

Câncer de Colo de Útero e Mama: Concepção dos Gestores do Sistema Único de Saude*

Cáncer de cuello uterino y mama: concepto de los gestores del sistema único de salud

Cervical and Breast Cancer: Concept of Managers of Unique Health System

MARIA CARLA VIEIRA PINHO*, DENISE ALBIERI JODAS**, MARIA JOSÉ SCOCHI***

Resumo

O objetivo do estudo é apreender a compreensão dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, no que se diz respeito às suas diretrizes e funcionamento, a fim de avaliar suas concepções sobre o programa referido. Pesquisa qualitativa, entrevista aberta com seis gestores do Sistema Único de Saúde, sendo um estadual, um municipal e quatro coordenadores locais. Os resultados mostraram que não há apropriação das diretrizes do Programa pelo gestor municipal e pelos coordenadores das unidades. O abastecimento do material para coleta de exame se faz de forma regularizada, o controle

laboratorial é pouco conhecido e os coordenadores não conhecem os sistemas de informações. Diante disso, fica explícita a necessidade de promover capacitação dos profissionais para a execução deste programa, além de enfatizar a importância da integração entre os trabalhadores do âmbito estadual, municipal e local.

Palavras chave: avaliação em saúde, saúde da mulher, atenção primária à saúde, sistema único de saúde (fonte: DeCs, BI-REME).

Resumen

El objetivo del estudio es aprehender la comprensión de los gestores del Sistema Único de Salud (SUS) sobre el Programa de Control del Cáncer de Colon de útero y de Mama, con respecto a sus políticas y operaciones, a fin de evaluar sus concepciones sobre el programa referido. Estudio cualitativo, entrevista abierta con seis gestores del Sistema Único de Salud, siendo un estadual, un municipal y cuatro coordinadores locales. Los resultados mostraron que no hay asunción de las directrices del programa por el gestor municipal y por los coordinadores de las unidades. El abastecimiento del material para colecta de examen se hace de forma reglamentar, el control laboratorial es poco conocido y los coordinadores no conocen los sistemas de informaciones. Teniendo en cuenta esto, queda explícita la necesidad de promover la capacitación de los profesionales para la ejecución de este programa, allende enfatizar

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Docente do Departamento de Enfermagem do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). E-mail: mariacarlapp@uol.com.br. São Paulo-SP, Brasil.

**Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Docente do Departamento de Enfermagem do Instituto Federal do Paraná, Campus Londrina. E-mail: denisealbieri@yahoo.com.br. Londrina-PR, Brasil.

*** Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: mjscochi@uem.br. Maringá-PR, Brasil.

**** Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado da primeira autora. Autora responsável: Maria Carla Vieira Pinho / Rua Pires da Mota, 647 apto 82 B / São Paulo-SP, Brasil.

la importancia de la integración entre los trabajadores del ámbito estadual, municipal y local.

Palabras clave: evaluación en salud, salud de la mujer, atención primaria de salud, sistema único de salud (fuente: DeCs, BIREME).

Abstract

The purpose of this study is to understand managers of the Unique Health System (SUS) about the Cervical and Breast Cancer Control Program with respect to their policies and operations in order to assess their conceptions about the aforementioned program. It is a qualitative study of open interview with six managers of the Unique Health System, of which one is a state manager, one is a municipal manager and four are local coordinators. The results showed that neither the municipal manager nor the unit coordinators follow the program guidelines. Provision of the material for the test is regulated, laboratory control is not very known and the coordinators do not know the information systems. With this in mind, it is evident the need of promoting training of professionals for the execution of this program and making emphasis on the importance of integration among workers at state, municipal and local level.

Key words: Health assessment, women health, primary health care, unique health system (Source: DeCs, BIREME).

INTRODUÇÃO

O câncer de mama e de colo de útero são os cânceres que mais acometem as mulheres, com aumento crescente na taxa de mortalidade nas últimas décadas. O câncer de colo de útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Por ano, faz 4.800 vítimas fatais e cerca de 18.430 novos casos. O número de mortes em 2009 foi de 5.063 para câncer de colo de útero e a estimativa para novos casos em 2012 é de 17.540 (1). No entanto, mulheres diagnosticadas precocemente, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100 % de chance de cura.

Com a Conferência Mundial sobre a Mulher, na China em 1995, o governo brasileiro passou a investir recursos na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero. Teve início então, em 1997, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama por intermédio de três fases: 1) projeto-piloto, que representava sua iniciação em seis

localidades brasileiras; 2) fase de intensificação, caracterizada pela introdução do Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (Siscolo), e 3) fase de consolidação, na qual foram capacitados os diversos profissionais da rede de serviços, inclusive no âmbito gerencial (2).

Esta estruturação teve como objetivo construir um sistema de informação que fornecesse subsídios para a identificação e acompanhamento das mulheres com testes diagnósticos positivos à doença e fundamentar a elaboração do planejamento estratégico voltado à promoção da saúde da mulher, bem como garantir o financiamento dos procedimentos realizados (2).

Além disso a avaliação é parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde a fim de obter um diagnóstico situacional e, se necessário, reordenar a execução das ações e serviços do programa contemplando as necessidades do usuário (3).

Diante disso, Donabedian (4) propõe uma tríade para a avaliação dos serviços de saúde, descrita em meados de 1960, na qual conceituou três aspectos dessa abordagem: estrutura, processo e resultado. Entende-se por estrutura os recursos necessários ao processo assistencial, abrangendo área física, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos; o processo corresponde às atividades da equipe de saúde no tratamento do paciente mediante padrões de qualidade estabelecidos pelos respectivos serviços e profissões; e o resultado constitui na análise dos produtos finais da condição de saúde e satisfação do usuário interno e externo.

Dentre os conceitos mais nomeados, temos que avaliar é atribuir valor, verificar se os objetivos propostos foram alcançados e se os resultados mudaram ou não a realidade ou a situação desejada, embasando de forma considerável a tomada de decisões (5, 6).

Diante desse contexto, pensou-se no gestor para a população deste estudo, pois ele é responsável por funções como: desenvolver planos estratégicos e operacionais que julgar mais eficazes para obtenção dos objetivos propostos pela organização, conceber estruturas e estabelecer regras políticas e procedimentos mais adequados aos planos desenvolvidos e, por fim, implementar e coordenar os planos por meio de um determinado tipo de comando ou controle.

Logo, este estudo tem o objetivo de apreender a compreensão dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, no que se diz respeito às suas diretrizes e funcionamento, a fim de avaliar suas concepções sobre o programa referido.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado no município de Londrina, estado do Paraná, que apresenta 1.650,809 km² de extensão, encontra-se em uma distância aproximada de 379 km da capital, Curitiba. Possui população estimada em 497.833 habitantes, 1.145 estabelecimentos de saúde e 1.628 leitos para internações hospitalares.

O município de Londrina está na modalidade de Gestão Plena do Sistema, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde n.1/ NOAS-SUS 2001, gerindo os recursos do Fundo Municipal de Saúde. Assim, a estrutura gerencial do SUS e de prestação de serviços no município de Londrina se dá por meio da Autarquia Municipal de Saúde. A Autarquia, com vistas a garantir a prestação de serviços em seu território, assumiu a responsabilidade por toda a programação, controle e avaliação pertinente ao Sistema de Saúde local, executando desde as ações de saúde na atenção básica, programas prioritários, vigilâncias epidemiológica e sanitária, entre outras, até serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por meio de prestadores de serviços de saúde filantrópicos e privados (7).

A rede pública municipal é composta por 54 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), sendo 41 na zona urbana e 13 na zona rural, 36 clínicas odontológicas em UBSs, além de 1 clínica de especialidade odontológica, além de outros serviços de assistência direta à população.

Para este estudo foi realizado um levantamento dos planos municipais de saúde, desde o ano da implantação do Programa do Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, dos relatórios de gestão, contatos informais com representantes do Conselho Municipal de Saúde de Londrina e de possíveis fontes de documentação do município, nos registros da Diretoria de Ações em Saúde por se acreditar que, com este levantamento, seria possível uma aproximação com o funcionamento do Programa do município.

Além da análise documental, fez-se necessária a coleta de dados sobre as diretrizes do Programa, a dis-

posição e regularidade no abastecimento dos materiais necessários para a coleta de citologia oncótica, os mecanismos de controle na qualidade laboratorial, os registros e informações a respeito do câncer ginecológico, e sobre a questão da pactuação da cobertura de exames por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com o responsável estadual do Programa, com o representante municipal e com quatro coordenadores das unidades selecionadas. Foram selecionadas quatro UBSs, duas de maior e duas de menor cobertura do exame citopatológico, denominadas UBS A, B, C e D. A coleta de dados procedeu em junho de 2005.

Os seis gestores entrevistados foram: o responsável estadual pelo Programa, lotado na 17^a Regional de Saúde do Paraná, o representante municipal que atua na Diretoria de Ações em Saúde em Londrina, e os quatro coordenadores das UBSs selecionadas.

Foi utilizado o roteiro de entrevista aberta, em que se questionou os gestores sobre o que são e quais são as diretrizes do programa, a disposição e regularidade no abastecimento do material para realização da citologia oncótica, os mecanismos de controle de qualidade laboratorial e a pactuação da cobertura dos exames. Caso não tivesse sido abordado algum tema de interesse para a pesquisa, o entrevistador sentia-se à vontade para questionar, a fim de atender a pergunta norteadora desta pesquisa: Como os gestores do SUS compreendem as diretrizes e o funcionamento do Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama?

Aos coordenadores das unidades locais foram acrescentadas questões sobre treinamento e reorientação para os profissionais que atuam no município e sobre a existência de protocolos de atendimento às mulheres.

As informações obtidas na entrevista com os gestores foram gravadas em fitas K7 e posteriormente transcritas. Com esse procedimento, foram obtidos dados objetivos e subjetivos. Para o tratamento dos dados, buscou-se concordância entre o material coletado e as hipóteses provisórias, o que permitiu ampliar a compreensão de contextos com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens (8).

Foram utilizados alguns passos propostos por Minayo (8) como: ordenação dos dados, que engloba tanto as entrevistas como o conjunto do material de observação e os documentos populares e institucionais referentes ao tema; classificação dos dados, gerado a partir de uma

relação entre questões teoricamente elaboradas e questões trabalhadas em campo, provindas de um processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador; e, finalmente, a análise, na qual as duas etapas anteriores fazem uma inflexão sobre o material empírico.

Utilizamos a letra G (gestor) seguida do número correspondente à ordem da entrevista. As falas dos gestores, a partir da concepção da análise de conteúdo, foram categorizadas por relevância teórica, após a construção de quadros temáticos. São elas: 1) diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama; 2) disposição ou regularidade no abastecimento do material necessário para coleta da citologia oncótica; 3) mecanismos de controle de qualidade laboratorial; 4) registros e informações sobre o câncer ginecológico; 5) pactuação de cobertura de exames citopatológicos; 6) capacitação dos profissionais; 7) protocolo de atendimento às mulheres nas unidades de saúde.

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa estabelecido pela Universidade Estadual de Maringá, conforme preconiza a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado sob o parecer 29/2005.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos seis gestores entrevistados – um estadual (G1), um municipal (G2) e quatro coordenadores/gestores locais (G3...G6) das Unidades de Saúde –, cinco são enfermeiros e um é médico; são graduados em universidades públicas e o tempo de formação varia de 11 a 26 anos.

Diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

Sobre as diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, o gestor estadual fez referência aos objetivos do Programa, ao fluxograma de atendimento, ao monitoramento das mulheres, à periodicidade de exame preventivo do câncer do colo uterino, relatando que “... é preciso detectar o Câncer de colo inicial, acompanhar mulheres de acordo com o resultado do preventivo, monitorar as mulheres, coletar exame na faixa de 25 a 59 anos, principalmente de quem nunca coletou e facilitar o acesso...”(G1). O gestor municipal e os locais apenas se limitaram a dizer que seguem as

orientações e diretrizes do Estado do Paraná ou do Ministério da Saúde. A coordenadora da UBS D reforçou, ainda, que “*Não existe protocolo municipal*”(G6).

Além de articular uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial do município, as diretrizes do Programa visam permitir o acesso da mulher aos serviços de saúde, capacitar os profissionais de saúde, normalizar procedimentos e controles de qualidade, motivar a mulher a cuidar da sua saúde, fortalecer e aumentar a eficiência para o controle do câncer nessa rede (2).

Para a redução da mortalidade por cânceres ginecológicos e de acometimentos físicos, psicológicos e sociais provocados por esses cânceres, é necessário não somente que haja integração articulada entre os gestores e outros trabalhadores, mas também que se aja com responsabilidade e se cumpram as determinações.

Além disso, é necessário que exista consenso entre as organizações, gestores, pesquisadores, profissionais, instituições na definição de câncer ginecológico. Há aqueles que entendem câncer ginecológico referindo-se ao câncer de colo de útero, há os quais se referem a qualquer tipo de câncer que acometem o aparelho reprodutor feminino, inclusive de mama, e há aqueles que tratam distintamente câncer de colo de útero e câncer de mama.

Disposição e regularidade no abastecimento do material necessário para a coleta de citologia oncótica

Quanto à disposição e à regularidade no fornecimento do material necessário para a coleta da citologia oncótica, as falas dos gestores mostraram consenso. Os gestores locais referiram que houve melhora no abastecimento de material a partir do momento em que a forma de registro passou a ser informatizada, com o registro, em um programa, a saída de cada kit utilizado, composto por lâmina, escovinha, espátula e requisição. “*O abastecimento é automático por ponto de ressuprimento, dando baixa no Hygia*” (G5). A central de abastecimento faz, semanalmente, a reposição dos kits. “*Agora é pelo ponto de ressuprimento, deu uma regularizada, não tem tido muito problema, já é feita a reposição vinda da Centro-farma*” (G6).

Cabe ao município fazer o planejamento, solicitar à Regional de Saúde e distribuir às UBSs o material para a realização dos exames como: kits de coleta, fixadores, formulários de requisição de exames, planilhas de coleta e de material educativo e de divulgação. O Estado deve providenciar os impressos e materiais necessários, e repassar aos municípios via Regional de Saúde, além de controlar o uso desse material. À Coordenação Nacional do Programa, cabe garantir o pagamento de todos os procedimentos necessários para a execução do Programa (2, 9).

Todos os entrevistados expuseram que já houve falta de requisição. “Esse ano faltou requisição, porque a Centrofarma esqueceu [de] mandar” (G3). Porém, os coordenadores das unidades referiram que, apesar da falta de requisição, a coleta de exame citológico não deixou de ser feita, pois usavam algumas estratégias como servir-se de uma folha comum para registro dos dados solicitados na requisição, os quais eram transcritos para o impresso após a chegada do material, além de garantir, junto ao laboratório responsável pelo exame, que o material colhido não fosse perdido. “O material tem vindo regularmente. Já teve falta de requisição, mas mesmo assim não se deixou de colher o exame” (G4). Essas irregularidades trouxeram algumas limitações no fluxo de atendimento interno da UBS e dificuldade de operacionalização no dia da coleta dos exames.

Nesse contexto, percebem-se tanto as responsabilidades quanto a cooperação dos gestores para o abastecimento dos materiais utilizados. A disponibilidade e a distribuição dos materiais para a realização do exame preventivo de câncer ginecológico estão regularizadas e não caracterizam a diferença de cobertura de exames citopatológicos nas unidades de saúde, porém são reconhecidos os esforços e as estratégias utilizadas pelos profissionais das UBSs para manterem o seu compromisso com a usuária e realizar o exame preventivo, mesmo na falta de algum material utilizado no Programa. Os efeitos dessas ações e práticas implementadas podem ser um fator determinante de uma maior cobertura.

A existência ou fornecimento de materiais para as atividades de detecção precoce do câncer de mama, sejam folhetos explicativos, próteses educativas, espelhos para a instrução do autoexame entre outros, não foi mencionada.

Mecanismos de controle sobre a qualidade laboratorial

Os mecanismos de controle sobre a qualidade laboratorial foram mencionados por diferentes sujeitos. O gestor estadual (G1) referiu que “o Estado tem uma rotina de contraprova para fazer o controle de qualidade dos laboratórios”, mas não detalhou.

O gestor municipal (G2) disse que “Segundo o Estado, 5 % de todas as lâminas com resultados normais vão para o controle de qualidade e que são recebidos, por meio da Regional de Saúde, sendo que os laudos por vezes demonstram compatíveis e por vezes apresentam-se divergentes dos laudos dados pelos laboratórios do município”.

Duas coordenadoras das unidades relataram que “Existe esse controle de qualidade em que as amostras selecionadas vão para Curitiba” (G3, G4), sendo devolvida para a unidade uma cópia do laudo que é anexada ao prontuário da usuária; relataram também que, conforme exposto pelo gestor do município, às vezes o laudo possui a mesma informação daquele emitido pelo laboratório do município e às vezes traz alguma diferença. “Algumas vezes o laudo é o mesmo ou às vezes dá uma alteração, mas dizem que depende muito da visão do patologista que lê a lâmina” (G4).

Uma das coordenadoras referiu que o controle de qualidade laboratorial deve existir, mas que ela não tem conhecimento de como este acontece. “Acredito que deva existir, mas não tenho conhecimento sobre qual o tipo de controle” (G5). Uma das coordenadoras não fez menção ao controle de qualidade dos laboratórios.

Estudos têm demonstrado que, dos resultados falso-negativos, aproximadamente 38 % corresponde a erro de leitura. Recomenda-se a reeleitura (revisão) de, no mínimo, 10 % dos exames realizados, que deverão ser selecionados conforme os seguintes critérios: todos os exames insatisfatórios em decorrência de hemorragia, casos negativos aleatórios totalizando, no mínimo, 5 % do total dos exames realizados, e todos os casos do roteiro de critérios clínicos e citopatológicos de risco (10).

Outro estudo, realizado no México, objetivou avaliar os laboratórios de citopatologia que o Programa Nacional de Prevenção do Câncer Cervical daquele país atendiam; esse estudo concluiu haver problemas com os microscópios e com o abastecimento inadequado de reagentes e a necessidade de capacitação dos citotecnó-

logos, uma vez que 61 % desses profissionais não identificaram alterações nas amostras e 45 % a 46 % não identificaram carcinomas (11).

Um estudo analisou os resultados iniciais do Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (Siscolo – Qualidade) na rede de saúde pública de São Paulo, e os autores concluíram que esse Programa é aplicável no monitoramento externo, já que, além de atender às expectativas de qualidade definidas pelo Ministério da Saúde, ele não identificou casos de falso negativo e falso positivo, mostrando uma frequência de concordância de resultado em 86,62 % das lâminas revisadas (12).

No entanto, um estudo realizado no Amazonas refere que, ao analisar a adequabilidade das lâminas para leitura, observou que existiram um grande percentual de lâminas de difícil leitura, podendo indicar a baixa capacitação dos profissionais na coleta do exame ou, então, a qualidade duvidosa dos materiais (13).

A nomenclatura brasileira utilizada para laudos citopatológicos tem passado por constantes alterações. A adoção do Sistema de Bethesda, ainda que adaptado para o Brasil, facilita a comparação de resultados nacionais com os encontrados em publicações estrangeiras (2).

A experiência das pesquisadoras na atenção básica permite relatar a preocupação de muitos profissionais em não detectar alterações citológicas em nenhum dos exames realizados nas unidades ou por não encontrar casos alterados dependendo do laboratório que produziu o laudo. Alguns coordenadores de UBSs solicitaram à Diretoria de Ações de Saúde mudança de laboratório para a leitura da lâmina, já que não acreditam ser possível que os exames citopatológicos encaminhados por estas unidades não diagnostiquem casos alterados. Porém, essa Diretoria informa que essa mudança não é de sua governabilidade, mas há possibilidade de o coordenador solicitar uma mudança temporária a fim de comprovar que existe esta divergência envolvendo os laboratórios.

Em uma conversa informal com um patologista do município, onde os coordenadores de unidades confiam na qualidade dos laudos, verificou-se a preocupação que há em capacitar os citotecnólogos por meio da educação continuada, fechando o laboratório em alguns horários para discussão e apresentação das lâminas alteradas, inclusive com realização de testes de conhecimentos.

Ainda que o controle de qualidade laboratorial seja pouco conhecido, ele existe. Não foi possível analisar a qualidade das informações que são dadas às mulheres acerca do autoexame das mamas ou da qualidade dos exames clínicos das mamas realizados pelos profissionais, necessitando readequações nos instrumentos de coleta de dados utilizados no estudo.

Registros e informações sobre o câncer ginecológico

Sobre esse aspecto, o gestor estadual fez referências à implementação do Programa do Estado do Paraná denominado Busca Ativa, ao qual os laboratórios informam em quais cidades residem e quais são as mulheres que apresentam exames citopatológicos alterados. O Estado registra o resultado em um site no momento em que o laboratório de patologia passa o dado, devendo o município acessar esses dados por meio de um código próprio e alimentar esse sistema de informação. “*É de responsabilidade dos municípios alimentarem o sistema de informação...*” (G1).

Segundo esse gestor, “... *peelo último relatório, observou-se que há somente 0,2 % de alimentação do sistema*” pelos municípios que compõem a 17ª regional de saúde. Em algum momento também mencionou o Siscolo, mas não deu detalhes sobre o seu funcionamento.

O gestor municipal associou registros e informações sobre o câncer com os relatórios advindos das Unidades de Saúde, em que o nome da mulher consta no número da requisição utilizada e mencionou que, desde o começo do ano de 2005, o sistema está informatizado, sendo esse relatório extraído do setor de informática da autarquia municipal de saúde.

Os coordenadores das unidades fizeram referências aos registros e informações que produzem na unidade e ao caderno ou livro de registro em que consta a data da coleta do exame, o número de identificação da paciente, o número da requisição utilizada, o endereço e local para resultado do exame. “*Existem dois livros de controle, um do dia da coleta e outro quando tem resultado alterado...*” (G4). Uma coordenadora referiu saber que “...*se faz registro em algum lugar que não na UBS porque o laboratório cobra a busca ativa a determinadas mulheres com alguma alteração*” (G6).

O coordenador estadual ou municipal do Programa deve fornecer os dados do Siscolo ao coordenador local,

permitindo-lhe ter o acesso ao desempenho da sua unidade e de seus profissionais e, com isso, analisar, entre outros fatores, a qualidade da amostra e a necessidade de reciclagem dos profissionais sobre o procedimento de coleta (3).

A Secretaria Estadual de Saúde explica: “um sistema de vigilância epidemiológica só se completa quando se cumprem as funções básicas de levantar informações que orientam os profissionais e serviços de saúde sobre as variáveis relevantes para o efetivo controle das doenças, agravos e problemas de saúde”. A mesma publicação complementa que isso implica não apenas a implantação de mecanismos de coleta e análise de dados, mas também a divulgação das informações (14).

Nas unidades de saúde, os livros de registros mostraram-se organizados e possibilitam sua utilização para a localização das usuárias. As informações registradas pelos serviços deveriam ser utilizadas para a análise da situação de saúde, definição de prioridades, reorientação das práticas, mas muitas vezes os sistemas de informações apresentam qualidade duvidosa, inacessíveis, não padronizados, e ainda de utilidade desconhecida pelos trabalhadores que as produzem rotineiramente. Isso dificulta os processos de avaliação. Como esses profissionais podem contribuir com a qualidade do registro de informação se não conhecem a sua finalidade?

Os profissionais das unidades devem ter conhecimentos sobre esses sistemas de informações, pois, a partir da sua compreensão, as informações poderão ser elaboradas de forma apropriada.

Os registros estão direcionados às atividades do exame preventivo do câncer do colo uterino; não foram mencionados registros acerca das atividades para detecção precoce do câncer de mama. Se essas atividades são realizadas, devem ser registradas, não somente para ciência sobre a produção dos profissionais, perfil e controle do número de mulheres orientadas para realização do autoexame das mamas, conhecimento das dúvidas mais frequentes, entre outros, mas também para sensibilização dos gestores, profissionais e mulheres sobre a importância da realização adequada do exame clínico e realização periódica do autoexame das mamas.

Pactuação da cobertura de exames citopatológicos

Na percepção do gestor estadual (G1), a pactuação sobre a cobertura de exames citopatológicos “... é feita pelo *Sispacto anualmente*”, o qual “... tem um índice para alcançar junto à população de 25 a 59 anos”. Cada município tem que se enquadrar dentro do índice porque tem que cumprir o que foi pactuado. Segundo esse gestor, é utilizada, para o cálculo, a população levantada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No entendimento do gestor municipal (G2), a pactuação é feita anualmente e, para chegar ao pacto de metas, “... é feita uma reunião com todos os coordenadores das unidades”. Refere este gestor que, para o ano de 2003, “... a meta foi maior ou igual a 35 %, a qual, porém, não foi atingida. Para 2004, a meta pactuada foi maior ou igual a 20 %, mas atingiu 19 %; então, para 2005, a meta pactuada foi de 19 %”.

Confirmando as dificuldades ainda enfrentadas pelo Programa, a meta de cobertura de exames citopatológicos para o ano de 2008 foi de 25 %, no entanto foram atingidos 19 % (7).

Os coordenadores de unidades relataram ter ciência da existência da pactuação. Um referiu “... já ouvi falar da pactuação, mas nunca participei” (G3), apenas conhece o dado pronto que lhe chega às mãos. Outro menciona que sabe que existe a pactuação e que se tem que atingir metas no nível local. Uma coordenadora referiu que “A pactuação de metas é feita no município, mas que não são todas as pessoas envolvidas que dela participam” (G5). Ela mesma não participa da pactuação, mas tem conhecimento do que foi pactuado e da meta que se tem que atingir, pois em reuniões comunica-se o que foi pactuado. Outra coordenadora expôs que às vezes a coordenação participa da pactuação, que se fazem reuniões e que a Secretaria Municipal de Saúde faz o pacto do município, e acredita que exista o pacto estadual.

Nesse momento, ainda que não indagados, somente o gestor representante do Estado referiu que, na prática, muitos municípios não alcançam a meta da pactuação e alegam a falta material ou que ele chega com atraso, bem como a falta de treinamento para os profissionais ou desligamento do cargo de médico ginecologista; porém, segundo esse gestor, esses argumentos não são convincentes. Desde 2005, os representantes devem identificar o problema dos seus municípios e, juntamente com o

responsável da regional de saúde, devem corrigi-lo, uma vez que estarão juntos verificando os indicadores a cada três meses.

Não houve relatos sobre pactuação de metas relacionada ao câncer de mama, porém existe a pactuação da taxa de mortalidade de mulheres por esse câncer, que é um indicador que reflete a ocorrência de óbitos por câncer de mama na população feminina. Em Londrina, no ano de 2003, a meta pactuada foi a ocorrência de 14,68 óbitos por câncer de mama ou menos para 100 mil mulheres e obteve como resultado 13,65 óbitos por 100 mil nesse ano. Para 2004, pactuou-se uma taxa de 13,65 óbitos ou menos para 100 mil mulheres, mas a meta não foi atingida, visto que a taxa chegou a 14,69 por 100 mil.

Diante dos relatos, houve dúvidas sobre a real importância do pacto de indicadores para os gerentes das unidades, que estão em contato direto com a população e com trabalhadores da saúde. Sendo a pactuação de metas considerada item essencial para a avaliação dos serviços de saúde, será necessário refletir sobre as formas de esclarecer os sujeitos envolvidos nesse processo, tornando-o efetivo, valorizado e útil para os profissionais que produzem esses indicadores e não apenas para servir de instrumento burocrático a ser cumprido pelos gestores em razão de possíveis incentivos financeiros.

A pactuação de metas relacionadas ao câncer de mama não foi lembrada, o que aponta a necessidade de instigar os profissionais a se apropriarem da prevenção do câncer de mama como prática cotidiana de trabalho e associá-la às práticas de prevenção do câncer de colo de útero.

Capacitação dos profissionais que atuam no município

Esse tema foi abordado com os gestores locais, os quais deram diferentes pareceres. Relataram que os treinamentos aconteceram com a implantação do Programa Saúde Família (PSF) no município em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde e que, na ocasião, participaram ginecologistas e enfermeiros. Alguns relataram a participação em aulas práticas; outros, participação em palestras, mas nada que significasse segurança para atuar na coleta de exames citopatológicos. *“Teve treinamento logo que foi implantado o PSF, mas não saiu segura. Quando era admitida uma enfermeira, as próprias enfermeiras das UBSs a treinavam”* (G3).

Um desses gestores referiu que participou de vários treinamentos em momentos diferentes, mas que *“... nos últimos dois anos não foi oferecido nenhum treinamento”* (G6). De forma geral, os gestores não especificaram os temas abordados nos treinamentos.

Planejar treinamentos ou reorientações para os profissionais é indispensável, porém mais importante que sua promoção pelo estado, município ou unidade de saúde, é a capacitação com vistas à produção de segurança técnica, nas orientações individuais ou de grupos, e o aumento do número de exames realizados, com reflexos na detecção precoce dos casos.

Na capacitação dos profissionais, é necessário que eles sejam sensibilizados para a importância de detectar precocemente o câncer de mama, que possam realizar o exame clínico das mamas com segurança e sintam-se aptos a ensinar o autoexame das mamas às mulheres.

A Autarquia Municipal de Saúde de Londrina tem apostado na utilização de ferramentas que possibilitem mudanças no processo de trabalho e na cultura das organizações. Entre essas ferramentas está a Educação Permanente em Saúde, apresentada como uma proposta educativa de intervenção, baseada no processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe centralizado nas circunstâncias e problemas do seu ambiente de trabalho, em suas práticas diárias e nas necessidades de saúde da comunidade com a qual trabalha. Essa proposta não permite uma análise aprofundada da percepção e sua incorporação no cotidiano dos profissionais e gestores, e igualmente dos possíveis resultados alcançados.

Protocolo de atendimento às mulheres nas unidades de saúde

No geral, os gestores locais referiram inexistir um protocolo formal do município de Londrina, mas cada unidade, dentro da sua realidade, estabelece o seu fluxograma de atendimento, seja por procura espontânea da usuária, seja por busca ativa da equipe de saúde ou por encaminhamentos originados de dentro da própria unidade, como a solicitação da realização do exame citológico pelo clínico geral, enfermeira ou auxiliar de enfermagem. *“Trabalhamos com procura direta; sem queixa, colhe com o enfermeiro; se tiver queixa, colhe com o médico”* (G4). *“Estamos tentando fazer busca ati-*

va para aumentar a cobertura. Os ACS fazem busca na área” (G6). Além disso, a maioria das unidades dispõe de agendas para realização do exame com as enfermeiras e médicos ginecologistas.

Também houve relatos sobre os serviços de referência de alta complexidade e táticas de acompanhamento para os casos de mulheres com resultados de exames alterados. *“Resultados normais ficam acumulados, alterados são convocados... quando necessário, encaminhamos para o Instituto do Câncer de Londrina”* (G3)

Há, ainda, uma unidade que procura envolver todos os trabalhadores, desde a recepção, para abordar a usuária sobre a situação do exame citopatológico, independentemente do atendimento que ela procura e identificá-la mediante carimbos na capa do prontuário a fim de permitir que qualquer profissional visualize a data do último exame realizado e também fazendo anotações em fichas de acompanhamento no programa do planejamento familiar.

“A paciente procura a unidade para qualquer coisa e todos veem se o CO está em dia ou não. A coleta é feita imediatamente dependendo do caso. Existe carimbo na capa do prontuário da mulher onde tem a data da última coleta” (G3). À usuária que raramente utiliza o serviço, mas que compareceu a unidade, o exame preventivo é realizado de forma imediata.

Com objetivos, padronizações de normas e procedimentos de prevenção e assistência definidos, o atendimento é resolutivo e, conseqüentemente, melhorado. Nas UBSs de maior cobertura, as rotinas e fluxogramas de atendimento são divulgados igualmente entre todas as categorias profissionais, desde a recepção da mulher na unidade. Todos os entrevistados expressaram de forma semelhante a abordagem no Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Nas UBSs de menor cobertura, as informações ficam detidas com os coordenadores e profissionais que realizam a coleta do exame citopatológico e não existem estratégias para captação ou acompanhamento das mulheres.

Em um estudo de fatores que determinam a adesão ao exame citopatológico, mostram que a principal barreira é o fato de o médico ou outro profissional de saúde não ter solicitado o exame, o que indica que muitas mulheres não se sentem com direito ou conhecimentos suficientes para requerê-lo (15).

Houve gestores que fizeram algumas considerações sobre: o Programa, considerando seu alto custo; a melhoria do acesso ao exame em virtude de as enfermeiras contratadas pelo PSF realizarem a coleta do exame preventivo; a necessidade de integrar a equipe do PSF com as atividades do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama e a necessidade de sistematizar o Programa do município; a dificuldade para atingir a meta pactuada pela extensa área de responsabilidade da unidade de saúde; o perfil da população que utiliza outros serviços de saúde; e a equipe do PSF, considerando-a incompleta.

Um coordenador explicou: *“várias coisas acabam para as enfermeiras que têm que fazer sisprenatal, puericultura, puerpério, e a enfermeira que tem papel de coordenação e de equipe traz um acúmulo de função”* e complementou: *“esse acúmulo é uma coisa que angustia, porque a gente não consegue absorver toda a demanda de serviço, que teríamos esse papel enquanto enfermeiras”* (G6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito sobre câncer ginecológico não demonstrou consenso entre os gestores de saúde, o que dificultou a apropriação da prevenção do câncer de mama como prática de trabalho e sua associação às práticas de prevenção do câncer de colo de útero.

Recomenda-se uma maior integração entre os níveis de gestão para que os sistemas sejam padronizados com uniformidade na prática das ações, fontes de registros e reestruturação de bancos de dados existentes, ao invés da criação de outros, e evitar, assim, a duplicidade de informações.

Além disso, é imprescindível instituir a avaliação como plano de ação no âmbito estadual, municipal e de cada UBS, a fim de identificar os nós críticos do processo de trabalho, refletindo e propondo intervenções para melhoria do serviço de saúde e, conseqüentemente, o atendimento ao usuário.

Acredita-se que, por meio das informações discorridas neste estudo, foi possível discutir as facilidades e dificuldades do desenvolvimento do Programa sob a ótica da compreensão dos gestores, bem como contribuiu para o estabelecimento de planos municipais e instrumentalização dos gestores para a avaliação.

REFERÊNCIAS

- (1) Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. [internet]. Disponível em <http://www.inca.gov.br>.
- (2) Ministério da Saúde (BR). Controle dos cânceres do colo do útero e mama. Brasília. Cadernos de Atenção Básica, DF; 2006.
- (3) Ministério da Saúde (BR). Manual técnico dos profissionais da saúde: prevenção do câncer do colo do útero. Brasília, DF; 2002.
- (4) Donabedian A. The seven pillar of quality. Archives Pathology Laboratory. Medicine; 1990, p. 1115-1118.
- (5) Contandopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (Organizador). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- (6) Gil CRR, Silva AMR, Campos JJB, Baduy RS. Avaliação em saúde. In: Andrade SM (Org.). Bases da Saúde Coletiva, Londrina: EDUEL; 2001.
- (7) Prefeitura Municipal de Londrina (PR). Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão da saúde 2008. Londrina; 2008.
- (8) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004.
- (9) Secretaria do Estado do Paraná (PR). Manual do Programa de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico. Curitiba: SESA; 2002.
- (10) Ministério da Saúde (BR). Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Manual Técnico: Laboratórios. Brasília (DF); 2002.
- (11) Flisser A, Garcia-Malo F, Canepa MA et al. Implementations and evaluations of a national external quality control program for cervical cytology in México. Rev. Salud Pública de México, México, DF 2002; 44(5):431-436.
- (12) Maeda MY, Loreto C, Barreto E et al. Estudo preliminar do Siscolo: qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. Jornal Brasileiro de Patologia Médico Laboratorial, Rio de Janeiro 2004; 40(6):425-429.
- (13) Correa DAD, Vilella WV. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas. Rev. Bras. Saúde Mat. Infantil 2008; 8(4):491-497.
- (14) Secretaria do Estado do Paraná (PR). Boletim Epidemiológico, Curitiba, ano 7, n. 20; 2004.
- (15) Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. Rev Saúde Pública, São Paulo 2005; 39(2):270-276.