

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

**ESTRATÉGIAS DE GESTÃO MUNICIPAL NO
ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE MAMA:
COMPREENSÕES E MODO DE INTERVENÇÃO**

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

Daiana Carvalho Socal

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO MUNICIPAL NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: COMPREENSÕES E MODO DE INTERVENÇÃO

Daiana Carvalho Soccá

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 –

**ESTRATÉGIAS DE GESTÃO MUNICIPAL NO ENFRENTAMENTO DO
CÂNCER DE MAMA: COMPREENSÕES E MODO DE INTERVENÇÃO**

elaborado por
Daiana Carvalho Soccá

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)

Vânia Maria Fighera Olivo, Dr^a(UFSM)

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

Estratégias de Gestão Municipal no Enfrentamento do Câncer de Mama: Compreensões e Modo de Intervenção

Daiana Carvalho Soccal¹; Rosmari Hörner²

RESUMO: O estudo teve por objetivo identificar qual a compreensão e o modo de intervenção dos gestores municipais de saúde no enfrentamento da problemática do câncer de mama considerando sua função no cenário de uma coordenadoria regional de saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, na qual participaram 08 gestores municipais de saúde de quatro municípios da área de abrangência de uma Coordenadoria Regional de Saúde da região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados em novembro de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, sendo que os depoimentos foram analisados pela Análise de Conteúdo de Bardin, dos quais emergiram três categorias: conhecimento e compreensão dos gestores sobre a problemática do câncer de mama, modo de organização das ações no enfrentamento ao câncer de mama e transferência de responsabilidade ou falta de corresponsabilização? Identificou-se importantes estratégias de gestão para o enfrentamento da problemática em questão, porém percebeu-se certa fragilidade da maioria das gestões locais em relação à execução dessas estratégias, bem como dificuldades em cumprir regularmente as ações preconizadas na legislação, mesmo demonstrando reconhecimento de sua importância nesse contexto.

Palavras-chave: estratégias de gestão; gestão de saúde; câncer de mama.

1 Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

2 Professora Associada do Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas - CCS - UFSM.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama representa hoje, em função de seus altos índices de incidência e mortalidade, um evidente problema de saúde pública mundial. Ganha relevância pelo perfil epidemiológico que vem apresentando e, com isso, o tema tem conquistado espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo e dos serviços de saúde. É o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano⁽¹⁾. No Brasil, representa uma das principais causas de morte na população feminina entre 20 e 69 anos, sendo que o estado do Rio Grande do Sul ocupa o segundo lugar nos índices de mortalidade entre os estados, conforme o Atlas de Mortalidade do Instituto Nacional do Câncer⁽²⁾.

Analisando a região centro-oeste do estado, objeto 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.

Dessa forma, o controle desse câncer representa um dos grandes desafios para a saúde pública brasileira. Além do alto índice de mortalidade, o câncer de mama, assim como outras neoplasias, requer que a organização dos processos de trabalho e do seu meio envolvente siga uma sistematização em torno da realização de ações integradas, de variados níveis de complexidade, para subsidiar a tomada de decisões, configurando o conceito de estratégia de Mintzberg⁽³⁾.

Ou seja, há necessidade de identificar estratégias operacionais que possam orientar, na lógica da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada no combate ao câncer, conforme estabelecido na Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica⁽⁴⁾. Para isso, é imprescindível o conhecimento sobre os fatores agravantes e intervenientes dessa doença, a fim de visualizar prioridades interventivas de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira.

Partindo do pressuposto que a efetivação de processos de controle do câncer de mama envolve, entre outros fatores, uma atuação diferenciada dos gestores municipais de saúde, segundo os princípios e diretrizes do SUS, questiona-se como os gestores municipais tem enfrentado essa problemática? Qual o seu grau de compreensão sobre suas responsabilidades? Que estratégias utilizam nesse enfrentamento? Quais as percepções de facilidades e dificuldades associadas?

Tais questionamentos justificam a necessidade de melhor compreender os fatores associados ao controle do câncer de mama no sentido de repensar práticas no campo da gestão, que rompam com modelos previamente estabelecidos, em que eram comuns preceitos como a centralização do planejamento e do processo decisório. Além disso, assumem um significado ainda mais intenso no contexto do processo de formação como profissional da saúde de um Programa de Residência Multiprofissional com ênfase na área de Hemato-Oncologia, que tem como proposta pedagógica reorientar modelos de formação-gestão-atenção para o SUS.

Considerando que não existe reorientação de modelos sem refletir os significados na prática, tornou-se relevante analisar, de modo crítico-reflexivo, tal problemática em torno do câncer de mama vivenciada nos cenários de formação, visto que se identificavam as dificuldades que as mulheres encontravam na rede de gestão e de atenção, evidenciando possibilidades de impactos importantes no seu tratamento e, conseqüentemente, no seu prognóstico.

Corroborando a isso, há uma escassez de publicações a respeito deste tema, que envolve relações entre modos de gestão municipais e regionais e o enfrentamento do câncer de mama, justificando a importância e o interesse do estudo, que tem o seguinte problema de pesquisa: *qual a compreensão e o modo de intervenção dos gestores municipais de saúde no enfrentamento da problemática do câncer de mama considerando sua função no cenário de uma coordenadoria regional de saúde?*

Define-se assim o objetivo orientador deste estudo: Identificar qual a compreensão e o modo de intervenção dos gestores municipais de saúde no enfrentamento da problemática do câncer de mama considerando sua função no cenário de uma coordenadoria regional de saúde.

1 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, estruturada, cuja obtenção de dados é mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo⁽⁵⁾.

O cenário da pesquisa foram quatro municípios da área de abrangência de uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), escolhidos de acordo com os coeficientes de mortalidade por câncer de mama feminina no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011, previamente levantados. Juntos, os municípios perfazem um total de 31 óbitos nesse período⁽⁶⁾. Foram eleitos dois municípios com coeficientes crescentes nesse período e dois com coeficientes decrescentes, sendo um crescente e um decrescente de cada região de saúde em que essa CRS está dividida.

Os sujeitos desta pesquisa foram 08 gestores – 04 secretários municipais de saúde e 04 coordenadores da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – sendo dois gestores de cada município. Como critério de inclusão no estudo: ser ocupante destes cargos no município e, como critérios de exclusão: profissionais que estivessem em período de férias ou em atestado médico no período da coleta de dados.

Os dados foram coletados em novembro de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, a qual foi sistematizada a partir das seguintes unidades temáticas de forma a atender ao objetivo do estudo: conhecimento das políticas públicas e programa de combate ao câncer de mama; modo de estabelecimento de ações programáticas nos serviços e na rede; dificuldades e facilidades associadas.

As entrevistas tiveram duração entre 20 e 60 minutos, em sala reservada no local de trabalho do entrevistado. Foi utilizado gravador de voz e anotações feitas pelo entrevistador a fim de garantir menor perda de informações e maior fidedignidade dos dados, bem como para garantir a sua privacidade.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin⁽⁷⁾, através da decodificação das comunicações a fim de apreender o conteúdo explícito e implícito. Tal técnica foi escolhida por reduzir o volume de informações contidas em uma comunicação e ressaltar as categorias conceituais que se

pretendia visualizar para interpretá-las conforme o contexto que a informação foi produzida⁽⁸⁾. A opção por esse método de análise justificou-se, também, pela possibilidade de agrupar, sistematizar, explicitar e correlacionar elementos que respondam às questões de pesquisa⁽⁷⁾.

Dessa forma, através de leitura e releitura detalhada das informações coletadas, classificando a totalidade do texto de acordo com características de exaustividade, objetividade e homogeneidade, chegou-se a construção das seguintes categorias (unidades de significado) adequadas ao objetivo do estudo⁽⁷⁾:

1. Conhecimento e compreensão dos gestores sobre a problemática do câncer de mama;
2. Modo de organização das ações no enfrentamento ao câncer de mama;
3. Transferência de responsabilidade ou falta de responsabilização?

Tomando como referência tais unidades/categorias, a análise e discussão busca confrontar a teoria com os fatos⁽⁹⁾.

De forma a garantir anonimato aos entrevistados, os mesmos foram identificados pela letra "G" seguida de números de 1 a 8, distribuídos aleatoriamente.

O Projeto de Pesquisa seguiu os princípios da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Departamento de Ensino e Pesquisa da Instituição e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM. Foram seguidos também o Termo de Confidencialidade e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 Conhecimento e compreensão dos gestores sobre a problemática do câncer de mama

Compreender as estratégias utilizadas pelos gestores municipais no enfrentamento do câncer de mama implica, entre outros aspectos, na necessidade de buscar uma análise do modo como esses sujeitos se colocam, em termos de

conceitos, ideias e valores, frente à referida problemática. Existe uma relação epistemológica entre estes aspectos, pois o entendimento de um problema de saúde pública pode ser polissêmico, visto que pode encerrar vários sentidos e significados, determinando modos de intervenção⁽¹⁰⁾.

Observa-se que, na área da saúde pública, ainda predomina na prática, a influência de modelos de atenção e gestão de base tradicional, expressos pela visão focada na doença, na tecnologia dura, na medicalização e na fragmentação do sujeito e dos serviços, uma vez que a atuação dos profissionais ainda não é incisivamente orientada pelos princípios e diretrizes do SUS^(10;11).

No cenário da saúde da mulher essa discussão não é recente, ou seja, a necessidade de conceber e intervir sobre os problemas de modo integral já era preconizada desde 1983 (anterior a Constituição Federal e promulgação do SUS), quando o Ministério da Saúde disseminava e adotava, via Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁽¹²⁾, novas medidas e concepções para enfrentamento de problemas relacionados à saúde da mulher, incluindo o câncer de mama.

Embora o PAISM englobasse ações direcionadas a todas as fases da vida da mulher, na prática, essas ações foram trabalhadas numa perspectiva reducionista, priorizando-se a saúde reprodutiva e, particularmente, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Assim, ainda que objetivando a atenção integral à saúde da mulher, a definição de prioridades estabelecidas dificultou a atuação em outras áreas estratégicas de atenção à saúde da mulher, entre as quais a prevenção secundária do câncer de mama⁽¹³⁾.

Desde então, várias políticas, programas, projetos e demais iniciativas governamentais foram estabelecidas referentes ao tema, buscando o controle do câncer de mama e, conseqüentemente, a redução de sua morbimortalidade no sentido de embasar o modo de organização dos serviços e impactar sobre tais agravos.

No momento atual, esse controle está estabelecido como uma das prioridades do Ministério da Saúde, enunciada no Pacto pela Saúde de 2006⁽¹⁴⁾. Entretanto, percebe-se que ainda existe uma lacuna no que se refere à compreensão e implantação dessas normativas por parte dos gestores municipais, atores fundamentais neste processo.

Esta situação é identificada na fala dos gestores, uma vez que apenas três dos oito entrevistados mencionaram, e superficialmente, ações relacionadas ao câncer de mama quando questionados sobre a organização da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher no município, apesar de todos relatarem que consideram essa Política *“muito bem organizada”* no município.

Essa fragilidade toma mais consistência ao serem questionados sobre o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, pois a maioria não tem clareza ou assumem não ter conhecimento do mesmo.

“A gente tem o conhecimento que a enfermeira passa pra gente e a gente ouve alguma coisa na regional também (...)” (G2).

“(...) até recebi um ofício que fala pra entrar no site, mas não vi, até porque aqui na unidade não tem computador (...) não tem estrutura pra estar pesquisando” (G7).

Também chama a atenção nas falas dos gestores, a associação da problemática do câncer de mama à tecnologia dura, uma vez que seguidamente o assunto é relacionado à realização ou distribuição de mamografias - exame radiológico utilizado para identificar lesões suspeitas de câncer de mama.

“(...) a gente começou a trabalhar mesmo em função do mamógrafo, antes não tínhamos muito conhecimento (...)” (G5).

“(...) a gente conhece a política, tanto que trouxemos mamógrafo” (G3).

Não se trata aqui de desconsiderar a importância deste tipo de tecnologia no enfrentamento deste agravo à saúde da mulher, visto que ela faz parte das diretrizes e ações estratégicas preconizadas pelo Programa de Controle do Câncer de Mama⁽¹⁾. A questão é que não é a única e não será efetiva se não estiver relacionada às demais ações de detecção precoce. Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional, o que torna difícil distinguir a sensibilidade do método como estratégia isolada de rastreamento⁽¹⁵⁾.

Este desconhecimento ou modo de compreensão também é reforçado ao serem questionados sobre os índices de mortalidade por câncer de mama do seu município, pois apenas um dos oito gestores afirmou ter conhecimento dos mesmos. Mesmo em municípios que apresentaram coeficiente de mortalidade decrescente

nos últimos anos, o dado não era reconhecido ou parecia não ser valorizado como importante na saúde pública.

“Até achei estranho ter muitos casos, porque não temos conhecimento. (...) Nós sabíamos que tinha óbito, mas não que estava crescente” (G5).

“Eu não sabia que nosso índice tinha diminuído, não temos tempo pra isso néh (...)” (G2).

Estes fragmentos evidenciam que a não utilização dos dados epidemiológicos pode estar relacionada, em algum grau, ao entendimento que estes gestores têm sobre sua importância nos processos de gestão, como fonte geradora de conhecimento para subsidiar o planejamento das estratégias de saúde no município e com impacto regional. Isso pode constituir-se num dos fatores agravantes do alto índice de mortalidade por câncer de mama. Nestes termos, o estudo evidencia que o conhecimento e compreensão dos gestores sobre a problemática em questão pode ser considerado uma importante estratégia a ser utilizada por estes sujeitos no enfrentamento da situação.

Segundo Martins⁽¹⁶⁾, para o planejamento, implantação, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer de mama e para o processo de tomada de decisão dos gestores é imprescindível a existência e a utilização da “informação”, nesse caso, dos indicadores – que devem ser usados como ferramenta para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões do gestor.

Essa ideia é corroborada pelo Pacto pela Saúde de 2006, que define como instrumento estratégico de gestão do SUS o planejamento, o monitoramento e a avaliação⁽¹⁷⁾. Entretanto, questiona-se: como planejar sem conhecimento dos indicadores de saúde bem como sem entendimento de sua importância?

Caberessaltar que essa importância não é totalmente desconhecida pelos gestores, porém ainda existe um distanciamento entre a teoria e a prática, ou seja, não há uma efetiva apropriação da informação em termos de operacionalização das mesmas, visto a contradição nos fragmentos abaixo, de um mesmo entrevistado.

“(...) a gente pactua ações (...) é muito bem discutido e monitorado o planejamento e as ações (...) a gente trabalha com indicadores (...) o gestor municipal também tem que monitorar, porque a gente é corresponsável por isso” (G3);

“(...) tenho a humildade de admitir que não sabia que o índice estava alto, a gente tá focado no tratamento e o final a gente acaba esquecendo” (G3).

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama reconhece tais fragilidades relacionadas às experiências subjetivas dos profissionais no sistema visto que tem como um de seus objetivos, oferecer aos gestores e aos profissionais de saúde subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle deste câncer, no contexto da atenção integral à saúde da mulher e da Estratégia de Saúde da Família como coordenadora dos cuidados primários no Brasil⁽¹⁾.

Dessa forma, a construção de um ambiente de informação e de educação permanente em saúde é considerada uma das estratégias essenciais para subsidiar o gestor nos processos de tomada de decisão, com ferramentas que permitam a produção de novos conhecimentos e o seu compartilhamento, podendo ser uma forma de contribuir para o enfrentamento do problema exposto⁽¹⁶⁾.

Tais análises reflexivas desenvolvidas nesta unidade nos permitem entender que não é possível estudar o significado da experiência objetiva (modo de intervenção), proposto na unidade a seguir, sem antes investigar o subjetivo (compreensão sobre a problemática)⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, o estudo é relevante, pois exige um esforço de estabelecer pontes entre tais aspectos, conforme discutido a seguir.

2.2 Modo de organização das ações no enfrentamento ao câncer de mama

Esta unidade visa compreender como os gestores enfrentam ou priorizam as ações, apesar da frágil compreensão e pouco conhecimento evidenciado sobre a problemática, demonstrado na unidade anterior.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de mama no Brasil justificam a necessidade de implementação de ações específicas em todo território nacional, voltadas para a prevenção e o controle do câncer (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica, estabelecidas na Portaria nº 2.439/GM de 2005⁽⁴⁾.

Esta Portaria reforça o princípio de que ações de detecção precoce tem impacto na mortalidade por esta neoplasia, sendo necessária a implementação de estratégias que garantam a qualidade dos processos técnicos e operacionais para o controle do câncer de mama.

Quando questionados se existem ações estabelecidas no município quanto à prevenção e controle do câncer de mama, a totalidade dos entrevistados informa que sim, relatando ações de educação em saúde, com ênfase à realização de mamografias. Porém, numa análise mais profunda dessas falas percebe-se que não há sistematização dessas ações, ou seja, são oferecidas sem maiores estruturas programáticas do nível de gestão central.

Na mediana das falas as atividades educativas e de orientação aparecem relacionadas às iniciativas de cada Estratégia de Saúde da Família (ESF), sem correspondência a uma política municipal ou regional. A maioria desses associa a orientação e o exame clínico das mamas ao exame preventivo de colo do útero e este mesmo número enfatiza que as ações se intensificam no período destinado à campanha de controle do câncer – chamado “Outubro Rosa”¹ – sendo menos efetivas no restante do ano. Este fato evidencia a precariedade das ações, sustentadas em modelos tradicionais campanhistas.

“(...) cada equipe é responsável pelas ações de prevenção e educação em saúde no seu território, não há ações centralizadas, unificadas” (G7).

“(...) acho que não tem nada estabelecido durante o ano, a não ser no outubro” (G7).

Quanto à realização de mamografia, todos os municípios ofertam o exame por livre demanda. Nenhum deles realiza rastreamento organizado nem tem conhecimento de como se estabelece. Dos oito municípios analisados, apenas dois consideram suficiente o número de mamografias disponibilizadas pela regional. A maioria relata ter demanda reprimida de mulheres aguardando pelo exame.

“A distribuição é por livre demanda (...) toda a rede encaminha mamografias” (G8).

“As mamografias são distribuídas por ESF (...). Tem bastante fila de espera, são poucas pra todo o município” (G7).

1. O Outubro Rosa é um movimento internacional de conscientização para a detecção precoce do câncer de mama, adotado pelo governo brasileiro, através do INCA, desde 2010.

“A gente tem as mamografias que são concedidas por mês para o município (...) é bem insuficiente, temos muitas mulheres na fila” (G1).

O Consenso recomenda um exame de rastreio bianual a todas as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos⁽¹⁸⁾, enquanto a Lei⁽¹⁹⁾ estabelece que o SUS deveria assegurar realização de exame mamográfico anual a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade. A oferta atual gerenciada pela coordenadoria regional segue o Consenso, porém os municípios ainda não se adaptaram a essa alteração, o que, somado à falta de rastreamento organizado, aumenta o problema da demanda reprimida ao exame nesses municípios.

No Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Rastreamento significa detectar a doença em sua fase pré-clínica, enquanto diagnóstico precoce significa identificar câncer de mama em sua fase clínica precoce⁽¹⁾.

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⁽²⁰⁾.

Todos esses conceitos e diretrizes estão bem definidos pelo Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, o que nos leva a pensar que essas informações não estão sendo bem trabalhadas nos municípios ou por alguma razão ainda não são de conhecimento dos trabalhadores, pois não se refletem nas ações desenvolvidas nem nos relatos dos gestores. Assim, o modo de organização e definição de prioridades evidencia-se como outra importante estratégia de gestão a ser utilizada no controle do câncer de mama.

Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado, a mortalidade por câncer de mama vem tendo redução. As evidências de impacto do rastreamento na mortalidade por esta neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial de Saúde⁽²⁰⁾.

Além dessa questão organizacional, a adoção de atitudes preventivas em saúde, a adesão às medidas de detecção precoce do câncer e a própria iniciativa e disponibilidade para o tratamento são dimensões que envolvem também a decisão das mulheres. Este tipo de entendimento foi explícito pela maioria dos gestores como fator que dificulta a implementação das ações, podendo também ser entendido como transferência de responsabilidade, temática abordada na próxima unidade.

“Às vezes é difícil trazê-las para o exame, as pessoas mais idosas não querem encontrar, é uma questão cultural” (G5).

“(...) essas pacientes que não realizam mamografia, são as mesmas que não fazem o preventivo, são mulheres mais velhas que não se habituaram a esse acompanhamento, é uma questão de conscientização néh (...)” (G8).

“(...)o pessoal mais jovem não vai porque acha que com eles não vai acontecer nada e o mais velho não vai porque tem medo de achar” (G2).

Essa problemática pode ser enfrentada pelo acesso a informações corretas, relevantes e de fácil compreensão. Nos últimos anos, mensagens sobre câncer de mama têm sido habitualmente veiculadas na mídia em geral, o que pode indicar maior acesso da população feminina às informações sobre câncer de mama⁽¹⁶⁾.

Porém, chama-se a atenção para a qualidade da informação passada e seu real alcance, sendo também de responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde avaliar essa condição e torná-la viável, configurando outra estratégia de gestão.

Para Meyer et al.⁽²¹⁾, a informação é um aspecto importante no conjunto de dimensões socioculturais a serem consideradas na relação dos sujeitos com seu corpo e sua saúde. Ela não deve ser o centro dos processos educativos em saúde, mas subsídio ao diálogo que reconhece a multiplicidade de fatores que modulam crenças e comportamentos dos indivíduos e grupos.

Para o enfrentamento do câncer, são necessárias ações que incluam: educação em saúde em todos os níveis da sociedade; promoção e prevenção orientadas a indivíduos e grupos; geração de opinião pública; apoio e estímulo à formulação de leis que permitam monitorar a ocorrência de casos⁽²²⁾.

Sendo assim, observa-se que os municípios analisados não estão indiferentes à problemática do câncer de mama feminina, porém não a enfrentam de modo mais estruturado e estratégico, conforme o que é preconizado pela legislação vigente.

O que se deve considerar é que, para que essas ações sejam bem-sucedidas, será necessário ter como base propostas oportunas e de qualidade (consolidadas, atualizadas e representativas) e análises epidemiológicas a partir dos sistemas de informação e vigilância disponíveis⁽²²⁾.

2.3 Transferência de responsabilidade ou falta de corresponsabilização?

Esta temática das responsabilidades do gestor e/ou de cada instância governamental, bem como de sua transferência, foi sinalizada como relevante na unidade anterior, sendo importante ser aprofundada.

O SUS tem investido em suas três esferas de gestão, na construção de uma política pública que, por um processo de criação de consenso e responsabilização compartilhada, trabalhe por uma saúde integral, operando na atenção, promoção, proteção e recuperação da saúde⁽²³⁾. A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo corresponsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas⁽²⁴⁾.

Nesse sentido, chama atenção a forma como as questões são colocadas pelos entrevistados ao relatarem as facilidades e dificuldades na gestão da saúde, em especial da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Programa de Controle do Câncer de Mama.

Pelo menos um dos representantes de cada município, quando não os dois, enfatiza que o município está bem organizado, que fazem o que é de sua responsabilidade e que o problema está na média e alta complexidade.

“A parte da atenção básica é feita, mas a parte da complexidade é difícil (...)” (G5)

“O que é resolvido a nível municipal é rápido, o problema é quando sai do municipal (...) quando encaminha para o hospital de referência, além da demora, se perde completamente a paciente (...)” (G8).

“A dificuldade é o encaminhamento pra fora do município (...) o que é da atenção básica a gente faz” (G4).

“(...) a gente chega nos casos até com bastante 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, então não quero encontrar mais nada (...) A dificuldade é levantar a demanda e não ter resolutividade (...) a grande dificuldade é o depois do diagnóstico (...)" (G1)

Essa temática da corresponsabilização é complexa, mas crucial de ser analisada. Ao invés de considerar que não há o que fazer quando a dificuldade aparente está na média e alta complexidade, será que tais municípios não poderiam desenvolver novas estratégias e tentar melhor resolutividade junto às demais instâncias de forma corresponsável como preconiza a legislação?

Esses fragmentos evidenciam que a identificação das causas dos problemas são associadas à transferência de responsabilidade, configurando a noção que esses gestores apresentam de rede. Isso contraria o sentido de integralidade da atenção, que segundo Kantorski et. al⁽²⁵⁾, remete a integração de serviços através de redes assistenciais reconhecendo a interdependência entre atores e organizações, considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade dos 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 entre as três esferas de poder e da implementação de processos de cogestão e corresponsabilização. 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⁽²⁶⁾. Esta pode ser considerada outra importante estratégia de gestão no controle do câncer de mama.

Aprofundando essa temática para melhor compreender os fatores intervenientes, a análise evidenciou que apesar de não terem clareza do detalhamento das políticas, como evidenciado anteriormente, os gestores têm compreensão da necessidade de atuação em rede integrada, porém tal entendimento está mais voltado para oferta de serviço associado a recursos financeiros, o que poderíamos chamar de uma “corresponsabilização em termos de custos”. Frequentemente, relacionam a tomada de decisão à disponibilidade de recursos financeiros, alegando poucas verbas para investimento e custeio

destinados à incorporação de serviços que envolvam, principalmente, tecnologias de custo mais elevado. Alguns relatos, a seguir, expressam essas dificuldades:

“(...) nós não temos mais dinheiro para pagar média complexidade, que não é nós que temos que pagar (...) o nosso dinheiro é para atenção básica (...)” (G2).

“(...) o município depende do estado, do recurso federal e tu não tem isso (...) hoje o município investe em saúde muito mais que a obrigação (...)” (G6).

“(...) nossa gestão é semiplena, então só temos responsabilidade com atenção básica (...)” (G1).

Sendo assim, 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⁽²⁷⁾.

Outra situação frequentemente abordada como principal dificuldade nesse processo e que evidencia a fragilidade do sistema em rede integrada, é a falta de contrarreferência das pacientes encaminhadas para fora do município, resultando na desvinculação completa dessa paciente do sistema de origem.

“Não existe essa contrarreferência (...) às vezes a paciente vai a óbito fora do município ou até no hospital local e a gente não fica sabendo” (G3).

“(...) não há nenhum tipo de contrarreferência, a contrarreferência é negada (...)” (G8).

“(...) perdermos muito por ter que encaminhar para a referência, daí essa continuidade fora faz com que a gente perca o fluxo da paciente (...) porque ela desliga do nosso serviço (...) não existe contrarreferência” (G6).

“A gente faz contrarreferência interna, mas temos zero de contrarreferência no hospital de referência (...) a contrarreferência de média e alta complexidade é fundamental pra gente saber como tratar esse usuário (...)” (G2).

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 contrarreferência dos pacientes e, ainda, adotar as providências necessárias para que haja a articulação assistencial preconizada⁽²⁸⁾. Esta análise permite identificar outra estratégia de

gestão no controle do câncer: instituir processos de corresponsabilização no contexto das redes integradas.

Nesses termos, para obter as informações sobre o acompanhamento da mulher em tratamento é importante que cada coordenação defina qual a estratégia mais adequada, de acordo com sua realidade e organização. As coordenações podem emitir os relatórios de busca ativa às unidades de saúde/polos secundários ou agentes de saúde para que estes informem a situação da mulher e/ou busquem informações em outros sistemas, como o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) ou central de regulação.

Ainda na Portaria 741/2005, o Art. 16 determina que as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios devem adotar providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas na Portaria, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais⁽²⁸⁾.

A operacionalização desse processo demanda a construção de mecanismos ágeis e eficientes de relação e gestão intergovernamentais, configurando-se como outra importante estratégia de gestão no enfrentamento do câncer de mama.

Assim, os dados analisados permitem entender que a capacidade de garantir o direito de serviços de saúde qualificados à população tem que ser construído em nível de sociedade e, portanto, de modo corresponsável entre os diferentes segmentos envolvidos. A construção de uma corresponsabilidade de todos funda-se em primeiro lugar no nível local ou regional, uma vez que o poder desses níveis é central, podendo ser verdadeiros catalisadores desta construção.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo em torno das estratégias dos gestores municipais no enfrentamento da problemática do câncer de mama evidenciou que organizar e/ou reorientar modelos de atenção à saúde requer a compreensão da situação de saúde de determinado local para que se possa atuar nessa realidade.

Além disso, a realização deste estudo evidenciou que o enfrentamento dessa patologia requer uma infraestrutura sistêmica muito efetiva, o que demanda a realização de ações integradas, de variados níveis de complexidade, sendo de extrema importância que os gestores e trabalhadores enfrentem estes problemas com respaldo legal, técnico e científico, estruturando no Sistema Único de Saúde uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população⁽¹⁶⁾.

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⁽¹⁶⁾.

Além desses fatores, a pesquisa permitiu identificar outras importantes estratégias de gestão municipal no enfrentamento do câncer de mama, como: utilização e gestão da informação (dados epidemiológicos) para planejamento, implantação, monitoramento e avaliação das ações; conhecimento e compreensão sobre a problemática; modo de organização e definição de prioridades; e instituição de processos de corresponsabilização com articulação entre os diferentes níveis de governo.

Entretanto, com base no resultado das entrevistas, pode-se perceber certa fragilidade da maioria das gestões locais em relação à execução dessas estratégias, bem como dificuldades em cumprir regularmente as ações preconizadas na legislação, mesmo demonstrando reconhecimento de sua importância nesse contexto. Além disso, identificou-se também que esses gestores apresentam dificuldades em perceber o papel da atenção básica no sistema, mesmo à luz do que as políticas públicas de saúde determinam.

Nesse sentido, aponta-se a necessidade de a prevenção e o controle do câncer de mama adquirir o mesmo foco e a mesma atenção, por parte dos gestores, que a área de serviços assistenciais, pois, quando o número de casos novos aumentarem de forma rápida conforme tendência mundial, não haverá recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento⁽²²⁾. Dessa forma, essa patologia continuará a repercutir em altos índices de incidência e mortalidade.

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 como elemento ordenador do sistema e não apenas cumpridor de oferta de serviços. Ao prover serviços integrais e resolutivos, o nível primário contribuirá para diminuir a demanda pelas estruturas de maior complexidade tecnológica, podendo assim refletir positivamente na problemática em questão⁽²⁷⁾.

Estas considerações, desveladas implicitamente na análise dos dados, incitam a necessidade de novas pesquisas para melhor compreender como se potencializa um processo de gestão municipal de saúde a partir das estratégias de enfrentamento dos seus gestores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Atlas da Mortalidade. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: 13 de março de 2012.
3. NICOLAU, I. O conceito de estratégia. Campo Grande: INDEG/ISCTE, 2001.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 dez. 2005.
5. NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisa em administração, 1996.
6. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado. Dados e estatísticas: nascimentos e mortalidades. Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/484/?Nascimentos_e_mortalidade Acesso em: 15 de outubro de 2012.

7. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.
8. CHIZZOTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2003.
9. RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.
10. GOMES, A. M. de A. et al. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. São Paulo: Saúde Soc., 2008.
11. CAMPOS, G. W. de S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2.ed. 2011.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases da Ação Programática. Brasília: Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
13. MARINHO, M. F. de O. Os limites da gestão municipal na incorporação de tecnologias: o caso da mamografia na região do Médio Paraíba. 2011. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2011.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
15. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama - (Cadernos de Atenção Básica; n. 13). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
16. MARTINS, C. H. F. Ambiente de informações para apoio à decisão dos gestores do controle do câncer de mama. 2009. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva - organização e funcionamento. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

19. BRASIL. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 abr. 2008.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2009.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

24. DIRETRIZES para organização das redes de atenção à saúde do SUS. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Versão/dezembro, 2010.

25. KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. Texto Contexto Enfermagem, v. 15, n. 3, p. 434-44, 2006.

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

27. ALVES, M. J. M. et al. 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.

28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005.