

Rede de Atenção ao Câncer de Mama: perspectiva de gestores da saúde

Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers
Red de Atención al Cáncer de Mama: perspectiva de gestores de la salud

Rosely Erlach Goldman¹

ORCID: 0000-0003-4011-1875

Elisabeth Niglio Figueiredo¹

ORCID: 0000-0001-5939-8306

Suzete Maria Fustinoni¹

ORCID: 0000-0001-5877-8323

Káren Mendes Jorge de Souza¹

ORCID: 0000-0002-5563-1569

Ana Maria de Almeida^{II}

ORCID: 0000-0002-6398-7194

Maria Gaby Rivero de Gutiérrez¹

ORCID: 0000-0003-4189-1594

¹Universidade Federal de São Paulo,
Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Goldman RE, Figueiredo EN, Fustinoni SM, Souza KMJ,
Almeida AM, Gutiérrez MGR. Brazilian Breast Cancer
Care Network: the perspective of health managers.
Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):274-81.
[Thematic Issue: Work and Management in Nursing].
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0479>

Autor correspondente:

Rosely Erlach Goldman
E-mail: rosely.goldman@unifesp.br



Submissão: 27-06-2017

Aprovação: 14-06-2018

RESUMO

Objetivo: Analisar a organização da Rede de Atenção ao Câncer de Mama, segundo a perspectiva de gestores da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste do município de São Paulo. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com sete gestores dessa Coordenadoria. Os dados da entrevista foram analisados com base nos componentes da estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde: centro de comunicação; pontos de atenção secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos; e sistema de governança. **Resultados:** Há heterogeneidade na operacionalização da Rede de Atenção e os obstáculos para sua integração e integralidade foram: fragilidade do vínculo com as usuárias; alta rotatividade de profissionais na Atenção Primária à Saúde; ausência de padronização do sistema de referência e contrarreferência, e baixa cooperação entre serviços de saúde municipais e estaduais. **Considerações finais:** A organização da Rede de Atenção ao Câncer de Mama se apresenta fragmentada, comprometendo, desse modo a integralidade do atendimento.

Descritores: Neoplasias da Mama; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Saúde da Mulher; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the organization of the Brazilian Breast Cancer Care Network, according to the perspective of managers of the *Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste* (Southeast Regional Coordination of Health) of the city of São Paulo. **Method:** A descriptive study, with a qualitative approach, carried out with seven managers of this Coordination. The interview data were analyzed based on the components of the operational structure of the Brazilian Health Care Network: Communication Center; Secondary and Tertiary Care Points; Support Systems; Logistic Systems; and Network Governance System. **Results:** There is heterogeneity in the operationalization of the Care Network and the obstacles to its integration and comprehensiveness were: fragility of the bond with the users; high turnover of professionals in Primary Health Care; lack of standardization of the reference system and counter-referral, and low cooperation between municipal and state health services. **Final considerations:** The organization of the Brazilian Breast Cancer Care Network is fragmented, thus compromising the comprehensiveness of care.

Descriptors: Breast Neoplasms; Primary Health Care; Health Management; Women's Health; Health Evaluation.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la organización de la red de atención al cáncer de mama, según la perspectiva de gestores de la Coordinadora Regional de Salud Sudeste del municipio de São Paulo. **Método:** Estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con siete gestores de esa Coordinadora. Los datos de la entrevista fueron analizados con base en los componentes de la estructura operativa de la Red de Atención a la Salud (*Rede de Atención à Saúde*): centro de comunicación; puntos de atención secundarios y terciarios; sistemas de apoyo; sistemas logísticos y sistema de gobernanza. **Resultados:** Hay heterogeneidad en la operacionalización de la red de atención y los obstáculos para su integración e integralidad fueron: fragilidad del vínculo con las usuarias; alta rotación de profesionales en la Atención Primaria a la Salud; ausencia de estandarización del sistema de referencia y contrarreferencia y baja cooperación entre servicios de salud municipales y estatales. **Consideraciones finales:** A la organización de la red de atención al cáncer de mama se presenta fragmentada, comprometiendo, de ese modo la integralidad de la atención.

Descriptorios: Neoplasias de la Mama; Atención Primaria de Salud; Gestión en Salud; Salud de la Mujer; Evaluación en Salud.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estimou que, no ano 2030, haverá 27 milhões de casos novos de câncer e 17 milhões de mortes por esse agravo, sendo que o maior aumento ocorrerá em países de renda baixa e média⁽¹⁻²⁾. Afirma, ainda, que ações de baixo custo, atualmente disponíveis, podem interferir no curso da doença em 1/3 dos casos, mas a deficiência de investimentos, principalmente nesses países, favorece o seu aumento com piores prognósticos⁽²⁾.

No Brasil, o câncer de mama apresenta um crescimento em sua incidência e mortalidade⁽³⁾. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, é o tipo mais frequente, com uma previsão de 57.960 casos novos, e com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres nos anos de 2016 - 2017. Na região Sudeste, que abriga duas metrópoles globais: São Paulo e Rio de Janeiro, o risco estimado é maior, correspondendo a 68,08/100 mil⁽²⁾.

O padrão elevado na curva de mortalidade ainda decorre, dentre outros fatores, como consequência do diagnóstico tardio da doença⁽⁴⁾. A implementação de condutas que permitem o diagnóstico precoce interfere decisivamente na taxa de mortalidade, com redução em até 30% em alguns países.

Ao analisar as ações de detecção precoce do câncer de mama, um estudo concluiu que as mulheres que dependem exclusivamente do sistema público de saúde encontram maiores barreiras para acessar o rastreamento mamográfico. A proporção de mulheres que realizaram o exame foi de 79,5% entre aquelas com seguro de saúde, comparada à cobertura de 51% entre usuárias do Sistema Único de Saúde⁽⁵⁾.

Ao longo de 26 anos (1990-2016) de trajetória da política de saúde no Brasil, observa-se que nenhum governo nacional assumiu como prioridade na agenda política a consolidação de um sistema de saúde de caráter público, efetivamente universal e igualitário, contrapondo-o à concomitante expansão do mercado privado, lucrativo, intensificador da estratificação social e das desigualdades em saúde⁽⁶⁾.

A ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um dos mais fortes preditores no rastreamento do câncer. Acrescenta-se, segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a responsabilidade da APS em coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS⁽⁷⁾.

Atualmente, a organização de sistemas de saúde integrados em rede representa uma inovação em termos de modelo de atenção. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas e interdependentes, que busca promover a integralidade do cuidado e se organiza em relações horizontais entre os pontos de atenção, cujo centro de comunicação e coordenação é a APS⁽⁸⁾.

A análise da organização da Rede de Atenção ao Câncer de Mama, com ênfase no componente da gestão em saúde, pode colaborar para a identificação de pontos de fragmentação no provimento contínuo de ações e serviços de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de modo oportuno e coordenado entre distintos pontos de Atenção à Saúde. Assim sendo, a questão norteadora desta investigação foi: quais as possibilidades e entraves na gestão da estrutura operacional da Rede de Atenção ao Câncer de Mama, segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde?

OBJETIVO

Analisar a organização da Rede de Atenção ao Câncer de Mama, segundo a perspectiva de gestores da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste no município de São Paulo.

MÉTODO

Aspectos éticos

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.

A aceitação dos participantes foi obtida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato foi mantido, utilizando-se identificação alfanumérica (G- gestor entrevistado, seguido de uma ordem numérica de 1 a 7).

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

A opção metodológica que orientou este estudo foi uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva, tendo a análise de conteúdo como proposta para a decomposição do discurso. A análise da organização da Rede de Atenção ao Câncer de Mama baseou-se no referencial proposto por Mendes⁽⁹⁾, referente à RAS, considerando dentro da tríade população, estrutura operacional e modelo de saúde, o segundo elemento como base de análise deste estudo. A estrutura operacional é composta pelos nós das redes e pelas ligações que comunicam esses diferentes nós, sendo constituída de cinco componentes: 1) centro de comunicação - a Atenção Primária à Saúde; 2) pontos de atenção secundários e terciários; 3) sistemas de apoio; 4) sistemas logísticos e 5) sistema de governança da rede. Cada uma dessas estruturas foi estabelecida a priori como categorias temáticas⁽⁹⁾.

A elaboração da análise de dados do estudo levou em conta os serviços ofertados à população, e a organização e gestão dos serviços de saúde voltados para esse fim, não tendo sido abordada a organização e gestão do trabalho em saúde, que necessitariam de outros referenciais complementares, fugindo aos objetivos deste estudo.

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido na Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sudeste no município de São Paulo- SP, Brasil. Nesse território, a atenção oncológica está organizada em fluxo de entrada, diagnóstico, tratamento, seguimento/suporte clínico e saída, tanto para a alta como para o óbito.

Participantes do estudo e fonte de dados

Na qualidade de fonte de dados, foram definidos como possíveis participantes do estudo: gestores com conhecimento prévio sobre a Política de Controle do Câncer de Mama, estrutura da rede, com domínio sobre os fluxos construídos para acesso aos diferentes níveis de atenção e com responsabilidade na previsão e provisão dos recursos para a execução das ações propostas para o controle do câncer de mama. Dessa forma, foi constituída uma amostra intencional composta por sete gestores de saúde, todos do sexo feminino, com média de idade de 35 anos, sendo dois responsáveis pela Assessoria

Técnica da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, nas áreas da Atenção Básica e da Saúde da Mulher, e cinco assessoras técnicas das diferentes Supervisões Técnicas de Saúde da mesma coordenadoria.

Coleta e organização dos dados e etapas do trabalho

O convite inicial foi realizado na CRS Sudeste e, posteriormente, feito um segundo contato diretamente com cada gestor, ocasião em que foram explicados os objetivos da pesquisa, convidando-os a participar do estudo. Após a aceitação foram agendadas as entrevistas.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2014 a abril de 2015, utilizando-se a técnica de entrevista semiestruturada, realizada em espaço reservado no próprio ambiente de trabalho, de acordo com a disponibilidade de data e horário de cada um dos participantes. As entrevistas foram gravadas, com tempo de duração média de 28 minutos. A coleta de dados complementou-se por meio da observação não participante e análise documental.

Foi utilizado um roteiro constituído por três questões norteadoras, a saber: (1) A atual política de atenção oncológica relacionada ao controle do câncer de mama tem favorecido o fluxo de ações na Rede de Cuidado à Saúde da Mulher? (2) Quais as principais dificuldades encontradas na implantação e/ou implementação dessas ações? (3) Quais as possibilidades e limites para implementar, nas condições atuais da Rede de Cuidado à Saúde da Mulher, as ações propostas pela política de atenção oncológica, especificamente, as relacionadas ao controle do câncer de mama? Na medida em que as entrevistas eram realizadas, procedia-se a transcrição integral de cada uma delas e atribuía-se um número, de acordo com a ordem em que eram efetuadas.

Análise dos dados

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo⁽¹⁰⁾ e, conforme referido anteriormente, as unidades de registro e significação provenientes do material empírico foram organizadas nas categorias teóricas da estrutura operacional da RAS, proposta por Eugênio Vilaça Mendes⁽⁸⁾.

Os discursos foram transcritos na íntegra e conferidos, e validados com a leitura independente de outro pesquisador especialista na área. Após a transcrição, realizou-se uma leitura exaustiva do conteúdo com o objetivo de realizar a pré-análise, a fim de estabelecer unidades de registro que correspondessem às categorias temáticas pré-definidas, de acordo com o referencial adotado. Em seguida, foram feitos recortes e agregação representativos dessas categorias, com classificação dos dados, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, de forma a estabelecer uma análise crítica e reflexiva dos resultados encontrados, confrontando-os com os objetivos traçados no início da pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em cinco quadros que correspondem às categorias temáticas do estudo e relacionam as subcategorias e trechos significativos das falas dos sujeitos entrevistados, permitindo a apreensão do objeto de estudo delimitado.

Na primeira categoria temática, centro de comunicação - a Atenção Primária a Saúde, os participantes do estudo apontam dificuldades para o agendamento de consultas, o cumprimento de fluxos e protocolos assistenciais, o funcionamento adequado da referência e contrarreferência no sistema, além da alta rotatividade de profissionais de saúde.

Em relação ao Quadro 2, os participantes apontam os nós encontrados na atenção secundária e terciária, sendo os exames de mamografia, ultrassom e punção mamária realizados fora da própria unidade, contribuindo para a demora no diagnóstico e tratamento oportuno, pois se verifica uma falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção.

O Quadro 3 contém a problemática do sistema de apoio à Rede de Atenção Oncológica, no qual os gestores referem escassez de aparelhos em relação ao número de mulheres que necessitam realizar o exame de mamografia, falta de manutenção dos equipamentos, número significativo de ausências das usuárias na realização dos exames e a baixa utilização de sistemas de informação na gestão do cuidado no câncer de mama.

Quadro 1 – Descrição da categoria “Centro de Comunicação”, subcategorias e unidades de registro da pesquisa científica

Categoria Temática	Subcategorias	Fala dos sujeitos
O centro de comunicação - a Atenção Primária à Saúde “O centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de Atenção à Saúde, sendo constituído pela Atenção Primária à Saúde” ⁽⁸⁾ .	Primeiro contato: acessibilidade e uso do serviço	[...] para a pessoa marcar a primeira consulta na Unidade Básica de Saúde pode levar de dois a três meses. (G1) [...] sei que tenho a fila de espera de três meses. (G6)
	Coordenação do fluxo e contrafluxo do sistema	O profissional é orientado em relação ao protocolo, mas não adquire o conhecimento para fazer um fluxo correto. Então, muitas vezes não faz a solicitação da mamografia ou encaminhamento, e isso atrasa muito o início do tratamento. (G2) Outra limitação seria a dificuldade de diálogo com a rede secundária, a falta de contrarreferência. (G1) Um dificultador que temos é a fragmentação da rede, pois, o hospital não fornece essa resposta para a Atenção Básica. (G3) Quando vai para o serviço de tratamento se perde esse contato. Ainda carece de garantir esse acompanhamento com Atenção Básica. (G5) Na referência e contrarreferência, o clínico conversa com o mastologista que conversa com o hospital e esse usuário volta para o clínico. Essa volta que é um grande nó. A referência e contrarreferência não existe. (G2) Existe uma falha na comunicação entre os serviços, porque enquanto está em tratamento está acompanhada e depois, quando cai na rede, em que condições chega? [...] Então, começamos bem e perdemos dados no caminho. (G3)
	Disponibilidade de profissionais	[...] temos uma rotatividade muito grande destes profissionais... (G1)

Quadro 2 – Descrição da categoria “Pontos de Atenção Secundários e Terciários”, subcategorias e unidades de registro da pesquisa científica

Categoria Temática	Subcategorias	Fala dos sujeitos
Pontos de atenção secundários e terciários “São pontos de atenção secundários e terciários, os nós da rede onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas” ⁽⁸⁾ .	Atenção Secundária	<i>Toda paciente que é encaminhada para fazer ultrassonografia de mama ou mamografia tem a oferta de um serviço especializado de mastologia e, dando resultado alterado, automaticamente já é encaminhada para o mastologista e dentro deste serviço já é feita a punção e assim já vai sendo encaminhada para a linha de cuidado e dará seguimento a assistência integral. (G1)</i> <i>O exame de mamografia e ultrassonografia de mama não é realizado aqui. Sempre precisamos encaminhar e o resultado é uma fila enorme de espera... (G3).</i>
	Atenção Terciária	<i>O limite seria no setor terciário, principalmente a comunicação com este setor. Eu priorizo a marcação e fico no regulador a cada dois dias. É como se eu quisesse passar meu problema na frente e o setor terciário tem dificuldade. Eu consigo a vaga porque sou insistente. (G4)</i> <i>O certo seria que quando [a paciente] recebe alta [do hospital], retorne para o ambulatório de especialidade, como uma forma de se reeducar e depois para o território para fazer o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. (G2)</i>

Quadro 3 – Descrição da categoria “Sistemas de Apoio”, subcategorias e unidades de registro da pesquisa científica.

Categoria Temática	Subcategorias	Fala dos sujeitos
Sistemas de apoio “São lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de Atenção à Saúde, quer seja no apoio diagnóstico e terapêutico, quer na assistência farmacêutica e sistemas de informação de saúde para obtenção de dados úteis à regulação, programação e ajuste na assistência à saúde da população” ⁽⁶⁾ .	Apoio diagnóstico e terapêutico	<i>Temos um número populacional muito grande e poucos equipamentos... eu não sei se [a solução] seria aumentar o número de mamógrafos. As estatísticas mostram que os números de mamógrafos são mais do que suficientes e estão em número adequado, mas seria uma melhor redistribuição de serviços. (G5)</i> <i>[...] eu acho que temos dois nós: a manutenção dos equipamentos de mamografia, pois eles se quebram e geram fila de espera, [...] e ainda temos o absenteísmo. (G1)</i> <i>[...] e o absenteísmo é alto [...], quase 30% de absenteísmo e é complicado porque o paciente não sai da fila e prejudica o outro paciente que precisa entrar na fila. (G3)</i>
	Sistema de Informação	<i>[...] não temos muita coisa relacionada aquele Programa do SISMAMA, eu não sei o que aconteceu e acho que nunca implantou aqui. (G4)</i> <i>Quem faz as mamografias para a nossa região é [...] uma empresa terceirizada e do que tenho contato com eles nunca alimentaram nada sobre o SISMAMA e não recebo dado nenhum. (G6)</i> <i>O próprio sistema SISMAMA não está sendo utilizado no cotidiano para a gestão e é uma discussão que devemos fazer. Quem alimenta o banco são os serviços de referência e seria um bom instrumento, mas não estamos fazendo essa prática. (G5)</i>

Na descrição dos sistemas logísticos, no Quadro 4, os gestores referiram que algumas usuárias não dispõem de transporte para a realização de exames em outros pontos de atenção, sendo que os trabalhadores do setor de regulação, algumas vezes, no agendamento, não consideram a distância entre a residência da usuária e o serviço que ofertará o exame.

O Quadro 5 contém as dificuldades que os gestores enfrentam na organização dos serviços, em função do tamanho e complexidade do município de São Paulo, além de problemas decorrentes de contratos de gestão. Por outro lado, alguns gestores entrevistados não referem entraves na Rede de Atenção Oncológica.

Quadro 4 – Descrição da categoria “Sistemas Logísticos”, subcategorias e unidades de registro da pesquisa científica

Categoria Temática	Subcategorias	Fala dos sujeitos
Sistemas logísticos “São soluções tecnológicas, fortemente ancoradas na tecnologia da informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos da informação, produtos e pessoas na Rede de Atenção à Saúde, e deve contribuir para a efetiva coordenação entre os pontos da RAS” ⁽⁸⁾ .	Fluxo de pessoas	<i>[...] é uma distância e nem todo usuário tem a disponibilidade de transporte e então temos a falta, e além de perder a oportunidade e a vaga de atendimento, ainda retira a vaga de outra pessoa. O equipamento [de saúde] às vezes não está próximo do território dele. (G2)</i> <i>[...] quem está regulando tenta verificar um local próximo a sua residência, mas a área é muito grande e pode ser agendada muito longe. (G7)</i>
	Fluxo de informações	<i>[...] a informação não chega para todas as mulheres e a grande maioria procura quando vê um nódulo palpável ou retração e com isso já está em um estágio mais avançado [...]. (G6)</i> <i>Existe a falta de conscientização da população de fazer os exames preventivos, sabemos que a mídia é importante e talvez seja necessário divulgar no programa popular, em uma novela, a problemática do câncer de mama. (G2)</i> <i>A usuária ou população está descrente que o perigo mora ao lado e que deve fazer os exames preventivos anualmente. [...] ajudaria se a mídia entrevistasse com comerciais e enfoque de novela. (G7)</i>

Quadro 5 – Descrição da categoria “Sistema de Governança da Rede”, subcategorias e unidades de registro da pesquisa científica

Categoria Temática	Subcategorias	Fala dos sujeitos
O sistema de governança da rede “A governança das Redes de Atenção à Saúde é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, aumentar a interdependência entre eles e obter resultados para a população adscrita” ⁽⁸⁾ .	Formulação e decisão estratégica para organizar e coordenar a interação entre os componentes da rede	<p><i>O Município é muito grande e não dá para ter uma visão de um todo e devemos trabalhar em parcerias... (G2)</i></p> <p><i>Temos uma problemática especial [...], pois tenho um conjunto de Unidades Básicas de Saúde, sendo mais de 50% municipalizadas, ou seja, nenhum contrato de gestão. (G5)</i></p> <p><i>Na nossa região não temos dificuldade em relação aos encaminhamentos e nossa retaguarda em relação ao câncer de mama é bastante eficiente e funciona. Nossa rede oncológica funciona. (G2)</i></p>

DISCUSSÃO

A APS é uma estratégia de organização voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, por meio da integração de ações preventivas e curativas, direcionadas a indivíduos e comunidades⁽¹¹⁾. Entretanto, alguns desafios comprometem o seu desempenho como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Neste estudo, os relatos dos participantes, analisados à luz da estrutura operacional da RAS, proposta por Vilaça Mendes⁽⁹⁾, apontaram para três problemas na APS como centro da Rede de Atenção Oncológica. São eles: (1) barreiras no primeiro contato dos usuários com o serviço, divergindo do princípio da universalidade da atenção; (2) falhas na coordenação dos fluxos e contrafluxos do sistema de saúde, comprometendo a articulação dos pontos de atenção primária, secundária e terciária; e (3) a rotatividade de profissionais e equipes mínimas incompletas, implicando no comprometimento da execução das ações, em termos quantitativos e qualitativos.

A APS é conhecida como a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde, atendimento inicial que deve funcionar como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos em densidade tecnológica⁽¹²⁾. Contudo, na prática, observam-se barreiras de acesso à rede de cuidados integrais e contínuos, confirmando resultados encontrados em estudo desenvolvido na rede municipal de saúde de Recife-PE, que corroboram com esses dados⁽¹³⁾.

A falta de profissionais que compõem a equipe mínima da APS, bem como sua alta rotatividade, são problemas de gestão, porém, a presença do trabalhador no serviço por si só não implica qualidade da atenção, sendo fundamental a Educação Permanente das equipes de saúde, não só para o correto fluxo de ações na Rede de Controle do Câncer de Mama, mas também para a oferta de informações claras e completas sobre as ações a serem realizadas⁽¹⁴⁾.

No presente estudo, observou-se que a conformação da linha de cuidados à mulher no contexto do combate ao câncer de mama inicia-se a partir do diagnóstico da alteração mamária. Desse modo, infere-se que as ações de prevenção da doença, promoção da saúde e vigilância, mediante rastreamento, ainda não estão consolidadas como ações dessa linha de cuidados. Também foram identificados problemas na comunicação do resultado da mamografia à usuária, no estrangulamento da demanda hospitalar e no planejamento e operacionalização da alta hospitalar, com retorno à APS⁽¹⁵⁾.

As ações de detecção precoce do câncer de mama contribuem para seu diagnóstico em estágios iniciais, bem como para a redução

das taxas de morbimortalidade. No entanto, apesar dos esforços empreendidos pelo MS, no Brasil ainda é persistente a elevada taxa de diagnóstico tardio do câncer de mama, correspondendo a 60% dos casos⁽⁴⁻¹⁶⁾. Entre os vários fatores que podem estar influenciando essa situação, estudos mostram que existe falha na conformidade na oferta das ações de rastreamento e detecção precoce dessa afecção com as recomendações do MS, o que pode comprometer seus resultados e o impacto esperado⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Deve-se considerar, ainda, que a quebra no fluxo dos serviços ou a falta de articulação entre eles ocasiona atraso na concretização das ações e retardo no diagnóstico e no início do tratamento⁽⁴⁾.

Dessa forma, o sistema de referência e contrarreferência, que deveria atuar como mediador na conexão entre os pontos da rede assistencial passa a funcionar, em várias circunstâncias, como empecilho à agilidade do processo. Além disso, os serviços de saúde mais densos tecnologicamente, frequentemente, não retornam as informações para a Atenção Primária, tornando a rede assistencial um emaranhado de práticas desconexas e pontuais. Ressalta-se, então, a quase inexistência da contrarreferência⁽¹³⁾.

No que se refere aos sistemas de apoio à Rede de Atenção Oncológica, tais como, o apoio ao diagnóstico e à terapêutica e os sistemas de informação, neste estudo, identificou-se que a utilização dos mamógrafos não é eficiente, uma vez que há problemas de inadequada (re)distribuição na rede, absenteísmo de usuárias e manutenção técnica dos aparelhos. Por outro lado, a não utilização do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) como um instrumento de gestão do cuidado, pode dificultar o acesso a informações úteis ao monitoramento das ações de detecção precoce do câncer de mama⁽¹⁸⁾.

Na organização da Rede de Atenção à Saúde, os sistemas logísticos constituem soluções fundamentadas na tecnologia da informação para garantir os fluxos e contrafluxos necessários⁽⁹⁾. Nessa categoria, o presente estudo apontou problemas e soluções relativos ao fluxo de pessoas e informações na rede oncológica.

Uma das características primordiais na APS é a longitudinalidade no cuidado ao indivíduo, englobando ações promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Os resultados positivos intrinsecamente relacionados a esse atendimento decorrem do diagnóstico e tratamento mais adequado, diminuindo encaminhamentos desnecessários para outros setores da rede e utilização de procedimentos de maior complexidade⁽¹⁹⁾.

A existência de vazios sanitários no Brasil pode, em alguns aspectos, ser reproduzido em territórios regionais e, até mesmo, municipais. A discrepância entre oferta e demanda nos serviços de saúde interfere diretamente na qualidade da assistência, determinando obstáculos

à comunidade, principalmente quando o tema é a prevenção e identificação oportunas do câncer de mama, fundamentais para a diminuição de suas taxas de morbidade e mortalidade. Nesse quesito, o acesso geográfico assume essencial relevância^(4,20).

Identificou-se, segundo a perspectiva dos gestores, que as usuárias encontram barreiras geográficas para a utilização de serviços de apoio ao diagnóstico, e também que a divulgação de informações sobre o câncer de mama na comunidade é ineficaz, no sentido de promover responsabilização e co-gestão do cuidado na dimensão coletiva.

A barreira geográfica também foi mencionada em estudo que avaliou a capacidade da gestão municipal em prover a atenção à saúde do idoso, destacando sua repercussão na acessibilidade e continuidade da Atenção à Saúde dos usuários do sistema, sinalizando problema comum aos usuários do sistema público de saúde⁽²¹⁾.

A concepção de programas de divulgação e esclarecimento promove a produção de conhecimentos na população e favorece a procura precoce por atendimento à saúde, diminuindo o tempo entre a procura por atendimento e a descoberta de um sintoma de adoecimento da mama⁽²²⁾.

A participação da comunidade nas ações de controle do câncer de mama é fundamental e para que as usuárias sejam protagonistas em seu processo saúde-doença-cuidado, o acesso a informações completas e claras é indispensável⁽²³⁾.

O envolvimento de múltiplos atores para a gestão compartilhada e resolutiva da Rede de Atenção à Mulher com Câncer de Mama implica a assunção de responsabilidades, e o estabelecimento de relações de comunicação e interdependência⁽²⁴⁾.

Nesse contexto, o valor da qualidade dos registros em saúde é importante. A facilidade na sua consulta e disponibilização na chamada continuidade informacional é ponto primordial para a longitudinalidade na Atenção à Saúde. O conhecimento obtido, não somente restrito às condições clínicas da pessoa, mas também aos aspectos sociodemográficos, valores culturais e situação familiar possibilita a formulação de programas e políticas de saúde, facilitando as orientações dos profissionais de saúde e a adesão terapêutica dos usuários⁽¹⁹⁾.

O trabalho de gestão dos componentes da rede requer dos gestores uma visão ampliada, com formulação e decisão estratégica, para integrar e coordenar todos os fluxos necessários. Neste estudo, os resultados sobre o sistema de governança da rede apontam que, em alguns territórios, a Rede de Atenção Oncológica é eficiente, principalmente, em razão da retaguarda diagnóstica e terapêutica disponível. Porém, em outras experiências, a insuficiência de parcerias, incluindo contratos de gestão, somada à amplidão do território, dificultam a gestão dessa rede oncológica.

A elaboração de políticas com base nas características de população geograficamente definida facilita a oferta de serviços, adequada conduta, acesso, segurança e qualidade no atendimento. Uma opção na regulação de recursos pode ser a formulação de modelos de risco para a pré-seleção da triagem do câncer de mama. Esses modelos podem propiciar uma melhor escolha e ajustar os recursos disponíveis⁽¹⁾.

Os gestores detêm a capacidade de organizar as redes de atenção em inúmeras possibilidades de conexão que podem contribuir ou dificultar o acesso da população à assistência. O sistema de governança pode, a seu critério, estimular as ligações

transversais de atendimento, além de indicar possíveis centros com potencial de expansão⁽¹⁸⁾. As ações exitosas no controle do câncer de mama incluem empreendimento amplo, multidimensional e em vários níveis de implementação e efetiva localização da unidade básica de saúde, assim como o percurso necessário para a realização de exames diagnósticos e terapêuticos, pois o usuário deverá utilizá-los com frequência durante todo o tratamento. Na otimização da rede, a posição dos serviços de atendimento e local de moradia da população, os meios de transporte disponíveis, a distância, o tempo e os custos envolvidos no deslocamento precisam ser aquilatados durante a composição da rede⁽²⁵⁾.

Nesse quesito, entende-se que a utilização contínua e crescente de novas tecnologias de informação pelo sistema de governança favorece a tomada de decisão e a implementação de ações eficazes para o controle do câncer de mama. Entre as várias possibilidades de uso de novas tecnologias de informação, estudo destaca os Observatórios de Saúde como importante "estratégia de ampliação e disponibilização de informações e evidências para a tomada de decisões no campo da saúde, incluindo as áreas de vigilância, promoção, Atenção Primária e gestão da educação em saúde"⁽²⁶⁾.

Diante do exposto, concorda-se com a afirmação de que os programas bem-sucedidos de controle do câncer geralmente envolvem esforços abrangentes, multidimensionais e de vários níveis na implementação e comunicação de políticas públicas⁽²⁵⁾.

Limitações do estudo

Uma das limitações que pode ser apontada diz respeito à análise restrita a região Sudeste do município de São Paulo que, embora extensa e populosa, pode não representar a realidade de outras regiões, sugerindo a necessidade de expansão, de modo a visualizar a realidade da Rede de Atenção na sua plenitude.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O estudo possibilitou uma reflexão crítica sobre a rede oncológica no local estudado, as demandas e procedimentos envolvidos na detecção precoce do câncer de mama, assim como a necessidade de planejamento adequado, educação continuada, recursos materiais e humanos suficientes e articulação política para a implementação das políticas de saúde, oferecendo adequados serviços para a prestação de cuidados, com ênfase na Atenção Básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo referentes à organização da Rede de Atenção ao Câncer de Mama, segundo a perspectiva de gestores da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste no município de São Paulo, analisados à luz dos cinco componentes da estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde, permitem afirmar que existem diferentes realidades na Rede de Atenção Oncológica dessa Coordenadoria, e os obstáculos para sua integração e integralidade foram: fragilidade do vínculo com as usuárias; alta rotatividade de profissionais na Atenção Primária à Saúde; ausência de padronização do sistema de referência e contrarreferência, e baixa cooperação entre serviços de saúde municipais e estaduais. Por outro lado, os

resultados também apontam que, em alguns territórios, a Rede de Atenção Oncológica é eficiente, principalmente, em razão da retaguarda diagnóstica e terapêutica disponível.

Conclui-se, portanto, que a assimetria no acesso de usuárias a ações e serviços, em pontos distintos da Rede de Atenção Oncológica, bem como sua fragmentação, mostra que é imperioso aplicar métodos de colaboração e coordenação eficazes

e condizentes à ética na gestão dos recursos disponíveis e ao cuidado longitudinal.

FOMENTO

A pesquisa contou com apoio financeiro Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- MCTI/ CNPq nº14/2012.

REFERÊNCIAS

1. Torre LA, Islami F, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer in women: burden and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 02];26(4):444–57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28223433>
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência do câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 2017 Feb 15]; Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
3. Silva GA, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, Santos-Silva I. [Access to early breast cancer diagnosis in the Brazilian Unified National Health System: an analysis of data from the Health Information System]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 02];30(7):1537-1550. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156513>. Portuguese.
4. Traldi MC, Galvão P, Morais SS, Fonseca MRCC. [Delay in breast cancer diagnosis on women assisted in the Public Health System]. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 11];24(2):185-91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020026>. Portuguese.
5. Silva GA, Souza-Júnior PRB; Damascena GN, Szwarcwald CL. Early detection of breast cancer in Brazil: data from the National Health Survey, 2013. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 02];51(Suppl 1):14s. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000191>. English, Portuguese.
6. Machado CV, Lima LD, Baptista, TWF. Health policies in Brazil in times of contradiction: paths and pitfalls in the construction of a universal system. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(Sup 2):e00129616. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. doi: 10.1590/0102-311X00129616. English, Portuguese.
7. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil; 2013. May 17, Seção 1: p. 29 [about 2 screens]. [cited 2017 Dec 02]. Available from: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Panamericana da Saúde, 2a ed. Brasília: 2011.
9. Mendes EV. [Health care networks]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2017 Dec 04];15(5):2297-2305. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Portuguese.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2015. 288 p.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2018 Sep 05]. 127 p. <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
12. Oliveira MAC, Pereira IC. [Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 30];66(spe):158-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Portuguese.
13. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Junior GD, Albuquerque PC. [From normative aspects to the reality of the Unified Health System: revealing barriers that curtail access to the health care network]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 01];19(4):1283-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. Portuguese.
14. Silva KL, Ribeiro HCTC, Pereira LD, Martins BR, Viana JA, Belga SMMF. [The facilitators point of view regarding the primary health care planning as a continuing education program]. *Rev Rene* [Internet]. 2012; [cited 2018 Sep 05]13(3):552-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v13i3.3977> Portuguese.
15. Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EN, Loyola EAC, Panobianco MS. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):14-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/0080-6234-reeusp-50-01-0014.pdf>. English, Portuguese.
16. Silva PF, Amorim MHC, Zandonade E, Viana KCG. [Association between sociodemographic variables and advanced clinical staging of breast neoplasms in a reference hospital in the state of Espírito Santo]. *Rev Bras Cancerol* [Internet]2013;59(3):361-7 Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/06-artigo-associacao-entre-variaveis-sociodemograficas-estadiamento-clinico-avancado-neoplasias-mama-hospital-referencia-estado-espirito-santo.pdf. Portuguese.
17. Melo FBB, Marques CAV, Rosa AS, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Actions of nurses in early detection of breast cancer. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(6):1119-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/0034-7167-reben-70-06-1119.pdf>. English, Portuguese.

18. Tomazelli JG, Migowski A, Ribeiro CM, de Assis M, de Abreu DMF. Assessment of actions for breast cancer early detection in Brazil using process indicators: a descriptive study with Sismama data, 2010-2011. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 29];26(1):61-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100007>. English, Portuguese.
 19. Paula CC, Silva CV, Nazário EG, Ferreira T, Schimith MD, Padoin SMM. [Factors interfering with the attribute longitudinality in the primary health care: an integrative review]. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Sep 05];17(4). Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a20.pdf>. Portuguese.
 20. Oliveira EXG, Melo ECPM, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. [Access to cancer care: mapping hospital admissions and high-complexity outpatient care flows. The case of breast cancer]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 12];27(2):317-326. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00208815.pdf>. doi: 10.1590/0102-311X00208815. Portuguese.
 21. Pereira KCR, Lacerda JT, Natal S. [Evaluation of municipal administration of healthcare actions for the elderly]. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(4):e 00208815. doi: 10.1590/0102-311X00208815. Portuguese.
 22. Denny L, Sanjose S, Mutebi M, Anderson BO, Kim J, Jeronimo J, Herrero R, Yeates K, Ginsburg KO, Sankaranarayanan R. Interventions to close the divide for women with breast and cervical cancer between low-income and middle-income countries and high-income countries. *Lancet* [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 05];25;389(10071):861-70. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31795-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31795-0)
 23. Costa FML, Enders BC. [Actions of professionals of the family health strategy in early detection of breast cancer]. *Rev Enferm UFPE Online* [Internet], 2014; [cited 2018 Sep 05]8(7):2061-8. Available from: 10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201430. Portuguese.
 24. Pereira QLC; de Siqueira HCH. [The access to mammography and the perceptions of women's health policy markers]. *Reme: Rev Min Enferm* [Internet]. 2011 Sep [cited 2017 Nov 9];15(3):365-371. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/46>. doi: S1415-27622011000300008. Portuguese.
 25. DePinho RA, Hawk E. Cancer prevention in developing countries: a vision for preserving health in Mexico. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 29];58(2):93-96. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000200093.
 26. Pinto LF, Rocha CMF. Innovations in Primary Health care: the use of communications technology and information tools to support local management. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 05];21(5):1433-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1433.pdf> English, Portuguese.
-