



ANÁLISE DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE MAMOGRAFIAS NA BAHIA

ANALYSIS OF OUTPATIENT MAMMOGRAPHY PRODUCTION IN BAHIA, BRAZIL

ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN AMBULATORIA DE MAMOGRAFÍAS EN BAHÍA, BRASIL

*Cátia de Souza dos Santos*¹

*Ester de Almeida Souza*²

*Maísa Mônica Flores Martins*³

*Elzo Pereira Pinto Junior*⁴

RESUMO

.....

Este estudo tem por objetivo descrever a produção ambulatorial de mamografias ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia. Trata-se de estudo ecológico, descritivo, de série temporal, sendo o estado da Bahia sua unidade de análise, com informações obtidas entre 2010 e 2015. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS). A análise dos dados evidenciou que a quantidade de mamografias realizadas no período de estudo apresentou um aumento de 66,8%. Quando se compara a quantidade realizada com a quantidade aprovada, a diferença percentual é praticamente constante nesse período. Os valores dos procedimentos apresentados e pagos mantiveram crescimentos acompanhados por uma tendência de estabilização na diferença percentual entre valores apresentados e pagos. Quanto à realização dos procedimentos por tipo de prestador, a iniciativa privada apresentou ampla maioria (90,0%). Diante desse cenário, conclui-se que a oferta de mamografias tem aumentado. Entretanto, encontra-se concentrada nos serviços de saúde privados sob contratos. Essa condição justifica a alta dependência do SUS do setor privado para oferecer serviços de apoio diagnóstico e de tratamento.

.....

Palavras-chave: *mamografia; Sistema Único de Saúde; sistemas de informação em saúde; assistência ambulatorial; gastos em saúde.*

1. Enfermeira. Especialista em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador (BA), Brasil.

2. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora na Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador (BA), Brasil.

3. Enfermeira. Mestranda em Saúde Comunitária no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Salvador (BA), Brasil.

4. Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Doutorando em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Salvador (BA), Brasil.

ABSTRACT

This study aims to describe the outpatient mammography production provided by the Brazilian National Health System (SUS) in Bahia. This is an ecological, descriptive, time series study, and the state of Bahia is its analysis unit, with information obtained between 2010 and 2015. Data were extracted from the Outpatient Information System of the SUS (SIA-SUS). Data analysis showed that the amount of mammograms performed within the study period had a 66.8% increase. When comparing the amount performed to the amount approved, the percentage difference is virtually constant over this period. The values of procedures presented and paid kept increasing along with a stabilization trend in the percentage difference between values presented and paid. As for the procedures performed by service provider type, the private sector showed a large majority (90.0%). Given this scenario, it is concluded that the provision of mammograms has increased. However, it is concentrated in private health care services under contracts. This circumstance justifies the great dependence of the SUS on the private sector to provide diagnostic and treatment support services.

Keywords: *Mammography; Brazilian National Health System; health information systems; ambulatory care; health expenditures.*

.....

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo describir la producción ambulatoria de mamografías ofrecidas por el Sistema Único de Salud brasileño (SUS) en Bahía. Se trata de un estudio ecológico, descriptivo, de serie temporal, y el estado de Bahía es su unidad de análisis, con informaciones obtenidas entre 2010 y 2015. Los datos fueron extraídos del Sistema de Información Ambulatoria del SUS (SIA-SUS). El análisis de los datos mostró que la cantidad de mamografías realizadas dentro del período de estudio tuvo un incremento del 66,8%. Al comparar la cantidad realizada a la cantidad aprobada, la diferencia porcentual es prácticamente constante a lo largo de este período. Los valores de los procedimientos presentados y pagados siguieron aumentando junto con una tendencia de estabilización en el porcentaje de diferencia entre los valores presentados y pagados. En cuanto a los procedimientos realizados por tipo de proveedor de servicios, el sector privado mostró una gran mayoría (90,0%). Ante este escenario, se concluye que la provisión de mamografías ha aumentado. Sin embargo, se concentra en los servicios de salud privados en virtud de contratos. Esta circunstancia justifica la gran dependencia del SUS en el sector privado para proporcionar servicios de apoyo diagnóstico y de tratamiento.

Palabras clave: *mamografía; Sistema Único de Salud brasileño; sistemas de información en salud; atención ambulatoria; gastos en salud.*

.....

INTRODUÇÃO

A incidência de câncer tem sido crescente no Brasil, devido às mudanças ambientais, à urbanização acelerada e à adoção de estilos de vida propícios a carcinogênese, bem como ao aumento da expectativa de vida e ao envelhecimento da população¹.

O câncer é considerado um problema de saúde pública no país. Devido à sua alta incidência e à possibilidade de redução de sua morbimortalidade por meio de rastreamento populacional, alguns tipos de câncer assumem o *status* de prioridade nacional no planejamento e desenvolvimento de ações de controle, como é o caso do câncer de mama².

O investimento do Ministério da Saúde na assistência aos pacientes com câncer foi de R\$ 2,1 bilhões em 2012, um aumento de 26,0% em relação a 2010. Quanto à detecção precoce do câncer de mama, houve uma ampliação de

30,0% no número de exames realizados por mulheres que se encontram na faixa etária de prioridade (50 a 69 anos). Foram mais de 2,3 milhões de mamografias em 2012. Com a disponibilização de mais recursos, tornou-se possível ampliar a rede de assistência à doença no Sistema Único de Saúde (SUS). Dados de 2013 apontam que 277 hospitais realizavam diagnóstico e tratamento de câncer em todo o Brasil³.

O Instituto Nacional do Câncer (Inca) estimou uma incidência de 580 mil casos da doença para 2014, sendo as neoplasias mais frequentes o câncer de pele não melanoma (182 mil); o câncer de próstata (69 mil); o câncer de mama (57 mil); o câncer de cólon e reto (33 mil); o câncer de pulmão (27 mil); e o câncer de estômago (20 mil)³.

O câncer de mama é uma das principais causas de óbito entre as mulheres no Brasil e no mundo, apesar de estimativas apontarem que seria possível evitar 1/3 dos casos de câncer. Contudo, com base no êxito de experiências de programas de detecção precoce e tratamento adequado, alguns países

desenvolvidos reduziram as taxas de mortalidade dessa neoplasia, evidenciando a relação entre abordagem precoce e cura⁴.

Em termos do controle do câncer de mama, a meta do Inca é proporcionar tanto aos profissionais de saúde quanto aos gestores elementos para desenvolver estratégias e ações efetivas com vistas à redução da mortalidade por essa neoplasia. Nesse sentido, são exigidos da própria administração pública resultados comprobatórios de sua eficiência, eficácia e efetividade, a fim de honrar seus princípios. Desse modo, o gestor e os profissionais da saúde têm a obrigação de agir sob a perspectiva de garantir o estabelecimento de um modelo de atenção em saúde apto a responder aos desafios atuais de gestão e às necessidades da população que se encontra sob sua responsabilidade⁵.

Para 2012, as expectativas de incidência de câncer de mama, por estado, colocam a Bahia na 7ª posição, com 2.110 casos. Para controlar esse problema de saúde pública, a Política de Prevenção do Câncer de Mama propõe e executa ações de controle, as quais têm no rastreamento mamográfico um método de importante redução no impacto da mortalidade, pois é conhecida a estreita relação entre abordagem inicial precoce e cura⁴. No Brasil, apenas 3,4% dos casos são descobertos no início, enquanto 60,0% são diagnosticados em situações avançadas, quando já não há possibilidade de cura⁶.

A maior eficácia da mamografia em comparação ao exame por palpação decorre de sua capacidade de detectar o câncer de mama até dois anos antes de ser palpável⁷. Ao focar a macroprioridade do pacto pela vida, que menciona o acordo dos gestores em torno de assuntos prioritários com impacto no panorama de saúde da população, espera-se aprimorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Um dos indicadores do pacto pela vida, relativo à saúde da mulher, é a concentração dos exames de mamografia na faixa etária de 50 a 69 anos⁸.

Tendo em vista a magnitude do câncer de mama no perfil epidemiológico, o objetivo deste estudo é descrever a produção ambulatorial de mamografias ofertadas pelo SUS na Bahia.

MÉTODO

Trata-se de estudo ecológico, descritivo, de série temporal, sendo o estado da Bahia sua unidade de análise, com informações obtidas entre 2010 e 2015. O ano inicial adotado foi 2010 devido ao foco na década atual, o que justifica a adoção de 2015 como ano final pela disponibilidade de informações consolidadas sobre as mamografias nos sistemas de informação em saúde do país.

Os dados desta pesquisa foram extraídos do Sistema de

A maior eficácia da mamografia em comparação ao exame por palpação decorre de sua capacidade de detectar o câncer de mama até dois anos antes de ser palpável.

Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DataSUS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

A partir do SIA-SUS, as seguintes variáveis foram selecionadas para este estudo: quantidade de mamografias apresentadas; quantidade de mamografias aprovadas; valor total das mamografias apresentadas; valor total das mamografias aprovadas; e quantidade de mamografias por tipo de prestador de serviço (público ou privado). Além desses dados, extraídos do DataSUS, foram calculados os seguintes indicadores: diferença percentual entre as quantidades apresentadas e aprovadas de mamografias; diferença percentual entre os valores apresentados e aprovados de mamografias; e percentual de mamografias realizadas por tipo de prestador de serviço (público/privado). Por fim, também foram calculadas as variações percentuais no período (VPP), entre 2010 e 2015, da quantidade e do valor gasto com mamografias na Bahia.

Os dados foram tabulados diretamente no programa *TabWin*, no site do DataSUS, sendo exportados para análise em planilhas de texto no programa *Microsoft Excel*. A análise estatística compreendeu elementos da estatística descritiva (valores absolutos e percentuais) e o cálculo da variação percentual. Os resultados são apresentados em figuras.

Por se tratar de pesquisa com dados secundários, de livre acesso *on-line*, não foi necessária aprovação prévia por um comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

A quantidade de mamografias realizadas na Bahia aumentou 66,8%, passando de 223.770 procedimentos em 2010 para 373.224 procedimentos em 2015. Apesar desse aumento da quantidade de mamografias realizadas, a diferença entre a quantidade apresentada e a quantidade aprovada variou de 0,9% em 2012 a 2,6% em 2014 (Figura 1).

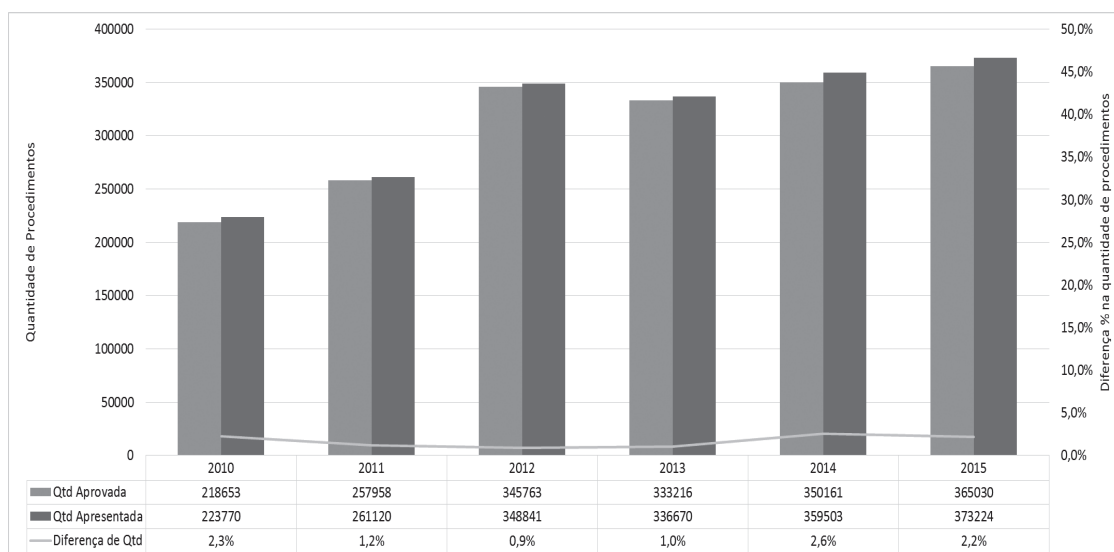


Figura 1. Produção ambulatorial de mamografias realizadas na Bahia (2010-2015).

A Figura 2 apresenta os gastos e a diferença entre os valores apresentados e aprovados relativos às mamografias realizadas na Bahia no período em análise. Nota-se aumento de 76,8% no valor aprovado para pagamento dos procedimentos ambulatoriais, variando de R\$ 9,5 milhões a R\$ 16,8 milhões. Apesar desse incremento nos gastos, a diferença percentual entre valor apresentado e valor aprovado se manteve em torno de 2,0%.

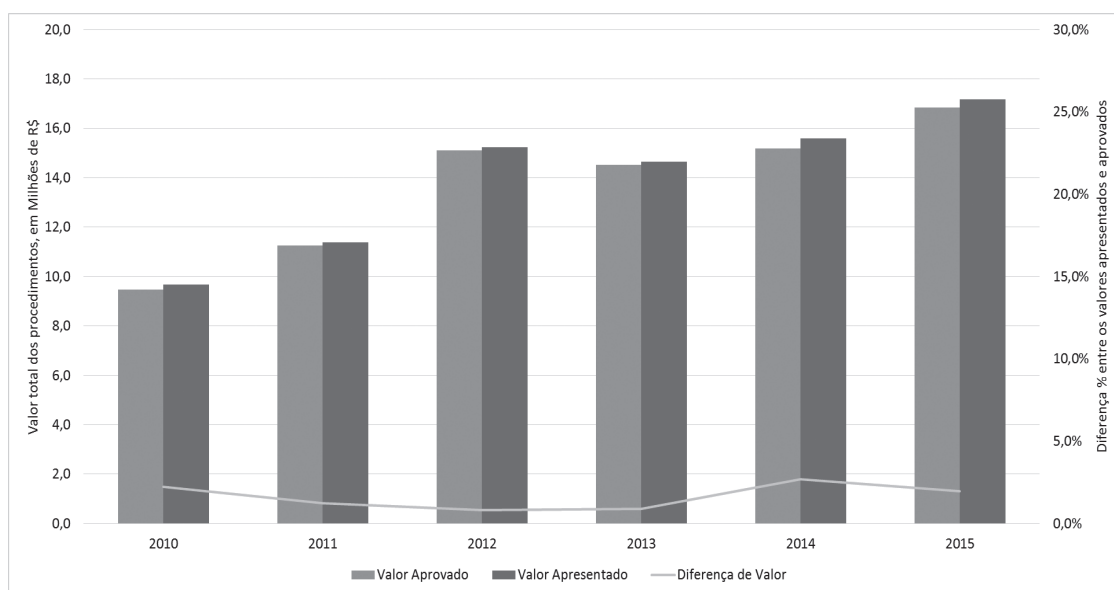


Figura 2. Valor apresentado, valor aprovado e diferença percentual entre as mamografias realizadas na Bahia (2010-2015).

A distribuição das mamografias, por tipo de prestador do serviço (público ou privado), revela que a esfera privada realizou 90,0% de todos esses procedimentos entre 2010 e 2015, variando de 86,3% em 2011 até 91,5% em 2013 (Figura 3).

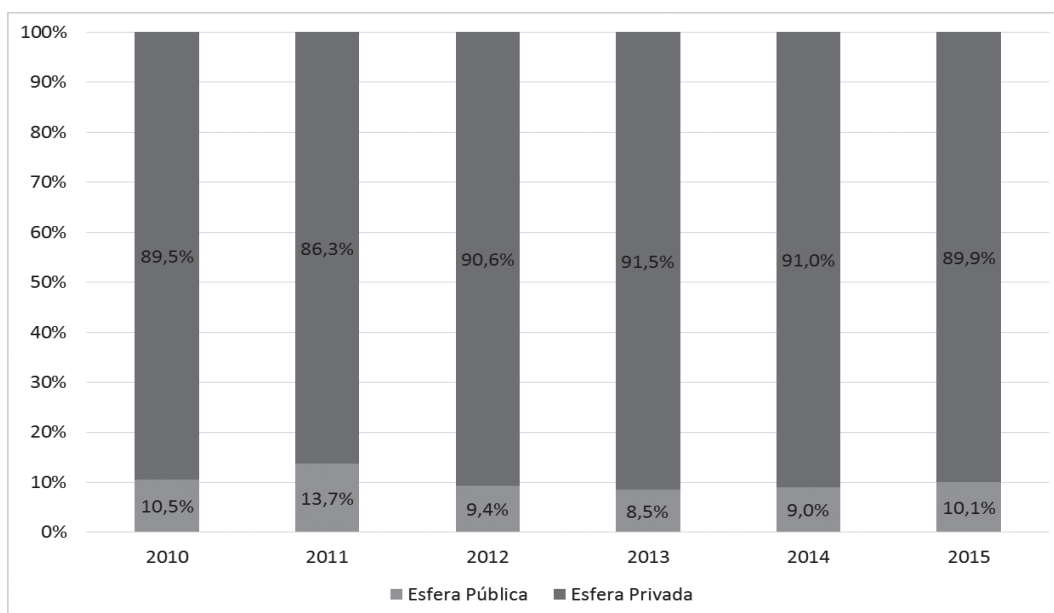


Figura 3. Distribuição dos procedimentos de mamografia na Bahia, por tipo de prestador (2010-2015).

DISCUSSÃO

De modo geral, a análise da produção ambulatorial de mamografias evidenciou aumento na quantidade de procedimentos realizados. A diferença percentual entre a quantidade realizada e a quantidade aprovada no período se mostra praticamente constante. Os gastos com as mamografias apresentadas e pagas também cresceram, acompanhando o aumento do número de procedimentos e, de modo análogo, o percentual de diferença de valor entre os procedimentos apresentados e pagos também se manteve constante, o que indica reduzido número de glosas. Quanto à realização dos procedimentos por tipo de prestador, a iniciativa privada apresentou ampla maioria em todos os anos do período em estudo.

Com o surgimento da Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM n. 2.439/2005, o controle das neoplasias do colo do útero e de mama foi considerado prioridade dos planos estaduais e municipais de saúde⁹. Para reafirmar a seriedade das ações de controle na detecção precoce dessas neoplasias, o Pacto pela Vida foi criado por meio da Portaria GM n. 399/2006 com o compromisso instituído entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira¹⁰. Seis prioridades constituem o elenco das pactuações a ser alcançadas, dentre as quais o câncer de mama tem como meta a ampliação de 60,0% da cobertura de mamografia. A meta de ampliação tem como indicador a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres que se encontram na faixa etária de prioridade, entre 50 e 69 anos¹¹.

Apesar da implantação de estratégias que otimizam as

ações de controle do câncer de mama e de colo do útero, um estudo realizado no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) constatou que as ações educativas, sob a forma de palestras, rodas de conversa e orientações individuais, cujo objetivo era ressaltar a importância do teste de Papanicolau, têm demonstrado que essas ações ocorrem de forma esporádica¹².

A mamografia necessita de uma alta qualidade de imagem, o que significa equipamentos com manutenção em dia, manipulados por pessoal técnico especializado e sempre à disposição, o que impacta o orçamento dos municípios¹¹. Por isso, os recursos destinados ao subsídio das ações de detecção precoce precisam seguir parâmetros que possibilitem o máximo de aproveitamento, a fim de minimizar gastos com insumos, falhas técnicas e despreparo profissional. Nesse sentido, o controle de gastos e a garantia de baixo percentual de glosas podem indicar cuidados na gestão dos serviços que oferecem mamografias, sejam estes públicos ou privados.

Um estudo conduzido em hospital de grande porte em Curitiba-PR teve por objetivo identificar o índice de rejeição de filmes e os principais fatores de rejeição das imagens radiográficas, buscando corrigi-las para diminuir a exposição dos pacientes à radiação e evitar perda de tempo e desperdício de insumos. Constatou-se que 8,2% dos filmes utilizados no departamento de radiologia foram rejeitados¹³. Contudo, em hospitais de grande porte, essa taxa não deve exceder 5,0%¹⁴. Logo, o controle de gastos e glosas se insere nesse contexto como ferramenta capaz de proporcionar uma análise pormenorizada das variáveis que impactam negativamente o processo de fortalecimento da Política de Prevenção do Câncer de Mama para maximizar os resultados propostos e

evitar o desperdício dos recursos alocados.

Ao analisar os tipos de prestadores que executam os serviços de mamografia, observa-se uma inversão de papéis que resulta na transferência de competências. A participação da iniciativa privada no SUS é permitida em caráter complementar da assistência, porém, o protagonismo na oferta desses serviços ao longo dos anos tem sido dos prestadores privados. Essa realidade revela a fragilidade do sistema público para ofertar ações/procedimentos de maior complexidade tecnológica.

As disparidades identificadas no sistema de saúde brasileiro revelam um financiamento mínimo no setor público e grandes contribuições públicas com o setor privado¹⁵. Raríssimos países podem ser considerados exceção por apresentar um sistema que se encaixe no formato “puro” de um dos três tipos clássicos, quais sejam: sistema nacional de saúde (com prestação exclusivamente estatal e financiamento exclusivamente por tributos); sistema pertencente ao seguro social (cujo financiamento é efetuado apenas por meio de contribuições sobre folha salarial); ou sistema de saúde liberal (fundamentado apenas nas forças de mercado). O mais comum são sistemas de saúde mistos, que combinam elementos das esferas pública e privada, tanto na prestação como no financiamento dos serviços¹⁵.

Na trajetória brasileira, o processo deflagrado pelo movimento da reforma sanitária, com as teses defendidas e aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, culminou na adoção de um modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral na Constituição Federal de 1988. No entanto, na realidade, há de se considerar que já existia um setor privado vigoroso, tanto no campo da prestação de serviços (com um parque hospitalar preponderantemente privado) como no tocante aos seguros privados (com seguradoras e operadoras de planos privados de saúde)¹⁶.

Logicamente, o predomínio dos prestadores privados aloca respeitáveis fluxos financeiros da esfera pública na iniciativa privada. Esses modelos mistos mantêm relações pouco esclarecidas entre o papel que um mesmo prestador privado desempenha em segmentos diferentes (no SUS e na saúde suplementar). Trata-se de um sistema de saúde que, apesar de constitucionalmente definido como universal e integral, tem um setor privado prestador de serviços sustentado pela compra estatal e um segmento de seguradoras e operadoras de planos de saúde intensamente auxiliado pelo Estado, via diversos instrumentos de renúncia fiscal¹⁵.

CONCLUSÃO

A oferta de mamografias ao longo dos anos tem aumentado, assim como os valores alocados na realização

desse serviço. De modo positivo, aponta-se o baixo percentual de glosas, observado pela pequena diferença entre os valores apresentados e aprovados na prestação do serviço. Além disso, a análise da produção ambulatorial desses procedimentos na Bahia possibilitou notar a extensiva participação da iniciativa privada na oferta desses serviços em todos os anos.

Diante desse cenário, no qual uma necessidade de saúde pública tem sido sustentada por um setor privado, com interesses próprios, mostra-se imperativo pensar no fortalecimento da oferta pública e qualificada de serviços de média e alta complexidade. Na contramão dessas necessidades, o que se vislumbra hoje é um ambiente político/social/econômico em que a lógica de subfinanciamento e a tentativa de diminuição do papel do Estado na oferta de serviços de saúde passa a ameaçar as conquistas do SUS. Aponta-se, ainda, a importância da garantia da expansão desses serviços, enquanto direito à saúde, tendo em vista que o contexto de envelhecimento populacional passa a exigir cada vez mais o cuidado relacionado às doenças crônicas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Cátia de Souza dos Santos participou na concepção e no delineamento do estudo; na interpretação dos dados; e na preparação e redação do manuscrito. **Ester de Almeida Souza** participou na concepção e no delineamento do estudo e na preparação e revisão crítica do manuscrito. **Maísa Mônica Flores Martins** participou na interpretação dos dados e na preparação, redação e revisão crítica do manuscrito. **Elzo Pereira Pinto Junior** participou na concepção e no delineamento do estudo; no levantamento e na interpretação dos dados; e na preparação, redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Pereira QLC, Siqueira HCH. Acesso à mamografia: percepções dos responsáveis pela Política da Saúde da Mulher. REME Rev Min Enferm [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Mar 3];15(3):365-71. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/46>
2. Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK, et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. Rev APS [serial on the internet]. 2008 [cited 2016 Mar 17];11(2):199-206. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/263/100>
3. Instituto Nacional de Câncer. Inca e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014 [document on the internet]. 2013 [cited 2016 May 3]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014

4. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2011.

5. Melo MCM. A gestão do SUS: a necessidade de uma auditoria qualificada e mais eficiente. Brasília (DF): Universidade Candido Mendes; 2014.

6. Kligerman J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rev Bras Cancerol [serial on the internet]. 2002 [cited 2016 Mar 15];48(2):175-9. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/editorial.pdf

7. Pereira QLC. Mulher climatérica usuária do Sistema Único de Saúde: serviços e ações de saúde. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande; 2007.

8. Instituto Nacional de Câncer. Inca propõe criação de Programa Nacional de Garantia de Qualidade em Mamografia [document on the internet]. 2008 [cited 2016 Feb 2]. Available from: http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view_arg.asp?ID=1970

9. Brasil. Portaria n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Política Nacional de Atenção Oncológica [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005 [cited 2016 May 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html

10. Brasil. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006 [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [cited 2016 May 9]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

11. Brasil. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015 [document on the internet]. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2016 May 15]. Available from: http://189.28.128.100/sispacto/CadernoDiretrizes2013_2015.pdf

12. Ramos AL, Silva DP, Machado GM, Oliveira EM, Lima DS. A atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção do câncer de colo de útero. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2014 [cited 2016 Jun 19];13(1):84-91. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/437/292>

13. Miguel C, Barros FS, Tilly Junior JG, Fontourna LDF, Sowe KLF, Saskoski GVR. Análise de filmes radiográficos rejeitados em um hospital de grande porte [document on the internet]. 2013 [cited 2016 Jan 20]. Available from: http://www.rb.org.br/detalhe_artigo.asp?id=2457&idioma=Portugues

14. Bushong SC. Ciência radiológica para tecnólogos: física, biologia e proteção. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. v. 1.

15. Santos IS, Uga MAD, Porto SM. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2008 [cited 2016 Mar 15];13(5):1431-40. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009

16. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação em saúde suplementar da ANS: beneficiários, operadoras e planos [document on the internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2014 [cited 2016 Feb 2]. Available from: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2014_mes06_caderno_informacao.pdf

Recebido em 29/06/2016 Aprovado em 06/07/2016

