

Uma análise das práticas da gestão municipal para alcance das metas do controle do câncer de colo do útero na Regional de Saúde Colatina/ES

Analysis of the practices in the municipal management for achieving the goals for the control of cervical cancer in the Regional Health Agency in Colatina, Espírito Santo

Análisis de las prácticas de la gestión municipal para alcanzar las metas de control del cáncer del cuello uterino en la Regional de Salud de Colatina/ES

Neila Cabral de Souza Cavalcante¹
Anna Tereza Miranda Soares de Moura²

RESUMO: Objetivo: analisar as práticas da gestão municipal para o alcance de metas do controle do câncer do colo do útero na Regional de Saúde de Colatina/ES. **Métodos:** estudo de natureza qualitativa, descritivo e exploratório, a partir de informações levantadas nos 18 municípios pertencentes à referida Região. Foram realizadas sete entrevistas individuais semiestruturadas com os gestores, divididas em eixos temáticos e com reflexões a partir de análise de conteúdo. **Resultados:** observou-se que os gestores conhecem as recomendações dispostas nas políticas e programas, mas organizam suas ações de acordo com a realidade da demanda local, não conseguindo implantar todas as propostas dos pactos de saúde. Em relação à contratação de profissionais, foi relatado que não existe um perfil previamente traçado para recrutamento e seleção para atuação em serviços de saúde da mulher na Estratégia de Saúde da Família. **Conclusão:** parece existir fragilidade nas práticas de gestão no que se refere ao planejamento das ações e na organização do serviço, devido

1 Graduada em Enfermagem pela UNIGRANRIO/RJ. Mestre e doutoranda em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá/RJ. Atua como Referência Estadual do Programa Mais Médicos para o estado da Bahia.

2 Doutora em Saúde Coletiva – IMS/UERJ. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – IDOMED/Estácio.

a demandas cotidianas. Além disso, observou-se que a organização de reuniões regulares de pactuação poderia possibilitar trocas de experiências entre os gestores. Outras iniciativas podem colaborar no alcance de metas, como a implementação do COAP; o consorciamento para as referências laboratoriais e especialidades médicas e a implementação do Plano de Carreira, Cargos e Salários. Os gestores reconhecem a necessidade de melhorias dos serviços e maior autonomia para que possam dinamizar o processo de trabalho.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Objetivos Organizacionais; Administração de Serviços de Saúde.

ABSTRACT: Objective: Analyzing the practices in the municipal management for achieving the goals for the control of cervical cancer in the Regional Health Agency in Colatina, Espírito Santo.

Methods: A qualitative, descriptive and exploratory study based on information extracted from the municipalities belonging to the referred region. Seven individual semi-structured interviews were made with the managers, divided into main themes and with reflections based on content analysis.

Results: It was noticed that the managers know the recommendations given by policies and programs, but they organize their actions based on the reality of the local demand, not being able to implement all the proposals of the health agreements. About the contracting of professionals, it was reported that there's no profile previously defined for recruiting and selection for performing in health services of the women in the Health Strategy of the Family. **Conclusion:** It seems like there's fragility in the management practices when it concerns the planning of actions and service organization, due to the daily demands. Besides that, it was noticed that the organization of regular meetings of agreement could make it possible exchange of experiences among the managers. Other initiatives can collaborate for achieving goals, like the implementation of COAP; the consortium for the laboratorial references and medical specializations and the implementation of the Career Plan, Job Positions and Salaries. The managers recognize the need for improvements in the services and a bigger autonomy so that the work process can be boosted.

Keywords: Neoplasms of Cervical Cancer; Organizational Goals; Health Services Administration.

RESUMEN: Objetivo: Analizar las prácticas de la gestión municipal para alcanzar las metas de control del cáncer del cuello uterino en la región de salud de Colatina, Espírito Santo (Brasil).

Método: Estudio de naturaliza cualitativa, descriptivo y exploratorio, a partir del levantamiento de informaciones en 18 municipios de la región del estado. Se realizaron 07(siete) entrevistas individuales semiestructuradas con los gestores de salud, divididas en sesiones, temáticas y análisis de los contenidos. **Resultados:** Se observó que los gestores conocen las indicaciones dispuestas en las políticas y el programa, organizan las acciones de acuerdo con la realidad de la demanda local, pero no logran implementar todas las propuestas del programa de salud. En relación a la contratación de profesionales, no existe un perfil profesional específico para actuar en el área de salud de la mujer, en la Estrategia de salud de la familia. **Conclusión:** Hay fragilidad en las prácticas de gestión en lo que se refiere al planeamiento de las acciones y la organización del servicio, debido a las demandas cotidianas. Además, se observó que las reuniones regulares para la

organización del trabajo pueden posibilitar el intercambio de experiencias entre otros gestores, otras iniciativas pueden colaborar al alcance de las metas, como la implementación del COAP, o lograr acuerdos para referencias de indicadores de laboratorio, especialidades médicas y la adherencia de un plan o programa de carrera, cargos y salarios. Los gestores reconocen la necesidad de mejorar los servicios y una mayor autonomía para lograr la dinámica en el proceso de trabajo.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino; Objetivos Organizacionales; Administración de los Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Estudos demonstram mudanças nas doenças consideradas de grande proporção entre homens e mulheres e com posição de destaque para os agravos não transmissíveis. A mortalidade por câncer no mundo cresceu 8% entre 2008 e 2012, passando de 7,6 milhões para 8,2 milhões de óbitos anuais. No Brasil, os cânceres de pele não-melanoma, mama, intestino e colo do útero foram considerados os mais incidentes na população feminina, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer de 2014. Também se observa queda no número de casos de câncer de colo do útero nos últimos anos¹. Além dos avanços tecnológicos para prevenção e tratamento, o cenário atual de redução da incidência do câncer de colo do útero foi conquistado através da construção e aplicação de diversas políticas e programas desenvolvidos. Um dos programas que merece destaque é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), datado de 1984^{2,3}. O PAISM propunha a transição do foco gravídico-puerperal para o cuidado integral da saúde da mulher de forma que fosse vista e atendida em todas as suas necessidades. Além disso, visava à descentralização e à regionalização dos serviços de saúde e ao desenvolvimento de ações em vários pontos do território de abrangência^{2,3}.

A disseminação das ações e o alcance de mulheres que nunca haviam realizado o Exame de Papanicolau foram pontos inseridos no primeiro Programa de Rastreamento e Detecção Precoce do Câncer do Colo do Útero (Programa Viva Mulher) em 1997. Logo após, foi introduzido o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero visando o acompanhamento das ações que movimentaram a busca ativa de mulheres para realização do exame e monitoramento das informações geradas através das ações de saúde⁴.

Diante da particularidade e da constância dos índices relacionados aos cânceres femininos, uma nova edição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi desenvolvida, para contemplar lacunas relacionadas às ações com foco em grupos não contemplados, mulheres residentes das zonas rurais, com deficiências, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas. Em 2011, essa política retorna com implementações de ações efetivas sobre os grupos vulneráveis não considerados na edição anterior⁴.

A implementação dessa política e programas fomentou a adequação de ações na ponta, porquanto o Ministério da Saúde propôs indicadores e metas que seriam pactuadas entre os entes federativos. A ideia era contribuir para o planejamento de ações, direcionamento de equipes para a priorização

de problemas, além de revelar quais as condições reais de saúde da população^{5,6}.

Como proposta para o planejamento e apoio das ações de saúde desenvolvidas nos municípios surgem diversos instrumentos de pactuação entre os entes federados. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) foi lançado em 2011 e estabelece metas que contribuirão para a resolução de problemas, aprimoramento, amadurecimento e fortalecimento da gerência do sistema de saúde⁶. Mesmo diante do apoio do COAP e de toda estrutura ofertada pelo programa, o gestor local ainda enfrenta algumas barreiras relacionadas aos recursos humanos e financeiros, estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, atendimento às demandas de usuários e funcionários⁷. Assim, o presente estudo busca analisar as práticas da gestão municipal para o alcance de metas do controle do câncer do colo do útero na Regional de Saúde de Colatina/ES.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo traz um recorte de pesquisa que empregou abordagem qualitativa, buscando as experiências sociais vividas no cotidiano do trabalho desenvolvido nas Secretarias de Saúde onde atuam os sujeitos pesquisados. Desta forma, teve como proposta identificar as ferramentas e práticas utilizadas pela gestão municipal da região elencada para o alcance das metas relacionadas à abordagem do câncer de colo do útero, assim como analisar a percepção dos gestores quanto às dificuldades e possibilidades neste processo.

Aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá sob o parecer número 985.534, pesquisa cumpriu as exigências da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na Resolução 466/2012. Também foi solicitada autorização por escrito às Secretarias Municipais envolvidas na coleta das informações junto aos gestores.

O cenário da investigação envolveu os 18 municípios da região central do Espírito Santo pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Colatina (SRSC) que se delimita como abrangência de referência técnica em Saúde da Mulher, às Redes Cegonha e Bem Nascer. O núcleo estadual é a referência para os Portadores de Doenças Crônicas-não transmissíveis, onde se inclui o controle do câncer de colo do útero, para os municípios desta Regional.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa envolveram os cargos de gestão, Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador do Programa Municipal de Saúde da Mulher, da Estratégia de Saúde da Família ou da Atenção Básica. Também era preciso estar atuando ou que tenha atuado, no mínimo por dois anos, no desenvolvimento do Programa de Saúde da Mulher, em particular no Controle do Câncer do Colo do útero. Por fim, foi considerada a participação em reunião de pactuação de indicadores da saúde da mulher. Não houve critérios de exclusão.

A amostra final foi composta por sete municípios em que os gestores municipais de saúde

preencheram os critérios de inclusão com duas recusas a participação na pesquisa.

Foram aplicadas entrevistas semiestruturada com questões abertas agrupadas em eixos temáticos, aos gestores de saúde dos municípios selecionados. Os temas foram divididos conforme os objetivos deste estudo, para posterior análise de conteúdo com categorias analíticas prévias, segundo Bardin⁸.

O roteiro de entrevista foi dividido em duas partes, sendo a primeira direcionada ao perfil acadêmico e profissional do entrevistado e a segunda parte composta por perguntas abertas, divididas em quatro categorias e subcategorias, para análise dos dados (QUADRO 1). Todos os depoimentos coletados foram gravados, em meio digital, e transcritos.

Quadro 1. Categorias e subcategorias de análise – Espírito Santo, 2015

CATEGORIAS	OBJETIVOS	SUBCATEGORIAS
RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS	<p>Discutir sobre a valorização dos gestores quanto ao recrutamento e seleção dos RH, principalmente da ESF, que desenvolverão o programa de saúde da mulher;</p> <p>Identificar se a aplicação de RH e financeiros depende ou não de alcance de metas no controle do câncer de colo do útero;</p> <p>Conhecer o organograma municipal e o plano de Cargos, carreiras e salários.</p>	<p>Recrutamento e seleção dos profissionais;</p> <p>Plano de carreira, cargos e salários;</p> <p>Organograma municipal;</p> <p>Aplicação de recursos humanos e financeiros no Programa de Saúde da Mulher para alcance de meta do controle do câncer de colo do útero.</p>
DESENVOLVIMENTO DOS PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA PELOS GESTORES MUNICIPAIS PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	<p>Discutir se as políticas e programas influenciaram nas práticas da gestão para controle do câncer de colo do útero;</p> <p>Identificar as dificuldades e possibilidades dos gestores para aplicação das políticas, programas, e de captação das mulheres do município para controle do câncer de colo do útero;</p> <p>Conhecer como se dá a aplicação dos instrumentos de pactuação pelos gestores no município</p>	<p>Aplicações práticas dos programas e das políticas de Saúde da Mulher na Atenção Básica pelos gestores municipais para o controle do câncer de colo do útero;</p> <p>Importância dos treinamentos para pactuações.</p>

<p>REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO À MULHER</p>	<p>Identificar a percepção dos gestores sobre o funcionamento da rede para referência e contra referência intra e intermunicipal para o controle do câncer de colo do útero;</p> <p>Conhecer a dinâmica quanto às fortalezas e debilidades do município para realização dos exames;</p> <p>Verificar a utilização das ferramentas disponíveis na rede de serviços;</p> <p>Discutir sobre a importância da contribuição dos Consórcios municipais na rede para o atendimento das mulheres no controle do câncer de colo do útero.</p>	<p>Processos para encaminhamentos e exames de referência e contra referência para alcance de metas do controle do câncer de colo do útero;</p> <p>Ferramentas disponíveis na rede para o controle do câncer de colo do útero;</p> <p>Contribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.</p>
<p>EDUCAÇÃO PERMANENTE</p>	<p>Identificar se os gestores desenvolvem o programa a educação permanente como uma ferramenta de trabalho no município para saúde da mulher e se tem programas próprios;</p> <p>Discutir sobre o nível de adesão dos profissionais da ESF no programa de educação permanente, treinamentos e capacitações para o controle do câncer de colo do útero.</p>	<p>Programas de Educação permanente, treinamentos e capacitações desenvolvidos no município</p>

Fonte: As autoras (2015) com base em Brasil (2011)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas sete entrevistas semiestruturadas com os gestores municipais de saúde. A média de idade foi de 40 anos e todos tinham curso superior com alguma especialização, sendo que quatro gestores possuíam uma segunda pós-graduação. Somente um gestor não possuía **vínculo estável por concurso. O tempo médio de atuação na área de coordenação do Programa de Saúde da Mulher foi de aproximadamente cinco anos.** A tabela abaixo mostra os detalhes do perfil dos participantes.

Quadro 2. Perfil dos participantes da pesquisa – Espírito Santo, 2015

	N	%
SEXO		
Masculino	01	14,29 %
Feminino	06	85,71 %
CATEGORIA PROFISSIONAL		
Enfermeiras	04	57,13%
Assistente Social	01	14,29 %
Administração	01	14,29%
Ciências Contábeis	01	14,29 %
PÓS-GRADUAÇÃO		
Especialização em Atenção Primária/ Saúde da Família	06	85,71%
Sem pós-graduação	01	14,29%
OUTRAS PÓS-GRADUAÇÕES		
Gestão Pública	01	-
Auditoria, Monitoramento, Controle e Avaliação	02	-
Enfermagem do Trabalho	01	-
TEMPO DE ATUAÇÃO NO SETOR SAÚDE		
6 – 10 anos	03	42,86 %
11 – 15 anos	02	28,57 %
Mais de 15 anos	02	28,57 %

Algumas impressões gerais sobre a aplicação das entrevistas

Os gestores municipais de saúde mostraram-se receptivos, acolhedores e comunicativos no processo de agendamento e aplicação das entrevistas. Demonstraram ainda que há necessidade de várias melhorias na qualidade dos serviços prestados ao usuário através da Atenção Básica e que têm a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um aliado na implementação das ações propostas nas políticas e programas voltados para a saúde feminina:

“O controle do câncer de colo do útero somente pode ser feito por causa da ESF, porque cada agente de saúde controla sua família. No entanto se não tem parceria com a ESF, fica aquela coisa restrita.” (GES 01)

Existe uma preocupação em combater o câncer de colo do útero nos municípios. A realização do preventivo já está incorporada no cotidiano das equipes, que se esforçam em manter o serviço para alcançarem as metas pactuadas. Em contrapartida, o gestor se esforça muito mais, pois necessita prover as Unidades de Saúde com materiais, equipamentos, insumos, recursos humanos e manutenção para dar continuidade às ações:

“A questão da logística melhorou porque o município aderiu ao Consórcio. A questão do recurso material a gente não tem, problemas, às vezes tem com equipamentos e com ambiente, porque tem algumas Unidades que precisam de reforma.” (GES 05)

Uma das questões que parece angustiar e limitar as ações dos gestores é a sobrecarga dos serviços imediatistas que ocupam grande parte de seu tempo, não abrindo espaço para o planejamento e discussão das ações com as equipes da ESF. A impressão é a figura de um profissional sobrecarregado sendo cobrado por todos e principalmente por ele mesmo. Os gestores citam em falas semelhantes que:

“O que está acontecendo agora que tudo é Atenção Básica [...] e se a equipe não atende os usuários vão todos para o pronto atendimento. Precisa repensar nas atribuições da ESF, refazer ou acabar com ela, porque está perdendo o seu sentido.” (GES 01)

A fixação dos profissionais nos municípios foi citada por todos os gestores, pois a rotatividade dos membros da equipe da ESF é grande devido ao uso frequente de processos seletivos que são temporários e a não realização de concursos públicos. Este é um ponto importante uma vez que os profissionais admitidos no serviço, na maioria das vezes, não estão capacitados para coletar o preventivo. Após treinamento e formação de vínculo com os usuários são dispensados por término do contrato, interferindo assim na continuidade das ações.

Quanto aos profissionais concursados, a demora na revisão ou a inexistência do plano de carreiras, cargos e salários tem sido um entrave para organização do serviço, já que se sentem desestimulados a se aprimorarem em suas funções e em contribuir com as ações propostas pela gestão. Este plano seria um aditivo para fixação dos profissionais no município:

“Muda profissionais que estão inseridos e por causa de cargos políticos entra pessoa que não tem nenhum conhecimento e aí você tem que explicar tudo de novo!” (GES 01)

Outra questão importante é a falta de um organograma que contemple os diversos departamentos das Secretarias de Saúde. Nem sempre existe a figura do coordenador específico para gestão do Programa de Saúde da Mulher nos municípios de pequeno porte podendo levar o gestor da Atenção Básica a assumir outras responsabilidades e a pactuar diversos programas. O município não recebe recursos financeiros suficientes para arcar com diversos profissionais, e quando um destes é demitido ou deslocado para outras funções o gestor acaba por acumular outros cargos:

“A gente não tem hoje organograma atualizado, o nosso organograma aprovado está desatualizado [...] o fato de ser um coordenador de saúde e não ter um para cada programa, e sim para tudo, a gente perde o foco na equipe.” (GES 03)

Diante dessas situações, parece que os gestores se sentem impotentes e sem autonomia para dinamizar o processo de trabalho. Além disso, existe a incerteza por estarem em um cargo

comissionado, temporário, que a qualquer momento perderão todo o trabalho conquistado ao longo dos anos.

O cargo do gestor é visto por muitos como *status* social, um cargo de alta patente que somente ordena e impõe, e não faz nada. Contudo, enfrentam problemas no cotidiano com profissionais, como os embates com a categoria de médicos e enfermeiros recém-formados, coordenam equipes multiprofissionais que atendem em regiões longínquas, planejam ações de caráter emergencial, respondem processos por demanda de aquisição de medicamentos excepcionais, entre outras situações, como agentes comunitários de saúde que adquirem informações do cliente via celular e não por visitas domiciliares.

Os gestores demonstraram criatividade, humanização e escuta qualificada para atender as diversas demandas do serviço e para manter o funcionamento dos diversos programas de saúde municipais:

“Eu acho que quanto mais você descentraliza, quanto mais você envolve outros profissionais, mais pacientes vão ser atendidas e vão receber atendimento em tempo hábil.” (GES 01)

“Não tem como ficar sentado, eu li muito, aprendi muito na prática, nem sempre com a política, porque nada cai do céu. Eu liguei para fulano, beltrano, e aí as pessoas sabem que você está preocupada, eu procuro o caminho.” (GES 05)

Categoria A: recursos humanos e financeiros

Foi possível identificar nos discursos que não há um perfil nem um padrão traçado para contratação dos profissionais que atuarão no controle do câncer de colo do útero no município:

“Não, não há um perfil traçado, existe um processo seletivo, na verdade o perfil é traçado depois que a pessoa está em contato com o serviço. Então, a gestão percebe se a pessoa se identifica e aí ela muda de lugar ou não”. (GES 07)

Soares⁹ aponta que esse exame faz parte da pactuação na rede de serviços e deve estar presente no âmbito do planejamento das ações para enfrentamento do problema. No entanto, para realização desse exame faz-se necessário a participação do profissional de saúde, que é um importante agente de produção e de transformação da realidade local, que deve sentir-se capacitado para enfrentar as situações-problemas do território de atuação¹⁰.

Com respeito ao fomento para a formação de recursos humanos, os gestores foram enfáticos quando citaram que:

“não está relacionado ao alcance ou não de metas, que está relacionado à necessidade do serviço, se você precisar eles recrutam, se você não precisar não recrutam.” (GES 06)

As políticas de saúde nacionais referem que os recursos humanos capacitados e especializados para qualificação das práticas profissionais a partir das necessidades de saúde dos usuários e do planejamento proposto nos instrumentos de pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS) farão toda diferença no resultado final deste processo^{11,12}. Essa questão pode interferir no alcance de metas do controle do câncer de colo do útero, uma vez que o planejamento e a realização das ações em curso podem ser alterados diante de uma nova contratação.

As alocações de recursos humanos e financeiros nos municípios não estão atreladas ao alcance de metas do programa, mesmo havendo possibilidade de cortes de verbas. Cabe ressaltar, que o Contrato Organizativo de Ação Pública¹³ propõe metas que levam em consideração algumas questões relacionadas à disponibilidade de recursos, à organização do trabalho e às condições econômicas e políticas.

Categoria B: desenvolvimento dos programas e das políticas de saúde da mulher na atenção básica pelos gestores municipais para controle do câncer de colo do útero

Percebeu-se que os gestores manifestam preocupação e consciência em relação aos indicadores relacionados às pactuações nas políticas de saúde, porém nem sempre conseguem atuar como recomendado nos instrutivos pertinentes. A força dos problemas cotidianos, bem como a experiência acumulada na prática parecem influenciar mais nas decisões no âmbito da gestão. Estudo de Mendes¹⁴ enfatiza que a introdução e organização das políticas e programas de saúde pública ofertada à população dependerão da forma que o gestor dará importância à necessidade de implementação e desenvolvimento destas no território de atuação:

“Na minha prática contribuíram para eu prestar atenção no câncer em si, mas tem algo na política que ajuda e às vezes não [...] aí na prática a gente faz de acordo com aquilo que a gente acha melhor.” (GES 04)

Para manutenção das atividades exigidas nos pactos foi evidenciado o trabalho em equipe realizado pelos profissionais da Atenção Básica, em particular pela ESF, e esta parceria com a gestão fará toda a diferença na continuidade dos serviços prestados aos usuários e no alcance de metas do Programa de Saúde da Mulher. Os gestores consideram a importância deste processo, no entanto, foi possível verificar que eles encontram dificuldades para o alcance das metas, pois referiram que são vários indicadores para diversos programas. O Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) possui 47 indicadores e o COAP 34 indicadores específicos, e diante disso, focam alguns indicadores e metas:

“Eu vou sempre é muito importante, quem está na assistência e quem está gerenciando precisa estar nas pactuações para entender o que está sendo falado e discutido, para trazer pro município e aí passar para os outros profissionais que vão atuar [...].” (GES 04)

O alcance de metas pactuadas na Atenção Básica através da ESF é importante, mas a oferta de recursos dispensados ao gestor municipal para organização, execução e gestão das ações, ampliação do acesso e a qualidade dos serviços prestados à população são primordiais neste processo¹⁵.

A gestão tem procurado utilizar o pacto como uma ferramenta para diagnóstico e análise da situação de saúde do município, tendo como foco a integralidade do cuidado, a descentralização dos serviços e a melhoria da dinâmica do serviço integrado com os profissionais da ESF. Contudo, as atividades cotidianas têm afetado a organização do serviço, em especial na Atenção Básica, o que nem sempre é visto pelas instâncias superiores.

Para que haja o planejamento da equipe e gestão é importante o levantamento dos dados dos sistemas de informação, o que remete a falta de conexão entre as informações dos Sistemas de Bancos de Dados, ou seja, os dados coletados nos sistemas não são os mesmos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), frente aos do Estado, aos do Ministério, e nem dos municípios. Isto é um dificultador para a pactuação dos indicadores de saúde, uma vez que os gestores necessitam pesquisar em várias fontes ao mesmo tempo e escolher uma que se adeque melhor à realidade da saúde local:

“Os indicadores do município quando você vai procurar a fonte e os números do Estado são diferentes do Ministério, que por sua vez são diferentes do Ministério. Está uma confusão que às vezes a gente não consegue resolver nas reuniões de pactuação.” (GES 04)

Mendes e Bittar¹⁶ enfocam que os municípios, em especial os de pequeno porte, sofrem com a variedade de informações e falta de relação destas com os sistemas de banco de dados.

Categoria c: rede de serviços para saúde da mulher

O município assume responsabilidades sobre as ações e serviços de saúde, contribuindo para a não fragmentação do sistema. Os gestores citaram que a realização do exame de preventivo é também uma responsabilidade da Atenção Básica, e que se esforçam para manter o serviço. Mostraram ainda ter conhecimento de grupos de maior vulnerabilidade e atenção à necessidade de mudanças de práticas para atender novas demandas etárias¹⁷:

“O exame de preventivo é um fato, a saúde da mulher está pactuada. Lá nós temos que realizar 80% dos preventivos na etária estabelecida. Cada ESF tem seu plano diretor e cada ESF tem sua pactuação, cada alteração deve ser avaliada, porque às vezes acontece do paciente realizar o exame e este exame não ser avaliado.” (GES 01)

Parece haver uma forte parceria com os profissionais da ESF para realização das ações e na maioria das vezes quem coleta o preventivo são os enfermeiros e em alguns casos médicos da ESF. Notou-se que para a realização do exame não há interferências na rede, que os resultados de preventivos estão chegando a tempo hábil. O que compromete a continuidade do tratamento é a

média complexidade para o combate do câncer de colo do útero e a necessidade de ginecologistas de referência para consultas e exame de colposcopia, mas os municípios tentam manter este serviço localmente:

“Nós realizamos aqui no município o preventivo e a colposcopia”. Outros procedimentos tipo preciso mexer na lesão ou qualquer outro procedimento, aí não faz. É o buraco negro! Os exames terceirizados são pagos pela tabela SUS.” (GES 01)

Além das dificuldades na rede quanto aos níveis de média e alta complexidade, os gestores apontaram desafios na condução. As dificuldades de conexão na rede iniciam-se dentro do próprio município, que tem como centro da atenção de saúde a Atenção Básica. **Guimarães**¹⁸ enfatiza que existem alguns obstáculos nos municípios que interferem na condução dos usuários na rede:

“A logística aqui na Atenção Primária é tudo normal. O problema é no secundário. Quanto ao material, nós temos, relacionamento interpessoal já teve problemas com médico, mas agora está normal e quanto a infraestrutura talvez alguma reforma em algumas Unidades.” (GES 02)

Os gestores entendem a necessidade de incluir o Programa de Saúde da Mulher para o controle do câncer de colo do útero nos Planos de Saúde, Relatórios de Gestão Municipal e na Programação Anual de Saúde como ferramentas para monitoramento ações e organização dos serviços.

Ressalta-se que dentre todos os instrumentos, o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) não foi aderido no Estado pelos gestores, não entrando em pleno funcionamento por ser regionalizado, mesmo após treinamentos, reuniões e adesão do contrato. **Lima**¹⁹ aponta que o COAP deveria ser introduzido como forma de implementação de novas estratégias para enfrentamento dos problemas de saúde não contemplados no Pacto pela Saúde. O que pode ser visto é um problema na pactuação da Regional de Saúde de Colatina:

“Na nossa Programação Anual de Saúde tem o indicador para controle do câncer de colo do útero, repetindo o Sispacto. Quanto ao Coap nós fizemos de forma regional, então, nosso planejamento tem que atender a todos os municípios, se um atingir meta e outro não, nossos índices vai lá pra baixo, porque a meta é regional. Já fizemos um estudo da pactuação com a Regional de Saúde, várias oficinas: de diagnóstico, rede, atendimento, mas enfim o pacto está parado [...] foi feito o consolidado pra Regional, assinado, mas está parado! Essa questão dos indicadores do COAP é de 2013 estamos em 2015. O fechamento dos indicadores de 2014 será agora em maio de 2015[...] agora que vamos saber o resultado de 2014 pra pactuar 2015.” (GES 03).

Em contrapartida, a gestão busca dinamizar o processo de trabalho e manter os serviços prestados com qualidade aos usuários aderindo aos Consórcios Intermunicipais de Saúde:

“Os Consórcios têm contribuído favoravelmente. Temos convênio pelo Consórcio para atendimento de especialistas que dão suporte na Atenção Básica.” (GES 03)

Percebe-se nos discursos que os Consórcios ocupam um lugar fundamental na administração pública quanto à agilidade no atendimento do usuário e na organização do sistema como um todo, uma vez que prestam serviços nas especialidades clínicas, exames e outras parcerias. Foram vistos como um benefício na agilização do serviço prestado à população. O que não ficou claro é se os gestores avaliam os Consórcios como um provimento pontual do serviço, pois questões políticas podem alterar a alocação de recursos, como cita Mesquita²⁰.

Categoria D: educação permanente

O Programa de Educação Permanente é uma importante ferramenta de gestão que visa o aperfeiçoamento dos profissionais para atuação no território, conforme cita a Política Nacional de Atenção Básica¹⁰. Contudo, não há nada sistematizado, programado ou planejado para qualquer data do ano em relação à educação dos municípios visitados, sendo uma lacuna na organização da gestão.

Se a educação permanente estivesse implantada de fato nos municípios poderia contribuir para o aprendizado através das situações-problemas do território, além disso, auxiliaria na transformação de práticas, conceitos, valores entre os profissionais. Estudo de Mendes e Bittar¹⁶ enfatizam que a equipe da ESF se sentiria mais preparada para enfrentar as diversas mudanças nos perfis epidemiológicos que podem influenciar no indicador do controle do câncer de colo do útero para o alcance de metas. Os gestores compreendem que há necessidade em manter um programa de educação permanente no município, mas parece que as capacitações desenvolvidas são aplicadas pelos próprios profissionais do município, e que às vezes a Regional realiza apenas capacitações pontuais. Essa lacuna é percebida pelo gestor como limitação para o alcance das metas e construção de cultura:

“Já tivemos treinamentos aqui pelo Estado, mas não com aquela frequência, como eu falei aleatório [...] tem treinamentos internos, eu mesma já dei para os agentes comunitários sobre sistemas. Olha se existe programa de educação permanente eu não estou sabendo [...].” (GES 05)

Outro recurso utilizado pelos gestores para o programa de educação permanente é o Programa Telessaúde desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com Estado, Universidade Federal do Espírito Santo e municípios, com objetivo de apoiar a atenção à saúde para as ESF, ampliando a resolutividade, melhorando a qualidade do serviço e aumentando as habilidades clínicas do cuidado²¹. Nota-se que os gestores contrataram o programa, mas reconhecem encontrar dificuldades na condução do mesmo por vários motivos:

“Um programa de educação permanente que a gente tem aqui é o Telessaúde, mas a adesão é zero, baixíssima, têm palestras, videoconferências. Os profissionais querem tudo mastigado!” (GES 04)

Ao mesmo tempo em que os gestores confirmam boa adesão dos profissionais nas capacitações, eles enfatizam em seus discursos que a adesão do Telessaúde é ruim e que um dos motivos é a sobrecarga de trabalho na Atenção Básica, assumindo várias responsabilidades:

“O que está acontecendo agora que tudo é Atenção Básica [...] e se a equipe não atende os usuários vão todos para o pronto atendimento. Precisa repensar nas atribuições da ESF, refazer ou acabar com ela, porque está perdendo o seu sentido” (GES 01).

Estudo de Silva e Benito²² e a Política Nacional de Atenção Básica¹² apontam que os profissionais desenvolvem atividades de prevenção, promoção e recuperação de saúde, mas que também devem participar dos programas de educação permanente como forma de aprimoramento da qualidade do serviço prestado ao usuário.

CONCLUSÃO

O Sistema de Saúde Brasileiro é complexo e se altera de modo contínuo, expresso por uma variedade de elementos que se modificam ao longo do tempo. Apesar do empenho em melhorar o modo de construção dos indicadores para o controle do câncer de colo do útero, este objetivo parece estar ainda em um processo de construção. Existe repasse de verbas aos estados e municípios para redução de desigualdades, mas ainda não é possível contemplar um elenco de ações de caráter imediatistas, acompanhar as atualizações de valores das tabelas de procedimentos, nem tampouco suprir a escassez de serviços na média e alta complexidade.

O foco na figura do gestor de saúde municipal remete a aquele que dirige, que conduz um grupo de profissionais sob sua responsabilidade, que tem um olhar diferenciado e uma visão ampla sobre o ambiente e tudo que está ao seu redor. Ressalta-se que, além das diversas atribuições, este profissional ensina, aprende, planeja, avalia e orienta pessoas em busca dos melhores resultados em relação às ações propostas. Esses apontamentos revelam um grande desafio para o gestor, que tem a Atenção Básica Municipal como porta de entrada do sistema e cenário privilegiado para alcance de metas do controle do câncer do colo do útero.

Existem várias dificuldades enfrentadas que interferem nas práticas da gestão, no que se refere a recursos financeiros, humanos, físicos, logística, rede e educação permanente. Esses fatores intervêm negativamente no processo de trabalho da gestão municipal na Atenção Básica.

Desta forma, os Coordenadores Municipais de Atenção Básica e/ou Secretários Municipais de Saúde têm adotado medidas que buscam impactar o cumprimento das ações para intervenção do câncer de colo do útero a curto, médio e longo prazo. O Consorciamento Intermunicipal de Saúde tem sido uma das alternativas para o alcance das metas estabelecidas com qualidade, ofertando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde para o atendimento das usuárias do SUS.

O gestor contemporâneo, juntamente com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, busca estratégias para enfrentamento das condições apresentadas no território, realizando coletas de preventivos noturnas para as mulheres que trabalham durante o dia, e em Unidades volantes para alcance de trabalhadoras da zona rural em época de colheita de café. As ações são importantes, mas existem gestores que inserem em seu planejamento uma dotação orçamentária anual, que será destinada a compra de medicamentos, materiais e equipamentos, mantendo suprida as Unidades de Saúde e evitando a não realização dos exames de preventivo.

Mesmo assim, uma das questões que parece angustiar e limitar as ações é a sobrecarga de serviços imediatistas, muitos deles relacionados ao aporte de recursos financeiros, e que por este fato, não podem ser negligenciados. Conseqüentemente essas situações ocupam grande parte de seu tempo, não abrindo espaço para o planejamento e discussão das ações com as equipes da ESF. A impressão que fica é a figura de um profissional sobrecarregado, cobrado, por todos e por ele mesmo.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [citado 10 out 2014]. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf.
2. Instituto Nacional de Câncer (BR). Controle do câncer do colo do útero: agenda estratégica [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [citado 20 maio 2014]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/historico-das-acoas>.
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias. Brasília, DF; 2013.
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2011.
5. Ministério da Saúde (BR). Contrato Organizativo de Ação Pública. Brasília, DF; 2011.
6. Aragão MN. Contribuição da pactuação de indicadores para o planejamento municipal em saúde. Pôster apresentado em: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 2013 out 1-3; Belo Horizonte, MG.
7. Wosniak FL, Rezende DA. Gestão de estratégias: uma proposta de modelo para os governos locais. Rev Adm Publica. 2012;46(3):795-816.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
9. Soares MC, Mishima SM, Meincke SMK, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. Esc Anna Nery. 2010;14(1):90-6.
10. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc; 2007. p. 161-77.
11. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; 2012.
12. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Políticas para Mulheres 2013-2015. Brasília, DF; 2013.
13. Ministério da Saúde (BR). Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. Brasília, DF; 2013.
14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude colet. 2010;15(5):2297-305.
15. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. Cien Saude Colet. 2013;18(11):3321-31.
16. Mendes JDV, Bittar OJNV. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. Rev Fac Cienc Med Sorocaba. 2014;16(1):35-9.
17. Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.
18. Guimarães C. Desafios da gestão municipal do SUS [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013 [citado 25 mai 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/3h97GwL>.
19. Lima TM, Lessa PRA, Freitas LV, Teles LMR, Aquino PS, Damasceno AKC, et al. Análise da capacidade diagnóstica dos exames preventivos do câncer de colo uterino. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):673-8.
20. Mesquita MSM. Saúde e regionalização no Espírito Santo: a organização do Sistema de Saúde, responsabilidades e desafios. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Diário Oficial da União. 31 out 2011;(209):28.

22. Silva BFS, Benito GAV. A voz de gestores municipais sobre o acesso à rede nas práticas de gestão. Cien Saude Colet. 2013;18(8):2189-200.

Artigo apresentado em novembro de 2018

Artigo aprovado em junho de 2020

Artigo publicado em agosto de 2021