

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**RODAS DE INFORMAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE
OS ALTOS ÍNDICES DE MORTALIDADE POR
CÂNCER DE MAMA: SOCIALIZANDO RESULTADOS
DE PESQUISA COM TRABALHADORES**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Patrícia Bernardes Cavalheiro

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

**RODAS DE INFORMAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE S
ALTOS ÍNDICES DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE
MAMA: SOCIALIZANDO RESULTADOS DE PESQUISA COM
TRABALHADORES**

por

Patrícia Bernardes Cavalheiro

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável –
apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência
Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase
Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,
RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de
Saúde, Ênfase Hemato-Oncologia**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosmari Hörner

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**RODAS DE INFORMAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE OS ALTOS
ÍNDICES DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA:
SOCIALIZANDO RESULTADOS DE PESQUISA COM
TRABALHADORES**

elaborado por
Patrícia Bernardes Cavalheiro

como requisito parcial para obtenção do grau de
**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE HEMATO-ONCOLOGIA**

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Rosmari Hörner, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/orientador)**

Bernadete dos Santos Pereira, Especialista(CRS, Santa Maria/RS)

Sandra Helena Comassetto Barros, Especialista (HUSM)

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

RESUMO

Trabalho final de conclusão - Modalidade artigo publicável
Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar
Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

RODAS DE INFORMAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE OS ALTOS ÍNDICES DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA: SOCIALIZANDO RESULTADOS DE PESQUISA COM TRABALHADORES

Patrícia Bernardes Cavalheiro; Rosmari Hörner

O câncer de mama é o tipo mais freqüente de neoplasia que acomete a população feminina mundial e brasileira. A Região Sul, em especial o Rio Grande do Sul, exibe estatísticas alarmantes na mortalidade por câncer de mama, inclusive entre os municípios da região centro-oeste, cenário deste estudo. As estratégias adotadas para o controle dessa neoplasia são: prevenção (diminuir os fatores de risco relacionados ao câncer de mama), detecção precoce (identificar o câncer o mais cedo possível), tratamento do câncer, reabilitação e cuidados paliativos. Porém, tais estratégias enfrentam problemas que afetam desde os mecanismos de formulação de políticas, até a mobilização da sociedade, incluindo a organização e o desenvolvimento das ações e serviços. Tal situação representa um desafio para o sistema de saúde no sentido de garantir-se o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença. Durante o nosso processo de formação, atuando em um serviço de alta complexidade em oncologia, o qual é referência para o tratamento desta doença na região, percebemos a necessidade de refletirmos em "rodas de conversa" junto aos gestores e trabalhadores de saúde dos municípios de uma Coordenadoria Regional de Saúde do interior do Estado. O objetivo foi promover discussões e reflexões acerca da seguinte questão-problema, a qual subsidiou o nosso estudo: *Qual a relação entre o modo como os gestores e trabalhadores de saúde percebem o cenário do câncer de mama na sua região e o modo de enfrentamento dessa problemática?* Tal vivência permitiu um aprofundamento da análise da problemática e uma melhor compreensão sobre a complexidade de situações acerca dos altos índices de mortalidade por câncer de mama. Porém, essa técnica de devolução de dados à luz da reflexão teórica demonstrou que a exposição dos preceitos de políticas de saúde não é suficiente para impactar na internalização de novas idéias, valores e posições de sujeitos. Faz-se necessária a realização de uma educação permanente no cotidiano dos processos de trabalho.

Palavras-chave: câncer de mama; enfrentamento; rodas de conversa.

1. INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de mama é o tipo de neoplasia que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, sendo também o de maior mortalidade, representando a quinta causa mais comum de morte por câncer e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres no mundo (INCA, 2011a). Em 2012, foi projetado para o Brasil 52.680 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2011b).

O Rio Grande do Sul é um dos Estados do Brasil que apresenta uma das mais altas taxas de incidência de câncer de mama, além de uma das maiores taxas médias de mortalidade por essa doença (GONÇALVES et al., 2007). Analisando a região centro-oeste do Estado, cenário deste estudo, observa-se que os coeficientes de mortalidade por câncer de mama são ainda maiores que os do Estado, mesmo com uma Unidade de Assistência em Alta Complexidade (UNACOM) como referência para o tratamento desta doença na região. Tais índices loco-regionais são alarmantes, justificando a necessidade de compreensão dos fatores intervenientes que corroboram na determinação desta problemática.

Infelizmente, no Brasil, o aumento da incidência por esse câncer tem sido acompanhado pelo aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído ao diagnóstico tardio e à falta de implementação da terapêutica adequada, uma vez que o prognóstico do câncer de mama é relativamente bom, especialmente se diagnosticado em fases iniciais (estágios I e II). Entretanto, cerca de metade dos tumores de mama são diagnosticados nos estágios III e IV, o que pode estar diretamente relacionado à falha na execução do programa de rastreamento, que inclui a realização de exame clínico das mamas, mamografia anual e a identificação de grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento dessa patologia. (MORAES et al., 2006; GONÇALVES et al., 2007). Esta é uma deficiência relacionada ao campo da gestão das políticas públicas, marcada pela fragilidade da rede integrada de atenção à saúde pública.

É necessário que sejam realizados diagnósticos em estágios mais precoces dessa neoplasia, mas para isso, é preciso reduzir as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, principalmente nos hospitais com especialistas na área da

mastologia, proporcionando cobertura adequada da população-alvo do rastreamento, o que requer a qualificação contínua do Sistema Único de Saúde (MORAES et al., 2006). Os custos sociais e econômicos com o tratamento da doença e a perda prematura de anos de vida de mulheres jovens e produtivas justificam a inclusão deste tema em pesquisas e entre as preocupações dos gestores dos sistemas de saúde (MARCHI; GURGEL, 2012).

Esta problemática que envolve o câncer de mama foi (re)significada a partir da nossa vivência, enquanto residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada, tendo como campo de formação o setor de hemato-oncologia de um hospital universitário do interior do Estado do Rio Grande do Sul, o qual representa o serviço de referência para o tratamento do câncer de mama na região de abrangência de uma Coordenadoria Regional de Saúde. Neste contexto, identificamos a necessidade de refletirmos, em “rodas de conversa”, junto aos gestores e trabalhadores de saúde, sobre a percepção dos mesmos a respeito da problemática diagnosticada em torno dos altos índices de mortalidade por câncer de mama na região, associando tal percepção ao modo de enfrentamento.

Segundo CAMPOS (2006), a criação de rodas - espaços coletivos - entre sujeitos implicados com o projeto é um passo metodológico importante. Desta interação é que deveriam surgir os problemas prioritários a serem enfrentados. A proposta é trazer para o centro da discussão a repercussão de cada ação sobre a vida humana.

A finalidade desta vivência era compreender melhor as seguintes questões, observadas a partir de uma pesquisa diagnóstica prévia:

- As cotas insuficientes de mamografia disponibilizadas para os municípios representam o principal problema para o controle do câncer de mama?
- O município cumpre com suas obrigações, o problema é a média e a alta complexidade?
- Qual o principal papel de uma Coordenadoria Regional de Saúde quanto à regulação do sistema de saúde no contexto do câncer de mama?

Tais questionamentos assumem um caráter ainda mais significativo no contexto do processo de formação como profissional da saúde de um Programa de Residência Multiprofissional, o qual tem como proposta pedagógica reorientar modelos de formação-gestão-atenção para o SUS.

Com base neste contexto, delineou-se a questão-problema orientadora deste estudo: *Qual a relação entre o modo como os gestores e trabalhadores de saúde percebem o cenário do câncer de mama na sua região e o modo de enfrentamento dessa problemática?*

2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esse estudo, de abordagem qualitativa, é originário de um projeto preliminar intitulado “Câncer de mama feminina: um estudo sobre as possíveis causas para o alto índice de mortalidade em municípios de uma Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul”. Esse projeto subsidiou o desenvolvimento de dois projetos de pesquisa e este presente projeto de intervenção. A construção e implementação integrada dos mesmos é resultante da proposta pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional Integrada, cujos autores-pesquisadores são residentes e tutores. Nessa proposta, exige-se projetos com no mínimo três núcleos profissionais distintos e a implementação da pesquisa em dois níveis do sistema de saúde, no caso, atenção e gestão. No presente projeto participam os núcleos profissionais da Farmácia, Enfermagem e Serviço Social.

Assim, esse estudo é resultante de um projeto de intervenção, o qual tem a finalidade de socializar os dados diagnosticados a partir de uma pesquisa prévia em torno de uma temática central – altos índices de mortalidade por câncer de mama – junto aos cenários de coleta dos respectivos dados de pesquisa. Ou seja, objetiva não apenas dar devolução dos resultados da pesquisa, mas também, e principalmente, avaliar o impacto dessas informações produzidas entre esses sujeitos.

Quanto aos seus objetivos, caracteriza-se como um estudo de natureza exploratória descritiva, ou seja, configura-se pelo processo de análise da devolução dos dados obtidos nos respectivos cenários que compõem a pesquisa, para os públicos de investigação.

2.1 Cenário da vivência

Os cenários de desenvolvimento da vivência corresponderam a 03 dos 04 municípios de pequeno porte da área de abrangência de uma Coordenadoria Regional de Saúde do interior do Estado, onde as duas pesquisas de elaboração do diagnóstico prévio foram realizadas. Estes municípios foram eleitos pelos seguintes fatores: dois deles apresentaram coeficientes decrescentes de mortalidade e um apresentou coeficiente crescente de mortalidade por câncer de mama. Não foi possível a realização do encontro para a socialização dos dados levantados na pesquisa em um dos municípios que participaram do estudo, em função da não disponibilidade de horários dos gestores da saúde e dos trabalhadores dos serviços de saúde da rede pública do município para que o referido encontro acontecesse.

Os municípios onde realizamos a vivência foram identificados, para preservar suas identidades, como: Município A (MA), Município B (MB) e Município C (MC).

2.2 Sujeitos da vivência

É importante destacar que a pesquisa prévia abrangeu os 04 secretários municipais de saúde, 04 profissionais responsáveis pela Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM de cada município e familiares das mulheres que foram a óbito, por câncer de mama, no período de 2009 a 2011. O convite para a roda de devolução dos dados diagnosticados foi estendido à todos os profissionais dos respectivos municípios pesquisados, porém, a mobilização ficou à critério de cada um. Em função disto, foi possível observar diferenças quanto ao público participante, havendo predomínio de determinados grupos dependendo do município: município A (MA): predomínio da participação de gestores; município B (MB): predomínio da participação de agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiros e município C (MC): predomínio da participação de agentes comunitários de saúde.

2.3 Metodologia de intervenção

A técnica utilizada foi planejada de modo que permitisse a reflexão das informações obtidas a partir da pesquisa diagnóstica inicial em torno dos elevados coeficientes de mortalidade por câncer de mama na região e nesses municípios. Sobre as temáticas, essas foram eleitas entre os participantes da roda, ou seja, apresentou-se um hall de situações diagnosticadas na pesquisa prévia e os participantes elegeram temáticas-problema que consideraram prioridade de discussão, quais sejam: (1) Insuficiência nas cotas de mamografia; (2) função desempenhada pela rede de atenção básica(3) funções desempenhadas pelos níveis de maior complexidade (4) função de uma coordenadoria regional de saúde.

Adinâmica de exposição e discussão dos dados priorizou que, em um primeiro momento, se discutisse os dados diagnosticados e a seguir complementasse essa reflexão à luz do que as políticas preconizam em torno das temáticas eleitas.

As discussões variaram muito entre os cenários de intervenção, principalmente, em função dos diferentes públicos que participaram das discussões.

2.4 Relato, análise e interpretação da vivência

Para proceder ao relato e análise simultânea das informações produzidas neste estudo, delineou-se o seguinte método:

1. Primeiro momento: análise do impacto das informações produzidas, em termos de: como os participantes recebem/reconhecem as informações diagnosticadas na pesquisa prévia?
2. Segundo momento: identificação de valor agregado à informação, ou seja, com a discussão na roda a informação é melhorada?Existem contradições?
3. Terceiro momento: a discussão da informação é (re)significada quando abordada a partir do que as políticas preconizam?

O relato da vivência dos encontros para socialização dos resultados da pesquisa, nos cenários envolvidos, foi então organizado a partir dessa sequência de momentos descritos acima, buscando a análise das reações, percepções e reflexões dos sujeitos participantes nos três municípios, agrupados de acordo com semelhanças e diferenças entre elas. Dessa análise, emergiram duas categorias ou unidades de significado: (1) *o significado da tecnologia dura no enfrentamento do*

câncer de mama (2) papel da política e da gestão no enfrentamento da problemática.

Para interpretação dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo que é a expressão mais comumente usada com o intuito de representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2010). A Análise de Conteúdo “parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos no material”. Isto é, a análise de conteúdo proposta relaciona as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas dos enunciados, articulando e analisando os textos descritos com os fatores que determinam suas características, dentre eles, as variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2010).

2.5 Dimensão Ética

A pesquisa foi conduzida em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Maria. Os pesquisadores comprometeram-se com a confidencialidade das informações, bem como com a preservação da identidade dos entrevistados, por meio da assinatura de Termo de Confidencialidade.

A participação dos sujeitos na pesquisa ocorreu de forma voluntária, sendo esclarecidos os objetivos e finalidades do estudo. Foi disponibilizado, em duas vias, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma via com os pesquisadores e a outra com o informante, sendo que estes documentos contêm informações referentes ao estudo.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DA VIVÊNCIA

Analisar dados, oriundos de pesquisa diagnóstica, à luz da devolução destes em uma vivência prática, é um desafio, pois não é algo vivido no cotidiano da academia. Implica na necessidade de compreender melhor o objeto de investigação

iniciado com a pesquisa prévia, envolvendo os sujeitos investigados na (re)significação dos dados por eles produzidos. Ou seja, a construção de significados em torno da problemática dos altos índices de mortalidade por câncer de mama assume novos entendimentos quando os sujeitos envolvidos no estudo desempenham o papel de protagonistas de sua produção (re)significando as informações produzidas e externalizadas nos respectivos cenários. Para isso, este estudo elencou algumas unidades de significado consideradas mais relevantes na pesquisa, descritas na unidade anterior e desenvolvidas na sequência deste estudo. Entretanto, as temáticas discutidas em cada subunidade foram eleitas pelos respectivos participantes das rodas, apresentando-se algumas distintas de um município para outro, conforme a composição dos grupos - trabalhadores e gestores municipais de saúde. As discussões a seguir evidenciam a correlação entre temáticas eleitas e papéis desempenhados pelos sujeitos participantes no sistema público de saúde.

3.1 O significado da tecnologia dura no enfrentamento do câncer de mama

A insuficiência das cotas de mamografia foi eleita, pela maioria dos sujeitos da vivência deste estudo, nos diferentes cenários, como uma das temáticas mais relevantes para ser refletida e (re)significada na roda de discussão. Ou seja, esta temática, diagnosticada previamente na pesquisa realizada entre esses sujeitos assume um caráter relevante em termos de compreender e aprofundar o sentido de sua eleição em torno da problemática do câncer de mama. Existe uma relação direta entre controle de câncer e realização de mamografia enquanto prioridade nos processos de atenção? Para isso, é preciso, à priori, contextualizar o papel que esta tecnologia dura assume no eixo estruturante das políticas públicas de saúde.

No estudo diagnóstico em torno da produção de mamografias, quando os gestores foram questionados sobre as cotas disponibilizadas a seus municípios, 04 dos 08 gestores entrevistados, afirmaram que estas ainda não são oferecidas em quantidade suficiente para atender às necessidades da população feminina dos respectivos municípios, conforme as recomendações do INCA no que se refere ao rastreamento do câncer de mama (BRASIL, 2004), havendo necessidade de um aporte de recursos bem superior ao atual.

“A gente tem as mamografias que são concedidas por mês para o município(...) são bem insuficientes(...) temos muitas mulheres na fila(...) vendo os critérios do governo, a idade lá, que de dois em dois anos tem que fazer, mesmo assim tem mulheres na fila(...) é o que eles não conseguem né(...)”

“Tem bastante fila de espera pra mamografia, são poucas pra todo município.”

A exposição destes fragmentos acerca das cotas de mamografias, para subsidiar as reflexões, foi mais amplamente discutida pelos trabalhadores presentes em um dos três cenários da vivência (MB), o qual incluía agentes de saúde, enfermeiros e responsável pela PAISM do município. Ou seja, neste cenário, as discussões ocorreram entre os trabalhadores que se encontram em contato mais direto com os usuários. Os trabalhadores reafirmaram este diagnóstico de que a cota de mamografias disponibilizadas por mês para o município é muito menor que a demanda necessária.

Foi então, questionado se a insuficiência não poderia estar relacionada à forma de distribuição já que alguns depoimentos diagnósticos iniciais revelaram problemas na captação destas mulheres:

“As pacientes que realizam são sempre as mesmas, são as que vêm todo ano(...) temos no município um alto número de pacientes que não entendem a necessidade e a importância desse exame(...) isso que é feito campanha, palestras no rádio, jornal, a gente tá sempre incentivando e informando essa população.”

Para subsidiar esta reflexão, foi apresentado o que é preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, proposto pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010), em consonância com a Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005a), em termos de rastreamento organizado. O rastreamento é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos do rastreamento é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. O rastreamento pode ser oportunístico ou organizado. No primeiro, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde, enquanto o modelo organizado é dirigido às mulheres elegíveis de uma dada população que são formalmente convidadas para os exames periódicos. A experiência internacional tem demonstrado que este modelo apresenta melhores resultados e menores custos (INCA, 2009).

No Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Recomenda-se a realização do ECM anualmente para mulheres de 40 a 49 anos e a mamografia pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos. Para mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau) recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (INCA, 2010).

O Ministério da Saúde incentiva à realização da mamografia, por ela ser a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer de mama, sendo esta capaz de mostrar lesões em fase inicial (BRASIL, 2006). Existem cotas para a realização do exame de mamografia destinadas aos Estados e a seus respectivos municípios (COSTA, 2009).

Após a exposição do preconizado os participantes da roda questionaram este referencial, visto entenderem que essa delimitação etária para as mulheres que não fazem parte dos grupos de risco, deveria iniciar aos 40 anos e ser realizada anualmente, pois este município, segundo os participantes da roda, apresenta inúmeros casos de mulheres com câncer de mama com idade inferior a 50 anos. Portanto, estas não estariam incluídas no grupo de mulheres com direito a realização de mamografias a cada dois anos. Ou seja, a oferta de cotas de mamografia deveria aumentar para estes municípios. Por outro lado, foi questionado aos participantes qual a razão desta problemática em torno do ajuste da oferta de cotas não serem renegociados junto à Coordenadoria Regional, já que este processo é inerente à implementação da política?

A partir da análise da fala de alguns dos familiares de mulheres que foram a óbito, neste mesmo cenário, coletadas durante a realização da pesquisa prévia, podemos constatar discordâncias no contexto da fala destes profissionais. Ou seja, estes reconhecem que o preconizado pelo Programa não se encaixa às suas necessidades, porém, não buscam realizar ações cabíveis capazes de minimizar estas lacunas.

“Ela fazia acompanhamento regular com o ginecologista, mas mamografia, não, até porque não tinha nem 40 anos. Também não fazia exame clínico e diziam que o autoexame não funciona.”

A análise dos dados da discussão revela que existe uma lacuna entre realidade vivida, utilização de dados e gestão. Esta temática é objeto de análise na subunidade seguinte.

3.2 Papel da política e da gestão no enfrentamento da problemática

Outra temática do diagnóstico inicial, eleita para discussão, entre os participantes do cenário, foi em torno da função do sistema de gestão no combate às problemáticas como câncer de mama, com destaque aos serviços que compõem a média e alta complexidade. É relevante destacar que esta temática foi proposta no cenário que envolvia mais os gestores (MA).

Os dados prévios da pesquisa mostraram que todos os gestores entendem que o papel designado aos seus municípios de pequeno porte, no controle do câncer de mama, é desempenhado. Ou seja, que cabe a estes municípios a oferta de serviços mais em termos de rede básica, e esta, por sua vez, é cumprida quando realizam campanhas e reuniões educativas sobre câncer, além da realização do exame clínico das mamas e de orientações sobre o auto-exame.

“Tem que educar a fazer auto-exame, realizar palestras(...) a promoção da saúde é a principal função da atenção básica(...) o estado diz que a gente não faz atenção básica, mas a gente faz atenção básica, só que ele não cumpre com a responsabilidade dele(...)”

“A dificuldade é o encaminhamento pra fora do município(...) a atenção básica a gente faz, o que demora é a quimioterapia e a cirurgia.”

“A gente trabalha toda parte preventiva, educativa, temos um grupo de mulheres a cada 15 dias(...) todo o exame preventivo de colo de útero é associado ao exame de mama(...) é orientado o auto-exame sempre.”

Durante a roda de discussões, no referido cenário, os participantes enfatizaram que o município está bem organizado, reafirmando que eles cumprem o que é de sua responsabilidade e que o maior problema está na falta de resolutividade por parte da média e alta complexidade.

A partir da discussão em torno dessa temática, chamou a atenção a transferência de responsabilidade, configurando a noção que os mesmos apresentam sobre rede. Isso contraria o sentido de integralidade da atenção, que, segundo KANTORSKI et al. (2006), remete a integração de serviços através de redes assistenciais reconhecendo a interdependência entre atores e organizações, considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e de responsabilidades para solucionar os problemas de saúde da população.

Ao lado do fortalecimento do papel do município como instância responsável pela saúde de sua população, a estruturação de um sistema único remete à necessidade de reflexão crítica sobre o significado de articulação entre os diferentes níveis de governo, visto que a garantia de serviços qualificados de saúde à população depende da relação integrada entre as três esferas de poder e da implementação de processos de co-gestão e co-responsabilização. É preciso definir claramente o papel da União, estados e municípios na organização de um sistema descentralizado, com base municipal, mas articulado de maneira a configurar um sistema único de abrangência nacional (BRASIL, 2001).

Nestes termos, para um programa de rastreamento ter um impacto positivo é fundamental a existência de um sistema de saúde que funcione em rede integrada, que envolva a organização e fluxo de ofertas de serviços. Para o controle do câncer, devemos buscar a integralidade de ações, no sistema de saúde, e a integração de serviços, nos centros de tratamento, que não serão possíveis sem o respectivo engajamento de todos os órgãos envolvidos (KLIGERMAN, 2000).

Outra contradição que reforça esta noção de transferência de responsabilidade, evidenciada a partir da pesquisa prévia, relaciona-se ao fato de que os gestores afirmam que os municípios cumprem o seu papel referente ao desempenho das ações cabíveis à atenção básica, porém, desconhecem os indicadores, mesmo naqueles municípios que apresentaram um declínio dos coeficientes de mortalidade por câncer de mama nos últimos anos.

“Não sabia que estava alto(...) muitas vezes tem dificuldade na contra-referência(...) não existe essa referência e contra-referência(...) às vezes o paciente vai a óbito fora do município e a gente não fica sabendo(...)”

“Não tinha conhecimento(...) depois do encaminhamento perde-se o vínculo.”

Nas rodas de discussão onde apresentamos os coeficientes de mortalidade por câncer de mama dos últimos anos dos municípios que compõem essa Regional, apenas um dos gestores (MC) reconheceu e ressaltou a importância de estarmos dando visibilidade para estes indicadores, pois, o conhecimento desses coeficientes contribui para um processo de reflexão, avaliação, planejamento de ações e tomada de decisões para o enfrentamento dessa doença.

A informação é subsídio para o planejamento, principalmente no âmbito da gestão. No setor da saúde, a informação subsidia o processo decisório, uma vez que auxiliam no conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco entre outras (ROUQUAYROL; FILHO, 2003). É fundamental que os trabalhadores da saúde, e neste caso, os gestores, conheçam os indicadores, como fonte geradora de conhecimento para subsidiar o planejamento e negociar, politicamente, as estratégias de saúde em uma dada região.

Além destes aspectos, é importante salientar que o acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades, evitando, assim, o desperdício de tempo e esforços em ações não efetivas.

Assim, a análise dos dados da vivência nos leva a compreender que estes gestores apresentam dificuldades de perceber o papel da atenção básica no sistema, mesmo à luz do que as políticas públicas de saúde determinam. Ou seja, a atenção básica é ordenadora de todo o processo de definição de prioridades de demanda e não apenas cumpridor de oferta de serviços e ainda assim, justificando a forma fragmentada como é desempenhada. Ao prover serviços integrais e resolutivos em todos os lugares, o nível primário contribuirá para diminuir a demanda pelas estruturas de maior complexidade tecnológica (ALVES et al., 2010).

Este contexto remete-nos à necessidade de refletir o papel de uma Coordenadoria Regional de Saúde na (re)ordenação do sistema no sentido de sua resolutividade, visto que é responsável pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde loco-regional (BRASIL, 2009). As discussões em torno da coordenadoria ocorreram nas rodas entre profissionais gestores ou ligados à gestão, ao enfatizarem as fragilidades deste órgão: falta de resolutividade na regulação da oferta e do acesso aos serviços de média e alta complexidade e pouca proximidade com os trabalhadores do município.

A pesquisa diagnóstica inicial retrata a primeira situação nos fragmentos das falas:

“A gente chega nos casos até com bastante tempo de antecedência(...) mas depois não consegue encaixar o paciente no tratamento(...) acho que o problema não é o município descobrir a doença, o problema é depois que tu encontrou, curar(...) A dificuldade é levantar a demanda e não ter resolutividade(...) a grande dificuldade é o depois do diagnóstico(...)”

Esta discussão tem significado se considerarmos que cabe a uma coordenadoria a função de referenciar os pacientes, após o diagnóstico, para as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou para os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Então este nível de atenção deve estar capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica (BRASIL, 2009).

As reflexões reforçam este entendimento de fragilidade e contradição deste órgão quando dizem existir pouca agilidade no desempenho de seu papel de órgão regulador do acesso aos serviços de média e alta complexidade, porém, muito rigor na cobrança de metas e resultados por parte dos municípios.

Novamente, encontramos neste tipo de entendimento do problema sobre os altos índices de mortalidade, a análise superficial do problema que não deve se limitar à transferência de responsabilidades. Se buscarmos uma análise dos atores que se encontram nestes outros segmentos denunciados, provavelmente identificaríamos que o sistema é congestionado devido à falta de resolutividade da rede básica desses municípios, motivo de outro estudo posterior.

Talvez essas dicotomias poderiam ser minimizadas se houvesse melhores investimentos em estratégias de comunicação, diagnosticada em uma das pesquisas prévias. Ou seja, os participantes entendem haver falta de comunicação direta dos representantes da Coordenadoria com os demais trabalhadores dos serviços municipais de saúde, evidenciada pela carência ou quase inexistência de reuniões para discussão de Programas de saúde implantados no município. As reuniões seriam realizadas somente com os gestores e teriam um expressivo caráter político. Expressaram também a necessidade de encontros para capacitação técnica, qualificando, assim, o trabalho realizado.

Conforme Art. 9º da Portaria 741/2005, as Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema devem estabelecer os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes e, ainda, adotar as providências necessárias para que haja a articulação assistencial preconizada (BRASIL, 2005b).

A análise das informações nos permite entender que a capacidade de garantir à população o direito aos serviços de saúde qualificados, precisa ser construído à nível de sociedade e, portanto, de modo co-responsável entre diferentes segmentos envolvidos. A construção de uma co-responsabilidade de todos tem início, em primeiro lugar, no nível local ou regional. É a partir da proximidade que se constroem os laços sociais de solidariedade e o confronto das responsabilidades de cada um. O papel dos poderes locais e regionais é central, podendo estes ser verdadeiros catalisadores desta construção.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos primeiros aspectos a ser considerado ao término deste estudo é a relevância na utilização do método de análise de dados quando se propôs que o mesmo fosse resultante de uma vivência em roda. O paralelo entre dados previamente diagnosticados em pesquisa, exposição dos mesmos em rodas de reflexão e apreensão dos significados à luz das políticas públicas, mostrou-se de grande relevância, pois permitiu (re)significar as principais situações em torno da problemática que envolve o câncer de mama, tais como: (1) a utilização da tecnologia dura é entendida como prioridade para a realização de controle do câncer de mama; (2) a existência de transferência de responsabilidades no que diz respeito às funções cabíveis a cada nível do sistema de saúde, no contexto do controle do câncer de mama e (3) a falta de entendimento e comunicação entre os municípios e o órgão responsável pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde loco-regional: a Coordenadoria Regional de Saúde.

Identificar essas situações constituiu-se num segundo elemento importante deste estudo. Ou seja, a vivência proporcionou uma melhor compreensão sobre a complexidade de situações que envolvem os altos índices de câncer de mama, revelando a necessidade de se estruturar no Sistema Único de Saúde (SUS) uma

rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população. Outro ponto importante se refere à necessidade de implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica nesta rede, acopladas à necessidade de recursos humanos oriundos de diversas áreas do conhecimento, além da injeção constante e crescente de grande quantidade de recursos financeiros(MARTINS,2009). Existe um longo caminho a ser percorrido no controle do câncer que envolve entender, internalizar e criar novas posições de sujeitos em relação à instituição de redes integradas. E isso passa pela educação permanente em saúde.

A realização desses encontros representa para nós, enquanto profissionais da saúde e residentes, a possibilidade de não apenas levantarmos dados e identificarmos situações que precisam ser modificadas, como é o caso do tema do nosso trabalho. Ou seja, a oportunidade de discutirmos e até mesmo sugerirmos atitudes e posicionamentos que são de fundamental importância para o enfrentamento dessa problemática.

A devolução dos dados e nova análise comparativa com os dados da pesquisa diagnóstica revelam que esta técnica permite um aprofundamento da problemática, tanto por parte do investigador quanto dos sujeitos envolvidos na pesquisa e na intervenção. Representa uma importante estratégia para(re)significação de informações produzidas previamente e de co-responsabilização pelo que se produz. Entretanto, esta técnica de devolução de dados à luz da reflexão teórica mostrou não ser suficiente para formação de novas posições de sujeitos, visto que este é um longo processo de internalização de valores, idéias e atitudes que envolvem, em última instância, mudanças culturais nos serviços de saúde. Ou seja, o estudo evidenciou que não basta serem disponibilizados manuais, portarias e leis aos serviços: esses precisam ser trabalhados como ferramentas da educação permanente no cotidiano dos processos de trabalho.

REFERÊNCIAS:

ALVES, M. J. M.; TEIXEIRA, M. T. B.; FERREIRA, R. P.; OLIVEIRA, C. M.; AZEVEDO, C. B.; SOUZA, A. I. S. 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. **Revista APS**, v. 13, n. 1, p. 26-34, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/RESO196.doc>>. Acesso em: 21 janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil, 2001. 344 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 08 janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 dez. 2005a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria2439.pdf>. Acesso em: 08 janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 741, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta a assistência de alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 dez. 2005b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-741.htm>>. Acesso em: 08 janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático**: saúde da mulher, Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Painel de indicadores do SUS, 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 62 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), de 11 de março de 2009. Habilitação em alta complexidade em Oncologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mar. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0062_11_03_2009.html>. Acesso em: 08 janeiro de 2013.

CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, 2006.

COSTA, F. M. L. 2009. **Ações de detecção precoce do câncer de mama realizadas por profissionais da estratégia saúde da família**. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.

GONÇALVES, A. T. C.; JOBEM, P. F. C.; VANACOR, R.; NUNES, L. N.; ALBUQUERQUE, I. M.; BOZZETTI, M. C. Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 8, p. 1785-1790, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2010**. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: Inca, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2012**. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M.; HECK, R. M. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 434-44, 2006.

KLIGERMAN, J. O desafio de se implantar a assistência oncológica no SUS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 3, p. 235-239, 2000.

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C.; Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 4, p. 191-197, 2010.

MARTINS, C. H. F. 2009. **Ambiente de Informações para Apoio à Decisão dos Gestores do Controle do Câncer de Mama**. 2009. 120 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MORAES, A. B.; ZANINI, R. R.; TURCHIELLO, M. S.; RIBOLDI, J.; MEDEIROS, L. R. F. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, n. 10, p. 2219-2228, 2006.

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.