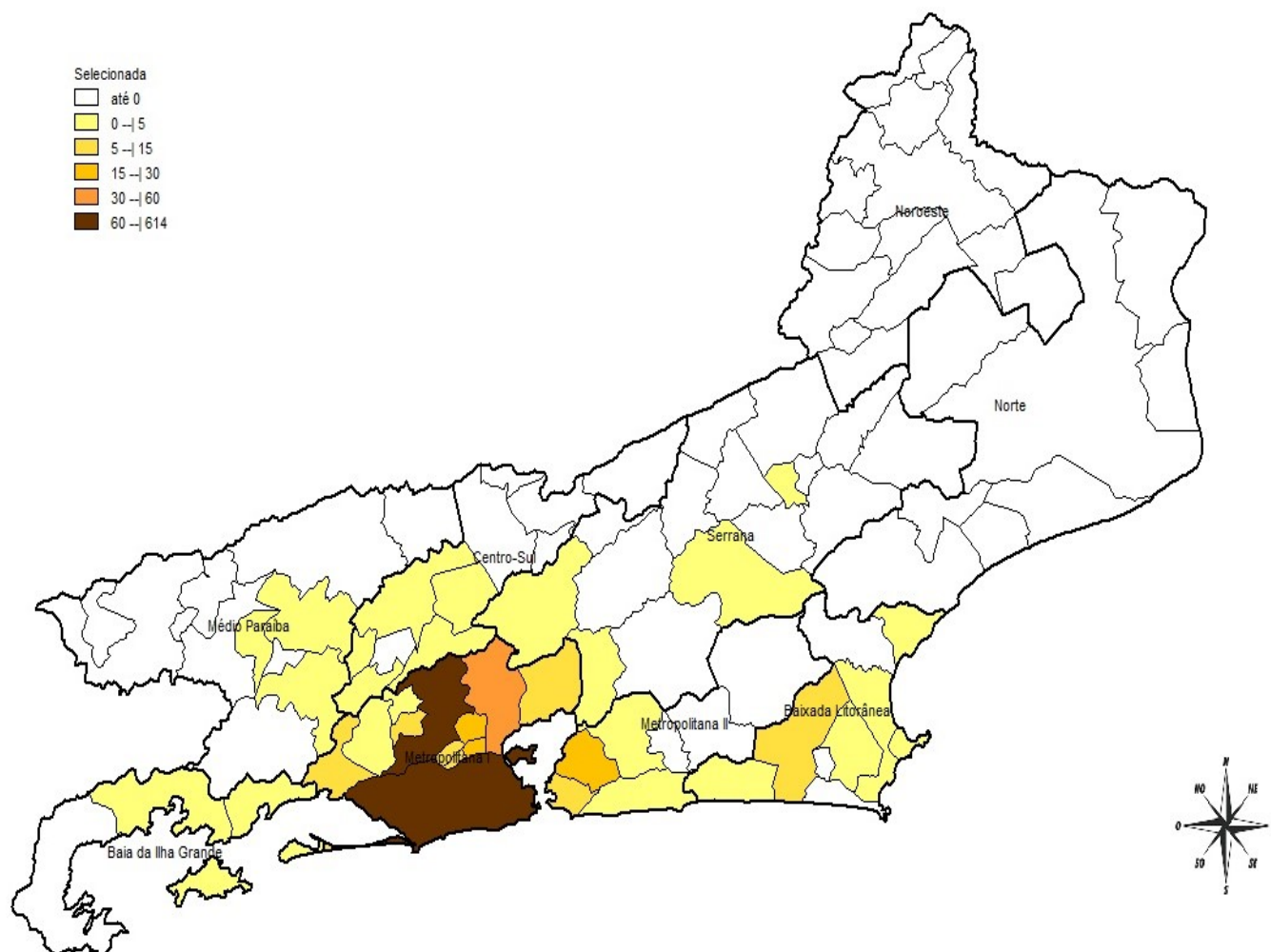
| Região de Saúde | Município | nº pacientes | % |
|--------------------------|--------------------|--------------|-------------|
| Metropolitana I (RJ) | BELFORD ROXO | 25 | 2,67 |
| | DUQUE DE CAXIAS | 61 | 6,50 |
| | ITAGUAI | 7 | 0,75 |
| | JAPERI | 4 | 0,43 |
| | MAGE | 6 | 0,64 |
| | MESQUITA | 9 | 0,96 |
| | NILOPOLIS | 15 | 1,60 |
| | NOVA IGUAÇU | 61 | 6,50 |
| | QUEIMADOS | 11 | 1,17 |
| | RIO DE JANEIRO | 614 | 65,46 |
| | SAO JOAO DE MERITI | 30 | 3,20 |
| | SEROPEDICA | 3 | 0,32 |
| | TOTAL | 846 | 90,2 |
| Metropolitana II (RJ) | ITABORAI | 4 | 0,43 |
| | MARICA | 2 | 0,21 |
| | NITEROI | 9 | 0,96 |
| | SAO GONÇALO | 28 | 2,99 |
| | TOTAL | 43 | 4,6 |
| Baía de Ilha Grande (RJ) | ANGRA DOS REIS | 3 | 0,32 |
| | MANGARATIBA | 1 | 0,11 |
| | TOTAL | 4 | 0,43 |
| Médio Paraíba (RJ) | BARRA DO PIRAI | 2 | 0,21 |
| | PIRAI | 3 | 0,32 |
| | VOLTA REDONDA | 1 | 0,11 |
| | TOTAL | 6 | 0,64 |

| | | | |
|------------------------|---------------------|-----------|-------------|
| Centro Sul (RJ) | MENDES | 1 | 0,11 |
| | MIGUEL PEREIRA | 1 | 0,11 |
| | PARACAMBI | 5 | 0,53 |
| | PATY DO ALFERES | 1 | 0,11 |
| | VASSOURAS | 1 | 0,11 |
| | TOTAL | 9 | 0,96 |
| Serrana (RJ) | CORDEIRO | 1 | 0,11 |
| | GUAPIMIRIM | 1 | 0,11 |
| | NOVA FRIBURGO | 1 | 0,11 |
| | PETROPOLIS | 2 | 0,21 |
| | TOTAL | 5 | 0,53 |
| Baixada Litorânea (RJ) | ARARUAMA | 6 | 0,64 |
| | ARMAÇÃO DOS BUZIOS | 1 | 0,11 |
| | CABO FRIO | 2 | 0,21 |
| | RIO DAS OSTRAS | 1 | 0,11 |
| | SAO PEDRO DA ALDEIA | 1 | 0,11 |
| | SAQUAREMA | 4 | 0,43 |
| | TOTAL | 15 | 1,6 |
| Minas Gerais | SÃO JOAO DEL REI | 1 | 0,11 |
| MISSING | | 6 | 0,64 |
| SEM INFORMAÇÃO | | 3 | 0,32 |

Fonte: SisRHC.

A partir do mapeamento da procedência das pacientes é possível ter noção da dimensão territorial da procura por tratamento do câncer de mama no referido hospital. O mapa abaixo ilustra os fluxos de utilização do hospital universitário para tratamento do câncer de mama no período de 2001 a 2011, onde municípios em marrom ou laranja representam uma procura maior por este estabelecimento e serviço de saúde em relação aos municípios em amarelo.

Figura 2. Distribuição espacial dos municípios de residência das pacientes que realizaram tratamento para câncer de mama no hospital universitário no período de 2001 a 2011.



Fonte: Tabwin; SisRHC.

No que se refere a um histórico de diagnóstico e tratamento anterior ao atendimento no hospital universitário analisado, a maior parte das pacientes (59,5%) chegaram ao hospital sem possuir diagnóstico ou tratamento oncológico proveniente de outro estabelecimento de saúde, recebendo, assim, primeiro atendimento oncológico nesta instituição. Os resultados estão expostos abaixo:

Tabela 7. Diagnóstico e Tratamento anterior realizado pelas pacientes tratadas para câncer de mama no hospital universitário, de 2001 a 2011.

| Diagnósticos e Tratamento anterior | n° de pacientes |
|---|------------------------|
| Sem Diagnóstico e sem tratamento | 558 |
| Com diagnóstico e sem tratamento | 368 |
| Com diagnóstico e com tratamento | 11 |
| Sem informação | 1 |
| Total | 938 |

Fonte: SisRHC.

Além disso, com base na análise da origem do encaminhamento, é possível perceber que a maior parte das pacientes teve acesso ao hospital para tratamento do câncer de mama via encaminhamentos do SUS (80,4%); uma pequena parcela obteve acesso a partir de estabelecimentos privados e/ou não vinculados ao SUS (2,7%) e um percentual significativo o fez por conta própria, ou seja, via demanda espontânea.

Tabela 8. Origem do encaminhamento das pacientes tratadas para câncer de mama no hospital universitário, de 2001 a 2011.

| Origem do Encaminhamento | n° pacientes | % |
|---------------------------------|---------------------|-------------|
| SUS | 754 | 80,4% |
| Não SUS | 25 | 2,7% |
| Conta Própria | 152 | 16,2% |
| Sem informação | 7 | 0,7% |
| Total | 938 | 100% |

Fonte: SisRHC.

A Tabela 9 aprofunda esta análise na medida em que relaciona as variáveis origem do encaminhamento e existência de diagnóstico e/ou tratamento anterior das pacientes. É importante destacar que a maior parte das pacientes que vieram por conta própria não

possuíam nenhum tipo de diagnóstico ou tratamento anterior, sendo realizado o primeiro contato para diagnóstico e tratamento oncológico na instituição.

Tabela 9. Relação entre origem do encaminhamento e existência de diagnóstico e/ou tratamento anterior das pacientes tratadas para câncer de mama no hospital universitário, de 2001 a 2011.

| Diagnósticos e Tratamento anterior | n° de pacientes | Origem do Encaminhamento | | | |
|------------------------------------|-----------------|--------------------------|-----------|---------------|----------------|
| | | SUS | Não SUS | Conta Própria | Sem Informação |
| Sem Diagnóstico e sem tratamento | 558 | 424 | 19 | 113 | 2 |
| Com diagnóstico e sem tratamento | 368 | 319 | 6 | 39 | 4 |
| Com diagnóstico e com tratamento | 11 | 11 | 0 | 0 | 0 |
| Sem informação | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 938 | 754 | 25 | 152 | 7 |

Fonte: SisRHC.

Tabela 10. Distribuição do Nível de Instrução das Pacientes x Origem do Encaminhamento das pacientes tratadas para câncer de mama no hospital universitário, de 2001 a 2011.

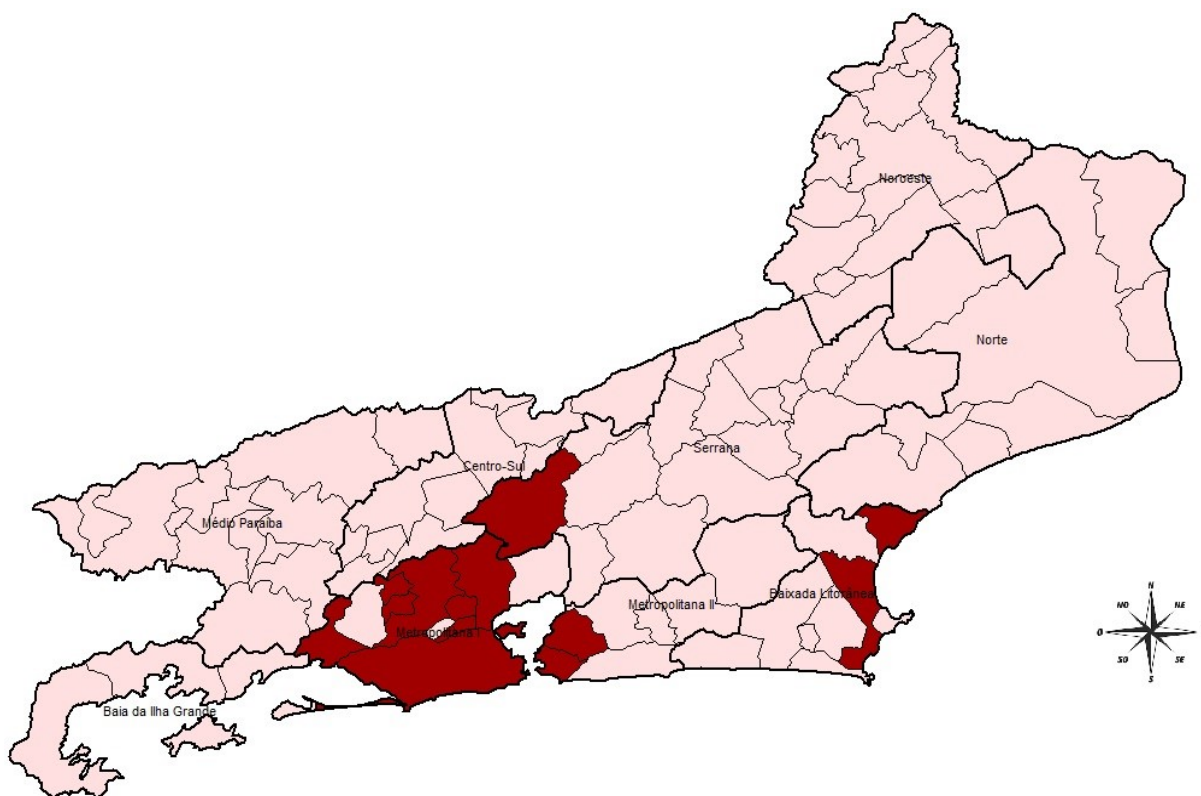
| Nível de Instrução | Origem do Encaminhamento | | | | Total |
|------------------------|--------------------------|-----------|---------------|----------------|------------|
| | SUS | Não SUS | Conta Própria | Sem Informação | |
| Nenhum | 25 | - | 7 | - | 32 |
| Fundamental Incompleto | 311 | 7 | 58 | 6 | 382 |
| Fundamental Completo | 176 | 5 | 45 | - | 226 |
| Nível Médio | 168 | 10 | 25 | - | 203 |
| Superior Incompleto | 6 | 3 | - | 1 | 10 |
| Superior Completo | 55 | - | 9 | - | 64 |
| Sem Informação | 13 | - | 8 | - | 21 |
| Total | 754 | 25 | 152 | 7 | 938 |

Fonte: SisRHC.

Para compreender os fluxos de utilização do hospital para tratamento do câncer de mama de forma mais profunda, faz-se necessário nos debruçarmos sobre cada um dos tipos de encaminhamento. Chama atenção o acesso via demanda espontânea pois este nos faz questionar os motivos pelo qual o usuário escolheu este serviço e não outro. Distância geográfica, recomendações, qualidade da atenção prestada e veiculação de informações na mídia sobre a assistência prestada são motivos que podem orientar a demanda para determinado estabelecimento.

O mapa, representado na Figura 6 abaixo apresenta, em vermelho, os municípios de procedência das pacientes que acessaram o hospital via demanda espontânea.

Figura 3. Distribuição espacial dos municípios de residência das pacientes que buscaram atendimento no hospital universitário para tratamento do câncer de mama, no período de 2001 a 2011, sem encaminhamento – Acesso via demanda espontânea.



Fonte: Tabwin. SisRHC.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos fluxos de utilização dos serviços de saúde configura-se como potente estratégia para o planejamento das ações, da disponibilidade de serviços, alocação de recursos e distribuição geográfica dos equipamentos de saúde. Permite também compreender que nem sempre os fluxos pactuados e preconizados pelos gestores são aqueles seguidos pelos usuários na busca pelo cuidado em saúde. É um exercício que aproxima o planejamento da realidade e alinha nossa prática diária nos serviços de saúde com as expectativas e necessidades da população.

É importante levarmos em consideração que a escolha da localização dos serviços assistenciais deve atender a alguns critérios, como necessidades de saúde apresentadas pela população; demanda por serviços de saúde (compreendendo que necessidade e demanda são conceitos distintos e, embora muitas vezes apresentem relação de complementaridade, são expressos pela população de formas diferentes e possuem nexos causais, significados e desdobramentos diferentes no que tange o planejamento e gestão dos serviços de saúde); número de habitantes do município; densidade populacional; distribuição geográfica dos municípios pertencentes a uma mesma região e estado; grau de segregação social; grau de vulnerabilidade apresentado pela população; presença ou ausência de políticas de assistência social; doenças e agravos mais prevalentes na população do território em questão, entre outros.

Nesse sentido, planejar e organizar os serviços de saúde componentes de uma Rede de Atenção à Saúde implica pensar a sociedade de modo amplo e abrangente no que tange sua dinâmica social e econômica, que leve em consideração a complexidade dos sujeitos, suas necessidades, preferências, valores e desejos. O objetivo maior é promover a cidadania e criar espaços mais equânimes de valorização da individualidade, promoção do bem estar e proteção do direito à saúde.

Limitações do presente estudo

O desenho de estudo proposto, bem como a metodologia empregada, não permite a inferências de relações de causalidade. É apresentada uma matriz de análise de situação a qual pode servir como subsídio para a geração de hipóteses as quais necessitam da realização de outras pesquisas para confirmação;

O período de análise escolhido não permite compreender a situação do hospital atualmente, para tanto, sugere-se que o estudo seja replicado para período mais recente, o que possibilitaria, inclusive o estabelecimento de comparações;

O estudo não se propôs a um aprofundamento da rede de serviços oncológicos da região Metropolitana I ou do estado do Rio de Janeiro, o que poderia enriquecer a análise e subsidiar de forma mais consistente a formulação de hipóteses sobre os fluxos de utilização do hospital universitário para o tratamento do câncer de mama;

O estudo não se propõe a analisar com profundidade os mecanismos de coordenação e regulação assistencial entre os municípios, bem como cobertura de atenção básica de cada município e as pactuações existentes entre estes e o município do Rio de Janeiro, com vistas a compreender com maior profundidade as possibilidades existentes para regulação das vagas para tratamento do Câncer de Mama no Hospital Universitário analisado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEGUNDE, D. O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 370, n. 9603, p. 1929–1938, 2007.

AMERICAN ASSOCIATION FOR CANCER RESEARCH. AACR Cancer Progress Report 2014. **Clin Cancer Res**, 2014.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016. p. 44, 2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2018**Atlanta: American Cancer Society, 2018a.

AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH; WORLD CANCER RESEARCH FUND (EDS.). **Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective: a project of World Cancer Research Fund International**. Washington, D.C: American Institute for Cancer Research, 2007.

BRASIL. 8080. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. . 19 set. 1990.

BRASIL. PORTARIA N° 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. PORTARIA N° 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. 20 maio 1993.

BRASIL. Portaria n° 2.203 de 6 de novembro de 1996. 6 nov. 1996.

BRASIL. PORTARIA N° 95/2001. PORTARIA N° 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001. 26 jan. 2001.

BRASIL. PORTARIA N° 373. PORTARIA N° 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002. 27 fev. 2002.

BRASIL. PORTARIA N° 399. PORTARIA N° 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. 22 fev. 2006.

BRASIL. Decreto n° 7.508. DECRETO N° 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. 28 jun. 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2013a.

BRASIL, M. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2013b.

CIR-METROPOLITANA I. **ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2018**. Duque de Caxias: 2 abr. 2018^a. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTQ2MTU%2C>>

CIR-METROPOLITANA I. **ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2018**. Duque de Caxias: 3 maio 2018^b. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTcxNDg%2C>>

CIR-METROPOLITANA I. **ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2018**. Rio de Janeiro: 5 jun. 2018c. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTcxNDk%2C>>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRAZIL) (ED.). **O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde**. 1a. ed., 1a. reimpressão ed. Brasília, DF: Editora MS, 2003.

DAVIES, Elizabeth; WELTGESUNDHEITS ORGANISATION (EDS.). **Palliative care**. Copenhagen, 2004.

FOROUZANFAR, M. H. et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1659–1724, 2016.

GÓMEZ-BATISTE, X. et al. Principles, Definitions and Concepts. In: **GÓMEZ-BATISTE; CONNOR (Org). Building Integrated Palliative Care Programs and Services**. 1. ed. Catalonia: Liberdúplex, 2017. p. 45–60.

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: **OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (Org.). Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 159–200.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 7425, p. 1219–1221, 22 nov. 2003.

HANAHAN, D.; WEINBERG, R. A. Hallmarks of Cancer: The Next Generation. **Cell**, v. 144, n. 5, p. 646–674, 2011.

INCA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva, 2015.

INCA, I. N. DE C. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**, 2017.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. DE C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, 2016.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010.

MALTA, D. C. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 1, 2017a.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 217–232, 2017b.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. DE A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 713–724, out. 2016.

MATTOS, R. A. DE. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39–64.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

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**. 2^o ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MILICEVIC, Natasa. The hospice movement: History and current worldwide situation. *Archive of oncology*, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 29–31, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO CIT N^o 1. RESOLUÇÃO CIT N^o 1, DE 29 DE SETEMBRO DE 2011. . 29 nov. 2011.

OPS. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2008.

OPS. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2010.

OPS; OMS. **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud**. 49^o. Consejo Directivo. 61^o. Sesión del Comité Regional. Punto 4.12 del orden del día provisional. Organización Panamericana de la Salud, , 13 ago. 2009.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. DE. Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030. prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro: Organização e Gestão do Sistema de Saúde Volume 3 Volume 3**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3p. 143–182.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB n^o 0648. Deliberação CIB n^o 0648 de 05 de maio de 2009. 5 maio 2009.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB n^o 1452. Deliberação CIB n^o 1452 de 09 de novembro de 2011. 9 nov. 2011.

RIO DE JANEIRO. **Atualização do Plano Diretor de Regionalização 2012-2013**Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, , 2012.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB nº 2.917. Deliberação CIB nº 2.917 de 14 de Maio de 2014. 14 maio 2014.

RIO DE JANEIRO. **Realinhamento do Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, , jul. 2016.

RIO DE JANEIRO. **O processo de Regionalização no Estado do Rio de Janeiro: Histórico de 2001 a 2017**. CONEXÃO SAÚDE RJ, 10 abr. 2017a. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 1 ago. 2018

RIO DE JANEIRO. Plano Estadual de Atenção Oncológica. 2017b.

ROESE, A. **FLUXOS E ACESSO DOS USUÁRIOS A SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE CAMAQUÃ, RS**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

SANTOS, G.; CHUBACI, R. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2533–2540, 2011.

SENKUS, E. et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, v. 26, n. suppl 5, p. v8–v30, 2015.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2018. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 1, p. 7–30, jan. 2018a.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2018: Cancer Statistics, 2018. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 1, p. 7–30, jan. 2018b.

SOBIN, L. H.; WITTEKIND, C.; INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER (EDS.). **TNM: classification of malignant tumours**. 6th ed ed. New York: Wiley-Liss, 2002.

SOUZA, M. DE F. M. DE et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737–1750, jun. 2018.

TAMIMI, R. M. et al. Population Attributable Risk of Modifiable and Nonmodifiable Breast Cancer Risk Factors in Postmenopausal Breast Cancer. **American Journal of Epidemiology**, v. 184, n. 12, p. 884–893, 2016.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

TORRE, L. A. et al. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends--An Update. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**, v. 25, n. 1, p. 16–27, 2016.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133–149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, jun. 2018.

VIJAYVERGIA, N.; DENLINGER, C. Lifestyle Factors in Cancer Survivorship: Where We Are and Where We Are Headed. **Journal of Personalized Medicine**, v. 5, n. 3, p. 243–263, 2015.

WHO (ED.). **Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report**. Geneva: World Health Organization, 2003.

WHO, World Health Organization. **Cancer Pain Relief and Palliative Care**. Geneva: World Health Organization, 1990.

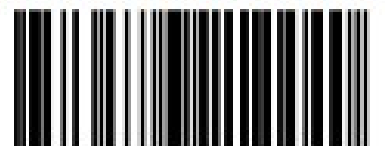
WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2nd ed ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

SOBRE A AUTORA

Érika Fernandes Tritany

Sanitarista - Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP/Fiocruz) e Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Atualmente mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) e integrante pesquisadora do Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde da Universidade Federal Fluminense, nas linhas de pesquisa Cuidados Intermediários e Atenção Básica; e Cuidados Paliativos.

ISBN 978-65-86212-44-0



9 786586 212440 >