

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MIRIAM BARON

*INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO
ONCOLÓGICA: COMO A ATENÇÃO PRIMÁRIA SE PERCEBE NA ASSISTÊNCIA
AO PACIENTE COM CÂNCER*

Rio de Janeiro
2012

MIRIAM BARON

*INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO
ONCOLÓGICA: COMO A ATENÇÃO PRIMÁRIA SE PERCEBE NA ASSISTÊNCIA
AO PACIENTE COM CÂNCER*

Dissertação apresentado ao Mestrado em
Saúde da Família da Universidade Estácio de
Sá, para obtenção do Título de Mestre em
Saúde da Família
Orientadora Prof^a. Dr^a. Luciana Maria Borges
da Matta Souza

Rio de Janeiro
2012

MIRIAM BARON

*INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO
ONCOLÓGICA: COMO A ATENÇÃO PRIMÁRIA SE PERCEBE NA ASSISTÊNCIA
AO PACIENTE COM CÂNCER*

Dissertação apresentado ao Mestrado em
Saúde da Família da Universidade Estácio de
Sá, para obtenção do Título de Mestre em
Saúde da Família

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciana Maria Borges da Matta Souza
Universidade Estácio de Sá

Prof^a. Dr^a. Eliane Carnot de Almeida
Universidade Estácio de Sá

Prof^a. Dr^a. Marilene Cabral do Nascimento
Universidade Federal Fluminense

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente comunitário de saúde
AIS- Ação Integral à Saúde
AP- Área Programática
APS – Atenção Primária à Saúde
CA – Câncer
CAP- Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento
CACON- Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DNA- Ácido Desoxirribonucleico
ESF – Estratégia Saúde da Família
IARC- Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
INCA- Instituto Nacional de Câncer
IRM- Instituto Ronald Mc Donald
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde
OS- Organização Social
PACS- Programa de Agentes Comunitários à Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
PNAO- Política Nacional de Atenção Oncológica
PSA- Antígeno Prostático Específico
RAS- Rede de Atenção à Saúde
RAO- Rede de Atenção Oncológica
RCBP- Registros de Câncer de Base Populacional
SIM- Sistema de Informações sobre Mortalidade
SF- Saúde da Família
SOPERJ- Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro
SUS – Sistema Único de Saúde
UNACON- Unidade de Alta Complexidade
UNESA – Universidade Estácio de Sá
UPC- Unidos pela Cura

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 Ordenação dos cinco principais tipos de câncer nas regiões brasileiras por 100 mil homens | 21 |
| Tabela 2 Ordenação dos cinco principais tipos de câncer nas regiões brasileiras por 100 mil mulheres | 22 |
| Tabela 3 Casos Novos de Câncer no Brasil, 2010..... | 22 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Figura 1 Fisiopatologia do Câncer..... | 18 |
|----------|--|----|

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA..... | 14 |
| 2. QUESTÃO NORTEADORA e OBJETIVOS..... | 16 |
| 2.1 QUESTÃO NORTEADORA..... | 16 |
| 2.2 OBJETIVOS..... | 16 |
| 2.2.1 Objetivo Geral..... | 16 |
| 2.2.2 Objetivos Específicos..... | 16 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 17 |
| 3.1 O CÂNCER..... | 17 |
| 3.1.1 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER..... | 17 |
| 3.1.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER..... | 20 |
| 3.1.3 PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER NO BRASIL..... | 23 |
| 3.2 CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PACIENTE PORTADOR DE CÂNCER NO BRASIL..... | 27 |
| 3.2.1 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA- Trajetória e contribuição na Rede de Atenção Oncológica..... | 27 |
| 3.2.2 PROPOSTA DA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA..... | 32 |
| 3.2.2.1 Rede de Atenção à Saúde (RAS)..... | 32 |
| 3.2.2.2 Rede de Atenção Oncológica (RAO)..... | 35 |
| 3.2.2.3 Política Nacional de Atenção Oncológica..... | 38 |
| 3.2.2.4 Rede ONCORIO..... | 39 |
| 3.2.2.5 Proposta do UNIDOS PELA CURA- (UPC)..... | 40 |
| 3.2.2.6 Linha de Cuidado: O Trabalho do Profissional Frente às Necessidades do Paciente- Desafios, Convergências e Divergências..... | 42 |
| 3.3 ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF..... | 45 |
| 3.3.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA..... | 46 |
| 4. PROCEDIMENTOS E MÉTODOS..... | 49 |
| 4.1 TIPO DE PESQUISA..... | 49 |
| 4.2 CENÁRIO DE ESTUDO..... | 51 |
| 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA..... | 52 |
| 4.4 PROCEDIMENTOS..... | 53 |
| 4.5 PLANO DE ANÁLISE..... | 55 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS..... | 57 |
| 5. RESULTADOS e DISCUSSÃO..... | 58 |

| | | |
|-----|--|----|
| 5.1 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS: | 58 |
| 5.2 | ANÁLISE SEGUNDO OS EIXOS TEMÁTICOS | 59 |
| 6. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 82 |
| 7. | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 86 |
| 8. | ANEXOS..... | 91 |
| | Anexo I..... | 91 |
| | Anexo II..... | 95 |
| | Anexo III..... | 96 |
| | Anexo IV | 98 |

RESUMO

A incidência de câncer está aumentando no Brasil e no mundo, acompanhando o crescimento e o envelhecimento populacional. A susceptibilidade genética e as condições resultantes do modo de vida e do ambiente vinculados ao processo de industrialização determinam o risco de adoecimento por câncer e o tornam a segunda causa de morte na população brasileira. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA prevê a participação de todos os níveis de atenção à saúde com articulação intersetorial. A proposta de Rede de Atenção Oncológica requer pensamento amplo, investimento no planejamento de ações estratégicas alinhadas ao princípio da integralidade do SUS e a linha de cuidado no atendimento aos pacientes. Este trabalho apresenta uma análise da percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade do Rio de Janeiro sobre sua inserção na Rede de Atenção Oncológica (RAO), identificando dificuldades e facilidades em seu processo de trabalho. O campo deste estudo se deu no Centro Municipal de Saúde Raul Barroso, unidade que faz parte da Área Programática 5.2, em Barra de Guaratiba, região onde os profissionais passaram pela capacitação do Unidos Pela Cura, instituição que tem como meta a promoção da detecção precoce do câncer infanto-juvenil na Atenção Básica (AB), mais especificamente na ESF, porque é neste nível de assistência que acontece o primeiro contato da população com o sistema de saúde. Foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, com entrevistas semiestruturadas, interpretadas à luz da Análise de Conteúdo, modalidade Análise temática e concluiu-se que existe um papel importante da AB na linha de cuidado do câncer, mas não basta somente a sensibilização dos profissionais que nela atuam. Fica evidenciada a necessidade de construir um sistema adequado que dê conta desta proposta de rede.

Palavras-chave: Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Rede de Atenção Oncológica, INCA.

ABSTRACT

The incidence of cancer is increasing in Brazil and abroad, following the growth and aging population. The genetic susceptibility and the conditions resulting from the way of life and the environment linked to the process of industrialization determine the risk of falling ill from cancer and become the second leading cause of death in our population. POLICY NATIONAL ATTENTION ONCOLOGIC foresees the participation of all levels of health care with intersectoral coordination. The proposed network of Oncology Care requires broad thinking, investment planning strategic actions aligned to the principle of completeness of the SUS and the line of care in patient care. This paper presents an analysis of perceptions of health professionals from the Family Health Strategy (ESF) of the city of Rio de Janeiro on its insertion in Oncology Care Network (RAO), identifying difficulties and facilities in their work process. The field study took place in the Municipal Health Center Raul Barroso, a unit that is part of the Programmatic Area 5.2, in Barra de Guaratiba, a region where the professionals train passed by the United For the Cure (UPC), an institution that aims to promote early detection children and youth cancer in Primary Care (AB), specifically in the ESF, because this is the level of assistance that happens the first contact of the population with the health system. We performed a qualitative study with interviews, interpreted by Content Analysis, thematic modality analysis and concluded that there is an important part of the line AB in cancer care, but it is not enough awareness of professionals to act on it. The results showed a need to build an adequate system to take of the proposed network.

Keywords: Primary Care Family Health Strategy Oncology Care Network INCA.

AGRADECIMENTOS

À prof^a Luciana Borges, que marcou presença assídua, orientando e me formando, com carinho e atenção.

À prof^a Marilene Cabral do Nascimento, iniciadora do caminho para me tornar mestre.

Ao prof. Carlos Serra, que soube me cativar com seus artigos e indicações no campo das redes.

À prof.^a Eliane Carnot, que com esmero clareou meus pensamentos.

Aos meus professores do curso, pela transmissão de material tão rico, certamente será bem aproveitado.

Aos meus colegas de classe, pelas trocas de experiência enriquecedoras.

À Aline Luna, sempre informando e atualizando.

Às companheiras Angela e Tatiana, de todas as horas e situações, pelo incentivo e amizade.

Aos profissionais da AP 5.2, principalmente do CMS Raul Barroso, que me acolheram e contribuíram de maneira ímpar para que este estudo tivesse um fundamento.

Aos pacientes que poderão vir a ter a oportunidade de receber um tratamento mais elaborado.

Aos meus amigos, incentivadores desta jornada.

Aos meus filhos e netos, que me iluminam e me inspiram.

Ao meu companheiro Luiz Alexandre, que incansável, me acompanhou ao longo de todo o percurso.

“The most beautiful experience we can have is the mysterious... I´m satisfied with the mystery of the eternity of life” (Albert Einstein)

1. INTRODUÇÃO

A incidência do câncer (CA) está aumentando no Brasil e no mundo, acompanhando o crescimento e o envelhecimento populacional. Este aumento se observa tanto em população com nível socioeconômico elevado como em faixas sociais de baixa renda. A exposição diferenciada a fatores ambientais vinculados ao processo de industrialização, como agentes químicos, físicos e biológicos, também impacta a incidência de câncer. A susceptibilidade genética juntamente com os fatores ou condições resultantes do modo de vida e do ambiente determinam o risco do adoecimento por câncer. (INCA, 2010).

Em 30 anos, houve aumento de 50% de casos no mundo. Relatório da Agência Internacional para Pesquisa em câncer, vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), estimou que metade dos casos novos e cerca de dois terços dos óbitos ocorreriam nos países de médio e baixo desenvolvimento. Isto significa 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos.

Dentre os mais incidentes no mundo segundo a OMS, estão: pulmão, com maior letalidade e 1,52 milhões de casos novos; mama, com 1,29 milhões de novos casos, e de cólon e reto, com 1,15 milhões de novos casos. O de pulmão aparece como principal causa de morte (1,31 milhões), seguido de estômago (750 mil óbitos) e de fígado (699 mil óbitos). Entre os homens, o mais comum é o de próstata, seguido de pulmão, estômago, cólon e reto. E entre as mulheres, o de mama aparece em maior quantidade, seguido de colo de útero, cólon e reto, estômago e pulmão.

No Brasil, o câncer representa a segunda causa de morte na população e corresponde a aproximadamente 17% dos óbitos de causa conhecida (SIM/2007).

Para lidar com esta realidade, são necessárias inúmeras medidas, direcionadas a compreender melhor a doença e seus determinantes, de acordo com os vários tipos de câncer, como também a sua prevenção e controle. Isto requer políticas direcionadas a uma abordagem integral do problema, que contemplem investimentos, planejamento e desenvolvimento de ações estratégicas nos diferentes níveis de atenção, na vigilância e promoção da saúde, detecção precoce, atenção aos pacientes, pesquisa e formação de recursos humanos, comunicação e informação, e na mobilização social.

A escolha deste tema para estudo se deu em função da autora trabalhar há muitos anos no Instituto Nacional de Câncer (INCA), instituição que faz parte do Ministério da Saúde, norteador das políticas de combate ao câncer e hospital de referência em câncer no Brasil. Iniciou mestrado em Saúde da Família (SF) da Universidade Estácio de Sá (UNESA), e teve a oportunidade de conviver com o universo de duas realidades: uma grande máquina que recebe e trata dos pacientes diagnosticados e com suspeita de câncer e uma outra forma de estrutura de acolhimento, a Estratégia Saúde da Família (ESF), onde o usuário com a enfermidade é recebido, encaminhado, mas também, acompanhado ao longo do seu tratamento. A motivação para o trabalho ocorreu quando se percebeu um fio condutor comum, a proposta de uma rede que unisse as instituições afins e atendesse aos pacientes de acordo com os princípios estabelecidos pelas portarias e normas estabelecidas, e também pela natural intenção de cuidar. Há notoriamente um movimento de preparação e empenho dos profissionais envolvidos no sistema para enfrentarem com qualidade de atendimento e acompanhamento a realidade do aumento da doença na população. Entretanto, o crescimento geométrico do problema ainda gera impossibilidades e desafios, que podem ser percebidos nesta pesquisa.

A dissertação está dividida em oito capítulos, que seguem dispostos de modo a se compreender o que é a enfermidade câncer, o panorama atual da doença e suas vicissitudes, uma proposta de trabalhar o problema dentro de um sistema de rede, a Atenção Básica como porta de entrada para o atendimento e acompanhamento dos usuários com suspeita e com diagnóstico de CA, e a metodologia para se chegar ao alvo, um trabalho em conjunto, através de uma rede que dê suporte a todos, em uníssono.

1.1 JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Atenção Oncológica (Brasil, 2005) prevê a participação de todos os níveis de atenção à saúde e a articulação intersetorial. O controle do câncer (do colo do útero e da mama) está entre as seis prioridades do Pacto pela Vida (Brasil, 2006) estabelecido entre os gestores do SUS e significa uma ação

prioritária no campo da saúde, dando ênfase nas necessidades da população, procurando superar as dificuldades de imporem-se normas gerais a um país grande e desigual. Faz parte da construção do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) A proposta de Rede de Atenção Oncológica (RAO) em discussão no INCA, prevê a integração de diferentes atores governamentais e não governamentais para o trabalho cooperativo entre todos, com compartilhamento de conhecimento e recursos. Este novo movimento requer um pensamento mais amplo, com investimento no planejamento e no desenvolvimento de ações estratégicas alinhadas ao princípio da integralidade do SUS e a linha de cuidado no atendimento aos pacientes. Torna-se importante conhecer a composição da RAO (2006) e a participação da ESF em sua configuração a nível local, de maneira a contribuir para o avanço deste processo, acionando seus profissionais para que deem conta de como podem ser úteis no acolhimento, encaminhamento e acompanhamento dos pacientes com câncer, atendendo à demanda dos próprios usuários da ESF.

2. QUESTÃO NORTEADORA e OBJETIVOS

Este trabalho trouxe como questão norteadora e os objetivos geral e específicos o seguinte:

2.1 QUESTÃO NORTEADORA

- Como Equipes de Saúde da Família percebem sua inserção na Rede de Atenção Oncológica?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo Geral

- ✓ Analisar como as Equipes de Saúde da Família percebem sua inserção na Rede de Atenção Oncológica.

2.2.2 *Objetivos Específicos*

- ✓ Identificar ações realizadas por profissionais da Equipe de Saúde da Família com relação ao câncer, considerando prevenção primária, detecção precoce e acompanhamento de pacientes.
- ✓ Reconhecer parcerias desenvolvidas entre as Equipes de Saúde da Família e outros atores, governamentais ou não governamentais no que diz respeito ao acompanhamento de pacientes portadores de câncer.
- ✓ Pesquisar a percepção do profissional da ESF sobre a rede de referência e contra referência em oncologia.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O CÂNCER

As células que constituem os animais são formadas por três partes: a membrana celular, que é a parte mais externa; o citoplasma (o corpo da célula); e o núcleo, que contém os cromossomas, que, por sua vez, são compostos de genes. Os genes são arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, numa "memória química" - o ácido desoxirribonucleico (DNA). É através do DNA que os cromossomas passam as informações para o funcionamento da célula. Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes. É o que chamamos mutação genética. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados protooncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os protooncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Estas células diferentes são denominadas cancerosas (INCA, 2010).

3.1.1 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER

O termo câncer (CA) é aplicado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo risco de morte (INCA, 2010).

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo, existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases).

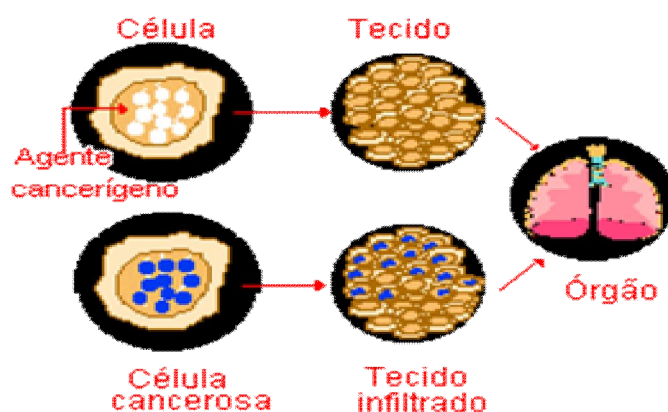


Figura 1: Fisiopatologia do Câncer

Fonte: Inca

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Estes fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2010).

De todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns deles são bem conhecidos: o cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele, e alguns vírus podem causar leucemia. Outros estão em estudo, como alguns componentes dos alimentos que ingerimos, e muitos são ainda completamente desconhecidos. O envelhecimento traz mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isto, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem

sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê do câncer ser mais frequente nestes indivíduos. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos. Esses fatores atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células. O surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores da doença. Por exemplo, o risco de uma pessoa desenvolver câncer de pulmão é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que ela vem fumando (INCA, 2010). Quanto aos fatores de risco, dois pontos devem ser enfatizados: primeiro, que o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças (por exemplo, o tabagismo, que é fator de risco para diversos cânceres e doenças cardiovasculares e respiratórias); segundo, que vários fatores de risco podem estar envolvidos na origem (gênese) de uma mesma doença (agentes causais múltiplos). O estudo dos fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa-efeito e controle de determinados tipos de câncer. A multicausalidade é frequente na sua formação (carcinogênese). Pode ser exemplificada pela associação entre álcool, tabaco e residência na zona rural e o câncer de esôfago, e entre álcool, tabaco, chimarrão, churrasco e o cozimento de alimentos em fogão a lenha e o câncer da cavidade bucal. A interação entre os fatores de risco e os de proteção a que as pessoas estão submetidas pode resultar, ou não, na redução da probabilidade delas adoecerem. Nestas associações, os fatores de proteção determinados foram, respectivamente, o consumo de frutas cítricas e vegetais ricos em caroteno.

Nem sempre a relação entre a exposição a um ou mais fatores de risco e o desenvolvimento de uma doença é reconhecível facilmente, especialmente quando se presume que a relação se dê com comportamentos sociais comuns (o tipo de alimentação, por exemplo). Nas doenças crônicas, as primeiras manifestações podem surgir após muitos anos de exposição única (radiações ionizantes, por exemplo) ou contínua (radiação solar ou tabagismo, por exemplo) aos fatores de risco. Por isto, é importante considerar o conceito de período de latência, isto é, o tempo decorrido entre a exposição ao fator de risco e o surgimento da doença. Os fatores de risco podem ser encontrados no ambiente físico, ser herdados ou representar hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural (INCA, 2010).

3.1.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

O processo de reorganização global determinou grande modificação nos padrões de saúde-doença no mundo. Tal modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer. Esta transformação do perfil epidemiológico das populações vem tornando-se, ao longo dos anos, cada vez mais complexa e de difícil entendimento, em função do aparecimento de novas doenças e o ressurgimento de antigos agravos à saúde - Aids/HIV, malária, dengue, tuberculose, entre outros - no cenário da saúde pública mundial (GUERRA et al., 2005).

Vale destacar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), sobressaem-se, entre os cinco tipos de câncer mais frequentes, os tumores de pulmão, de cólon e reto e de estômago, tanto nos países industrializados, quanto nos países em desenvolvimento. Com relação ao gênero, a prevalência entre homens e mulheres é muito similar nos países desenvolvidos, enquanto nos países em desenvolvimento, a prevalência nas mulheres é 25% maior, enquanto que observa-se o predomínio, em homens, de localizações de câncer com pior sobrevida, tais com o fígado, esôfago e estômago (PISANI et al., 2002).

A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil sugere uma transição em andamento, envolvendo um aumento entre os tipos normalmente associados a alto status socioeconômico - mama, próstata e cólon e reto - e, simultaneamente, a presença de taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza – colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral. (INCA, 2003).

Em estudo conduzido para analisar a mortalidade por câncer no Brasil no período compreendido entre 1980 e 1995, foram constatados como principais causas de óbito o de pulmão em homens e o de mama em mulheres, com risco de morte aumentado nas regiões Sul e Sudeste, as mais desenvolvidas do país (WUNSCH & MONCAU, 2002).

Segundo Santos (INCA, 2008):

“Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos com maior número de novos casos no sexo masculino serão os de próstata e pulmão, enquanto em mulheres a incidência será maior nos de mama e colo de útero. O perfil da doença é semelhante ao observado em outros países”.

Entre homens, estimam-se 231.860 novos casos de câncer, sendo os tipos mais incidentes o de pele não melanoma (59 novos casos a cada 100 mil homens), próstata (52/100.000), pulmão (19/100.000), estômago (15/100.000) e cólon e reto (13/100.000). Apesar do número absoluto de casos entre mulheres ser similar à incidência esperada entre homens – 234.870, o que representa 50,3% do total de casos previstos para 2008 –, o perfil é bastante diferente. Esperava-se 51 novos casos de câncer de pele não melanoma a cada 100 mil mulheres, seguidos pela incidência do de mama (51/100.000), colo de útero (19/100.000), cólon e reto (15/100.000) e pulmão (10/100.000). Dependendo da localização geográfica, o perfil se assemelha ora a países desenvolvidos, ora a países em desenvolvimento. Em 2008, a região Norte é a única em que o de colo de útero aparece no primeiro lugar em incidência entre mulheres, superando o de mama. Já o Sudeste é a região em que o de cólon e reto aparece como o segundo mais incidente entre mulheres, antes do de colo de útero. No Norte e Nordeste, o de estômago é o segundo com maior incidência entre homens (INCA, 2008). Na estimativa para 2008 foram utilizadas informações sobre mortalidade disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e informações sobre incidência obtidas nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) que possui dados disponíveis para o período compreendido entre 1998 e 2002.

Tabela 1 Ordenação dos cinco principais tipos de câncer nas regiões brasileiras por 100 mil homens

| | Sul | Centro-Oeste | Nordeste | Norte | Sudeste |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | <i>próstata</i> 68,7 | <i>próstata</i> 46,7 | <i>próstata</i> 38,0 | <i>próstata</i> 22,0 | <i>próstata</i> 63,2 |
| 2 | <i>pulmão</i> 35,6 | <i>Pulmão</i> 15,7 | <i>estômago</i> 9,2 | <i>estômago</i> 9,9 | <i>pulmão</i> 22,5 |
| 3 | <i>estômago</i> 20,9 | <i>estômago</i> 12,2 | <i>pulmão</i> 8,6 | <i>pulmão</i> 8,0 | <i>cólon e reto</i> 19,00 |
| 4 | <i>cólon e reto</i> 20,6 | <i>cólon e reto</i> 10,0 | <i>cavidade oral</i> 5,9 | <i>leucemias</i> 3,7 | <i>estômago</i> 18,0 |
| 5 | <i>esôfago</i> 16,6 | <i>cavidade oral</i> 7,7 | <i>cólon e reto</i> 4,4 | <i>cavidade oral</i> 3,2 | <i>cavidade oral</i> 15,2 |

Fonte: [Estimativa 2008 Incidência de Câncer no Brasil. www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

Tabela 2 Ordenação dos cinco principais tipos de câncer nas regiões brasileiras por 100 mil mulheres

| | Sul | Centro-Oeste | Nordeste | Norte | Sudeste |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | mama 67,1 | mama 38,2 | mama 28,4 | colo do útero 22,2 | mama 68,1 |
| 2 | colo do útero 24,4 | colo do útero 19,4 | colo do útero 17,6 | mama 15,6 | cólon e reto 21,1 |
| 3 | cólon e reto 21,9 | cólon e reto 10,9 | cólon e reto 5,8 | estômago 5,4 | colo do útero 17,8 |
| 4 | pulmão 16,2 | pulmão 8,8 | estômago 5,5 | pulmão 5,0 | pulmão 11,4 |
| 5 | estômago 10,4 | estômago 6,0 | pulmão 5,3 | cólon e reto 3,8 | estômago 9,5 |

Fonte: [Estimativa 2008 Incidência de Câncer no Brasil. www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

A Tabela 3 mostra a estimativa de novos casos para 2010 e indica que o câncer de próstata apresenta a maior incidência, seguido de mama e pulmão (INCA, 2010).

Tabela 3 Casos Novos de Câncer no Brasil, 2010

| Localização Primária | Estimativa de Casos Novos | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------|----------------|
| | Masculino | Feminino | Total |
| Neoplasia Maligna | | | |
| Próstata | 52.350 | | 52.350 |
| Mama Feminina | | 49.240 | 49.240 |
| Traqueia, Brônquio, e Pulmão. | 17.800 | 9.830 | 27.630 |
| Cólon e Reto | 13.310 | 14.800 | 28.110 |
| Estômago | 13.820 | 7.680 | 21.500 |
| Colo de Útero | | 18.430 | 18.430 |
| Cavidade Oral | 10.330 | 3.790 | 14.120 |
| Esôfago | 7.890 | 2.740 | 10.630 |
| Leucemias | 5.240 | 4.340 | 9.580 |
| Pele Melanoma | 2.960 | 2.970 | 5.930 |
| Outras localizações | 59.130 | 78.770 | 137.900 |
| SubTotal | 182.830 | 192.590 | 375.420 |
| Pele ã Melanoma | 53.410 | 60.440 | 113.850 |
| Todas as Neoplasias | 236.240 | 253.030 | 489.270 |

Fonte: INCA, 2009

3.1.2 PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER NO BRASIL

Para melhor compreensão a respeito das características e consequente tratamento, segue detalhamento dos três principais tipos de câncer no Brasil, segundo estatísticas mais recentes disponibilizadas pelo INCA (2008):

Próstata

O aumento observado nas taxas de incidência deste tipo de CA pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida do brasileiro. A idade é fator de risco importante, pois a incidência de mortalidade aumenta após 50 anos.

A História familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade pode aumentar o risco em 3 a 10 vezes em relação à população em geral, com possibilidade de ser reflexo tanto de fatores hereditários quanto de hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias. Em sua fase inicial tem uma evolução silenciosa. Muitos pacientes não apresentam nenhum sintoma ou, quando apresentam, são semelhantes ao crescimento benigno da próstata (dificuldade miccional e frequência urinária aumentada durante o dia ou à noite). Uma fase avançada da doença pode ser caracterizada por um quadro de dor óssea, sintomas urinários ou, quando mais grave, como infecções generalizadas ou insuficiência renal.

O diagnóstico é feito pelo exame clínico (toque retal) e pela dosagem do antígeno prostático específico (PSA, sigla em inglês), que podem sugerir a existência da doença e indicarem a realização de ultrassonografia pélvica (ou prostática transretal, se disponível). Esta ultrassonografia, por sua vez, poderá mostrar a necessidade de se realizar a biópsia prostática transretal. .

O tratamento depende do estadiamento clínico. Para doença localizada, cirurgia, radioterapia e até mesmo uma observação vigilante (em algumas situações especiais) podem ser oferecidos. Para doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal tem sido utilizados. Para doença metastática, o tratamento de eleição é hormonioterapia.

A detecção precoce de um câncer é composta por ações que visam o diagnóstico precoce da doença em indivíduos sintomáticos e por ações de

rastreamento, que é a aplicação de exames para a detecção da doença em indivíduos assintomáticos. A decisão do uso do rastreamento como uma estratégia de saúde pública deve se basear em evidências científicas de qualidade. No momento não existem evidências de que o rastreamento para o câncer da próstata identifique indivíduos que necessitam de tratamento ou de que esta prática reduza a mortalidade do mesmo. Desta forma, o Instituto Nacional de Câncer não recomenda o rastreamento para este tipo de câncer, e continuará acompanhando o debate científico sobre este tema, podendo rever esta posição quando estiverem disponíveis os resultados dos estudos multicêntricos em curso (INCA, 2010).

A Atenção Básica tem um papel importante no que se refere a ações para o diagnóstico precoce do câncer de próstata, que consiste na aplicação, em massa, e em população assintomática, de testes diagnósticos que possam detectar casos da doença em estágios pré-clínicos, para posterior confirmação através de exames mais complexos (INCA, 1999). A dieta alimentar tem sido apontada para os usuários das unidades da AB como fator importante na etiologia desse câncer. Uma dieta baseada em vegetais, vitaminas D e E, licopeno e ômega 3, tem sido indicada para proteção para o desenvolvimento dessa neoplasia (INCA, 2010).

Mama

É provavelmente o mais temido pelas mulheres devido à sua alta frequência e sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres (INCA, 2010).

Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila. História familiar é um importante fator de risco, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas antes dos 50 anos de idade. Entretanto, o de

caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos. A idade constitui um outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade. A menarca precoce (idade da primeira menstruação), a menopausa tardia (após os 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade (não ter tido filhos), constituem também fatores de risco (INCA, 2010).

As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são o exame clínico da mama e a mamografia. Os resultados de ensaios clínicos randomizados que comparam a mortalidade em mulheres convidadas para rastreamento mamográfico com mulheres não submetidas a nenhuma intervenção são favoráveis ao uso da mamografia como método de detecção precoce capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama. As conclusões de estudos de meta-análise demonstram que os benefícios do uso da mamografia se referem, principalmente, a cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos, depois de sete a nove anos de implementação de ações organizadas de rastreamento. O INCA não estimula o auto-exame das mamas como estratégia isolada de detecção precoce. A recomendação é que o exame pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo, pois ele não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para esta atividade (INCA, 2010).

É importante lembrar as ações de detecção precoce do câncer de mama realizadas pela AB. A mamografia tem eficácia comprovada na redução da mortalidade por CA de mama. A AB apresenta os benefícios reais de controle desta neoplasia, através de campanhas de conscientização para as mulheres e as conduz aos exames e aos tratamentos caso haja necessidade. É explicado a todas a necessidade da regularidade das consultas médicas e presença obrigatória nas Unidades da ESF. O exame clínico é realizado em todas as mulheres que procuram a Unidade básica de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher (INCA, 1999).

Pulmão

Apresenta um aumento por ano de 2% na sua incidência mundial. Em 90% dos casos diagnosticados está associado ao consumo de derivados de tabaco. No Brasil, o câncer de pulmão foi responsável por 14.715 óbitos em 2000, sendo o tipo que mais fez vítimas. Do ponto de vista anatomo-patológico é classificado em dois

tipos principais: pequenas células e não-pequenas células (85%). O tumor de não-pequenas células corresponde a um grupo heterogêneo composto de três tipos histológicos principais e distintos: carcinoma epidermóide, adenocarcinoma e carcinoma de grandes células, ocorrendo em cerca de 75% dos pacientes diagnosticados. Dentre os tipos celulares restantes, destaca-se o carcinoma indiferenciado de células pequenas, com os três subtipos celulares: linfocitóide (oat cell), intermediário e combinado (células pequenas mais carcinoma epidermóide ou adenocarcinoma) (INCA, 2010).

A maneira mais fácil de diagnosticar o câncer de pulmão é através de um raio-X do tórax complementado por uma tomografia computadorizada. A broncoscopia (endoscopia respiratória) deve ser realizada para avaliar a árvore traqueobrônquica e, eventualmente, permitir a biópsia. É fundamental obter um diagnóstico de certeza, seja pela citologia ou patologia. Uma vez obtida a confirmação da doença, é realizado o estadiamento que avalia o estágio de evolução, ou seja, verifica se a doença está restrita ao pulmão ou disseminada por outros órgãos (INCA, 2010).

O estadiamento é feito através de vários exames de sangue e radiológicos, como dosagens enzimáticas e ultrassonografia, respectivamente. Independentemente do tipo celular ou subcelular, o tabagismo é o principal fator de risco, sendo responsável por 90% dos casos. Outros fatores relacionados são certos agentes químicos (como o arsênico, asbesto, berílio, cromo, radônio, níquel, cádmio e cloreto de vinila, encontrados principalmente no ambiente ocupacional), fatores dietéticos (baixo consumo de frutas e verduras), doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar e bronquite crônica), fatores genéticos (que predispõem à ação carcinogênica de compostos inorgânicos de asbesto e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos) e história familiar (INCA, 2010)

A mais importante e eficaz prevenção é a primária, ou seja, o combate ao tabagismo. A ação permite a redução do número de casos (incidência) e de mortalidade. A AB desenvolve programas de detecção precoce do câncer de pulmão em suas unidades, através de grupos anti-tabaco, e recebe os usuários que desejam parar de fumar oferecendo orientação como cartilhas para que conheçam os perigos do tabagismo, estimulando à mudança de hábitos de vida . Do ponto de vista terapêutico existem três alternativas: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Estes métodos podem ser associados para obter o melhor resultado. Tumores restritos ao

pulmão devem ser operados e removidos – estágios I e II, com chance de cura de até 75%. Nos outros estágios, uma associação de quimioterapia e radioterapia, com eventual resgate cirúrgico, é a abordagem que mostra os melhores resultados, com uma chance de cura de 30%. (INCA, 1999).

Neste cenário epidemiológico merece atenção o câncer na criança e no adolescente. No Brasil, o número de casos novos na faixa etária de 1 a 19 anos representa um percentual pequeno em relação ao total, 2 a 3 % porém, ainda assim, é a segunda causa de morte por doença nesta população. Em países desenvolvidos o câncer pediátrico, na faixa de 0 a 14 anos, se mantém como a segunda taxa de mortalidade, atrás apenas de causas externas. Hoje é a mais importante causa de óbitos em países em desenvolvimento. A imprecisão dos sinais e sintomas permite que seja confundido com outras doenças desta idade, o que acarreta demora no diagnóstico, implicando na sobrevida dos pacientes. Isto demanda a identificação precoce do câncer na infância e adolescência para aumento da possibilidade de cura e melhoria da qualidade de vida dos enfermos (BRASIL, 2009).

A Atenção Básica na cidade do Rio de Janeiro, inicialmente na Área Programática 5.2, onde se realizou o presente estudo, se propôs a capacitar profissionais através de um projeto, chamado Unidos Pela Cura, a ser mais detalhado em tópico posterior, formando uma parceria com o Inca. O objetivo é construir uma política pública de promoção do diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil, bem como problematizar o contexto onde devem ser identificados os primeiros sinais e sintomas da doença.

3.2 CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PACIENTE PORTADOR DE CÂNCER NO BRASIL

3.2.1 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA- Trajetória e contribuição na Rede de Atenção Oncológica

Este tópico foi baseado na referência História do INCA (2010). A história de controle do câncer no Brasil se confunde com a história da criação do INCA. Ela começa na década de 30, com a reorientação da política nacional de saúde, devido ao aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, inclusive o câncer.

Em 13 de janeiro de 1937, o Presidente Getúlio Vargas assinou o decreto de criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro. Para o cargo de diretor foi nomeado o Dr. Mário Kroeff, um dos pioneiros da pesquisa e tratamento do câncer no Brasil. As instalações do Centro seriam inauguradas pouco mais de um ano depois, em 14 de maio de 1938, com 40 leitos, um bloco cirúrgico, um aparelho de raios-X e outro de radioterapia. Buscando-se desenvolver uma política nacional de controle do câncer, em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Câncer - SNC e três anos mais tarde o Centro de Cancerologia transforma-se no Instituto de Câncer, órgão de suporte executivo daquele Serviço. No seu início o SNC enfrentaria sérios percalços, passando a funcionar em instalações inadequadas até ser transferido, em 1946, para o Hospital Gaffrée e Guinle, no município do Rio de Janeiro.

A aquisição de uma sede própria e definitiva que viabilizasse a criação do grande hospital-instituto passaria a nortear os objetivos institucionais. No mesmo ano de 1946 foram transferidos para o Patrimônio da União dois terrenos e um imóvel em construção, localizados na Praça Cruz Vermelha, para aí ser construído o prédio do novo Instituto, inaugurado onze anos mais tarde, com a presença do então Presidente da República Juscelino Kubitschek.

Em 1961 foi aprovado um novo regimento reconhecendo-o oficialmente como Instituto Nacional de Câncer (INCA) e atribuindo-lhe novas competências nos campos assistencial, científico e educacional. Seguiu-se uma fase áurea para a instituição, marcada, inclusive, pelas instalações na Praça da Cruz Vermelha (localização atual da sede do INCA) e por seus programas de formação de recursos humanos especializados para todo o país. Entretanto, a reorientação das políticas econômica e de saúde, a partir da década de 60, originaria mudanças que, por um lado, beneficiariam a medicina previdenciária e, por outro, reduziriam drasticamente o orçamento do Ministério da Saúde. As medidas tomadas resultaram em muitas modificações estruturais e funcionais para o INCA.

Em 1967, o INCA criou a Campanha Nacional de Combate ao Câncer - CNCC, com o intuito de se agilizar, financeira e administrativamente, o controle do câncer no Brasil e, em 1969, sob inúmeros protestos, o Instituto é desligado do Ministério da Saúde passando à administração da Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, entidade ligada ao Ministério da Educação e Cultura, para ser adjudicado, três meses depois, à recém-criada Fundação das Escolas

Federais Isoladas do Estado da Guanabara - FEFIEG. Esta situação, porém, não duraria muito tempo, pois, em 1972, graças aos movimentos de resistência e de luta internos e externos, foi reintegrado ao Ministério da Saúde desligando-se de seu antigo órgão gestor financeiro, a então Divisão Nacional de Câncer - nova nomenclatura que havia sido adotada para o SNC - e passando a ser subordinado diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde.

Os primeiros anos da década de 80 marcariam o início de um período de crescimento e recuperação como órgão fundamental para a política de controle do câncer no Brasil. Em 1980 o INCA passou a receber recursos financeiros através da CNCC como resultado do processo de co-gestão entre o Ministério da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, o que permitiu, em apenas dois anos, duplicar a prestação de serviços médicos. Passaram a ser inúmeras as reformas e programas executados, bem como os convênios técnico-científicos firmados que projetariam ainda mais o INCA como um centro médico-hospitalar especializado, de ensino e pesquisa. A partir de 1982 o INCA e a CNCC buscaram reorientar as ações de controle do câncer por meio de um Sistema Integrado de Controle do Câncer - SICC, cuja estrutura técnico-administrativa passaria a ser o Pro-Onco. Em 1983 esta proposta se consolidou transferindo-se para o INCA/CNCC as atividades até então exercidas pela Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas - DNDCD (à qual também se incorporara a Divisão Nacional de Câncer) da Secretaria Especial de Programas de Saúde - SNEPS, do Ministério da Saúde.

Desde então se deu uma ação contínua, de âmbito nacional, abrangendo, em forma de programas, múltiplos aspectos do controle do câncer: informação (registros de câncer), combate ao tabagismo, prevenção de cânceres prevalentes, educação em cancerologia nos cursos de graduação em Ciências da Saúde e divulgação técnico-científica, que se estende até hoje. Do ponto de vista da assistência médico-hospitalar o INCA veio a contar com o seu Centro de Transplante de Medula Óssea, enquanto o Pro-Onco, em parceria com o Hospital de Oncologia, criou o Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico de alta expressividade técnico-científica. Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a lei que criou o SUS, novo impulso é dado ao INCA ao ser incluído especificamente nesta Lei, em seu Artigo 41, como órgão referencial para o estabelecimento de parâmetros e para a avaliação da prestação de serviços ao SUS. Nos anos seguintes, em 1991, 1998 e 2000, decretos presidenciais ratificariam a função do INCA como o órgão governamental

responsável por assistir o Ministro da Saúde na formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer (PNPCC) e como seu respectivo órgão normativo, coordenador e avaliador.

O INCA tem consolidado a sua liderança no controle do câncer no Brasil em todas as suas vertentes através da ampliação de programas já em desenvolvimento; criação de novos programas nacionais de detecção precoce do câncer; instituição de um Conselho Consultivo, que congrega os representantes das sociedades de especialistas e de instituições especializadas brasileiras; incorporação do Hospital de Oncologia (do ex-Inamps), o Hospital Luíza Gomes de Lemos (da Associação das Pioneiras Sociais) e do Pro-Onco (da Campanha Nacional de Combate ao Câncer). O INCA é auditado externamente por instituições nacionais e por uma instituição internacional; conta com o Programa de Gestão pela Qualidade Total e desenvolve os programas de controle do tabagismo e de prevenção de outros fatores de risco de câncer - a Contapp. Crescem a articulação e o reconhecimento nacional e internacional do INCA, e, para apoiá-lo financeiramente, foi criada a Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer - FAF, hoje, Fundação do Câncer.

Em 1998 foi inaugurado o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico - uma unidade hospitalar dedicada exclusivamente aos cuidados paliativos, sendo esta a primeira de uma série de ações internas de reorganização do Instituto com o objetivo de tornar a prática da cancerologia mais associada à oferta equilibrada dos serviços prestados à população.

As unidades Contapp e Pro-Onco foram transformadas em uma única coordenação responsável pela prevenção do câncer - a Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Os serviços assistenciais duplicados ou triplicados, nas três unidades hospitalares, se fundiram. O Hospital Luiza Gomes de Lemos foi transformado em Hospital do Câncer III - uma unidade hospitalar exclusivamente dedicada ao tratamento do câncer de mama; o Hospital de Oncologia passou a atender, sob o nome de Hospital do Câncer II, pacientes com cânceres genitais femininos. Inaugurou-se o prédio da Coordenação de Pesquisa e o Centro de Transplante de Medula Óssea foi elevado ao *status* de coordenador nacional de sua especialidade, no âmbito do SUS.

O Conselho de Bioética foi criado para discutir questões morais e filosóficas vitais para orientar o atendimento aos que se beneficiam das práticas terapêuticas e aos que recebem cuidados paliativos. Em 2000, buscando garantir para a população

brasileira que não vive em capitais uma assistência oncológica integral, com qualidade e de forma integrada, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 3535 que regulamenta o "Projeto Expande" - Projeto de Expansão da Assistência Oncológica, atribuindo ao INCA sua coordenação. Com este fim, planeja-se estrategicamente a criação, implantação ou implementação de centros de oncologia em hospitais gerais, os já conhecidos Centros de Alta Complexidade em Oncologia, para a expansão da oferta de serviços diagnósticos, cirúrgicos, quimioterápicos, radioterápicos e de cuidados paliativos em áreas geográficas antes sem cobertura para a população local.

Em 2003 uma crise administrativa deixou as Unidades Assistenciais do Instituto parcialmente desabastecidas. A mobilização dos funcionários e a rápida interferência do Ministério da Saúde restabeleceu a normalidade no atendimento aos pacientes, mas resultara, também, em mudanças nos processos gerenciais. Sob nova direção o INCA estabelece um novo modelo de gestão, mais participativa, baseada nos princípios da ética, transparência e responsabilidade social, comprometida com as premissas do SUS, de universalidade, equidade, integralidade e descentralização, com ampliação da garantia de qualidade de acesso aos serviços.

Entre 2000 e 2005 o INCA obteve grandes avanços na prevenção e detecção precoce do câncer, seja pelas ações do Programa de Controle do Tabagismo, pelos esforços empreendidos a favor da restrição da propaganda de cigarro, pelo apoio técnico para que o Brasil aderisse à Convenção-quadro para o Controle do Tabaco ou ainda pela intensificação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Em 2007, se comemorou os 70 anos de criação do Instituto. Entre os eventos comemorativos, destaca-se a realização do 2º Congresso Internacional de Controle do Câncer (INCA, 2010).

Com o objetivo de melhor desempenhar o seu papel público de órgão executor, normalizador e coordenador da política nacional de controle do câncer no Brasil, o INCA redefiniu, no ano de 2000, sua "Missão", que passou a ser enunciada como Ações Nacionais Integradas para Prevenção e Controle do Câncer (ANEXO I). Para alcançá-la, tem como Visão Estratégica:

"Exercer plenamente o papel governamental na prevenção e controle do Câncer, assegurando a implantação das ações correspondentes em todo o Brasil, e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população." (INCA, 2010).

A Portaria 2439 Artigo 4º de 8 dez./2005 do Ministério da Saúde, institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos e estabeleceu que o INCA seja:

✓ Centro de Referência em Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº2.123/GM, de 7 de outubro de 2004, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO).

✓

3.2.2 PROPOSTA DA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

3.2.2.1 Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Em latim rete, is = "rede ou teia", originariamente exhibe o significado de conjunto entrelaçado de fios, cordas, cordéis, arames, etc., com aberturas regulares, fixadas por malhas e nós, formando espécie de tecido aberto, destinado às aplicações, já presumivelmente pré-históricas, quer de caça quer de pesca, para fins de apresamento ou retenção do animal desejado (DICIONÁRIO BABYLON, 2010).

A conceituação de rede enquanto sistema de laços realimentados provém da biologia. Quando os ecologistas das décadas de 1920 e 1930 estudavam as teias alimentares e os ciclos da vida, propuseram que a rede é o único padrão de organização comum a todos os sistemas vivos, tendo CAPRA (2006) como autor que descreve o sistema de redes como algo que se refere à vida, através de um paradigma holístico.

O conceito de rede transformou-se, nas últimas duas décadas, em alternativa prática de organização, possibilitando processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social. Uma atuação em rede supõe valores e a declaração dos propósitos do coletivo (missão). Há alguns parâmetros que norteiam a interação e devem ser considerados por quem queira trabalhar colaborativamente. Uma rede é uma comunidade e, como tal, pressupõe identidades e padrões a serem acordados pelo coletivo responsável. O que une os diferentes membros de uma rede é o conjunto de valores e objetivos que eles estabelecem como comuns, interconectando ações e projetos. Uma rede não possui hierarquia nem chefe. As decisões são compartilhadas, as informações correm livremente, emitidas de pontos diversos, encaminhadas de maneira não linear a uma infinidade de outros pontos. O importante é a realimentação do sistema: retorno, *feedback*, consideração e legitimidade das fontes. Uma rede não tem centro. Cada ponto é um

centro em potencial. Uma rede pode se desdobrar em múltiplos níveis ou segmentos autônomos, capazes de operar independentemente do restante da rede, de forma temporária ou permanente, conforme a demanda ou a circunstância. As redes são multifacetadas. Cada retrato tirado em momentos diferentes, revelará uma face nova. Estar em rede significa realizar conjuntamente ações concretas que modificam as organizações para melhor e as ajudam a chegar mais rapidamente a seus objetivos. Cada participante possui talentos únicos, diferentes e valiosos para trazer ao grupo, e para exercer sua criatividade é preciso independência. É o equilíbrio entre a independência de cada participante e a interdependência cooperativa do grupo que dá força motriz a uma rede (FIOCRUZ, 2009).

O sistema de rede tem como elemento decisivo a utilização das tecnologias de informação. A complexidade do mundo globalizado dotado de alta tecnologia e acesso à informação impõe aos próprios Estados soberanos a necessidade de abrir mão de parcela de sua soberania e independência em nome da resolução de problemas de interesse comum que, de maneira isolada, nenhum deles seria capaz de resolver. Na área pública há anos tenta-se estruturar redes de serviços como uma forma de garantir a efetividade das políticas públicas, uma vez que já se comprovou à exaustão que o modelo burocrático, estático, compartimentado, hierárquico e formal de Estado não é capaz de sustentar esses direitos operando serviços, na maioria das vezes, com desperdício de tempo e recursos, gerando dificuldades em sua expansão e acesso (SANTOS, 2008).

O conceito de rede não é novo para o setor de saúde. E se dizemos que se conectam sujeitos, para existir rede é necessário duas pessoas pelo menos, construindo e pertencendo a algo maior. O trabalho na área da saúde precisa ser solidário, para resolver problemas. Todos os pacientes devem receber atendimento similar, de acordo com suas necessidades, sentindo um comportamento solidário daqueles que configuram a rede. (ROVERE, 1999).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi gestado sob o formato de rede de serviços. É o que está previsto na Constituição, no artigo 198. Bastariam estas duas características, ser único, ao mesmo tempo em que se é descentralizado, para impor a este sistema um modelo de rede na qual todos os envolvidos se interconectam e simultaneamente se mantem como unidade, mas há outro elemento integrador que foi adicionado ao sistema de saúde: a integralidade da assistência à saúde do indivíduo (artigo 198, II, da CF e artigo 7º, II, da Lei nº 8.080/90). Sem uma rede de

serviços, não será possível garantir a integralidade da atenção à saúde. (SANTOS & ANDRADE, 2008).

Righi (2002) aponta para o fato de que estamos em uma rede. Não se trata de discutir qual a nossa forma de organização de atenção à saúde, mas que tipo de rede estamos construindo para que possamos trabalhar da melhor maneira possível nesta organização. Há que dar ênfase na rede básica e na regionalização. Ressalta, ainda, que a forma que tem expressado a constituição da rede de atenção é a pirâmide onde os serviços de atenção primária estariam localizados na base, os intermediários no centro, e os de alta tecnologia no ápice.

A rede de saúde é composta por unidades que desenvolvem as ações e os serviços funcionando interligadamente através de sistemas de informação, comunicação e logística. Deve ser orientada por políticas claras e órgãos de planejamento, controle e avaliação. É imprescindível neste sistema de informação, a identificação dos usuários, a organização dos prontuários dos mesmos, os sistemas de referência e contra referência, de informações epidemiológicas, e outros. Para um sistema de comunicação ser eficiente, deve estar informatizado, funcionando através de uma central de regulação, com computadores, telefones, rádios. A logística envolve operações de transporte de pacientes, equipamentos, insumos, material para exames, manutenção de equipamentos. (RODRIGUES & SANTOS, 2009).

A Rede de Atenção à Saúde se apresenta, então, como a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e interconexão de conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária. A integração dos serviços em rede, deve melhorar a eficiência e a racionalidade das ações em saúde, produzir economia, expansão, evitar desnecessária repetição de exames e procedimentos já realizados, além de favorecer o acolhimento e a humanização. É importante, também, definir suas portas de entrada, ordenar acesso por ordem cronológica e de risco, definir linhas de cuidado, permitir monitoramento do paciente, oferecer a ele educação sanitária e outros elementos que criem eficiência e resolutividade dos serviços (SANTOS & ANDRADE, 2008).

Há algumas justificativas para a construção de redes de saúde, como o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas que representa atualmente mais de 60% do total de enfermidades, podendo chegar a 80% em 2020, segundo estimativas da OMS (2003). A necessidade de avanços na integralidade e construção de vínculos e no controle dos custos crescentes no tratamento das doenças também são fatores importantes (SILVA & MAGALHÃES, 2008).

O sistema de saúde torna-se realmente integral quando atende a necessidade do usuário no momento em que busca caminhos para determinado problema (MATTOS, 2001). Redes de atenção com foco no usuário são os melhores conjuntos de dispositivos para alterar quadros de morbimortalidade de uma população exatamente por ser a forma mais adequada de abordar as prevalentes doenças crônicas. O estabelecimento de vínculos pressupõe relações de longa duração entre os usuários e os profissionais de saúde, criando confiança e humanizando. É recomendável que estes vínculos sejam estabelecidos com uma equipe profissional da atenção primária, para que estes possam cumprir o duplo papel de cuidadores diretos na maioria das condições clínicas, e de gestores do cuidado, ao longo do tempo, dos usuários sob sua responsabilidade, de acordo com a demanda, e possibilitando, concomitantemente, a autonomia para o gozo da vida e da saúde. (SILVA & MAGALHÃES, 2008).

3.2.2.2 Rede de Atenção Oncológica (RAO)

O objetivo da RAO é reduzir a incidência e a mortalidade por câncer e garantir qualidade de vida aos pacientes em tratamento. Tem como finalidade a geração, disseminação, articulação e implantação de políticas e ações de atenção oncológica com a participação de atores governamentais, não governamentais e da sociedade com o objetivo de formular e executar quatro funções básicas e indispensáveis ao controle do câncer no Brasil: políticas de saúde, conhecimento, ações e serviços de saúde. (INCA, 2010).

A RAO reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na viabilização de estratégias de âmbito nacional, regional ou local que venham a contribuir para a consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social.

Entre suas estratégias destaca-se a proposta de parceria entre todas as instâncias envolvidas direta e indiretamente com o problema do câncer, sejam elas o Governo Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as universidades, os serviços de saúde, os centros de pesquisa, as organizações não governamentais e ou as instituições que representam a população e o controle social e da saúde.

A consolidação destas diferentes parcerias promoverá o compartilhamento de conhecimento e recursos, visando reduzir a incidência e a mortalidade por câncer na população e garantir a qualidade de vida aos pacientes e familiares. (INCA, 2010).

Dentre as estratégias intersetoriais de combate ao câncer, em busca do aumento do índice de cura da doença na criança e no adolescente, o Instituto Ronald McDonald (IRM), que atua desde 1999, identifica as demandas prioritárias e desenvolve programas que propiciam o diagnóstico precoce, o encaminhamento adequado e o atendimento de qualidade para as crianças com câncer no Brasil. Através do Programa Assistência Oncopediátrica, o IRM está comprometido em contribuir para que as capitais brasileiras possuam atendimento com profissionais especializados em oncologia pediátrica, ala de internação, ambulatório, quimioterapia e casa de apoio dedicada a crianças e adolescentes.

O IRM lançou, também, o Programa Diagnóstico Precoce, em 2008, buscando reduzir o tempo entre o aparecimento de sinais e sintomas do câncer na criança e no adolescente, obtendo diagnóstico precoce e preciso e recebendo atendimento em centro especializado, proporcionando esperança de cura e qualidade de vida para os pacientes e seus familiares. Desta forma, se propõe a colaborar na organização da RAO e qualificar a assistência à saúde nas áreas adscritas às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), através do projeto Unidos pela Cura (UPC), descrito adiante, no tópico 3.2.3.3 (BRASIL, 2010).

A partir de projetos e estudos realizados no INCA, Serra (2004) faz considerações no sentido do desenvolvimento de uma proposta de “estruturação” de estratégias, planos e ações integradas visando a consolidação das ações e controle do câncer por meio de uma Rede de Atenção Oncológica. Será necessário, segundo o autor, resolver os desafios relacionados ao processo decisório e de regras de arbitragem para os conflitos e distribuição de recursos entre seus diferentes componentes.

A RAO, em verdade, é um projeto ambicioso, surgido por iniciativa do INCA, que pretende abranger todas as esferas da atenção à saúde em todos os níveis de gestão, para garantir ao cidadão a continuidade do seu cuidado.

Para isto a Rede disponibiliza um novo portal que surge como uma ferramenta essencial para a promoção da saúde ao funcionar como uma área estratégica para interação e troca de informações entre as instituições, comunidades e indivíduos, abrangendo quatro campos de atuação: políticas públicas, mobilização social, conhecimento (pesquisa e ensino) e ações e serviços de Saúde. A partir dele a sociedade em geral terá acesso a informações sobre a doença, programas já implementados, metas, referências e diretrizes fundamentais para a disseminação e fomento de novas e mais eficazes ações de controle da doença.

O portal da RAO tem como principais objetivos: fortalecer o planejamento e a avaliação das ações de atenção oncológica, estimulando sua integração e a otimização dos recursos; qualificar os diferentes parceiros para a compreensão e a gestão do problema do câncer no país; promover a geração de conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico no campo da atenção oncológica e fomentar a captação de recursos para o combate ao câncer (INCA, 2010).

A estratégia de enfrentamento do câncer no Brasil por meio da criação de uma Rede de Atenção Oncológica pressupõe a viabilização de parcerias em cada nível de gestão do sistema para construção de um projeto articulado e integrado de ações que venham a reduzir a mortalidade e a incidência de câncer e promover uma melhor qualidade de vida da população. .

A consolidação do conceito de Rede como estratégia de gestão da atenção oncológica no país teve início em setembro de 2003 quando o INCA propôs a construção de uma agenda comum de ações para o controle do câncer. Tal iniciativa se baseia na compreensão da doença como um problema de saúde pública e que, portanto, seu enfrentamento deve envolver toda a sociedade brasileira.

A partir daí o INCA e o Ministério da Saúde promoveram oficinas para a elaboração e estruturação de um modelo de Rede envolvendo profissionais e gestores da rede pública de saúde, além de representantes das principais entidades e instituições que atuam na prevenção e no controle do câncer (INCA, 2010).

O resultado foi a criação da Rede Câncer, que surge como ferramenta de integração dos diversos atores, seja da iniciativa pública ou privada, para o controle

do câncer com novos recursos e possibilidades tecnológicas para difundir e fomentar a participação mais direta na formulação, execução e acompanhamento das ações (REDE CÂNCER, 2008).

3.2.2.3 Política Nacional de Atenção Oncológica

A Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO): Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. No Art. 4º estabelece que o Instituto Nacional de Câncer seja o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde em conformidade com a Portaria nº 2.123/GM de 7 de outubro de 2004 para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005).

A PNAO estabelece o atendimento integral a qualquer doente com câncer por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (2002). Este é o nível de atenção capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade dos serviços de assistência oncológica, conforme a Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005.

Dados de agosto de 2010 indicam a existência de 276 hospitais habilitados no tratamento do câncer. Todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia onde o paciente de câncer encontrará desde um exame até cirurgias mais complexas. Para ser atendido em uma dessas unidades é necessário o encaminhamento por um médico com o diagnóstico já confirmado de câncer por laudo de biópsia ou punção (exame histopatológico), à exceção das áreas de Neurocirurgia e Cirurgia Torácica, nas quais basta exame de imagem com suspeita de tumor maligno. Cabe às secretarias estaduais e municipais de Saúde organizar o atendimento dos pacientes na rede assistencial definindo para que hospitais os pacientes deverão ser encaminhados. Cabe às secretarias estaduais e municipais de Saúde organizarem o atendimento dos pacientes na rede assistencial definindo para que hospitais os pacientes deverão ser encaminhados (INCA, 2010).

Assim como a prevenção e o diagnóstico, o tratamento é um dos componentes do programa nacional de controle do câncer. As metas são,

principalmente, cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. As principais modalidades de tratamento são a cirurgia e a radioterapia/quimioterapia (incluindo manipulação hormonal), com apoio de outras áreas técnico-assistenciais, como enfermagem, farmácia, serviço social, nutrição, fisioterapia, reabilitação, odontologia, psicologia clínica, psiquiatria e a estomaterapia (cuidados de ostomizados). Embora cada área tenha papel bem-estabelecido, a abordagem multidisciplinar integrada é mais efetiva do que uma sucessão de intervenções isoladas no manejo do paciente. O SUS tem dado respostas concretas aos desafios da organização do tratamento do câncer, levando em conta as dimensões e heterogeneidade do Brasil. O Ministério da Saúde garante o atendimento integral ao doente com câncer pela Política Nacional de Atenção Oncológica, que inclui promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Nas Unidades de Alta Complexidade (Unacon) são tratados os cânceres mais prevalentes no país (mama, próstata, colo do útero, estômago, cólon e reto), com exceção de pulmão. O câncer de pele não-melanoma pode ser tratado em serviços não-especializados. Já os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) são hospitais terciários estruturados para tratar todos os tipos de cânceres, em todas as modalidades assistenciais (AZEVEDO & ALMEIDA, 2006). Entretanto, muitos desafios e obstáculos ainda se mostram presentes, tendo como principal indicador a dificuldade de acesso aos serviços especializados.

3.2.2.4 Rede ONCORIO

Trata-se de um projeto de qualificação das ações de prevenção e de controle do câncer na região metropolitana do Rio de Janeiro a partir da promoção de melhorias na infraestrutura e aparelhamento das unidades de saúde, capacitação do atendimento, desenvolvimento de pesquisas e otimização do fluxo de informações. O objetivo é estruturar uma rede de atendimento mais eficiente que atenda aos mais diversos aspectos relacionados ao câncer, da prevenção ao tratamento, além de consolidar um modelo de descentralização e melhor distribuição da assistência.

A Rede foi proposta pelo INCA em 2005 a fim de restabelecer a normalidade no atendimento dos hospitais sob intervenção do Ministério da Saúde, onde foram diagnosticados problemas de infraestrutura como redução do número de leitos, paralisação da emergência, interdição do centro cirúrgico e falta de medicamentos,

além da falta de alguns equipamentos médico-hospitalares essenciais ou sem condições de uso e necessidade de obras (INCA, 2010).

A iniciativa integrou todas as unidades de saúde que atendem pacientes com câncer nos municípios do Rio e Niterói, composta por seis hospitais federais (da Lagoa, de Ipanema, Andaraí, Bonsucesso, Jacarepaguá e Servidores) e três universitários (UFRJ, UFF e Gaffré e Guinle, da UniRio). Para reverter o quadro de falta de acesso aos serviços básicos de saúde, demora na realização de exames e aumento na demanda dos serviços de emergência, o INCA viabilizou a compra e distribuição de equipamentos para assistência em câncer para todas as unidades integrantes dessa rede, tendo por contrapartida a realização de procedimentos.

Como resultado, de 2005 a 2008 houve uma queda significativa na concentração de demandas nas unidades do INCA. No estado, o volume de radioterapias caiu de 35% para 24%; de quimioterapias, de 60% para 40%; e o total de internações, de 30% para 28%. No município, a variação foi ainda maior: redução de 53% para 45% na radioterapia, de 79% para 65% na quimioterapia e de 55% para 46% nas internações (INCA, 2010).

Em 2006 e 2007 foram investidos recursos do QUALISUS - programa que visa à qualificação dos serviços nas emergências de todo país - na estruturação do diagnóstico (anatomia patológica) e cuidado aos cânceres prevalentes (mama, colo do útero e próstata) em todas as unidades integrantes da Rede Oncorio. Em 2008 foram adquiridos equipamentos de alta tecnologia (PET-CT, SPECT-CT, Angiógrafo Digital) a serem instalados no INCA, coordenador da Rede (REDE CÂNCER, 2008).

Dos recursos oriundos do Programa Mais Saúde, estão previstos investimentos para a construção do novo complexo do INCA e de dois novos centros de alta complexidade em câncer no Estado do Rio. (REDE CÂNCER, 2008).

3.2.2.5 Proposta do UNIDOS PELA CURA- (UPC)

O Projeto Unidos pela Cura representa uma iniciativa que vem sendo constituída de forma intersetorial e tripartite no Estado do Rio de Janeiro desde 2005. O objetivo é construir uma política pública de promoção do diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil, bem como problematizar o contexto onde devem ser identificados os primeiros sinais e sintomas da doença. Os pediatras da rede de Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família (ESF) cumprem tanto papel de

protagonistas como o de público-alvo deste trabalho, através de um programa de capacitação. O material didático inclui além de livro, uma cartilha e pôster. A iniciativa foi formulada com simplicidade e inovação, associando uma estratégia de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde a um fluxo organizado de acolhimento das suspeitas e a um sistema de informação para monitorar o acolhimento dos pacientes, o desfecho dos casos e identificar possíveis gargalos.

Sob a coordenação técnica do INCA, com a estrutura operacional dos gestores do SUS no Estado do Rio de Janeiro e a participação da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro (SOPERJ), vem sendo estruturadas estratégias de educação adequadas aos diferentes contextos em que o tema do diagnóstico precoce deve ser abordado. (IRM, 2010).

Este programa se concentra na Atenção Básica, mais especificamente na ESF porque é neste nível de assistência que acontece o primeiro contato da população com o sistema de saúde. A proximidade e o acompanhamento contínuo das famílias de um determinado território colocam os profissionais da ESF em uma situação privilegiada para a identificação dos sinais e sintomas da doença, o que pode propiciar agilidade na suspeita e no diagnóstico. O programa é preparado com o intuito de continuidade. Há um conjunto de ferramentas de apoio ao trabalho dos profissionais da ESF para que se mantenham ligados à instituição após a capacitação. (BRASIL, 2009).

A elaboração do programa de capacitação do UPC foi baseada na experiência de um grupo de 10 pediatras, indicados pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, pelo reconhecimento de seu dinamismo e compromisso com a Atenção Básica. Discutiu-se a realidade do atendimento na Rede, os problemas que enfrentavam e como seria possível organizar um curso relevante para todos. A metodologia escolhida foi a da Aprendizagem Baseada em Problemas, que se fundamenta no conhecimento e na experiência que os profissionais já trazem e favorece sua participação ativa.

Com o UPC deu-se início à capacitação associada à organização do fluxo de encaminhamento, garantindo um rápido acolhimento dos casos suspeitos em hospitais de referência. O UPC chega ao PSF foi o primeiro projeto a receber recursos do Programa Diagnóstico Precoce do Instituto Ronald Mc Donald do Rio de Janeiro. Este fato evidencia a importância da política do UPC, no atual cenário do câncer infantojuvenil carioca. (www.inca.gov.br/unidospelacura)

3.2.2.6 Linha de Cuidado: O Trabalho do Profissional Frente às Necessidades do Paciente- Desafios, Convergências e Divergências.

Desde a 10ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) o conceito e a prática das Linhas de Cuidado são introduzidos com o nome de Atenção Integral à Saúde (AIS). A AIS é a superação do modelo de gestão e de atenção à saúde individual, fragmentado, curativo, hospitalocêntrico. Os princípios da AIS foram assim enumerados: acolhimento; acessibilidade; qualidade; resolutividade; vínculo (BRASIL, 1996).

De acordo com Fernandes (2008):

“Linhas de Cuidado são eixos centrais de ações integrais de cuidado dentro de um plano, projeto, programa ou política pública de saúde a partir dos quais se explicitarão ações e atividades específicas a serem implementadas, segundo um plano de prioridades de cuidado e as necessidades sociais de individualidades e coletividades locais regionais previamente estabelecidas e pactuadas nas instâncias federal, estadual e municipal”.

A ideologia da linha de cuidado é gerar responsabilidade de cuidado. Profissionais e serviços de cuidado responsabilizam-se pela pessoa desde o momento em que ela se insere no sistema de saúde até a satisfação possível de sua necessidade integral de cuidado. Os serviços de urgência, de clínicas, consultórios ou centros de atenção básica, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de especialidades, os serviços hospitalares, entre outros, responsabilizam-se por quem o procura (FERNANDES, 2008).

A linha de cuidado operacionaliza os conceitos de responsabilidade sanitária, responsabilidade social, responsabilidade profissional e responsabilidade ética de profissões e profissionais do cuidado. Segundo Malta et al. (2004) há inúmeros fatores de fragmentação da linha de cuidado. Dentre eles, a inexistência de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos que desestimula a entrada das pessoas nos sistemas promocionais e preventivos de cuidado e, não raro, geram consumo desnecessário de serviços de alta densidade tecnológica; rede de serviços deficiente; segmentação de ações, de serviços e de planos ou contratação de planos com cobertura limitada de atenção; práticas ou planos de doença cerceadores do acesso das pessoas aos serviços de atenção às suas necessidades; ausência de

insumos, perda de exames laboratoriais; qualidade questionável de atenção pelos prestadores de serviços (MALTA et al, 2004).

O território das ações cuidadoras, informado pelas tecnologias relacionais, é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas inclusive dos usuários e de suas famílias. Assim, produzir atos de cuidado à saúde é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores de uma unidade de saúde. Todos podem acolher, escutar, interessar-se e contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz este movimento desde um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento destes olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários dos serviços de saúde. (MERHY & FEUERWERKER, 2009).

Merhy (2008) descreve que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias (duras, leveduras e leves), comandadas pelas tecnologias leves, como, por outro lado, pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, articulando de forma exata "seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém". Os diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que em "relações intercessoras com os usuários" produzem o cuidado.

A verdadeira discussão diz respeito ao fato dos profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos os que labutam na produção de serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. Este é um território por onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade profissional está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário. Isto pode ser real, se pensarmos que:

"Todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos". (MERHY; 1998).

Merhy (1998) propõe a elaboração pelas equipes de referência dos usuários, de "projetos terapêuticos" individuais a serem operados por um profissional implicado no cuidado àquele usuário, que então ficaria com a função de "gestor do cuidado". Este profissional assume as funções de:

"Um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em Saúde, diante do caso concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha de ter poder burocrático-administrativo na organização." (MERHY, 1998).

As características específicas do contexto social, como as condições de vida e trabalho, podem afetar a saúde dos sujeitos. Contudo, não há uma linearidade entre condições econômicas desfavoráveis e piores condições de saúde. Nessa perspectiva a saúde resulta da influência da rede social, de pertencimento familiar e comunitário, da economia e da cultura de uma sociedade, refletindo nas características do contexto social. Assim, conhecer o significado de saúde e doença é um importante passo para a aproximação da construção social dessas categorias as quais precisam de uma abordagem que contemple a diversidade de situações, a riqueza das vivências e o entendimento do que é saúde e doença, pois seus significados variam entre as pessoas, famílias, grupos culturais e classes sociais (RIQUINHO & GERHARDT, 2010).

De modo geral, reconhecer um sintoma físico e/ou psíquico e buscar o tratamento ideal e adequado não é tarefa fácil nem costumeira. Afinal, não é todo dia que nos tornamos doentes. Nas populações de baixa renda as possibilidades são apresentadas de acordo com o contexto de cada um, com relação ao território onde residem, serviços existentes na região e conseqüentemente, qualidade e quantidade dos mesmos. O termo "itinerário terapêutico" descreve e analisa as práticas individuais e socioculturais em saúde relacionados aos caminhos percorridos por esta população. A relação entre itinerários terapêuticos e pobreza é bastante relevante no campo da Saúde Coletiva, em especial no contexto brasileiro, marcado pela desigualdade social e diversidade cultural que se refletem na busca do cuidado. Para se compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença torna-se necessário analisar suas práticas (itinerários terapêuticos) a partir do contexto onde elas tomam forma. É nesse contexto que acontecem os eventos

cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica, e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos e suas ações são formatados por esse espaço social (GERHARDT, 2006).

3.3 ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

A Saúde da Família (SF) entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes da ESF a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2004).

A ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, a consolidação desta estratégia precisa ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e a capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. (BRASIL, 2004).

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis a doze agentes comunitários de saúde. No caso de ser ampliada, conta com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene bucal.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas

residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2004).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é hoje considerado parte da ESF. É composto por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que fazem visitas domiciliares, acompanhados e orientados por um enfermeiro/supervisor lotado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Podem ser ligados a uma UBS ainda não organizada na lógica da Saúde da Família e a uma UBS como membro da equipe multiprofissional. Atualmente encontram-se em atividade no país ACS tanto em comunidades rurais e periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo estimado um número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2004).

Conill (2008) ressalta que para garantirmos a continuidade desta estratégia de modelo de reorganização é necessária a realização de ajustes, do ponto de vista técnico, sempre condicionado pela dinâmica dos projetos tecnoassistenciais em disputa. No contexto brasileiro é necessário refletir sobre as possibilidades de sinergia desta estratégia com outras políticas sociais, e sobre os fatores necessários para garantir seu desempenho.

3.3.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

A implementação de ações organizadas de controle do câncer é necessária quando a carga de doença for significativa e os fatores de risco apresentarem tendência de crescimento. Ações de controle visam à redução da morbimortalidade considerando a melhor utilização possível dos recursos disponíveis.

Como a OMS estima que para 2020 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento deve advir de doenças crônicas, dentre elas o câncer (CA), para tratar desta situação é necessário uma ação integrada de diferentes serviços e profissionais de todos os níveis de complexidade do sistema de saúde numa rede efetiva de serviços, com garantia de continuidade de cuidados. Um dos elementos

essenciais para que as ações e serviços de saúde funcionem de forma integrada numa rede de serviços é o funcionamento de um sistema de referência e contra referência (RCR) que representa um ponto chave para as práticas da Estratégia Saúde da Família (SERRA & RODRIGUES, 2010).

A ESF desempenha papel importante no combate à enfermidade câncer. Como porta de entrada a partir do primeiro atendimento encaminha o paciente para outros níveis de complexidade, quando necessário, acompanhando-o paralelamente. Se atendidos e encaminhados adequadamente, o avanço de muitos casos de CA podem ser evitados.

Para o funcionamento adequado e eficaz da ESF faz-se necessário o entrosamento com os demais níveis de complexidade e que sejam encontrados bom planejamento e regulação, gestão clínica, acesso aos serviços, recursos humanos, sistemas de informação e comunicação, além de apoio logístico (SERRA e RODRIGUES, 2010).

De acordo com Franco & Merhy (1999) o atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como "*produtor de procedimentos*". A produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico que utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras. A ESF ao resumir sua ação à vigilância à saúde com tímida incursão na clínica, não tem potência para reverter a configuração do Modelo Médico Hegemônico. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (FRANCO & MERHY, 1999).

A ESF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde. Sendo assim, seu trabalho está quase que restritivamente centrado no território, de acordo com as concepções desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Isto significa que em grande medida a normatização da ESF inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente. Não dá muito valor ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram, diminuindo "as autonomias nos modos de se andar a vida" (MERHY, 1998). Desta forma a ESF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definidos

conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em "trabalho morto" dependentes. (FRANCO & MERHY, 1999).

A diminuição da demanda espontânea, as visitas domiciliares compulsórias, o custo e financiamento do programa, a mitificação do generalista e a escolha da família como lugar de atuação pode acarretar enfraquecimento da proposta original da ESF (MERHY, 1999).

Aos serviços que aderem à ESF cabem três tipos de ações dos profissionais da equipe: ignorar as prescrições e manter a lógica atual (as diversas planilhas podem ser preenchidas de forma "criativa"); aceitar as prescrições, recapitulando os objetivos, mas mantendo o compromisso principal do serviço de saúde, não com os usuários, mas sim com novos procedimentos; e finalmente a equipe pode ignorar parcialmente as prescrições e dedicar-se criativamente a intervir na vida da comunidade em direção à melhoria de suas condições de vida. A interação abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado. (FRANCO & MERHY, 1999).

A Portaria MS/DAB 2.439 de 8dez/2005 artigo 3º /item III (BRASIL, 2005) inclui a ESF na RAO através de :

Ações (individuais e coletivas) voltadas para a promoção da saúde e prevenção do Câncer,

Diagnóstico precoce e apoio a terapêutica de tumores.

Ações clínicas e cuidados paliativos para o segmento de doentes tratados.

Há dificuldades e desafios para a atenção aos usuários com câncer relacionados à capacitação dos profissionais por meio da formação continuada, escassez de recursos materiais, desarticulação dos serviços da rede e ações limitadas. Considerando estes aspectos, o atendimento a estes usuários está definido a partir do seu acompanhamento de maneira contínua e com vínculo ao longo do tempo, independente da presença de problemas de saúde. Este acompanhamento pode ser realizado por qualquer profissional de saúde que se constitua referência para o acesso do indivíduo e do coletivo. Sendo assim, a ESF se insere na RAO em prol de um trabalho em comum, sendo o primeiro o local onde se pode realizar este tipo de acompanhamento, e o segundo a referência a ser encaminhada em caso de tratamento da doença diagnosticada, sem perder de vista a primeira.

4. PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Enquanto conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2003).

A abordagem do estudo foi qualitativa que se caracteriza pelo fato de a inferência ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem) e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual (BARDIN, 2004).

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2003).

Cabe ao pesquisador decifrar o significado da ação humana, aliado aos participantes, não apenas descrevê-la, e não se preocupando em formar conclusões definitivas e sim ideias para explicar as situações reais que se apresentam neste dado momento.

Na abordagem qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão. Não se baseia em critério numérico para garantir sua representatividade. A boa amostragem é a que possibilita abranger a totalidade do problema investigado e suas múltiplas dimensões (Minayo, 2006).

Com relação aos fins, teve caráter exploratório por se tratar de tema a ser investigado, representando um assunto que precisa ser explorado, pois é um problema real da vida prática. O tema surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, não emerge espontaneamente (MINAYO, 2006).

No trabalho de campo, foram realizadas entrevistas (“conversas com finalidade”) semi-estruturadas, em que recolhemos informações através da fala dos atores sociais (MINAYO, 2006).

A entrevista seguiu um roteiro temático previamente estabelecido. Foi um instrumento facilitador da abertura e de aprofundamento da comunicação. Roteiro é sempre um guia, e deve ser elaborado como tal (MINAYO, 2006).

Propôs-se uma interação dinâmica entre o sujeito e o objeto deste conhecimento através de realização de entrevista semi-estruturada sobre atitudes e práticas que podem auxiliar no desvelar de nossos questionamentos, combinando perguntas fechadas e abertas, onde pudemos discorrer sobre o tema a ser abordado, de maneira dinâmica, flexível. (ANEXO II)

O roteiro que serviu de guia para a entrevista, constou de tópicos principais a serem cobertos, a partir de um esquema básico, aplicado sem rigidez, em uma ordem lógica, e psicológica, com sequencia e encadeamento entre os assuntos, evitando saltos bruscos entre as questões e bloqueio de respostas. Isto nos permitiu fazer adaptações, sendo flexível na abordagem, com capacidade de ouvir atentamente e prestando esclarecimentos quando solicitado, sem forçar o rumo das respostas. Tal técnica garantiu clima de confiança, o que estimulou o entrevistado (LUDKE & ANDRE, 1986).

Julgou-se importante, neste trabalho, preparar o roteiro para discussão, conhecer posicionamento, pensamento e atuação dos diferentes atores ligados à ESF, como funcionam no processo de acolhimento, ações clínicas e cuidados paliativos para o segmento de doentes tratados nas unidades em questão, descobrindo os modelos utilizados, por onde se enveredam para a solução das dificuldades existentes e que influência têm no processo de implementação de políticas de saúde.

Não se pretendeu apresentar perguntas prontas. A intenção era trazer à luz o tema para as pessoas se pronunciarem, visando abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões (MINAYO, 2006).

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pelo pesquisador, mantendo sempre o registro do que foi falado. Esta tarefa exigiu leitura completa, repetida e atenta das transcrições das entrevistas para o entrevistador se familiarizar com os temas abordados e obter uma visão global do material (GIL, 2009).

O entrevistado recebeu esclarecimentos antes do início da entrevista e foi convidado a assinar um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Foi exposto e enfatizado o grau de importância da pesquisa bem como de sua colaboração, além de garantido o sigilo de sua identidade na divulgação das informações coletadas.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O local escolhido para a realização do estudo foi a Área Programática 5.2 localizada em Campo Grande, Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro. Possui aproximadamente 800.494 habitantes em uma área territorial de 11.912,53 hectares. Seu IDH é 0,810, um dos melhores índices da Zona Oeste. É a segunda maior área em crescimento e tem o maior contingente populacional. Foram selecionados profissionais de saúde, que recebem pacientes com suspeita de CA e trabalham na linha do cuidado, buscando boa qualidade de atendimento. O diagnóstico de CA possui um efeito quase devastador sobre o paciente, trazendo a idéia de aproximação da morte, mutilações e dor, proveniente dos tratamentos. Por isto, o enfrentamento desta realidade pode proporcionar incontáveis problemas emocionais, tratados pela equipe especializada (OLIVEIRA et al., 2005).

Na A.P. 5.2 houve capacitação sobre CA infanto-juvenil. O curso favorece o diagnóstico precoce deste tipo de câncer. As Unidades de Saúde foram previamente preparadas para desempenhar o trabalho no campo específico da doença câncer, com todas as suas vicissitudes e desafios no controle da doença, por meio de organização de rede de referência e contra referência. Foram treinados 485 profissionais até 2010, sendo 270 ACS, 68 enfermeiros, 31 médicos, 54 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 29 cirurgiões dentistas e 33 auxiliares de consultório dentário e técnicos de higiene bucal. Foi selecionado para a realização do estudo o Centro Municipal de Saúde (CMS) Raul Barroso, um dos primeiros locais que receberam este curso.

O CMS iniciou suas atividades em setembro de 2003, como PACS, sendo transformado em Programa de Saúde da Família (PSF) em novembro de 2007. Atualmente conta com quatro equipes de saúde e sedia o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe multidisciplinar que dá suporte técnico e otimiza as ações desenvolvidas pelas equipes de PSF.

Tem como área de abrangência o território que vai da Estrada Roberto Burle Max até Estrada da Matriz, cobrindo uma população de 11.500 habitantes, o que corresponde a 3830 famílias.

A área possui duas associações de moradores, 25 igrejas (05 católicas e 20 evangélicas), 09 escolas (03 municipais e 06 particulares) e 01 creche particular.

Como características urbanas da Ilha de Guaratiba, as ruas são em maior parte sem asfalto. Em épocas de chuva, devido às valas negras ocorrem inundações, tornando estas áreas intransitáveis. Após a baixa da água as ruas permanecem com grande quantidade de lama. Estas regiões correspondem à área de invasão, tendendo ao crescimento desorganizado. O local onde a Unidade de Saúde encontra-se não possui saneamento básico e existe um mangue onde é jogado o esgoto. Quanto ao lixo, 1/3 da população que mora nas ruas asfaltadas tem coleta de lixo três vezes por semana. Os 2/3 restantes correspondem às áreas mais distantes. Alguns moradores desta região optam por queimar seu lixo, ou jogam nas ruas.

A maior parte de população atendida pela Unidade de Saúde é de crianças e idosos, aumentando a possibilidade de casos de CA infantil e entre os idosos, ressaltando que a população local vem aumentando devido à migração de outros estados. Há alto índice de gravidez na adolescência, principalmente na área das equipes 1 e 4, e de dermatoses, diabetes e hipertensão arterial. Poucos registros de Tuberculose e Hanseníase (Regimento Interno do CMS Ilha de Guaratiba, 2011).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O universo da pesquisa foi composto por profissionais de nível superior e técnico das quatro Equipes de Saúde da Família do CMS Raul Barroso entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e cirurgiões dentistas. Os sujeitos em questão estavam, durante o momento da entrevista, atuando na ESF há pelo menos um ano, contratados por Organização Social (OS) através da CLT, com carga horária de 40 horas semanais.

O grupo selecionado foi previamente contatado para explicitação dos objetivos da pesquisa. Respeitando a dinâmica de trabalho dos profissionais, foi

elaborado um cronograma com horários para a realização das entrevistas, entre um atendimento e outro, procurando não interferir na sua rotina de trabalho.

Nossa população de estudo constou de profissionais de saúde da ESF que pertencem às quatro equipes do CMS Raul Barroso, que participaram de curso oferecido pelo Projeto UPC, do Instituto Ronald Mc Donald em 2010. O número de profissionais entrevistados foi definido a partir de tantos quantos necessários para que houvesse saturação dos questionamentos. Amostragem por saturação é uma ferramenta empregada nas investigações qualitativas na área da saúde. e usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELLA et al, 2008).

Ao total foram entrevistados dez profissionais, dentre os quais quatro médicas, três enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma cirurgiã dentista, de idade entre 37e 67 anos. Os demais funcionários do CMS não passaram pelo curso de capacitação. Somente uma entrevistada não fez pós-graduação, não passando por especialização em Saúde da Família. Todas estão no Programa há pelo menos quatro anos e no CMS Raul Barroso há pelo menos dois anos.

Houve dificuldade com relação ao número de participantes e o critério de inclusão, devido à alta rotatividade de profissionais na Unidade, principalmente os de nível superior. Muitos profissionais capacitados pelo Projeto Unidos pela Cura já não faziam parte da equipe no momento das entrevistas e os novos membros ainda não haviam passado pelo treinamento.

Como critério de inclusão temos a participação no Projeto UPC, entrevistando todos os profissionais de nível superior e técnico do CMS Raul Barroso que receberam esta qualificação.

4.4 PROCEDIMENTOS

O primeiro encontro de deu na Área Programática (A.P) 5.2. Fomos recebidos por uma médica pediatra, coordenadora do programa Unidos pela Cura da A.P que sugeriu o Centro Municipal de Saúde (CMS) Raul Barroso, situado na Ilha de Guaratiba, como perfil adequado para o estudo a ser desenvolvido, por ter profissionais que passaram pelo curso de aperfeiçoamento, por ser ambiente central e via de fácil acesso. A unidade se localiza a poucos metros da serra, caminho para Campo Grande. Fomos apresentados neste momento à coordenadora da A.P. que

recebeu uma carta de apresentação da proposta da pesquisa e assinou o Termo de Autorização da Unidade. A gerente técnica do CMS Raul Barroso também estava presente e assinou Termo de Autorização para realização da pesquisa neste local, documentos posteriormente entregues na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC-RJ) para análise e emissão de parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e Defesa Civil-RJ a autora se dirigiu ao CMS Raul Barroso para apresentação do seu trabalho e programação do Cronograma. Esta se deu no mês de julho, durante a reunião de equipe, que ocorre semanalmente, com o intuito de que todos os membros pudessem ouvir e conhecer o projeto, e onde os profissionais treinados pelo curso, que preenchiam os critérios de inclusão, fossem convidados a participar da pesquisa.

As entrevistas iniciaram no mês de agosto e se deram em local cedido pelos próprios profissionais da equipe (sala de consulta e sala da coordenação). Foi utilizado diário de campo para apontamentos (pequenas notas) e notas reflexivas (insights, hipóteses, ideias teóricas) que serviram de fundamento para posterior análise. Os entrevistados mostraram e ofereceram o material que faz parte de seu trabalho de prevenção, promoção de saúde, detecção precoce e ações. São formulários (Anamnese Clínica para o Tratamento do Tabagismo), cartilhas explicativas (Manual do participante para os que desejam parar de fumar) e folders (Noções Básicas de Higiene/Ações que todos podem fazer).

Seguimos um roteiro temático (Anexo III) como veículo auxiliar para conduzirmos as entrevistas de forma que conseguíssemos respostas para nossas inquietações referentes à atenção primária e a RAO.

As entrevistas transcorreram em clima ameno, e o roteiro temático foi de grande ajuda, esteve sempre por perto, à mão, a fim de dar uma direção quando o leme parecia estar fora da posição.

Os temas abordados parecem ter interessado a todos, já que não notamos grandes pausas ou silêncios intermináveis.

Procuramos deixar todos bastante à vontade para exporem suas idéias e ideais à contento.

Dividimos as entrevistas em algumas idas ao CMS Raul Barroso, e então pudemos nos encontrar com os entrevistados já tendo programado as datas antecipadamente.

Os participantes estiveram concentrados na sua tarefa de dar depoimentos, de manifestar opiniões. Foi agradável se posicionarem e dialogarem com o entrevistador.

Alguns deles nos convidaram a participar de atividades na Unidade e fora dela, sugerindo que conferíssemos o que foi dito durante as entrevistas. Outros quiseram que conhecêssemos o material utilizado pelos profissionais no trabalho com os usuários, crianças, adultos e famílias.

De um modo geral todas as idas à Unidade foram proveitosas em termos de grandeza de conteúdo para o enriquecimento da pesquisa.

Houve interrupções constantes por parte de profissionais da Unidade que necessitavam perguntar ou pedir algo ao entrevistado, fato claramente percebido durante a transcrição das gravações.

4.5 PLANO DE ANÁLISE

Após a coleta das informações, os dados foram organizados e consolidados de acordo com as respostas dadas. Foram estabelecidos critérios para avaliação com relação ao que se considera mais enfatizado pelos profissionais. Foram identificados núcleos de pensamentos principais, considerando-se frequência e ênfase dos dados relatados pelos profissionais entrevistados.

Na medida em que estamos tratando de análise em pesquisa qualitativa não devemos nos esquecer de que, apesar de mencionarmos uma fase distinta com a denominação “análise”, durante a fase de coleta de dados a análise já poderá estar ocorrendo (GOMES, 2003).

Para a análise dos problemas foi utilizado o desenho metodológico da Análise de Conteúdo, técnica de pesquisa para descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por fim interpretá-los (BERELSON, 1971). O critério de recorte na Análise de Conteúdo é sempre de ordem semântica, se bem que, por vezes, exista uma correspondência com unidades formais (exemplos: palavra e palavra-tema; frase e unidade significativa). (BARDIN, 2004).

Desde que se começou a lidar com comunicações se pretende compreender além dos seus significados imediatos, sendo útil a Análise de Conteúdo que tem como objetivos a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura pela descoberta dos conteúdos e de estruturas que confirmam o que se procura

demonstrar sobre as mensagens, ou esclarecendo o que não compreendíamos a princípio. Não existe o pronto para vestir, de acordo com Bardin (2004), mas algumas regras de base por vezes dificilmente transponíveis, precisando ser reinventadas a cada momento.

Através da Análise de Conteúdo podemos encontrar, também, o que está por trás dos conteúdos manifestos, confirmando ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (GOMES, 2003). Seu emprego auxilia na análise dos depoimentos de representantes dos grupos participantes no sentido de levantar o universo vocabular do mesmo.

Para trabalhar os conteúdos, foi utilizada a técnica de análise temática, com a finalidade de descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença, frequência e ênfase recebida signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

O tema se refere a determinado assunto, se liberta de um texto e serve de guia à leitura. A análise temática se encaminha para a observação da frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso, ou seja, a presença e ênfase a determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2006). Busca atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo.

Segundo Minayo (2006), a análise temática é composta por três etapas:

Primeiramente, na pré-análise, escolhe-se os documentos a serem analisados e há a retomada das hipóteses e objetivos a serem reformulados de acordo com a demanda. Elaboram-se, então, indicadores que orientem a interpretação final. Consta de algumas tarefas, como:

A leitura flutuante, que é a repetição exaustiva do contato com o material a ser trabalhado para que seja internalizado tanto quanto possível, deixando-se impregnar pelo conteúdo, deixando a leitura mais clara;

- A constituição do corpus, que é a organização do material para validação;
- A formulação das hipóteses e objetivos, de modo flexível, para que sejam adaptados e transformados de acordo com os procedimentos exploratórios;
- A determinação da unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

Em segundo lugar, dá-se a exploração do material visando a alcançar o núcleo do texto.

Em terceiro e último, há o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, propondo-se inferências e realizando-se interpretações, abrindo possibilidades outras para os resultados a serem obtidos (MINAYO, 2006).

Assim, após as entrevistas, houve uma nova revisão bibliográfica, ainda mais específica, com intuito de suporte ao trabalho de compreensão e posterior interpretação do material coletado com base nas opiniões, descrições de situações e experiências, percalços e carências encontradas nas respostas dos sujeitos no que se refere a sua atuação na equipe da ESF e a relação da mesma com a RAO.

Após a discussão dos resultados, foram traçadas as considerações finais e os resultados obtidos a serem comunicados aos participantes.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil- CEP SMSDC-RJ, constituído nos termos da Resolução CNS nº 196/96 e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conforme referido, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo IV), sendo garantido a eles o acesso aos resultados da pesquisa.

5. RESULTADOS e DISCUSSÃO

Como referido anteriormente, o objetivo deste trabalho foi analisar a percepção da equipe como partícipe da RAO, identificando as parcerias e ações desenvolvidas por estes com relação ao CA, considerando a prevenção, a detecção precoce e o acompanhamento dos pacientes, além de discutir limites e possibilidades de contribuições da atenção básica.

5.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS:

Realizamos 10 entrevistas que corresponderam ao universo de profissionais de saúde capacitados pelo UPC que atualmente atuam no CMS Raul Barroso e que se encaixavam nos perfis previamente definidos para inclusão na pesquisa. Para preservar suas identidades, os mesmos foram identificados através de iniciais referentes à sua categoria profissional, seguindo uma ordem relativa ao número de participantes por cada categoria: M para médicos, E para enfermeiros, TE para técnicos em enfermagem e CD para cirurgiões dentistas.

A partir da leitura flutuante das entrevistas, após sua transcrição, foram identificadas as seguintes categorias de análise:

- 1- Diagnóstico Precoce
- 2- Rede
- 3- Referência/Contra Referência
- 4- Educação Continuada
- 5- Capacitação
- 6- Atuação Profissional
- 7- Educação Permanente
- 8- Apoio Familiar
- 9- Significado da Rede
- 10- Apoio Sociedade Civil
- 11- Infraestrutura Local
- 12- Limites do Generalista

13-Atividades de Apoio/ Orientação

14-Cuidado=Auto Cuidado

15-Promoção da Saúde

16- Prevenção

A partir de uma leitura mais atenta do material, procuramos agrupar estas categorias em eixos temáticos por proximidade de assuntos e para facilitar o trabalho de análise e discussão, conforme abaixo relacionadas:

A- QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Percepções sobre a capacitação, educação permanente, educação continuada, conhecimento adquirido na graduação.

B- PROCESSO DE TRABALHO

Ações de promoção e prevenção, atividades de orientação, diagnóstico precoce em câncer, a integralidade na linha de cuidado, cuidados paliativos, limites do profissional versus o pessoal, visitas domiciliares como importante característica do PSF.

C- REDE DE SAÚDE

Obstáculos, facilidades, referência, contra referência, significado, apoio sociedade civil, infraestrutura local.

D- INSERÇÃO DA APS NA REDE ONCOLÓGICA

Profissional como partícipe da rede, papel da equipe após o diagnóstico.

5.2 ANÁLISE SEGUNDO OS EIXOS TEMÁTICOS

A- QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

A Portaria nº 2439/GM de 08 de dezembro de 2005 (www.saude.pr.gov.br) institui a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), e resolve, dentre outras considerações, ser relevante qualificar a assistência e promover a educação

permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da PNAO, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização, bem como fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica. Os profissionais do CMS Raul Barroso entrevistados, destacaram em seus relatos a importância do treinamento aplicado pelo grupo Unidos pela Cura em parceria com os médicos do INCA, que ministraram um curso sobre assuntos relacionados à enfermidade Câncer infanto-juvenil:

1- Percepções sobre a Capacitação

De modo geral os profissionais do CMS gostaram da experiência. Na opinião da maioria o curso cumpriu seu papel de orientar e chamar a atenção para o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil tendo, então, alcançado seu objetivo.

“Nós fomos treinados, vamos dizer, para captar o câncer infantil porque a gente tinha pouca captação na Atenção Básica, quando o paciente chegava no INCA já chegava e não tinha mais o que fazer(...) Então como você sabe, por exemplo, tem um nódulo, um caroço sublingual, submaxilar, com este tipo treinamento é pra você saber quando você tem que dar encaminhamento para o INCA, pelo o Unidos pela Cura (...) ele tem todo um fluxo...” (M3).

“Foi bem antes da capacitação. Duas vezes ele veio. Passou por mim na porta de entrada, passou pelo médico. E agente pegava os prontuários, para olhar... Depois eu soube que era um tumor, maligno, um tumor cerebral, né? E quando eu fui fazer o treinamento eu só pensava, só lembrava dessa criança”.(E1)

“Eu fiz duas vezes (...) A gente fazia em cima de casos clínicos. O de agora você vai, vê o fluxo e tal,(...) Pra você ver o que vai te chamar mais atenção pra certos tipos de câncer infantil, dor na perna, adenomegalia, pra você ficar mais atenta nessas coisas”. (M4).

No entanto, após a capacitação, não houve reciclagem, nem encontros posteriores para dar continuidade ao primeiro módulo o que sugeriu uma interrupção no ritmo, ocasionando sensação de perda em termos de qualidade de informações relevantes e em relação à troca de experiências com os profissionais que integram a equipe do INCA, local de referência para onde os pacientes do CMS são encaminhados e tratados antes de retornarem a sua base original:

“... as doenças estão sempre mudando evoluindo, sinto falta de atualização, tudo muda, a medicina evolui”.(TE2).

“Agora eu acho que esse treinamento deveria continuar, de vez em quando, uma vez a cada ano, a cada dois anos, fazer um "retreinamento" , não ficar só com aquele que você fez, entendeu? Fazer sempre uma reciclagem”(M3).

“... até porque foi uma coisa que me surpreendeu, esse curso, eu achei muito bom, principalmente porque envolvia criança, e é coisa muito, muito difícil (...) Espero que tenha atualização pra gente” (M1).

De um modo geral os depoimentos dos profissionais mostraram que após realizarem a capacitação passaram a ter um olhar diferenciado com relação ao tema CA:

“... Nossa busca ativa é assim, de estar suspeitando de tudo. Porque foi assim que agente aprendeu no curso. Olhou, suspeitou, encaminha(...) É, abriu muito a nossa mente (...) Tirou muitas dúvidas. Esclareceu muitas coisas. A 5.2 já fez toda o curso. Não tem mais ninguém que não tenha feito o curso. Só os novos, que foram contratados agora (...) eu nunca tinha feito um curso voltado para o CA infantil, achei que foi de grande valia, me esclareceu muitas coisas”(TE1).

“Fiquei muito mais ligada”. (E1).

“Deu pra sentir, deu pra ver assim que você realmente às vezes tem que estar com um olhar clínico mais diferenciado”... (M4).

Houve quem citasse a importância da inserção da parte prática, cursos rápidos, mas que também auxiliassem no entendimento da enfermidade câncer e toda a sua complexidade, como complemento da capacitação:

“... e essas micro- capacitações que nós fizemos, (...)Unidos pela Cura, fiz IUBAM, outros cursos rápidos, porque a gente não podia partir para a prática, gente é muito interessante, também como dentista, ter a prática, conversar, ver a prática, porque os cursos de capacitação são muito rápidos, não dá para se aprofundar, são bem superficiais”.(CD1).

“...apresentar casos clínicos e você discute ... muito bom o treinamento, muito bom. você sai de lá sabendo o que fazer. Esse aqui é o cartão que você liga pra CAP” ... (M3).

2- Conhecimento adquirido na graduação

Durante a graduação alguns participaram de cursos, com vista a um conhecimento maior sobre o tema CA;

“Eu fiz um curso no INCA, eu estava na faculdade ainda, eu gostei muito, me atualizei, foi sobre pacientes terminais, acho que foi. Foi até um senhor enfermeiro que deu, não lembro o nome dele, foi há muito tempo...” (E3).

3- A Educação Permanente

Paim (2001) afirma que um governo responsável, quando formula uma política ousada como aquela referente à expansão do PSF, precisaria explicitar mecanismos indutores de apoio às mudanças nas instituições educativas, entre os quais o financiamento dos programas, projetos e atividades. O processo de

educação permanente atuaria como estímulo para reflexão das práticas do serviço e poderia possibilitar aos profissionais da ESF se estruturarem melhor e atenderem com mais propriedade aos pacientes em fase de exames confirmatórios, ou já com diagnóstico de câncer e em tratamento, já que terão entendido melhor onde está inserido na unidade, buscando novas estratégias de ação, tanto individualmente como coletivamente. As respostas dos profissionais demonstraram que sentem falta de um espaço maior de encontros para repensarem práticas e para avaliarem condutas. Seguindo o que declara Paim, a criação de milhares de postos de trabalho pelo PSF num tempo relativamente curto impõe a busca de soluções criativas no sentido de utilizar, da forma mais eficiente possível, a capacidade instalada das universidades e dos serviços de saúde.

“A educação tem que ser uma coisa contínua, que vai fixando na nossa cabeça e a gente vai passando para o usuário” (CD1).

“... a gente sentar pra conversar ter mais conhecimento porque logo depois que teve a gente não fez isso... Uma coisa que está faltando aqui que nós temos que fazer pra melhorar o nosso trabalho de conhecimento, de resolver algumas coisas, é a gente se reunir mais pra conversar sobre isso... Quem fez curso tal e tal, vamos nos reunir e falar, e ver o que está faltando, o que aprendeu quem aprendeu menos quem aprendeu mais...” (E3).

4- A Educação Continuada

Farah (2003) menciona a educação continuada como um processo permanente de atualização com o intuito de melhorar a capacidade de uma pessoa ou um grupo diante das necessidades vigentes. Proporciona a estes um melhor desempenho de suas funções.

Através das práticas educacionais os entrevistados se posicionaram e referiram desejo de buscarem oportunidades oferecidas para ajuda-los a atuar mais eficazmente na sua instituição, com retorno para esta e para si enquanto parte da mesma:

“...apresentar casos clínicos e você discute ... muito bom o treinamento, muito bom. você sai de lá sabendo o que fazer”(M3).

“Pronto, tivesse isso ai uma visitação que nós víssemos (...) Chegava lá e nós víssemos o retorno pra gente, uma parte prática”(M1).

“Aconteceu o Unidos pela Cura, aconteceu. Naquele momento, você fica entusiasmado. As aulas, todo aquele processo. Passados um ou dois anos, tem gente que esqueceu aquilo ali (...) Não teve continuidade (...) Das duas partes”(E2).

B- PROCESSO DE TRABALHO

Na Portaria nº 2439, o Artigo 3º define que a Rede de Serviços Básicos de Saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), deve propiciar ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.

1- Ações de Promoção e Prevenção à Saúde

A prevenção primária envolve a disponibilização de informações à população sobre os fatores de risco para o câncer e de estratégias para diminuir a exposição aos mesmos. Esta prevenção perpassa todos os níveis de atenção à saúde, mas é na atenção primária que se torna possível um maior alcance das ações, em função de sua abordagem mais próxima da população, na ótica da promoção da saúde. A promoção em saúde propõe que "(...) as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aquelas que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham." (BRASIL, 2005).

Afirma Czeresnia (2003) que os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábito. Salaria, igualmente, a importância de entender bem a diferença entre os termos prevenção e promoção à saúde.

Enfatiza a autora que as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno e seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Já promoção não se refere a uma determinada doença ou desordem,

mas dá ênfase às ações dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos através de atividades educativas (BUSS, 2000).

Encontramos em nossas entrevistas certa dificuldade em diferenciar promoção da saúde e prevenção das doenças. Não pareceu fácil para os profissionais se apropriarem dos conceitos de promoção como qualidade de vida e de prevenção como preocupação com o diagnóstico precoce.

“... a gente faz promoção à saúde não especificamente voltada para o CA. A gente até dá uma pincelada se tem alguma massa, algum carocinho, alguma coisa agente explica, assim mais ou menos. Na Unidade, geralmente quem vem com a queixa é a mãe. Ah, ele tá com um carocinho na perna já tem uns 3 meses. Aí a gente desconfia, aí tem aquele passaporte da criança, e a gente tá encaminhando para lá.” (TE1).

“... Acho que informação, não sei de que maneira, mas, não sei se por televisão, rádio, não sei. A gente, o nosso trabalho, é informativo, pura informação” (M3).

Notamos um pensamento ainda direcionado para a assistência no que se refere à promoção de saúde, além de ser voltado para patologias específicas:

“... Nunca tinha parado para pensar em ação com relação a isso. Talvez palestras para as pessoas, com esclarecimentos. Na porta de entrada que eles ficam reunidos, passar vídeo” (TE2).

“... A gente faz as ações, a gente ia muito pra rua, fazia na rua. Prevenção de câncer a gente faz mais aqui mesmo”, (...) Porque você tem aquela rotina do rastreio, temos a mamografia (...) é mais perto, em um lugar mais fácil de acesso e tal, então tem essas coisas todas, tem também o preventivo do colo do útero” ... (M4).

“A gente pode estar colocando. Isso aí eu falo na consulta (...) Ah, um carocinho, esse carocinho tem quanto tempo? Você fala no dia a dia, você não pode fazer um evento só para isso, porque é pouco o dia, a gente vai falar de tudo um pouco” (M3).

Observamos em um entrevistado certa confusão entre os exames que podem ser realizados pelo próprio paciente e o exame que é feito na unidade, que é parte do preventivo ginecológico.

“... Posso dizer que ultimamente eu estou fazendo o preventivo, autoexame de mama. Estou colhendo história das pessoas para ver se não tem história familiar, se tem história de CA. Estou fazendo prevenção”... (E1).

Há, também, um aspecto em que o profissional aguarda passivamente o usuário, ao contrário do que rege a filosofia da ESF. Lembra SCHERER et al (2005) que os profissionais devem promover atividades educativas de grupo, ações intersetoriais e parcerias para enfrentamento dos problemas, além de incentivar e participar da organização dos Conselhos de Saúde. O debate entre a equipe e desta

com a população, em torno do conceito de saúde, cidadania e as bases jurídico legais que legitimam o direito à saúde deve ser permanente.

“... Eles vêm para o básico, vacinas, imunização. Aqui é uma comunidade diferente para o SF. Eles participam bastante dos movimentos que existem na comunidade”. (E2).

Observou-se a ausência de grupos de mútua ajuda específicos, como por exemplo, de pacientes com CA:

“... Porque aqui a gente tem diversos grupos e a maioria não participa desses grupos que nós temos, quando a pessoa está acamada ela não fica, não vêm, perde aquela vontade de vir e participar de grupo, a gente fica dando força pra participar do grupo, de idosos, que na realidade não são tão idosos e abrange uma camada muito boa aqui. E temos trabalhos manuais, cinema, tem tudo que tem direito” (M1).

Verificou-se desinformação da população e falta de alerta dos profissionais da área da saúde, bem como a realização de programações nos serviços de saúde, públicos e privados, que favoreçam a detecção precoce do câncer. Há necessidade de realização de programas de promoção e educação em saúde, dando um enfoque educacional à população sobre os riscos em relação ao CA.

Não faz parte da APS a prática de captação de possíveis determinantes de CA, como se faz com Hipertensão Arterial, Diabetes ou campanhas antitabagismo.

“Às vezes a gente faz mutirão. Às vezes a gente faz de 2 em 2 meses. De CA mesmo não é muito.” (E3).

“... Através da anamnese descobrimos os fumantes e montamos um grupo” (CD1).

“Eu sou a coordenadora do grupo de tabagismo. Eles me contam as histórias e eu encaminho para a médica (...) Vamos na conscientização” (E1).

2- Atividades de Orientação

A implementação de ações organizadas de controle do câncer é necessária quando a carga de doença for significativa e os fatores de risco apresentarem tendência de crescimento. Ações de controle visam à redução da morbimortalidade considerando a melhor utilização possível dos recursos disponíveis. As atividades de orientação são consideradas tipos de ações em que os profissionais desenvolvem durante os atendimentos na Unidade, quando os pacientes chegam para se consultar. (BRASIL, 2005).

Os atores entrevistados revelaram grande preocupação em orientar adequadamente os pacientes e seus familiares, que muitas vezes demonstram certa

resistência e desconhecimento da situação em que se encontra seu filho ou quem ele está acompanhando, e apontam para a necessidade de dedicar parte das consultas a este tipo de atividade.

“... é você orientar o paciente, orientar a família, orientar os pacientes. Acho que informação é importantíssimo, porque você tem que falar pras pessoas que o câncer infantil existe, as pessoas pensam no idoso, sua mãe velha né? As pessoas se admiram quando você fala isso ai é um tipo de câncer, o câncer de criança existe também. Acho que informação, não sei de que maneira, mas, não sei se por televisão, rádio, não sei. A gente, o nosso trabalho, é informativo, pura informação” (M3).

“A gente acompanha, vai na casa dela, entendeu? Faz as orientações com ela, pra ver como ela está passando, se ela está fazendo a quimioterapia (...) a gente conversa com o familiar também, orientando, porque muitas vezes o familiar nem quer saber, né?” (M1).

“Como eu atuo, é procurando. Quando o paciente vem, e orientando as mães, qualquer tipo de nódulo, caroço, qualquer sangramento, qualquer lesão que aparecer diferente me procurar, sobretudo orientação a gente faz...” (M2).

“A família vem sempre junto. Esse menino vinha com a mãe, e eu sempre orientava no sentido de observar a escovação, olhar a ponta da língua constantemente, porque em casa vai saber, acha que ele está bem, que não precisa mais se preocupar” (CD1).

3- Diagnóstico Precoce em Câncer

Segundo estatísticas do INCA e artigo do AIEPI (2010), o CA é a segunda causa de morte de crianças maiores de um ano. Há um importante avanço nos resultados para o tratamento da doença, mas uma brecha grande nos resultados entre os países desenvolvidos comparando com os da América Latina. O diagnóstico oportuno, a demora da remissão de um paciente, o início ou suspensão do tratamento, podem significar a diferença entre a vida e a morte. (AIEPI, 2010). Esta estatística representa o motivo pelo qual se proporcionou ao PSF uma orientação para efetuar melhor atendimento à população que procura ajuda para tratamento adequado.

Quanto mais cedo é diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida do indivíduo. O objetivo é a detecção de lesões pré-cancerígenas ou do câncer quando ainda localizado no órgão de origem, sem invasão de tecidos vizinhos ou outras estruturas. As estratégias incluem rastreamento e diagnóstico precoce. O rastreamento envolve ações organizadas de teste simples aplicado a determinado grupo populacional, com a finalidade de

identificar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas em estágio inicial em indivíduos com doença assintomática. O diagnóstico precoce inclui ações de detecção de lesões em fases iniciais a partir de sintomas e/ou sinais clínicos. Para tanto, é importante que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alarme para o câncer. Atualmente, há rastreamento populacional para cânceres de mama e colo do útero. (BRASIL, 2005).

Estudo de Reis et al (2009) aponta que no tocante ao câncer infantil, este deve ser estudado separadamente do câncer do adulto por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos, pois tende a apresentar menores períodos de latência, costuma crescer rapidamente e torna-se bastante invasivo, porém responde melhor à quimioterapia. O diagnóstico do câncer infantil é um processo complexo e muitas são as variáveis que parecem influenciá-lo. O melhor entendimento deste processo é de fundamental importância para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública com vistas à detecção precoce do câncer infantil. Determinar os sinais e sintomas que devem alertar para a possibilidade de doenças malignas ainda é um desafio.

“... Já tivemos casos com diagnóstico que estão fazendo acompanhamento no INCA. Mas muitos casos de suspeita não fecharam. Uma criança que tinha um gânglio axilar era reação de uma vacina. (...) Quando você tem uma suspeita você tem que investigar mais um pouco pra poder encaminhar, aqui a gente como é da área generalista a gente vê de todas as especialidades (...) de mama, de colo de útero...” (M2).

Reis (2009) nos recorda ainda que no adulto, em muitas situações, o surgimento do câncer está associado claramente a fatores ambientais externos. Já nos tumores da infância e da adolescência, até o momento, não existem evidências científicas que permitam observar claramente esta associação. Diferentemente dos adultos, não existe nenhum exame específico associado à idade que possa ser feito de rotina para se detectar precocemente o câncer na criança na população geral.

Nas entrevistas percebemos o cuidado dos profissionais ao receber um paciente para avaliação:

“O paciente vem a primeira vez, no acolhimento e nós perguntamos há quanto tempo ele fez exame de sangue. Primeira coisa são os exames laboratoriais (...) Vamos em cima da queixa no primeiro momento para fazer a investigação” (E1).

As ações de detecção precoce, tal como as de prevenção primária, podem ser oferecidas em qualquer nível de atenção à saúde. Por uma questão de custo-benefício e pela maior proximidade com a população, recomenda-se que as ações

de detecção precoce se concentrem na atenção básica. É neste nível que os métodos de rastreamento devem ser disponibilizados e fazer parte da rotina de atenção à saúde conforme as diretrizes preconizadas. O acesso aos exames deve se dar da maneira mais prática e facilitada possível, mediante planejamento adequado e organização do serviço. (BRASIL, 2005).

Com frequência apareceram falas entre os entrevistados sobre perguntas aos usuários a respeito do seu histórico de doenças, seus hábitos alimentares e sobre suas rotinas diárias, com intenção de detectar algo que lhes chamasse a atenção e que os levasse a investigar melhor o que foi suspeitado, independente de estarem atendendo crianças ou adultos.

“... nas visitas, ou na hora da anamnese, perguntamos para a família se existe histórico da doença (...) a gente tem isso, até nas nossas fichas clínicas, na parte da anamnese, tem essas perguntinhas clínicas para saber se o paciente tem hábito de fumar, se usa prótese, etc...” (CD1).

“... a partir do curso vimos que pode ser um CA, vamos aprofundar a investigação (...)Foi onde eu comecei a ter um olhar diferenciado (...)Sinais e sintomas de alguns tipos de CA. (E2).

“Aí quando foi apresentado os sinais e sintomas que possam ser diagnosticados, eu já comecei, se aparecer assim lá na minha porta, eu já vou ficar ligada, pode ser alguma coisa alterada” (E1).

4- A Integralidade na Linha de Cuidado

O modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida. Na linha de cuidados do câncer a Atenção Primária à saúde tem responsabilidade quanto a ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, ou seja, em todos os níveis de prevenção da história natural da doença. (BRASIL, 2006).

“Depois do Unidos pela Cura, passamos a valorizar a queixa, principalmente as mães que trazem as crianças, que vem com uma febre, fora que o acolhimento do olhar ficou diferenciado (...) Tem o cartão do Unidos pela Cura e facilitou o nosso trabalho. Já vai tudo agendado. Já tem todo um fluxo. Depois do curso, a gente teve mudança, facilitou nosso trabalho” (E2).

“A primeira consulta é fundamental, porque a gente vai investigar como um todo, e dá até pra fazer algumas ações (...) O paciente chegou, tem que olhar o conjunto” (CD1).

“Agora nós temos um senhor, que operou, converso com ele, ele está muito anêmico. A gente soube que ele tinha operado de CA” (E3).

“No PSF, você estar junto, vendo a pessoa que tem CA, ela está fazendo um tratamento, está. Ela tem necessidades de afeto, nutricional, de se distrair, então, manter a vida daquela pessoa, enquanto ela está vivendo com CA, mas vivendo como todo mundo, tendo suas necessidades supridas, religiosas, de higiene, como pessoa, física e psicológica. É estar lutando para que a pessoa sobreviva bem” (E1).

Segundo o Ministério da Saúde a ESF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, que devem se articular dependendo de cada caso, e em todos os níveis de complexidade. O indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores (BRASIL, 2000).

Os profissionais do CMS se preocupam com a busca da integralidade da atenção à saúde do indivíduo, (artigo 198, II, da CF e artigo 7º, II, da Lei nº 8.080/90). Sem uma rede de serviços, não é possível garantir a integralidade da atenção à saúde, em cada município (SANTOS & ANDRADE, 2008). Na nossa pesquisa destacou-se o empenho dos entrevistados em lançar mão de uma ação que valoriza o vínculo entre o CMS e os usuários, onde estes tem um espaço para se manifestarem, e serem ouvidos. O estabelecimento de vínculos pressupõe relações de longa duração entre os usuários e os profissionais de saúde, criando confiança e humanizando.

“Porque a Saúde da Família (...) por isso é que só pode dar certo! Porque você primeiro começa a promover saúde, manda o paciente se cuidar e a gente começa a ter um vínculo com essas famílias, (...) e você vai vendo que como você tem esse vínculo e sempre com a mesma comunidade, aí que você avalia teu trabalho. Se eu tenho um hipertenso que tem aquelas crises, se está enfartando, então meu trabalho está sendo uma porcaria, porque eu não estou controlando a hipertensão”. (M2).

“E quando você trabalha em SF a aproximação com o paciente é maior ...” (E2).

“A gente acompanha, a gente vai a casa dela, entendeu? Faz as orientações com ela, pra ver como ela está passando, se ela está fazendo a quimioterapia” (M1).

“Quando saímos para fazer uma visita, temos que olhar como um todo. Quando avistava alguém com mancha no rosto, perguntava, o que você acha disso?” (CD1).

5- Cuidados Paliativos

São medidas terapêuticas com o intuito de dar o melhor tratamento, passar maior segurança aos pacientes e seus familiares. É uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras à vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2003). As ações de cuidados paliativos podem e devem ser inseridas em todos os níveis, inclusive na atenção primária, e envolvem não só o apoio multidimensional (físico, espiritual, psicológico, social e afetivo) aos indivíduos e famílias que vivenciam o câncer em estágio avançado, mas também o cuidado aos indivíduos no início da doença, através de orientação, encaminhamento e suporte adequado. Os profissionais da atenção primária têm papel relevante no acompanhamento tanto de indivíduos sob tratamento, como de indivíduos em estágio terminal da doença. (BRASIL, 2005).

Trata-se de uma situação complexa, a finitude, e observou-se que quando se abordou o tema durante as entrevistas, há dificuldade por parte da equipe e também dos familiares de lidar com este tipo de situação. Os profissionais alegam que não há muitos casos na Unidade, mas se preocupam em acompanhar quando necessário.

“Ela já estava em cuidados paliativos, em casa, tinha toda uma estrutura montada na casa dela, e assim, sabendo da realidade dela, quer dizer, o contato da gente é mais isso, falar, minimizar, cuidando”. (E1).

“... Numa dorzinha que ele sentiu a família levou, o medico pediu um exame e descobriu (...). Eu ia três vezes por semana, aplicava injeção para dor, eu e a médica acompanhávamos a família dele. (TE2).

6- Limites do profissional versus o pessoal

De acordo com Oliveira et al (2005) é difícil encarar a doença câncer e até mesmo os profissionais com experiência de anos de trabalho na Unidade demonstram quão complexo é separar o sentimento pessoal do profissional que vai cuidar do paciente e sua família, lidando com o diagnóstico de uma enfermidade que faz lembrar o momento de finitude de todo ser humano, incluindo o seu próprio e de algum ente querido, familiar ou próximo, o que pode ocasionar problemas

emocionais na equipe como um todo e também individualmente, dependendo da história de cada um traz de sua família e colaterais.

Os profissionais da Unidade selecionados recebem pacientes com suspeita de CA e trabalham na linha de cuidado, buscando boa qualidade de atendimento. O diagnóstico de CA possui um efeito quase devastador sobre o paciente, trazendo a ideia de aproximação da morte, mutilações e dor, proveniente dos tratamentos. Por isso, o enfrentamento desta realidade pode proporcionar incontáveis problemas emocionais, tratados pela equipe especializada (OLIVEIRA et al., 2005).

“A doença CA é sempre muito assustadora. Para a gente é sempre muito assustador (...) Eu lido um pouco mal com isso, apesar de ser um profissional de saúde, mistura um pouco o profissional com o individual. Quando se fala que tem um paciente com CA na nossa área, tem que ir lá, ver qual a situação. É difícil, é minha função (...) O que eu posso detectar é isso. Até mesmo para minha vida pessoal, tenho até medo que tudo vai ser CA”. (E1).

“... Depois a menina está com uma leucemia né? Ah mas eu fiquei tão arrasada depois, porque a gente vê do comecinho e depois como ela ficou.(E3).

E observamos como ocorre o processo de negação:

“ ... Mas a gente não tem paciente terminal (TE1)

Os profissionais manifestaram desejo de resolver todo o tipo de situações que dependam do seu conhecimento, cruzando seus limites enquanto responsáveis pelo saber.

“... Porque se o paciente chega com uma receita você tem que saber, porque motivo este paciente toma esta medicação. Você tem vínculo, essa criança vai continuar sendo atendida por você, não é verdade? Então você tem que saber efeitos colaterais que aconteçam” (M3).

7- Visita domiciliar (VD) como importante característica do PSF

A Saúde da Família (SF) entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (Brasil, 2004). É característica como parte da estratégia as Visitas Domiciliares (VD). Os entrevistados explicam que estas são realizadas pelos

profissionais do CMS para atenção aos pacientes que não comparecem por motivos diversos, como: falta de condições físicas ou psíquicas (acamados, depressivos, refratários) ou sem disponibilidade de tempo. Se organizam conforme a demanda, segundo referiram nas entrevistas, se revezando, para assim poderem cobrir todo o território onde se encontra a Unidade. Nas entrevistas, a grande maioria dos profissionais aponta a VD como importante momento para que se possa conversar com a família no intuito de que ela adequue suas atitudes no trato do paciente com câncer. Realiza, também, encaminhamentos necessários ao suporte familiar para outros especialistas do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF).

“A gente marca também ou a gente vai à residência, porque ela veio antes da gente ir lá” (M4).

“... o fisioterapeuta do NASF vai com a gente, fazer a orientação, paciente acamado, não é só paciente com CA não, qualquer paciente acamado eles vão, entendeu?” (M1).

“Por exemplo, a gente sempre faz avaliação de pacientes, onde a gente busca muito é na visita, quando saio na visita ...” (CD1).

Porém muitas vezes não se encontra o usuário em casa:

“... Nas visitas fica mais difícil fazer prevenção, pois muitas vezes as pessoas estão trabalhando e você não consegue contato”... (CD1).

C- REDE DE SAÚDE

1- O significado de rede

Rodrigues & Santos (2009) enfatizam que a rede de saúde é composta por unidades que desenvolvem as ações e os serviços funcionando de forma interligada, através de sistemas de informação, comunicação e logística, e deve conter políticas claras e órgãos de planejamento, controle e avaliação. A logística envolve operações de transporte de pacientes, equipamentos, insumos, material para exames, manutenção de equipamentos. O desafio principal é a divulgação de informações para promover a mudança cultural necessária para o câncer ser abordado definitivamente como problema de saúde pública. Possui um fator estruturante, especialmente na comunicação, que envolve toda a sociedade, no intuito de acabar com os preconceitos e a idéia ultrapassada de que o câncer é uma doença fatal. Sabemos que o câncer não entra na pauta diária por causa do

preconceito, um assunto que pode parecer inconveniente para um bate-papo corriqueiro ou mesmo para os noticiários.

Especificamente sobre a RAO, esta tem como objetivo reduzir a incidência e a mortalidade de câncer, garantindo qualidade de vida aos pacientes em tratamento, tendo como finalidade a geração, disseminação, articulação e implantação de políticas e ações de atenção oncológica, com a participação de atores governamentais, não governamentais e da sociedade. (INCA, 2010).

Para entendermos como o profissional articula as atividades da sua unidade com a RAO, e que ações melhorariam a atuação da equipe junto à mesma, algumas questões sobre esta e seu funcionamento foram levantadas a partir do roteiro temático da pesquisa. Uma enfermeira descreve o que ocorre durante o processo de funcionamento da RAO:

“...De repente tem um paciente que vem ao PSF, com queixa. Ele vai ao médico, suspeita, encaminha para o INCA, o INCA faz o diagnóstico, começa o tratamento e vai devolver o paciente com o tratamento. Mas é aí agente que vai visitar diariamente o paciente, tem que saber o que está acontecendo. Essa é a rede”.(E1).

“ Você não tem uma rede de apoio, não existe isso. Ele tem que se locomover, ontem aquela menina foi de ônibus. Porque a gente não conta que a ambulância vai vir rapidinho, entendeu?” (M3).

“ Eu sinto suporte na parte oncológica, mas uma coisa poderia ser mais explorada, é a rede (...) E a operacionalidade da rede?(...) Na saúde os programas deveriam ser horizontais...” (CD1).

Constatou-se que a maioria dos profissionais tem sugestões para a melhoria do funcionamento da referida rede, que tem como estratégia de enfrentamento do câncer no Brasil a criação de uma Rede de Atenção Oncológica, pressupondo a viabilização de parcerias, conforme aponta o INCA, em sua Estimativa de Câncer para 2010 (INCA 2010).

“O que eu pensei foi em montar uma estrutura, um matriciamento, porque até o médico fechar o diagnóstico, demora (...) (CD1).

“... Tinha de ter um posto, um módulo uma referência na zona Oeste (...) Tipo uma sede. Vamos referenciar ali. (...) Passava por uma pré avaliação e se precisasse encaminhava para o INCA. Nós não temos. Não digo que o INCA não dá certo. Mas olha onde está o INCA? Olha a distância? Olha aonde nós moramos?...” (TE1).

“... Eu acho que o que deveria melhorar era essa dinâmica que eles têm de a gente mandar o paciente, porque o que foi passado pra gente no curso foi que qualquer caroço numa criança tinha que ser pesquisado, então vamos pesquisar, não é verdade isso?” (M1).

2- Obstáculos do Cotidiano:

Os profissionais entrevistados referiram desconexões entre a Atenção Básica e o INCA, órgãos que se propõem a agir conjuntamente para o benefício do paciente que necessita do atendimento no processo de acompanhamento, na infraestrutura local interferindo na ida do paciente ao local referenciado, na insegurança do não estabelecimento da rede, havendo uma demanda reprimida e na informalidade do acesso por falta de informação sobre como e quem contatar.

“...Não existe uma luzinha vermelha onde a gente abra um prontuário eletrônico. Que você veja que você encaminhou. Hoje não existe na SF uma ferramenta que você possa estar documentando que você possa estar acompanhando esse usuário. Você se perde” (E2).

“..., a parte médica eu acho confusa, porque por exemplo, se tem um paciente que está com um nódulo no pescoço e o médico manda ele fazer uma laringoscopia, e na rede não tem, vai marcar, etc...(...) a médica pelo menos suspeitou, encaminhou, neste caso para o Fundão, e ele dizendo que não vai, porque é longe, porque não tem carro para ir...mas mesmo longe é o lugar especializado, não pode deixar de ir, mas o que ele quer, é ser atendido na hora, quando chegar” (CD1).

“... Se tem um caso suspeito para encaminhar. Eu fiz o treinamento e passei o material. Mas se elas não fizeram o curso, como é que elas vão encaminhar? Conversei com a gerente, ela fez o curso, ela ficou com o material do encaminhamento e as referências para onde mandar as crianças. As pessoas ficavam falando no encaminhamento, (...) Porque ficavam com desconfiança de serem encaminhados e não serem atendidos (...) as pessoas falam sobre o CA de adulto. Porque as pessoas falam que faziam encaminhamento para o INCA e não eram absorvidos porque está muito lotado (...) A rede não está conseguindo comportar isso. Às vezes as pessoas não

conseguem o encaminhamento porque a rede esta já muito cheia” (E1).

Ouvimos também um depoimento de que falta integração entre CAP , UPC e professores do INCA, no decorrer e depois do curso para capacitação dos profissionais do CMS.

“ ...Tipo eu gostaria que a CAP, minha unidade, fizesse um levantamento de casos, que foram descobertos CA, não só o Unidos pela Cura. (...) Foi só um curso, ninguém falou mais nisso (...) Na verdade, porque a gente vive numa saúde que é assim, está com câncer vai para o INCA e acabou. E o profissional de lá que cuide, está entregue”.(E2).

Facilidades do Cotidiano:

A PNAO estabelece o atendimento integral a qualquer doente com câncer por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), conforme a Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Estabeleceu-se somente a necessidade de um encaminhamento por um médico com o diagnóstico já confirmado de câncer por laudo de biópsia ou punção, à exceção das áreas de Neurocirurgia e Cirurgia Torácica, nas quais basta um exame de imagem com suspeita de tumor maligno (BRASIL, 2005).

Quando a integração aliada à comunicação adequada funcionam, pode-se perceber que o fluxo do trabalho realizado pelos profissionais dos PSF em interação com os do INCA são pontos chave para o tratamento considerado com êxito, mesmo se o resultado for a impossibilidade de salvar a vida de um paciente com câncer. Notamos nos vários depoimentos que os entrevistados se sentem satisfeitos quando o paciente tem um caminho bem trilhado em defesa de sua enfermidade:

“... porque ele já vem com toda a orientação de lá. O INCA dá todo o suporte, explica que não é, faz a biópsia, fazem tudo...” (TE1).

“... Porque foi feito tudo, mudou a direção do laboratório, o fluxo do laboratório mudou, máquinas novas, profissionais” (E2).

3- A importância da atenção multidisciplinar ao CA e a introdução do NASF no cenário.

O Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das mesmas no qual está cadastrado. A equipe do NASF e as ESF criam espaços de discussões para gestão do cuidado (BRASIL, 2008).

O NASF na AP 5.2 está sediado no CMS Raul Barroso, portanto, a Unidade tem a vantagem de contar com este apoio em tempo integral para atendimento aos pacientes na própria Unidade e nas VD.

“A gente tenta fazer o máximo que a gente consegue aqui, a gente tem algum suporte em assistência social, a gente tem a fisioterapeuta, que a gente consegue aí a gente tenta fazer...” (M4).

“... A gente conversa ou dependendo do caso a gente envolve o psicólogo, a assistente social do NASF pra gente tentar fazer alguma coisa por aquele paciente” (M1).

4- Rede de Referência e Contra Referência

De acordo com Parada (2008), referência para a atenção de média complexidade, com garantia de ações adequadas de diagnóstico e tratamento, tem sido um nó crítico para a organização da linha de cuidado. A dificuldade de articulação entre os níveis de atenção se reflete nos elevados índices de diagnóstico tardio e mortalidade pela doença. Pudemos observar que referência é assunto discutido entre os profissionais nas entrevistas como pauta para uma melhor possibilidade de integração entre a CAP e a RAO e que está sendo visto como preocupação e prioridade nos casos de necessidade de haver um bom encaminhamento para tratamento dos usuários diagnosticados de câncer.

Um dos elementos essenciais para que as ações e serviços de saúde funcionem de forma integrada numa rede de serviços é o funcionamento de um

sistema de referência e contra referência que representa um ponto importante para as práticas da Estratégia Saúde da Família (SERRA & RODRIGUES, 2010).

Nos depoimentos dos entrevistados é clara a diferença entre a facilidade no fluxo de encaminhamento de uma criança e de um adolescente para o de um adulto. Isto em função do passaporte (Anexo II), documento que permite que os pais da criança possam chegar ao centro de tratamento de seu filho. Trata-se de um cartão cujo nome é Acolhimento Unidos Pela Cura, que é entregue ao chegar aos Pólos de Investigação, hospitais co-responsáveis, que acolhem a criança e encaminham para centros de tratamento.

“(...) Com o Unidos pela Cura, ficou tudo mais rápido (...) pega o passaporte da criança e já encaminha. Assim, facilitou muito (...) a CAP está sempre atualizada, e a gente entra em contato direto para o Unidos pela Cura e eles passam direto pra gente tal lugar tal dia tal hora, dão o endereço direitinho pra gente (...) a gente esclarece, aprende como funciona, “você leva o exame, só não pode mexer antes”. A gente orienta, “vai direto no INCA, referência é INCA. Não vai pra hospital nenhum. “Não deixa ninguém mexer”. (TE1).

“... Depois sim, é que passa para o médico que faz o encaminhamento e toma todas as diretrizes, eles fazem o encaminhamento, agora tem o “Unidos pela Cura” eles recebem um cartãozinho (...).a mãe vai direto, não fica batendo cabeça em lugar nenhum... lá no Inca ela se apresenta com esse cartãozinho...” (TE2).

“...muito bom o treinamento, muito bom (...) Há orientação pra onde vai ser acolhido, diferentes hospitais, a quantidade de cânceres infantis que chegavam lá”... (M3).

Há uma estratégia diferenciada para o adulto. Não há um documento oficial confeccionado especialmente para o seu encaminhamento que ele possa portar e apresentar a cada retorno à unidade de tratamento

“... Acho que poderia ter assim um telefone em todos os PSF, quem procurar na cabeça e pescoço, por exemplo, entendeu? CA ginecológico, pra tirar dúvidas. Nem sempre você chega e o CA está no início. Já estava instalado. E a partir daí pegar o contato, com quem está tratando é difícil”. (E1).

“...encontro um paciente que tem CA. Que já tá em tratamento no Inca. E na maioria das vezes você quer saber mais alguma coisa sobre ele. Está com CA de estômago. “E como é que o senhor está? Tá fazendo quimio?”E eles não sabem responder. A gente não tem como falar direto com a equipe de lá, que é importante”. (E2).

“... Nós fizemos o encaminhamento muito bonitinho, tudo certinho, eu achei que seria ótimo, porque a falação deles foi que o encaminhamento seria uma porta de entrada, e no entanto, (...)Porque não ficou claro se tem uma central que é responsável por esse retorno para gente, entendeu?” (M1).

Como dificuldade na rede de contra referencia temos este depoimento:

“Acho que os médicos, todos assim, raramente são os médicos que tem o hábito de mandar a contra referencia, em todas as especialidades. Eu também não sei se eu faria, mas você raramente recebe... Não sei por que, mas raramente você recebe a contra referencia. Eu conheço poucos médicos que fazem isso (...) Tanto é que a gente manda uma carta, dizendo que esta sendo encaminhada pelo Saúde da Família, solicitamos, por favor, a contra referencia para ver o tipo de tratamento, então eles mandam (...) O que eu pessoalmente acho é que a gente ainda ficou perdido, além de termos sido treinados você não sabia o que você devia fazer, mas agora você tem pelo menos você tem uma orientação” (M3).

Apesar de haver somente uma representante da Odontologia capacitada pelo curso do UPC trabalhando na Unidade, destacaram-se os depoimentos da cirurgiã dentista durante a entrevista, no que tange ao diagnóstico de CA de cavidade oral e como fazer o encaminhamento para o órgão responsável. O câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, através de ações que visem à promoção da saúde e controle dos fatores de risco, acesso aos serviços de saúde e o diagnóstico precoce. Seu controle no Brasil representa um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta e demanda ações intersetoriais e multidisciplinares. (INCA, 2007).

“... Eu não sei se a gente pode chegar e encaminhar para vocês. A parte odontológica eu sei que funciona bem, mas a parte médica não tenho a menor ideia (...) se eu vejo que a lesão é dentro da boca, aí a gente tem o CEO, que é o Centro de Especialidade em Odontologia,

eu encaminho o paciente ao estomatologista que é o dentista especializado em patologia, aí este dentista vai analisar, e vai confirmar que tem uma lesão, ele faz o encaminhamento e dali o paciente é encaminhado para o INCA” (CD1).

D- INSERÇÃO DA APS NA REDE ONCOLÓGICA

1- O papel da equipe após o diagnóstico

Ainda segundo Parada (2008), para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados é vital também que os profissionais de saúde e gestores conheçam bem o seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações. A participação dos diversos atores e o engajamento efetivo na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial é condição básica para que possamos começar a mudar a história do controle dos cânceres no Brasil.

No CMS Raul Barroso encontramos profissionais preocupados em desempenhar suas funções de acordo com o que lhes cabe:

“... o enfermeiro fica muito no acolhimento. Recebendo, conversando, vendo as queixas”. (E1).

“... os pais chegam com as crianças, passam pelo acolhimento, passam primeiro na nossa sala com a enfermeira, a mãe fala de todo o sentimento que está acontecendo com a criança...aí é que nós encaminhamos para o médico, primeiro passa por nós numa triagem que agora chamam acolhimento.(TE2).

“... se eu vejo que a lesão é dentro da boca, aí a gente tem o CEO, que é o Centro de Especialidade em Odontologia, eu encaminho o paciente ao estomatologista que é o dentista especializado em patologia, aí este dentista vai analisar, e vai confirmar que tem uma lesão, ele faz o encaminhamento e dali o paciente é encaminhado para o Inca (CD1).

Notamos uma diferenciação de papéis entre os profissionais, onde ainda há uma valorização da atuação do médico da Unidade em relação aos demais atores, o

que não deveria ocorrer, considerando-se os princípios básicos da ESF que é ser substitutivo do modelo biomédico hegemônico, trabalhar em equipe multiprofissional, com território definido e adstrição da clientela e realizar a vigilância à saúde. Paim (2001) enfatiza a importância de se produzir uma nova consciência do sujeito público que integre os processos de construção contra-hegemônica e gere um novo pensamento e liderança capazes de propor uma nova maneira de construção da viabilidade de modelos assistenciais alternativos.

“Olhei a tomografia e vi que tinha uma alteração. Encaminhei pra (...), que é a médica da equipe de SF” (E2).

“Eu faço o encaminhamento se vejo algo estranho dentro na mucosa bucal, porque tem uma divisão burocrática, que diz que tem que ser assim. Se for algo no pescoço, ou submandibular, a médica é que avalia e encaminha, porque tem aquela divisão do SISREG, quando encaminha para o otorrino, tem que ser encaminhado pelo médico, para o dentista, tem que ser o dentista...” (CD1).

Com relação ao papel dos profissionais envolvidos, observamos que quando há suspeita de diagnóstico de CA os profissionais encaminham para exames confirmatórios:

“... Na verdade ela caiu muito, porque quando ela se internou a gente ficou, e a gente lutou pra ela ir pro hospital porque ela não queria ir. A gente foi lá na casa dela, falamos pra ela que era melhor pra ela ir e tal, porque a gente tinha que ter a certeza da biópsia” (M4).

2- Profissional como Partícipe da Rede

Uma das questões apresentadas aos participantes durante a entrevista foi se ele se sente à parte de uma rede de atenção à oncologia enquanto equipe de SF. Alguns se mostraram mais identificados do que outros, que ainda se sentem em fase de procurar conhecer como ela funciona, e se o que rege este processo atende às suas expectativas enquanto profissional da ESF:

“... se eu vejo que a lesão é dentro da boca, aí a gente tem o CEO, que é o Centro de Especialidade em Odontologia, eu encaminho o paciente ao estomatologista que é o dentista especializado em patologia, aí este dentista vai analisar, e vai confirmar que tem uma

lesão, ele faz o encaminhamento e dali o paciente é encaminhado para o Inca”(CD1).

“... Quando entrou a capacitação (...) mais ou menos dois anos atrás (...) que eu conheci esse passaporte (...) eles pediram muito ter um olhar mais clínico, olhar mais humanizado, porque a gente olhava por alto,(...)ah, essa mãe fala besteira, pediram para não desmerecer nada do que era falado pela mãe (...).passamos a ter um olhar mais humanizado, aí eu conheci mais o papel do INCA, que nós não conhecíamos direito, o papel do Mc Donald(...) nós fomos conhecendo a parte mais humana”. (TE2).

“... Mas o cara vai voltar pra casa. Ele mora longe da Ilha de Guaratiba, longe pra caramba do centro da cidade, e que vão ocorrer intercorrências e eu é que vou estar aqui” (E2).

Há dúvidas com relação a até onde o profissional que realizou a capacitação é inserido no sistema e se pertence ao mesmo, ou se ainda restam caminhos a serem percorridos até poderem perceber-se parte da RAO, com vantagens sobre aqueles que não participaram do curso, como declara uma entrevistada:

“Falta integração. Por exemplo, nós tivemos o curso Unidos pela Cura (...) Nós recebemos nosso diploma, tudo isso (...) quer dizer, eu acho que estou cadastrada, né? Eu não sei como ia ser feito esse cadastramento, porque ninguém passou pra gente o que era o cadastramento” (M1).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo identificamos que há dificuldades e desafios para a atenção aos usuários com câncer, principalmente relacionadas à falta de capacitação continuada dos profissionais de saúde, escassez de recursos materiais, desarticulação dos serviços da rede e ações limitadas. Considerando estes aspectos, a qualidade do atendimento a estes usuários está relacionada com seu acompanhamento e cuidado de maneira estreita e com vínculo ao longo do tempo, independente da presença de problemas de saúde. Este acompanhamento pode ser realizado por qualquer profissional de saúde que se constitua referência para o acesso do indivíduo e do coletivo. Sendo assim, o PSF e a RAO como um todo se unem em prol de um trabalho em comum, como uma verdadeira rede de atenção à saúde, sendo o primeiro o local onde se pode realizar este tipo de acompanhamento em todos os aspectos, desde a promoção, proteção e diagnóstico, e o segundo a referência para o tratamento da doença diagnosticada, sem perder de vista a necessidade de contra-referenciamento ao primeiro, no objetivo de completar a linha de cuidado.

Nota-se nos últimos anos, entretanto, um processo de desconstrução de um modelo de assistência para a reconstrução de uma política de atenção à saúde, que implica em muito trabalho por parte dos profissionais e dos gestores. São necessárias mudanças nas práticas de saúde, especialmente, no que se refere à produção de cuidados. Há um movimento que visa a construção das práticas de saúde no sentido de se tornarem mais solidárias, acolhedoras e mais resolutivas.

A proposta de uma RAO tem importância neste contexto à medida que se apresenta como estratégia de atenção integral à população com acesso a exames e todo o necessário para a realização do diagnóstico, tratamento digno e acompanhamento da doença. Porém, há que expandir a discussão sobre o processo de saúde/doença e como intervir adequadamente em termos de território de atuação, fazendo uso de investimentos em detecção precoce, prevenção, promoção da saúde, recebendo e acompanhando o paciente.

O PSF e a RAO podem desenvolver um processo altamente resolutivo no tratamento do câncer. Ouvir a dor do outro, entender o sintoma, buscar terapêutica, cuidar do e de quem precisa ser cuidado: paciente, cuidador, família e comunidade.

A ESF enxerga o problema do atual modelo assistencial no processo de trabalho, contudo, ainda não funciona prioritariamente na lógica da produção do cuidado. É preciso uma ação conjunta que reorganize o trabalho da equipe, garantindo autonomia em seus processos decisórios.

Alguns pontos a serem focalizados marcaram nossos encontros e foram discutidos:

- Dificuldades no atendimento aos pacientes diagnosticados e em tratamento de CA, predominantemente na população adulta, de ordem técnica e pessoal.
- Obstáculos na rede de referência e contra referência. Não há garantias para os encaminhamentos de adultos e idosos. Há, porém, facilidades para as crianças e os adolescentes. A contra referência para adultos e idosos não tem uma política facilitadora, o que prejudica o atendimento aos doentes desta faixa etária.
- Diferença entre o atendimento e encaminhamento de crianças e adolescentes para o do adulto.
- Estigma da doença que ainda mobiliza emocionalmente os profissionais, principalmente quando se fala de crianças, pois a doença câncer geralmente não era associada a este ciclo de vida.
- Rotatividade dos profissionais, ocasionando perda de referência no momento em que o paciente procura aquele com quem iniciou os atendimentos na Unidade e que já sabe de sua história, muitas vezes levando ao desânimo para seguir o caminho com outro, com quem necessita criar novos vínculos.
- Falta de atualização do curso de capacitação do Unidos Pela Cura, gerando interrupção da relação professor/aluno, PSF/INCA.
- Falta de capacitação para todos os profissionais das Unidades de PSF.
- Falta de capacitação para CA em adultos e idosos, visto que já existe um fluxo delineado para o atendimento de criança, através da iniciativa do Unidos Pela Cura, e que vem dando bons resultados.
- Desconhecimento das estatísticas atualizadas sobre incidência e prevalência do CA no município e no mundo.
- Obstáculos na suspeita do diagnóstico de CA quanto a exames e rapidez nos resultados, no atendimento na atenção básica.
- Falta de integração dos profissionais nos atendimentos aos usuários, prevalecendo o atendimento médico.

- Ausência de gerenciamento de uma central responsável pelo fluxo dos pacientes.
- Desconhecimento sobre cuidados paliativos.
- Ausência de atividades de promoção e prevenção à saúde, enfocando a enfermidade CA e suas repercussões.
- Falta de desenvolvimento de estratégias educativas para identificação de sinais de risco, a fim de que os usuários de todas as idades, assim como os responsáveis pelas crianças e adolescentes busquem as Unidades ao suspeitarem de qualquer sinal de alteração física indicativa.
- Foram muitas as questões abordadas nesta pesquisa, e a partir delas foram delineadas algumas sugestões para que se possa aperfeiçoar o trabalho nesta área, sempre pensando em integrar os atores em questão, Atenção Primária e Rede de Atenção Oncológica, aprofundando as relações de parceria, e porque não, de cumplicidade, sempre em benefício da melhora do paciente:
 - Promover encontros com os órgãos responsáveis pelo atendimento aos usuários que estão com suspeita, ou já em tratamento de CA.
 - Criar um protocolo de trabalho, com formulários padrão, unificados, a serem preenchidos de modo que todos os envolvidos compreendam o que está contido e solicitado nos mesmos, o que facilitará encaminhar corretamente e acompanhar o percurso daquele que está em suas mãos, agilizando o tratamento e a recuperação.
 - Criar uma central de gerenciamento para organizar o fluxo dos pacientes com suspeita, assim com os já diagnosticados de CA, composta por responsáveis pela comunicação entre os órgãos afins, com divulgação de material ilustrativo sobre fatores de risco, a importância de conhecer a enfermidade CA e suas consequências, para serem trabalhados com as equipes e com a população.
 - Criar estratégias para o atendimento garantido ao adulto e ao idoso, já que a criança e o adolescente já têm um fluxo delineado.
 - Priorizar a qualificação dos profissionais do PSF oferecendo capacitação pelo UPC para todos os envolvidos no atendimento aos pacientes da APS.
 - Oferecer atualização anual aos que já realizaram a capacitação pelo UPC e manter contato com os profissionais que ministraram o curso para poderem

solicitar auxílio quando na referência dos pacientes e também no momento da contra referência.

- Implementar atividades que fortaleçam o sentimento de pertencimento dos profissionais da Atenção Básica que participam da proposta da RAO, para que se sintam realmente pertencendo à esta rede e se percebam prestando assistência integral aos usuários enfermos e seus familiares.
- Promover atividades voltadas à prevenção do CA para as populações em questão, pacientes e seus familiares.
- Formar equipes estáveis, na medida do possível, evitando a rotatividade de profissionais.
- Incentivar a rede no que se refere a contra referência para os adultos e idosos, que é assunto em todos os níveis de atenção, fundamental para o acompanhamento do paciente.

O câncer como problema de saúde pública é um desafio para toda a sociedade brasileira. Um projeto articulado e integrado permitiria criar ações que promovam melhor qualidade de vida e, quem sabe até, o prolongamento desta, diminuindo, inclusive, a mortalidade por alguns tipos de CA, se diagnosticados e tratados em tempo hábil.

Para melhoria da qualidade do trabalho institucional é necessário criar um espaço de articulação de entidades voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. Estas entidades seriam vinculadas às universidades ou instituições de ensino superior e se integrariam a secretarias estaduais e municipais de saúde, para implementarem programas de capacitação em oncologia destinados aos profissionais da atenção básica, principalmente os que integram a Estratégia Saúde da Família.

Notou-se ao longo deste trabalho, que não é suficiente a sensibilização das Equipes de Saúde da Família através da capacitação pelo Unidos Pela Cura. Faz-se necessário construir uma infra-estrutura técnico-gerencial que dê conta de um problema de imensa proporção que é o câncer em nossa sociedade, com todas as suas vicissitudes e repercussões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIEPI- Asociacion Integrada a las Enfermidades Prevalentes de la Infancia. Diagnóstico Temprano del Cáncer em la Niñez, Módulo Clínico- Organizacion Panamericana de la Salud, agosto, 2010.

AZEVEDO, S.M.G.; POMPEIANO, C. N.; ALMEIDA, L.M. (org); MEDEIROS, A. Alexandre; RIBEIRO, O.C., e outros- A Situação do Câncer no Brasil (1/2) Um Balanço da Doença que a Globalização Expandiu- Radis, nº 52- Dez. 2006.

BRASIL, M.S. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância- Rio de Janeiro:INCA, 2006.

BRASIL, M.S. Núcleo de Apoio à Saúde da Família- PORTARIA nº 154/GM/MS/24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF, 2008.

BRASIL, M.S. Diagnóstico Precoce do Câncer na Criança e no Adolescente/Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald Mc Donald- Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL, M.S. PACTO PELA SAÚDE, aprov. 26 de Janeiro de 2006, SUS,CONASS,CONASEMS, 2006.

BRASIL, M.S. POLÍTICA NACIONAL de ATENÇÃO ONCOLÓGICA, CONASS, gestores- Nota técnica 26/2005 Brasília, 11 novembro 2005.

BRASIL, M.S PORTARIA nº 2.439/GM de 8 de dezembro/2005. Institui Política Nacional de Atenção Oncológica, 2005.

BRASIL, M.S. PORTARIA 741/MS.19 de dezembro/2005. Define Unidades e Assistência em Alta Complexidade em Oncologia, 2005.

BRASIL, M.S. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde- "SUS- Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida"- Atenção Integral à Saúde, Brasília, 1996.

BRASIL, M.S. RESOLUÇÃO CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991- Adib Jatene, Ministro de Estado da Saúde, 2006.

BRASIL, M.S. SECRETARIA de ATENÇÃO à SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento de Atenção Básica. Brasília: Pag. 11 a 58, 2004.

BRASIL, M.S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dep.de Análise de Situação de Saúde, Parte II, capítulo 6, pág. 365, 2008.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Parte III, Método, Porto: Edições 70 Ltda. Portugal, 2004.

BERELSON, B. Content Analysis in Communication Research, New York. University Press, 1971.

BOLETIM INFORMATIVO UNIDOS PELA CURA, nº 05, (01/ano 3), fevereiro 2010.

BUSS, P.M.- Promoção de Saúde e Qualidade de Vida. Ciência e Saúde Coletiva- v.5, nº 1, Rio de Janeiro, 2000.

CAPRA, F.- A Teia da Vida. Ed. Cultrix, São Paulo, 2006.

CONILL, E.M., Ensaio Histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde; desafios para a Organização de Serviços Básicos e da Estratégia Saúde da Família em Centros Urbanos no Brasil. Cad.Saúde Pública, 24 Sup. 1:57-527, Rio de Janeiro, 2008.

CZERESNIA, D.O.- O Conceito de Saúde e a Diferença Entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia, D.O.; Freitas, C.M. (Orgs.) Promoção de Saúde: Conceito, reflexões, Tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DICIONÁRIO on line BABYLON, acessado em 16/06/2010.

FARAH, B.F. Educação em Serviço, Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde: Sinônimos ou Diferentes Concepções? Revista APS, v. 6, nº 2, jul-dez, 2003.

FERNANDES, C.- Linhas de Cuidado - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)- Centro Universitário Norte do Espírito Santo (Pólo Universitário) São Mateus – ES, 2008 - Sítio eletrônico: <http://www.ceunes.ufes.br> , acesso:05/01/2011.

FIOCRUZ, Conceito Sobre Redes, Seminário Interno- NGBS, Gestão de Redes, 18 e 19 de abril de 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R.- Amostragem por Saturação em Pesquisa Qualitativa em Saúde: Contribuições Teóricas. Caderno de Saúde Pública, 24(1), Rio de Janeiro, 2008.

FONTE REDE CÂNCER -INCA- O que é, Secretaria de Saúde e Defesa Civil (Guia SUS), 2008.

FRANCO,T.B.e MAGALHAES Jr., H.M .Integralidade na Assistência a Saúde:A Organização das linhas do Cuidado. Do livro: O Trabalho em Saúde, Olhando e Experenciando o SUS no Cotidiano, HUCITEC, 2004,2ªed., São Paulo, S.P.

FRANCO, T.& MERHY, E.- PSF Contradições e Novos Desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line, <http://www.datasus.gov.br/cns>, Tribuna Livre, Belo Horizonte / Campinas, março de 1999, acesso: 20/02/2011.

GERHARDT, T.E.- Itinerários Terapêuticos em Situações de Pobreza: Diversidade e Pluralidade- Cad. Saúde Pública, pag. 2449 a 2463, Rio de Janeiro, 2006.

GIL, A.C. Como Analisar e Interpretar Dados- Cap. 05- Estudo de Caso- Ed.Atlas, São Paulo, 2009.

GUERRA, M.R., MOURA, G. C.V, MENDONÇA, G.A.S. Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes Revista Brasileira de Cancerologia, 51(3), 2005.

INSTITUTO NACIONAL de CÂNCER; Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional, vol 3.Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2003.

LUDKE, M. e ANDRE, M. Métodos de Coleta de Dados: Observação, Entrevista e Análise Documental. In: Pesquisa em Educação. Abordagens Qualitativas. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, 1986.

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; FRANCO,T.B.; JORGE, A.O.; COSTA, M.A.Perspectivas da Regulação na Saúde Suplementar Diante dos Modelos Assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva 9 (2), 2004.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos, in R.PINHEIRO e R. A.MATTOS (orgs.), os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

MENDES, E.V.. Revisão Bibliográfica Sobre Redes de Atenção à Saúde. Maio, 2007.

MENDES, E.V. A Modelagem das Redes de Atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência In: CAMPOS, C. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã, p. 103-120, 1998.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea, In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (org.) Leitura de Novas Tecnologias e Saúde- 1ª ed.- São Cristóvão e Salvador. Editora Universidade de Feira de Santana e Ed.da UFBA, P.29-56, 2009.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F; NETO, O.C.;GOMES, R. Pesquisa Social, Teoria, Método e Criatividade cap.I Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social/ cap.II. A Construção do Projeto de Pesquisa/ cap. IV. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa 22ª ed., Ed.Vozes. Petrópolis, RJ, 2003.

MINAYO, M.C.S.O Desafio do Conhecimento.Pesquisa Qualitativa em Saúde. 4ª ed., Ed.Hucitec. S.P, 2006.

MS, Controle do Câncer – Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. INCA, Rio de Janeiro, 3ª ed., 1999.

MS, ESTIMATIVA/ 2008 Incidência de Câncer no Brasil, INCA.

MS. ESTIMATIVA/2010. Incidência de Câncer no Brasil. INCA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de saúde: estatísticas vitais/mortalidade geral ,homepage na Internet. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. citado em 28 julho, 2004, acesso: 02/05/2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Rio de Janeiro, Home page: www.ans.gov.br, 2007.

M.S. INCA, www.inca.gov.br/redecancer/2008, acesso: 20/06/2010.

M.S. INCA, www.inca.gov.br/rededeatencaooncologica/ 2010, acesso: 10/06/2010.

M.S. INCA, www.inca.gov.br/tiposdecancer. 2008, acesso: 02/05/2010.

M.S. INCA, www.inca.gov.br/unidospelacura. Fluxograma da Política Pública, 2010, acesso: 23/10/2010.

OMS, Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ações. Brasília. Relatório Mundial, 2003.

PAIM, J.S. Saúde da Família- Espaço de Reflexão e de Contra- hegemonia, Ver. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, nº9, pág.143/146, 2001.

PARADA,R.; ASSIS,M,; SILVA,R.. C. F.; ABREU, M.F.; SILVA, M. A.F.; DIAS, M. B.K.; TOMAZELLI, J. G. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o Papel da Atenção Básica na Prevenção e Controle do Câncer Rev. APS, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008

PISANI, P, BRAY, F, PARKIN, D.M. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. Int J Cancer. 97(1):72-81, 2002.

PROGRAMA SAÚDE da FAMÍLIA: Ampliando a Cobertura para Consolidar a Mudança do Modelo de Atenção Básica. Ver. Bras.Saúde Mat.Infant.Recife, 3(1): jan-ma., 2003.

PROGRAMA DIAGNÓSTICO PRECOCE – Instituto Ronald Mac Donald, 2008.

REIS, J; DIAS, S.P.; MAZZAIA, M.C. A Assistência da Criança na Atenção Básica e Sua Relação com o Diagnóstico Tardio do Câncer Infantil. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano VII, nº 20, São Paulo, abril-junho, 2009.

RIGHI, L.B., Pirâmides, Círculos e Redes: Modos de Produzir a Atenção em Saúde. In: Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde- Estratégias de Organização da Atenção à Saúde- MISOCZKY, M.C. & BECH,J. (Orgs.), Dacasa Editora, DDGS-Saúde,PortoAlegre,2002.

RIQUINHO, D.L., GERHARDT, T.E.- Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. Saúde soc. vol.19 nº 2 São Paulo, 2010.

RODRIGUES, P.H.A. e SANTOS, I.S., Saúde e cidadania- Uma Visão Histórica e Comparada do SUS. Ed.: ATHENEU, S.P., R.J., B.H., 2009.

ROVERE, M.. Un Nuevo Paradigma para el Abordage de Las organizaciones y la Comunidad, Rosario, Ed.:Secretaria de Salud Publica AMR, Inst. Lazarte, dezembro, 1999.

SCHERER, M.D.A.; MARINO. S.R.A. e RAMOS. F.R.S.- rupturas e Resoluções no Modelo de Atenção à Saúde da Família com Base nas Categorias Kuhnianas. Rev. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, v.9, nº 16, pag. 53 a 66, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO da SAÚDE, Coordenadoria de Saúde da Reg.Metropolitana da Grande São Paulo, Unidade de Avaliação e Controle/CACON, pág.4 a15, agosto, 2002.

SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, PROJETO DE LEI 3447/2006- Ementa: cria a RAO do Est.RJ e dá outras providências- Art. 5º (VII e VIII). Alerjln1.alerj.rj.gov.br- acesso :13/06/2010- 11:42 hs.

SERRA, C.G., (Consultor) Rede de Atenção Oncológica- Subsídios para seu desenvolvimento- (Versão preliminar)- PNUD; projeto: BRA/98-006- Promotion of Health,INCA,Coordenação de Ações Estratégicas novembro, 2004.

SERRA C.G; RODRIGUES.P.H.A., Avaliação da Referência e Contra Referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro,RJ, Brasil. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.15, suplemento 3, Rio de Janeiro, Abrasco, novembro, 2010.

SIMINO, G.P.R, SANTOS, CB, MISHIMA .S.M. Acompanhamento de Usuários, Portadores de Câncer, por Trabalhadores da Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem (Internet). acesso: 23/02/2011;. set/out. 2010.

SILVA, A.G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo Sobre o Ato de Cuidar da Saúde- In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003.

WUNSCH F.V, MONCAU J.E.. Mortalidade por Câncer no Brasil 1980-1995: Padrões Regionais e Tendências Temporais, Rev. Assoc. Med. Bras .;48(3):250-7), jul-set, 2002.

ANEXOS

Anexo I

Ações e Programas

No Brasil, o Banco Nacional de Tumores e DNA - Para coleta e processamento de amostras tumorais, além de sangue de pacientes portadores dos tumores mais prevalentes no país, tem como objetivo principal definir o perfil genético dos tumores. Resultado de iniciativa do INCA com o apoio financeiro da Swiss Bridge Foundation e da FINEP. O INCA desenvolve campanhas para mobilização da população voltadas à prevenção do câncer e à assistência oncológica. Como por exemplo, as campanhas periódicas para captação de doadores de sangue com o objetivo de abastecer as unidades hospitalares do Instituto.

A Comissão Nacional Para Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco - CONICQ - Assessora o governo brasileiro nas decisões relativas à formulação das políticas nacionais para ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e no efetivo cumprimento das obrigações previstas no tratado do qual o Brasil é país signatário desde 2004. O INCA exerce a atribuição de Secretaria-Executiva.

Expansão da Assistência Oncológica (Projeto EXPANDE) Lançado em 2001, é desenvolvido em parceria com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, ambas do Ministério da Saúde. Tem como principal objetivo estruturar a integração da assistência oncológica no Brasil a fim de obter um padrão de alta qualidade na cobertura da população.

Programa de Epidemiologia e Vigilância - Tem como objetivo conhecer com detalhes o atual quadro do câncer no Brasil e seus fatores de risco. A vigilância do câncer é realizada por meio da implantação, acompanhamento e aprimoramento dos Registros de Câncer de Base Populacional e dos Registros Hospitalares de Câncer (centros de coleta, processamento, análise e divulgação de informações sobre a doença, de forma padronizada, sistemática e contínua).

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero - Coordenado pelo INCA e desenvolvido em parceria com os estados da União, além do Distrito Federal, visa reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo de útero. Iniciado em 1988 através do Programa Viva Mulher, o

controle do câncer do colo do útero no Brasil foi afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica (Ministério da Saúde, 2005) e no Pacto pela Saúde (Brasil, 2006).

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama - Coordenado pelo INCA e desenvolvido em parceria com os estados da União, além do Distrito Federal, tem como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de mama.

Programa Nacional de Controle do Tabagismo - Capacita profissionais das secretarias de saúde estaduais e municipais para orientar a população sobre os males do tabagismo, em escolas, empresas, hospitais e comunidades.

Programa Interinstitucional de Produção e Inovação em Oncológicos - Acordo assinado entre o INCA e a Fundação Oswaldo Cruz em 2010 com o objetivo de subsidiar a política nacional de inovação. O programa contempla as áreas de promoção, prevenção, atenção e produção e prevê a fabricação de medicamentos monoclonais.

Programas de Qualidade em Radiações Ionizantes - Abrange o Programa de Qualidade em Radioterapia (PQRT) e o Programa de Qualidade em Mamografia (PQM).

Programas de Transplantes de Medula Óssea e TCTH (transplante de Células Tronco Hematopoiéticas- compreendem estratégias e ações relacionadas ao desenvolvimento e manutenção do Registro Nacional de Doadores Voluntários Não Aparentados de Medula Óssea (REDOME), Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea (REREME) e da Rede BrasilCord.

Rede de Atenção Oncológica - Instituída pela Política Nacional de Atenção Oncológica de 2005 para promover o compartilhamento de conhecimento e recursos, visando reduzir a incidência e a mortalidade por câncer na população e garantir a qualidade de vida aos pacientes e familiares. Participam da Rede o Governo Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades públicas e particulares, serviços de saúde e centros de pesquisa, assim como de organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Rede Nacional de Câncer Familiar - Reúne informações clínicas e epidemiológicas relacionadas ao câncer hereditário.

A Nível Internacional: Acordo Brasil-Cuba - Ações desenvolvidas entre Cuba e Brasil que visam à produção industrial de produtos biotecnológicos para o tratamento

do câncer com base no acordo de cooperação científica assinado entre os dois países em 2004.

Acordo de Cooperação Mútua Brasil - Canadá - Programa de intercâmbio cultural. Abrange atividades relativas ao planejamento e execução do controle do câncer do colo do útero e registro de base populacional.

Acordo de Cooperação Técnica em Saúde Brasil - Moçambique - Programa de capacitação técnica. Contempla também o fortalecimento das ações de prevenção e controle do Câncer do colo do útero e mama, bem como os registros de câncer (hospitalares e de base populacional).

Alianza de América Latina y Caribe para el Control del Câncer - Rede de colaboração técnica e científica que integra pesquisas, bancos de tumores e de doadores, entre outras ações possíveis e necessárias para viabilizar o efetivo controle do câncer na América Latina.

Declaração Mundial contra o Câncer - Lançada pela União Internacional de Controle do Câncer (da qual o INCA é membro) a Declaração convoca a população mundial para reduzir imediatamente a crescente incidência da doença no planeta. Os signatários devem comprometer-se com as 11 metas previstas na Declaração, empenhando esforços para prover os meios e o apoio político necessários para atingi-las. O INCA apoia a Declaração.

Red de Institutos Nacionales de Câncer (RINC - UNASUR Salud) - Objetiva o desenvolvimento e fortalecimento das ações de controle do câncer dos países sul-americanos. Entre os signatários há o compromisso de ser detalhada a operacionalização e ser definido o Plano de Trabalho da Rede dos Institutos Nacionais de Câncer da América Latina em 2011.

Rede Ibero-Americana de Controle de Tabagismo - Criada com o objetivo de facilitar a articulação entre os países da Convenção Quadro para Controle do Tabaco na região, visando ao fortalecimento e ao intercâmbio de informações científicas, técnicas, socioeconômicas, comerciais e jurídicas.

US -Latin America Cancer Research Network - A Rede de Pesquisa de Câncer Estados Unidos-América Latina tem como objetivo buscar um entendimento abrangente sobre a doença na região, desenvolvendo a pesquisa e as infraestruturas de saúde necessárias. Argentina, Brasil, Chile, Estados Unidos, México e Uruguai são membros da rede, que desenvolve desde 2009 o projeto-piloto sobre pesquisa de câncer de mama localmente avançado nesses países. Por

delegação do Ministério da Saúde, o INCA coordena as ações no Brasil através do site [www.inca.gov.br/ Ações e Programas/2010](http://www.inca.gov.br/Ações_e_Programas/2010).

Anexo II

Acolhimento Unidos pela Cura

Nº _____*
Indispensável o preenchimento

DATA / /

 **SUS**

Profissional _____ CRM _____

Unidade de Origem _____

Encaminha _____ Nascimento / /

Cartão SUS Nº _____ Telefone _____

Nome da Mãe _____

Suspeita tipo () S () H

Para ser acolhido no hospital () HMJ () HSE () IPPMG () INCA () HGL () MEMORIO

Data / / Hora : h

Destino () Unidade de Origem () Onco/hemato () Outra Especialidade Pediátrica

Responsável pela Contrarreferência _____

ESTE CARTÃO DEVE SER ENTREGUE NO HOSPITAL
*Este número será dado pela administração da Unidade de Atendimento

 Unidos pela Cura

Anexo III

Roteiro Temático:

Data: ___/___/___

Nome: _____

Unidade: _____ Idade: _____

Categoria Profissional: _____

Pós-Graduação: _____

Tempo de Trabalho na Unidade: _____

- Você conhece a Rede de Atenção Oncológica (RAO)?
- Qual seria o papel do Programa Saúde da Família (PSF) no encaminhamento de pacientes portadores de câncer (CA)?
- Você se sente parte da RAO enquanto equipe da Saúde da Família?
- De que forma você articula as atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF) com a RAO na sua Área Programática (AP)?
- Como você atua na promoção, prevenção primária e detecção precoce para o diagnóstico do CA?
- Qual o seu papel na prevenção e no diagnóstico precoce do CA enquanto ESF?
- A partir do momento do diagnóstico, como você acompanha seu paciente com CA?
- Existe algum tipo de trabalho específico com pacientes com CA e seus familiares na sua equipe?
- Você já suspeitou alguma vez de algum paciente seu estar com CA? Em caso afirmativo, relate esta experiência.

- A partir do momento em que houver um diagnóstico, para onde você encaminha o paciente?
- Você recebe a contra referência dos pacientes encaminhados? Ela se dá de forma clara?
- Quais as dificuldades encontradas na ESF para lidar com pacientes portadores de CA?
- O treinamento recebido facilitou seu trabalho com os pacientes e familiares? Descreva alguma situação marcante.
- Em que a ESF pode melhorar a qualidade de vida do paciente com CA? Dê sugestões.
- Você sente necessidade de adquirir novas informações, conhecimentos e participar de atualizações sobre este assunto?
- Que tipo de abordagem é feita no acompanhamento dos familiares?
- O que você entende por cuidados paliativos no CA? Como atua frente a esta questão?
- Existem outros setores (parcerias) da sociedade na região que podem auxiliar pacientes e familiares a lidar com este problema? (ONG).
- Que ações melhorariam a atuação junto a RAO?

Anexo IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Estudo e Instituição: Inserção da Equipe de Saúde da Família na Rede de Atenção Oncológica: Como a Atenção Primária se Percebe na Assistência ao Paciente com Câncer- UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA).

Pesquisadora responsável: Miriam Baron.

Estamos realizando estudo para analisar a participação da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção Oncológica, e como se dá esta inserção.

O (a) senhor (a) poderá participar respondendo as perguntas de uma entrevista sobre sua opinião a respeito da dinâmica do seu trabalho enquanto profissional do Programa Saúde da Família que atua na promoção de saúde, prevenção e acompanhamento de casos de pacientes com diagnóstico de Câncer. O objetivo desse trabalho é avaliar como os profissionais lidam com a situação. A realização da coleta de dados na Área Programática 5.2 foi autorizada pela Coordenadora Dra. Liliâne Leal. Os dados coletados poderão ser divulgados em publicações científicas, respeitando a sua privacidade O possível desconforto dessa pesquisa está relacionado às perguntas que serão feitas ao senhor (a). Isso fará com que o (a) senhor (a) dedique alguns minutos para responder à entrevista. A não participação desse estudo não acarretará em nenhuma alteração na sua avaliação funcional. Garantimos o sigilo de sua identidade na divulgação das informações coletadas. Em nenhuma circunstância seu nome aparecerá relacionado com as respostas da entrevista. A qualquer momento da entrevista o (a) senhor (a) poderá deixar de responder o que não deseja ou desistir de participar da entrevista, sem prejuízo ou penalização.

Estaremos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida a respeito da pesquisa antes, durante e depois da entrevista. O (a) senhor (a) poderá também entrar em contato com a pesquisadora Miriam Baron pelo telefone (21) 22566460, ou pelo e.mail mi_baron@yahoo.com.br; com a orientadora Dra. Luciana Borges pelo telefone (21) 32316135 ou pelo e.mail luborges10@gmail.com; ou ainda pelo telefone (21) 39711463 ou e.mail cepsms@rio.rj.gov.br do CEP/SMSDC-RJ, para maiores informações.

Declaro ter entendido as informações descritas acima e ter recebido uma cópia deste termo de consentimento. Concordo em participar deste estudo de forma totalmente voluntária e estou ciente de que sou livre para me retirar deste estudo a qualquer momento.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Nome do Entrevistador: _____

Assinatura: _____ Data: _____