

A REGIONALIZAÇÃO E A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ASSISTÊNCIA NA MACRORREGIÃO SUDESTE DE MINAS GERAIS: LIMITES E DESAFIOS NA PROGRAMAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA A ASSISTÊNCIA AO CÂNCER DE MAMA

Regionalization and organization of the care networks in the southeast macro-region of Minas Gerais: limitations and challenges for the programming of breast cancer services

Marcio José Martins Alves¹, Maria Teresa Bustamante-Teixeira², Renata de Paula Ferreira³, Cristiane Mota Oliveira⁴, Carolina Bassoli de Azevedo⁵, Auta Iselina Stephan de Souza⁶

RESUMO

A regionalização da saúde no SUS se efetiva como instrumento de gestão a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02, por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) para ordenar o fluxo da assistência de média e alta complexidade. A partir da definição da base territorial regionalizada, são aplicados parâmetros assistenciais que servem de base para a programação física e orçamentária dos municípios da região, a partir da qual municípios de diferentes portes pactuam ofertas e demandas. Este estudo objetiva discutir as diretrizes de regionalização e financiamento, estabelecidas a partir de 2003, à luz dos indicadores epidemiológicos e da oferta assistencial, tomando como situação ilustrativa a assistência ao câncer de mama. A implantação do PDR e da Programação Pactuada e Integrada (PPI), no estado de Minas Gerais, é analisada através de comparações entre o programado, em função dos parâmetros assistenciais e epidemiológicos, e o realizado, expresso nos dados de produção, nas macrorregiões de saúde do estado. A título de aprofundamento da questão, foi realizado um estudo comparativo da produção de mamografias com o estado vizinho do Rio de Janeiro, e uma pesquisa com usuárias em tratamento de câncer de mama nos centros de referência no município de Juiz de Fora - MG. Os resultados obtidos corroboram a hipótese de que a regionalização da assistên-

ABSTRACT

Health regionalization under the Brazilian Unified Health System (SUS) has become effective as a management instrument since the 01/02 Health Care Operational Norm (NOAS-SUS 01/02), through the Regionalization Management Plan (PDR), to organize the flow of medium and high-complexity care. Starting from the definition of regionalized territorial base, care parameters are applied, as a basis for the physical and budgetary programs of the regional municipalities, from which differently sized municipalities agree on offer and demand. This study aims to discuss the regionalization and financing guidelines, established in 2003, under the epidemiologic and care indices, taking breast cancer care as an illustrative example. The implementation of the PDR and the Pact and Integration Program (PPI), in the state of Minas Gerais, is analyzed through comparisons between what was programmed, according to the care and epidemiologic parameters, and what was actually performed, according to production data from the study health macro-regions. Furthermore, a comparative study of the production of mammograms with the neighboring Rio de Janeiro state, and a study of the users on treatment for breast cancer in the reference centers of the Juiz de Fora municipality (Minas Gerais state) were also undertaken. The results strengthen the hypothesis that the regionalization of care has not reached the expected results

¹ Marcio José Martins Alves, Médico sanitário, Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: kiko_jf@yahoo.com

² Maria Teresa Bustamante-Teixeira, Médica, docente da UFJF e doutora- IMS/UERJ

³ Renata de Paula Ferreira, acadêmica de medicina da UFJF

⁴ Cristiane Mota Oliveira, acadêmica de medicina da UFJF

⁵ Carolina Bassoli de Azevedo, acadêmica de medicina da UFJF

⁶ Auta Iselina Stephan de Souza, Professora dos Mestrados em Saúde Coletiva e Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Edital n. 004/2004. Projeto EDT 96/05

cia não vem alcançando os resultados esperados na modificação dos fluxos assistenciais anteriores à regionalização. Os autores apontam para a complexidade do problema, indicando a necessidade de intervenção em aspectos como: a revisão dos limites geográficos indicados pelo PDR/MG ou a viabilização em médio prazo de um Plano Diretor de Investimentos (PDI) que dê suporte à atual concepção; a implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e do sistema de ressarcimentos aos atendimentos a usuários de planos de saúde, de forma a compensar os frequentes atendimentos a usuários não programados; a revisão dos critérios normativos a partir de critérios técnicos orientados por protocolos clínicos baseados em evidência, e a criação de mecanismos indutores para uma efetiva regulação do sistema por parte dos gestores municipais.

PALAVRAS-CHAVE: Regionalização. Regulação e fiscalização em saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Câncer de mama. Mamografia.

INTRODUÇÃO

A diretriz de regionalização da assistência à saúde emanada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e seus impactos na organização da rede assistencial na macrorregião de saúde sudeste de Minas Gerais, que tem no município de Juiz de Fora o seu polo, configura o objeto de investigação deste estudo, cujo ponto de partida foi a necessidade de reorganização da assistência ofertada pelo Hospital da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF).

O esforço de integrar o HU/UFJF no contexto regionalizado da assistência envolveu desafios de natureza política, como identificar e compreender o cenário de negociações que se estabeleciam em torno dos contratos de gestão dos Hospitais de Ensino com as secretarias municipais de saúde, denominados contratualização. Essa necessidade de reorganização da assistência ofertada, a partir da média complexidade ambulatorial e hospitalar, inspirou a formação de um grupo de pesquisa em torno do tema, composto por técnicos da Prefeitura de Juiz de Fora e pesquisadores da área de Saúde Coletiva da UFJF.

A hipótese central desta pesquisa foi que a oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade na região, da qual o município de Juiz de Fora se constitui historicamente como polo, gera fluxos populacionais que têm produzido um processo de “migração seletiva” de doentes. E que esse fenômeno se acentua a partir de restrições ao acesso colocadas pelas diretrizes de regionalização e financiamento a partir de 2003.

of modification of the care flow observed before the regionalization. The authors highlight the complexity of the issue, indicating the need of: revision of the geographical limits indicated by the PDR/MG or the availability, in not so distant a future, of an Investment Management Plan (PDI) that supports the present concept; implementation of the National Health Card (CNS) and of the system of refunding of private health care users, in order to compensate for the frequent care of non-programmed users; revision of the normative criteria according to technical criteria supported by evidence-based clinical protocols; and creation of mechanisms to induce an effective regulation of the system by municipal managers.

KEYWORDS: Regional Health Planning. Health Regulation and Fiscalization. Health Services Accessibility. Breast Neoplasms. Mammography.

O presente artigo toma como pressuposto que a garantia do direito à saúde deve se dar a partir da programação da oferta segundo as necessidades epidemiologicamente definidas e à luz das evidências disponíveis da relação custo/efetividade das tecnologias em saúde. Nesse sentido, tem como objetivo discutir as diretrizes de regionalização e financiamento, estabelecidas a partir de 2003, tomando como situação ilustrativa a assistência ao câncer de mama. A intenção é de contribuir para o aperfeiçoamento dos mecanismos de programação, que deve aproximar, o máximo possível, a oferta às necessidades, a partir da análise de parâmetros clínicos, epidemiológicos e assistenciais, buscando aportar elementos para a adequação deste dimensionamento.

A opção por delinear o perfil da assistência ao câncer de mama se deu na perspectiva do conceito de condição marcadora^{1,2,3}, não apenas pela incidência e prevalência desta patologia, elevada em nosso meio, mas também pelo fato de que, embora já exista tecnologia disponível e conhecida para sua detecção precoce, a implementação de seu controle ainda se encontra em fase preliminar na realidade brasileira, ao contrário do que ocorre, por exemplo, com o câncer cérvico-uterino.³ Também por ser o controle do câncer de mama uma das atuais prioridades do Ministério da Saúde, enunciada no Pacto pela Saúde⁴, o que gera a possibilidade de discutir os parâmetros de programação à luz dos protocolos assistenciais definidos pelo Instituto Nacional do Câncer.⁵

METODOLOGIA

Foi delineada uma abordagem composta de um painel de indicadores demográficos, epidemiológicos e de oferta de serviços de saúde e um estudo transversal de base amostral que tomou por base o arquivo das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) do município.

O painel de indicadores foi obtido a partir de dados agregados levantados no DATASUS⁶, referentes aos períodos mais atuais disponíveis no momento da pesquisa (1991 e 2000 para dados censitários; 2004 e 2005 para mortalidade; 2005 para as internações hospitalares, e 2007 para dados de produção ambulatorial), no estado de Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde, com destaque para a macrorregião sudeste de Minas Gerais, organizados com o auxílio de planilha eletrônica. No tocante à questão da oferta e necessidade de mamografias, foi também feita a comparação com as macro-regiões do estado do Rio de Janeiro, no intuito de angariar dados acerca do fenômeno que estamos procurando evidenciar, de que existe, na nossa região mineira, uma evidente absorção das demandas de assistência à saúde de média e alta complexidade das regiões limítrofes do estado do Rio de Janeiro.

O estudo transversal partiu da análise do banco de dados das Autorizações de Procedimentos (ambulatoriais) de Alta Complexidade (APAC) do mês de abril de 2007 do município de Juiz de Fora, identificando aquelas referentes ao tratamento de câncer de mama, que representaram 42% das 2035 APAC de tratamento de tumores.

A partir desta base, foi estabelecida uma lista de pacientes. Questionários semi-estruturados foram aplicados por acadêmicos de medicina da UFJF nas mulheres que se encontravam em tratamento nos três Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), sediados em Juiz de Fora, no período de maio a junho de 2007 e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFJF.

A digitação e análise dos dados foram realizadas com o programa Epi Info 2000, versão 3.3.2.⁷

SITUAÇÃO DE SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS E NA MACRORREGIÃO SUDESTE

O fenômeno da transição demográfica e epidemiológica na macrorregião sudeste de Minas Gerais não apresenta grandes diferenças em relação ao Estado de Minas Gerais, como pode ser depreendido da análise dos censos de 1991 e 2000 do IBGE. Enquanto em 1991, a faixa etária de maiores de 60 anos no Estado representava 7,5% da popu-

lação, na macrorregião Sudeste este valor era de 9,8%. Por outro lado, em 2007 esta faixa etária representava 13,8% no estado e apenas 11,2% na macro-região. No período estudado, observa-se, no estado, um crescimento no percentual de urbanização, partindo de 67,1% em 1980 para 82,0% em 2000, enquanto para a macrorregião sudeste este crescimento foi de 69,6% para 83,2%.

Observa-se que a macrorregião sudeste apresentou um percentual de pessoas não alfabetizadas de 27,3%, em 1991, e de 19,8%, em 2000, melhores que a média do estado de Minas Gerais (30,7% em 1991 e 21,8% em 2000). Em relação ao abastecimento de água, a macrorregião sudeste também apresenta uma situação melhor que a média do estado, verificando-se um crescimento expressivo entre os anos de 1991 (63% no Estado e 58% na macrorregião) e 2000 (80% no Estado e 77% na macrorregião).

A mortalidade infantil também diminuiu no período, mas a macrorregião sudeste apresentou valores superiores ao da média do estado de Minas Gerais, em 2000 (20,8 em MG, 24,6 na macro-região) e 2005 (16,5 em MG, e 19,6 para cada 1000 nascidos vivos na macro-região).

Analisando os principais grupos de causas de mortalidade no estado de Minas Gerais, em 2004 (Tabela 1), verifica-se que a macrorregião sudeste supera a média mineira nos grupos das doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório e apresenta taxas inferiores às do estado para o grupo das causas externas, doenças infecciosas e parasitárias e causas mal definidas.

Tabela 1 - Taxas* de mortalidade dos principais grupos de causa em Minas Gerais e Macrorregiões, 2004

Macro-região	D. Ap. Circul.	Neo-plasias	Mal Definidas	D. Ap. Respirat.	Causas Externas	D. Inf. Parasit.
Sul	178,5	79,7	57,0	70,3	40,0	21,0
Centro Sul	232,2	85,8	66,5	72,8	50,9	19,4
Centro	169,8	85,4	46,5	61,5	85,0	25,9
Jequitinhonha	140,7	56,0	175,4	39,9	36,8	35,8
Oeste	182,3	81,6	42,9	71,9	54,3	25,7
Leste	147,3	63,9	104,6	54,1	58,8	19,9
Sudeste	194,1	86,4	41,7	76,5	44,5	25,8
Norte de Minas	113,1	52,1	163,7	32,4	43,8	31,1
Noroeste	150,3	60,6	88,6	54,2	61,1	50,7
Leste do Sul	153,4	65,3	97,0	63,7	47,8	20,0
Nordeste	112,9	44,0	139,6	39,6	54,8	26,6
Triângulo do Sul	175,0	49,7	54,2	86,0	49,3	45,9
Triângulo do Norte	176,6	78,7	43,9	70,1	57,1	40,7
Minas Gerais	167,0	76,0	71,0	63,0	61,0	27,0

*Taxas por 100.000 habitantes (padronizadas pela população de Minas Gerais em 2000)

Fonte: Minas Gerais⁸

Dentre as causas de internações hospitalares pagas pelo SUS, destaca-se que as neoplasias representam a oitava cau-

sa de internações pelo SUS no estado de Minas Gerais, e a quinta na macrorregião sudeste (Tabela 2), sendo que, nessa macrorregião, constatou-se um crescimento de 3,6%, em 2000, para 8,3%, em 2005. Verificaram-se, proporcionalmente, mais casos de doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, e transtornos mentais e comportamentais na macrorregião sudeste do que no estado de Minas Gerais, e também, proporcionalmente, menos partos, causas externas e doenças do aparelho geniturinário.⁸

Tabela 2 - Frequência e proporção das principais causas de internações hospitalares, por capítulo CID-10 em Minas Gerais e na Macrorregião Sudeste, 2005

Capítulos da CID 10	Minas Gerais		Macrorregião Sudeste	
	Nº	%	Nº	%
XV Gravidez parto e puerpério	255.714	21,2	17.810	16,0
IX Doenças do aparelho circulatório	164.318	13,7	17.339	15,6
X Doenças do aparelho respiratório	159.229	13,2	14.579	13,1
XI Doenças do aparelho digestivo	104.321	8,7	9.506	8,6
XIX Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	91.316	7,6	7.086	6,4
XIV Doenças do aparelho geniturinário	80.573	6,7	6.161	5,5
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	71.008	5,9	6.470	5,8
II Neoplasias (tumores)	66.645	5,5	9.266	8,3
IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	39.714	3,3	4.377	3,9
XIII Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	28.501	2,4	2.542	2,3
V Transtornos mentais e comportamentais	24.900	2,1	6.001	5,4
Outras causas	118.207	9,8	9.900	8,9
TOTAL	1.203.690	100,0	111.037	100,0

Fonte: DATASUS/AIH⁶

Considerando os indicadores epidemiológicos de maneira global, observamos um quadro contraditório: mesma estrutura demográfica, melhores condições de alfabetização e saneamento, piores indicadores de saúde na macrorregião sudeste do Estado. Neste trabalho, pretendemos argumentar que tal fato pode ser interpretado não como indicador da pior qualidade da saúde na macrorregião sudeste, mas sim como efeito decorrente da atratividade da atenção de média e alta complexidade em Juiz de Fora, que propicia uma “migração seletiva” de usuários das demais macrorregiões do estado e mesmo de municípios de outros estados.

SITUAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NOS ESTADOS DE MINAS GERAIS, RIO DE JANEIRO E MACRORREGIÕES

A Tabela 3 apresenta alguns dos parâmetros de programação estabelecidos normativamente pela portaria nº

1.101 de 12 de junho de 2002⁹ que determina a Programação Pactuada Integrada (PPI). Estes parâmetros advêm de séries históricas de procedimentos a nível nacional, e são expressos, em geral, como percentuais das consultas médicas totais (CMT).

Tabela 3 - Parâmetros da Portaria 1.101/2002 baseados nas Consultas Médicas Totais (CMT), para procedimentos de média e alta complexidade selecionados

Procedimento	Parâmetro (% das CMT)
Consultas de Cardiologia	2,0
Hemodinâmica	0,01 a 0,03
Consultas de Nefrologia	0,1
Terapia Renal Substitutiva (TRS)	0,65 a 2,09
Consultas de Oncologia	0,3
Radioterapia	1,07 a 1,37
Quimioterapia	0,07 a 0,27

Fonte: Ministério da Saúde⁹

A Tabela 4 apresenta a aplicação destes parâmetros na população da macrorregião sudeste de MG, possibilitando a comparação entre o que foi programado e realizado em 2007.

Tabela 4 - Procedimentos programados segundo parâmetros da Portaria nº 1.101/2002 e produção realizada na macrorregião sudeste de MG, ano 2007

Procedimento	População Parâmetro 2007	Portaria 1101/2002	Programado	Realizado
	1.574.883			
Consultas Médicas Totais (CMT)		2,5 consultas/hab/ano	3.937.208	4.244.118
Urgência e Emergência		15,0% das CMT	590.581	616.449
Atenção Básica		62,7% das CMT	2.468.629	2.945.311
Especializadas		22,3% das CMT	877.997	682.358
Hemodinâmica		0,02% das CMT	787	709
Terapia Renal Substitutiva		1,00% das CMT	39.372	102.894
Radioterapia		1,20% das CMT	47.246	159.692
Quimioterapia		0,17% das CMT	6.693	32.277

Fontes: Ministério da Saúde⁹

Os dados da Tabela 4 mostram que foram produzidas consultas médicas em quantidade suficiente (2 a 3 consultas médicas anuais por habitante segundo a Portaria nº 1.101/2002⁹) na macrorregião sudeste de Minas Gerais. Destaca-se que os valores de produção realizada para os procedimentos de alta complexidade: radioterapias (RT), quimioterapias (QT) e terapias renais substitutivas (TRS) ultrapassam bastante os parâmetros da Portaria 1.101, donde se pode depreender que a macrorregião sudeste mineira realiza muito mais do que o que foi pactuado na PPI para estes procedimentos, gerando um deficit a ser compensado

pelos municípios por meio de recursos de outras fontes, além do repasse da PPI.

Na Tabela 5, são apresentadas as “concentrações de procedimentos”, calculadas como a razão entre os números absolutos da produção das regiões e suas respectivas populações, que são consideradas “proxies” de cobertura das respectivas ações. A análise das concentrações de procedimentos ambulatoriais de média complexidade por macrorregião de saúde do estado de Minas Gerais evidencia que a macrorregião sudeste possui um padrão de produção mais elevado que a média do estado, estando sua produção (concentração - procedimentos/habitante/ano) entre as 10% maiores do estado em todas as ações: médicas básicas (AMB), consultas especializadas (PNS), procedimentos traumato-ortopédicos (PTO), patologia clínica (PC), radiologia (RX) e exames ultrassonográficos (US). Nas consultas especializadas de profissionais de nível superior (PNS), a macrorregião sudeste de MG apresentou a maior concentração no estado, com 2,32 procedimentos /habitante/ano.

Tabela 5 - Produção Ambulatorial (SAI-SUS): concentrações de procedimentos de média complexidade nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais

Macrorregião	Concentrações - procedimentos por habitante/ano (*)					
	AMB	PNS	PTO	PC	RX	US
Sul	1,85	1,22	0,02	1,55	0,25	0,02
Centro Sul	1,72	1,40	0,01	0,86	0,28	0,02
Centro	1,24	1,37	0,01	2,45	0,30	0,04
Jequitinhonha	1,24	1,18	0,01	1,46	0,23	0,03
Oeste	1,40	1,39	0,01	1,40	0,26	0,04
Leste	1,48	1,02	0,02	1,77	0,21	0,04
Sudeste	1,87	2,32	0,03	2,08	0,27	0,05
Norte	1,50	1,06	0,02	1,78	0,21	0,04
Noroeste	1,29	1,43	0,01	1,86	0,22	0,03
Leste do Sul	1,65	0,85	0,03	1,68	0,20	0,05
Nordeste	1,30	1,22	0,01	1,48	0,16	0,03
Triângulo Sul	2,04	1,51	0,01	1,91	0,31	0,06
Triângulo Norte	1,48	1,89	0,01	1,98	0,21	0,05
Média MG	1,50	1,39	0,02	1,96	0,26	0,04
Percentil 90	1,87	1,81	0,03	2,06	0,29	0,05

(*) AMB: Ações médicas básicas; PNS: consultas especializadas, realizadas por profissional de nível superior; PTO: procedimentos traumato-ortopédicos; PC: patologia clínica; RX: procedimentos de radiologia; US: procedimentos ultrassonográficos

Fonte: SAI-SUS/DATASUS⁶

No tocante aos serviços hospitalares, Juiz de Fora concentra a maior parte dos leitos da macrorregião Sudeste mineira e apresenta as maiores taxas de internação entre as regiões do Estado: 80,7 internações para cada 1000 habitantes em 2008, enquanto a média do estado foi de

57,7 e o percentil 90 entre as 13 macrorregiões foi de 64,7. Consta-se também que a macrorregião Sudeste apresenta uma assistência hospitalar mais cara do que a das demais macrorregiões do estado. A análise do custo médio das internações hospitalares em 2007 (valor médio da AIH por habitante) por local de internação mostra que a AIH média do estado custou R\$ 40,70 e o valor percentil 90 da distribuição das macrorregiões foi de R\$50,62, estando acima deste valor apenas a macrorregião Sudeste (R\$ 63) e a região Triângulo do Sul (R\$ 51,89). Já o custo médio absoluto da AIH (sem levar em conta a população), na macrorregião Sudeste, foi de R\$ 805,13, acima da média do estado (R\$ 691,58), mas abaixo do valor percentil 90 (R\$ 832,92). Tais dados apontam para uma eficiência relativa, principalmente se considerado que a densidade tecnológica presente na macrorregião em estudo é das maiores do estado.

Este conjunto de informações reforça a constatação de que há uma característica diferenciada na produção de serviços de saúde na macrorregião sudeste de MG. Acredita-se que há um fenômeno de “migração seletiva” de doentes para Juiz de Fora, na medida em que os doentes que demandam procedimentos mais complexos e, por consequência, mais caros, tendem a vir mais para esta cidade, detentora da maior densidade tecnológica na assistência à saúde na região, cuja capacidade instalada é maior que a população a ela referida. Atrai inclusive a população das regiões fronteiriças de outros estados, levando-a, eventualmente, a usar endereço local para obter acesso, ou até mesmo a se mudar definitivamente, quando a doença em questão exige tratamento prolongado.

A Tabela 6 analisa a questão das mamografias, segundo os parâmetros propostos na Portaria nº 1.101/20029, as diretrizes do INCa⁵ e a versão estadual do Pacto pela Saúde 200610. A Portaria nº 1.101/2002⁹ define o parâmetro de 0,94% da população total como o número recomendado de mamografias anuais. A Portaria MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006¹¹, do Pacto pela Saúde, estabelece o objetivo de ampliação da cobertura do rastreamento do câncer de mama para 60% da população alvo de acordo com o protocolo clínico. O Consenso de Controle do Câncer de Mama do Instituto Nacional do Câncer⁵ estabelece, para a população feminina a partir dos 40 anos de idade, o exame clínico anual e, para as mulheres entre 50 a 69 anos de idade, que se faça idealmente uma mamografia por ano ou, pelo menos, uma a cada 2 anos, o que indica um parâmetro de pelo menos 0,5 exames anuais por mulher de 50 a 69 anos de idade. Já a Comissão Intergestora Bipartite de Minas Gerais, preconiza uma cobertura de 30% das mulheres de 40 a 69 anos de idade com uma mamografia anual.¹⁰

Tabela 6 - Aplicação dos parâmetros de mamografia na população feminina da macrorregião sudeste de MG em 2007

Mamografias	População 2007	Progra- -mado	Realizado
	1.574.883 população total		
	254.170 mulheres 40-69 anos		
	139.678 mulheres 50-69 anos		
	Parâmetro aplicado		
Parâmetro Portaria 1101	0,94% da população total	14.804	
Parâmetro INCa 2004	0,5% por mulher de 50-69 anos	69.839	31.435
Parâmetro CIB MG 2007	0,3% das mulheres de 40-69 anos	76.251	

Fontes: Ministério da Saúde^{5,9}, Minas Gerais¹⁰, DATASUS⁶

No tocante às mamografias, a produção de 31.435 exames na macrorregião Sudeste, em 2007 (Tabela 6), foi acima do valor programado e financiado pela PPI, mas ainda bem abaixo do preconizado pelo Pacto pela Saúde 2006 e das diretrizes clínicas para assistência ao câncer de mama do Instituto Nacional do Câncer⁵. Constata-se que o parâmetro da PPI, baseado na Portaria nº 1.101 (0,94% da população total), equivale a apenas 21% da meta mínima preconizada pelo INCa⁵, que é de uma mamografia a cada 2 anos na população alvo (0,5 exames por mulher de 50 a 69 anos).

A Tabela 7 a seguir mostra os dados referentes à produção de mamografias para as macrorregiões do estado de Minas Gerais e regionais de saúde do estado do Rio de Janeiro e Brasil, em 2007, no intuito de subsidiar a discussão no contexto interestadual. Nota-se que a produção realizada em 2007 é, na maioria das regiões, bem superior ao parâmetro da PPI (0,94% da população total), mas bem abaixo do que é preconizado pelo INCa (concentração de 0,5 por mulher de 50-69 anos). Assinala-se que nenhuma das regiões analisadas atinge o parâmetro proposto pelo INCa de 0,5 exames anuais por mulher de 50 a 69 anos.⁵

Em 2007, o Brasil produziu 2.840.816 mamografias, correspondendo a uma concentração de 0,20 exames anuais por mulher de 50 a 69 anos. É prudente ressaltar que, em 2007, não era possível aferir a concentração de mamografias por faixa etária devido à indisponibilidade do dado de exames por esta variável. Sendo assim, a estimativa apresentada tem um viés, sendo o valor real sempre menor ou igual ao estimado, uma vez que o numerador abrange todas as mamografias realizadas no período, independente da idade. Portanto, podemos afirmar que, no estado de Minas Gerais, essa concentração foi de, no máximo, 0,27 e, no Rio de Janeiro, foi, no máximo, de 0,11, valor muito abaixo do preconizado.

A tese da invasão seletiva de demanda fica mais plausível após a análise desses dados, que colocam a região fronteira do estado do Rio (Centro Sul Fluminense) com grande discrepância numérica em relação à oferta de mamografias,

com uma cobertura de 0,22% da população total, equivalendo a 0,02 exames por mulher na população alvo. O fluxo da população da região centro sul fluminense para Juiz de Fora é reconhecido, como pode ser visto nas entrevistas realizadas aos gestores de saúde dos municípios de Levi Gasparian, Paraíba do Sul, Três Rios, Areal e Sapucaia, todos da referida microrregião fluminense.¹³

Tabela 7 - Produção de mamografias no ano de 2007 nos estados de Minas Gerais e do Rio de Janeiro e respectivas macrorregiões

Macrorregião de Saúde	População total	Mulheres 50-69	Mamografias	Parâmetro	Concentração
Est. de Minas Gerais					
Sul	2.669.351	185.527	44.114	1,65	0,24
Centro Sul	737.396	53.318	10.380	1,41	0,19
Centro	6.271.566	402.383	134.959	2,15	0,34
Jequitinhonha	285.164	16.892	2.588	0,91	0,15
Oeste	1.168.648	80.683	23.449	2,01	0,29
Leste	1.415.192	93.922	19.689	1,39	0,21
Sudeste	1.574.883	121.105	31.452	2,00	0,26
Norte de Minas	1.572.852	90.081	19.290	1,23	0,21
Noroeste	631.196	37.222	5.208	0,83	0,14
Leste do Sul	661.997	44.366	6.534	0,99	0,15
Nordeste	881.353	60.287	6.516	0,74	0,11
Triângulo do Sul	653.753	47.136	14.741	2,25	0,31
Triângulo do Norte	1.195.934	78.664	28.726	2,40	0,37
Total MG	19.719.285	1.311.586	347.646	1,76	0,27
Est. do Rio de Janeiro					
Baía da Ilha Grande	182.218	17.349	1.477	0,81	0,09
Baixada Litorânea	706.069	70.864	11.134	1,58	0,16
Centro-Sul Fluminense	275.936	30.765	618	0,22	0,02
Médio Paraíba	862.551	99.701	14.581	1,69	0,15
Metropolitana	11.812.627	1.430.827	139.682	1,18	0,10
Noroeste Fluminense	318.644	34.224	4.985	1,56	0,15
Norte Fluminense	772.977	81.508	10.040	1,30	0,12
Serrana	807.488	92.667	17.288	2,14	0,19
Total RJ	15.738.510	1.857.905	199.805	1,27	0,11
Brasil	189.335.191	14.030.311	2.840.816	1,50	0,20

Fonte: DATASUS⁶

SITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO CÂNCER DE MAMA NOS CACONS DE JUIZ DE FORA

Os resultados da análise do banco de dados das autorizações de procedimentos (ambulatoriais) de alta complexidade (APAC), do mês de abril de 2007, do município de Juiz de Fora, mostram 6251 registros de procedimentos de alta complexidade, sendo que cinco condições foram responsáveis por 54,3% destes procedimentos, colocados em ordem de frequência: HIV, câncer de mama, glaucoma, câncer de próstata e perda de audição. Com relação ao município de procedência, constava endereço de Juiz

de Fora em 3816 APAC (61%) e, em 669 (10,7%), o endereço era de município de fora da macrorregião Sudeste de Minas Gerais.

As APAC referentes ao tratamento de câncer de mama representaram 42% (861/2035) das APAC de tratamento de tumores. Com relação ao município de procedência, em 57,3% destas, 861 APAC de câncer de mama constava endereço de Juiz de Fora e, em 72 (8,9%), o endereço era de município de fora da macrorregião Sudeste de Minas Gerais. O que significa que, para o câncer de mama, a “invasão” é um pouco menor do que para as APAC em geral. Isto pode ser inferido para o câncer em geral, já que, nesse caso, a urgência do início do tratamento não favorece os procedimentos de mudança de endereço, como é o caso de outros procedimentos de caráter mais eletivo, como as próteses auditivas e a maior parte dos procedimentos de hemodinâmica.

As 861 APAC de câncer de mama referiam-se a 805 mulheres em tratamento, já que é possível haver mais de uma APAC por paciente. Destas, 101 foram abordadas através de entrevista estruturada, visando complementar os dados da APAC. Os dados das entrevistas realizadas são apresentados a seguir.

Das 101 mulheres entrevistadas, 60 possuíam um endereço de Juiz de Fora na APAC. Entretanto, ao responder as entrevistas, 95 (94,1%) responderam que moravam em Juiz de Fora. Entre as 60 que possuíam endereço de Juiz de Fora na APAC, 57 (95%) confirmaram que moravam nesta cidade; por outro lado, entre as 41 que possuíam endereço na APAC de outro município, 38 (92,7%) já afirmavam residir nesta cidade (Tabela 8). Foi possível perceber que se mudaram, ou adotaram domicílio provisório, em função do tratamento.

Tabela 8 - Distribuição das entrevistadas segundo o Município nas APAC de origem e a residência declarada em 2007

Município da APAC	Entrevistas	Reside em JF	Não reside em JF
Juiz de Fora	60	57	3
Outros	41	38	3
Total	101	95	6

Fonte: o autor

Fica, desta forma, evidenciado o fenômeno da migração induzida pelo tratamento, embora a amostra tenha detectado apenas mudanças de endereço dentro da macrorregião. Entretanto, quatro mulheres entrevistadas, com endereço de Juiz de Fora na APAC e que confirmaram residir nesta cidade, informaram terem residido fora da macrorregião antes da doença e que a mudança de endereço se deveu

ao tratamento. Destas quatro, duas são provenientes do estado do Rio (Rio de Janeiro e Paraíba do Sul) e duas de Minas Gerais, (respectivamente Viçosa - macro Leste do Sul, e Carandaí - macro Centro Sul). Cabe reconhecer que a mudança de endereço, nos limites da macrorregião, embora evidencie o fenômeno da “invasão” tratada como hipótese da pesquisa, não traz repercussões no financiamento.

As entrevistas também mostraram que 48% das pacientes entrevistadas detectaram a lesão via autoexame, sendo que apenas 26% o fizeram através de mamografia. Quanto à satisfação das usuárias, verificou-se uma boa avaliação do atendimento recebido (25% excelente, 69% bom). Apesar disso, esses resultados podem não traduzir exatamente a realidade, já que se tem percebido que o simples fato de ser atendido muitas vezes é suficiente para uma opinião positiva emitida pelos usuários.

Observou-se uma parcela significativa (36%) das usuárias que, apesar de possuírem plano de saúde, utilizaram os serviços dos SUS. Isso pode ser explicado, primeiramente, pela não cobertura de determinados procedimentos por essas empresas; pela equivalência da qualidade do atendimento nos serviços de oncologia público e privado, e pelo alto custo dos medicamentos, não fornecidos pelos planos de saúde. Além disso, a maior agilidade na autorização dos procedimentos pelo SUS estimula os próprios médicos a encaminhar pacientes com cobertura de plano de saúde para o atendimento no SUS.

DISCUSSÃO

Acreditamos ter demonstrado que os dados apresentados em seu conjunto evidenciam, sistematicamente, a peculiaridade dos indicadores de saúde na macrorregião sudeste de Minas Gerais. Os argumentos também convergem para suportar a hipótese central deste trabalho, na lógica da “invasão” no consumo de serviços de saúde - ambulatoriais e internações hospitalares e, provavelmente, também nos nascimentos e óbitos, em função de determinantes que se relacionam ao acesso aos hospitais em Juiz de Fora. Procuramos demonstrar que as dificuldades colocadas a partir da regionalização da saúde¹⁴ fazem com que o fluxo, historicamente determinado aos serviços ofertados no município de Juiz de Fora, encontre soluções que levam os usuários a adotarem comportamentos os mais diversos, sendo o mais comum aquele referente à mudança de endereço (mudança real ou mudança declarada). Outras abordagens contidas na mesma pesquisa trouxeram mais evidências nesse sentido.¹³

No que tange à regulação assistencial, atualmente, o fluxo dos usuários no SUS é parcialmente controlado de

forma sincrônica (em tempo real), através das Centrais de Regulação (centrais de internações, centrais de marcação de consultas especializadas e exames). Entretanto, a regulação de fato se dá, em grande parte, de forma diacrônica, através da oferta pré-existente. A PPI gera uma restrição da oferta à população adscrita pela regionalização, na medida em que é definida de forma burocrática que, ao não levar em conta a real e histórica área de influência de Juiz de Fora na região, reduz sensivelmente o financiamento da oferta programada para o município. No caso de Juiz de Fora, a rede pré-existente servia a uma população muito maior (Zona da Mata, Vertentes, Sul de Minas, Centro-Sul Fluminense) do que a atual configuração de macrorregião adscrita a esse município, a região sudeste de Minas Gerais.

Cumpra aqui explicitar os mecanismos da PPI. Através de parâmetros de programação⁸, tetos financeiros são negociados e preestabelecidos por uma câmara setorial de representantes dos municípios das macrorregiões de saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização¹⁴. Embora sejam previstos e estejam disponíveis mecanismos de controle individualizado como o sistema de cadastro de usuários do SUS (CADSUS), que consiste na identificação única do usuário do SUS, e que possibilitaria, se implementado adequadamente, a compensação financeira entre municípios por atendimentos que não estavam pactuados na PPI, este mecanismo até o momento ainda não foi implementado de forma efetiva.

Contudo, mesmo assim, pode ser verificado o caráter redistributivo e equitativo, na medida em que a sua aplicação a regiões menores em toda a extensão territorial do país faz com que haja mais justiça na distribuição dos recursos. Por outro lado, se antes pudesse haver o suficiente para poucos, agora é igualmente insuficiente para todos os usuários do SUS.

A situação ilustrativa referente à detecção precoce do câncer de mama permitiu o confronto da lógica da oferta historicamente definida utilizada pela Portaria nº 1.101/2002⁹, que apenas faz reproduzir a alocação anterior ao SUS, expressando-a em seus parâmetros numéricos, com os parâmetros oriundos de protocolos clínicos baseados em evidência, ou seja, definidos a partir das necessidades, lógica que começa a ser incorporada nas políticas públicas.^{5,9,10,11} Na análise da produção de mamografias, fica patente que estas ainda não são oferecidas em quantidade suficiente para atender às recomendações do INCa quanto ao rastreamento do câncer de mama⁵, havendo necessidade de um aporte de recursos bem superior ao atual.

Na análise das entrevistas às mulheres em tratamento oncológico, ficou evidente o fenômeno da “migração

seletiva”, mas foi também muito presente a preferência sistemática dos usuários de planos de saúde de se tratarem pelo SUS. Este fato remete à questão do ressarcimento ao SUS pelos planos privados, tratando-se de um problema cuja resolução contribuiria para aportar mais recursos para a política de prevenção do câncer de mama.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os autores acreditam que os argumentos aqui apresentados podem ser utilizados para produzir uma pressão na redistribuição dos parâmetros da PPI, o que poderá desencadear um movimento de adequação na reestruturação dos demais parâmetros assistenciais.

Percebe-se que os atuais mecanismos de regulação assistencial ainda têm permitido um fluxo não regulado dos usuários na rede assistencial. Torna-se fundamental a atenção do governo no tocante à programação dos recursos e a revisão dos mecanismos de compensação financeira pelos atendimentos não programados, de modo a compensar os investimentos e custeios na assistência, ao mesmo tempo afirmando as possibilidades e relativizando os limites do princípio da regionalização.

Os autores apontam para a complexidade do problema, indicando a necessidade de intervenção em aspectos como: a revisão dos limites geográficos indicados pelo PDR/MG ou a viabilização, em médio prazo, de um Plano Diretor de Investimentos (PDI) que dê suporte à atual concepção; a implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e do sistema de ressarcimentos aos atendimentos a usuários de planos de saúde, de forma a compensar os frequentes atendimentos a usuários não programados; a revisão dos critérios normativos a partir de critérios técnicos orientados por protocolos clínicos baseados em evidência, e a criação de mecanismos indutores para uma efetiva regulação do sistema por parte dos gestores municipais. Nesse sentido, no âmbito da gestão das redes regionais, urge criar estrutura gerencial e administrativa com alta qualificação técnica em informática e gestão de sistemas de saúde, visando à construção de uma inteligência organizacional no âmbito das secretarias municipais e estaduais de saúde.

Por fim, é importante ressaltar que a feição da oferta de atenção secundária e terciária só poderá ser modificada pela ação integrada das redes de atenção à saúde, com o fortalecimento da atenção primária em saúde (APS) como elemento ordenador. Ao prover serviços integrais e resolutivos em todos os lugares, o nível primário contribuirá para diminuir a demanda pelas estruturas de maior complexidade tecnológica. Neste sentido, ressalta-se a preocupação com o

financiamento da saúde, em especial o da Atenção Básica, visando assegurar que os recursos a ela destinados atendam às necessidades e sejam utilizados neste nível de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality - the case for tracers. *N Engl J Med*. 1973 Jan;288(4):189-94.
2. Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Santana JP. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 1997.
3. Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonca MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad. saúde pública* 2008;24(supl.1):s111-22.
4. Ministério da Saúde. (Brasil). Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Diretrizes Operacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Citado em: 7 out. 2007]. Disponível em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1.pdf>.
5. Ministério da Saúde. (Brasil). Instituto Nacional do Câncer (INCa). Controle do Câncer de Mama: documento de Consenso. INCa. Rio de Janeiro: INCa; 2004. [Citado em: 31 jul. 2007] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>.
6. Ministério da Saúde. (Brasil). DATASUS. [Citado em: 7 jul. 2007]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info 2000 versão 3.3.2. Database and statistics software for public health professionals. Atlanta, USA; 2004.
8. Minas Gerais. (Brasil). Secretaria Estadual de Saúde. Análise da Situação de Saúde em Minas Gerais, 2006. [Citado em: 10 out. 2007]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/analises/Analise%20da%20Situacao%20de%20Saude%20-%20Minas%20Gerais%202006.pdf>.
9. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2002. N. 112E, Sec. 1, p.36.
10. Minas Gerais. (Brasil). Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 377 de 20 de setembro de 2007. [Citado em: 3 mar. 2007]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2007/Deliberacao%20CIB-SUS-MG%20No377%20Setembro.pdf.
11. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.
12. Minas Gerais. (Brasil). Secretaria Estadual de Saúde. Atas da CIB/MG. Belo Horizonte: SES. [Citado em: 7 jul. 2007]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib>.
13. Stephan-Souza AI, Castro EAB, Ferreira CCM, Chebli JMF, Alves MJM, Teixeira MTB *et al.* Etude du modèle d'organisation et de régionalisation de l'assistance à la santé de moyenne et haute complexité dans la macro région Sud-Est de l'Etat de Minas Gerais (Brésil). *Revue Sociologie Santé* 2008;29:279-300.
14. Minas Gerais. (Brasil). Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização - 2003/2006. Belo Horizonte: SES; 2003. [Citado em: 16 mar. 2007]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr.

Submissão: maio de 2010

Aprovação: setembro de 2010
