



CAROLINE EVELYN SOMMERFELD

**ACESSO À ATENÇÃO INTEGRAL EM ONCOLOGIA E O
TRABALHO EM REDE: uma análise a partir do Programa de
Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de
Boca (PAIM-Boca)**

CAMPINAS

2013



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas

CAROLINE EVELYN SOMMERFELD

**ACESSO À ATENÇÃO INTEGRAL EM ONCOLOGIA E O
TRABALHO EM REDE: uma análise a partir do Programa de
Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com
câncer de Boca (PAIM-Boca)**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Silvia Maria Santiago

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Coletiva.

Este exemplar corresponde à versão final da tese de doutorado defendida pela aluna **Caroline Evelyn Sommerfeld** e orientada pela **PROFA. DRA SILVIA MARIA SANTIAGO**

Assinatura da Orientadora

CAMPINAS

2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

So55a Sommerfeld, Caroline Evelyn, 1980-
Acesso à atenção integral em oncologia e o trabalho em rede : uma análise a partir do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de Boca (PAIM-Boca) / Caroline Evelyn Sommerfeld. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Silvia Maria Santiago.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Atenção integral à saúde. 3. Redes de atenção à saúde. 4. Educação permanente. 5. Neoplasias. I. Santiago, Silvia Maria, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Access to comprehensive care in oncology and networking : an analysis from the Multidisciplinary Program of Integrated Attention for patients with oral cancer

Palavras-chave em inglês:

health services accessibility
Comprehensive health care
Care network to the health
Continuing education
Neoplasms

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutora em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Silvia Maria Santiago [Orientador]
Ana Estela Haddad
Carlos Takahiro Chone
Selma Cristina Franco
Sigisfredo Luis Brenelli

Data de defesa: 27-08-2013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

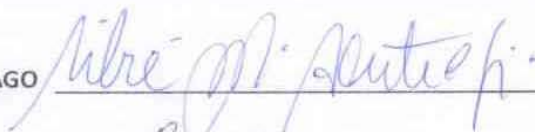
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

CAROLINE EVELYN SOMMERFELD

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SILVIA MARIA SANTIAGO

MEMBROS:


1. PROF(A). DR(A). SILVIA MARIA SANTIAGO



2. PROF(A). DR(A). ANA ESTELA HADDAD



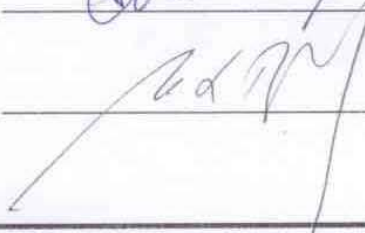
3. PROF(A). DR(A). CARLOS TAKAHIRO CHONE



4. PROF(A).DR(A). SELMA CRISTINA FRANCO



5. PROF(A).DR(A). SIGISFREDO LUIS BRENELLI



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 27 de agosto de 2013

Aos meus pais,
que foram e para sempre serão,
o alicerce de cada um dos meus passos.

Ao meu irmão,
que sempre me incentivou e me apoiou
na realização dos meus sonhos.

Ao meu marido,
que tornou a minha vida
mais leve e feliz.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a Silvia Maria Santiago, por me acolher no campo da Saúde Coletiva e, com muita generosidade, paciência e carinho, ensinar muito mais que lições acadêmicas, proporcionando grandes momentos de reflexão sobre a vida.

À querida e estimada Prof^a e Dr^a Graça, pela dedicação e pelo carinho que sempre dispensou, desde os primeiros passos para construção do presente estudo.

Aos professores Luiz Carlos Cecílio e Edison Bueno, pelas contribuições por ocasião da qualificação. E também aos professores do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por compartilharem seus conhecimentos e possibilitarem meu aprendizado sobre política, planejamento e gestão em saúde.

Agradeço ao corpo de funcionários da Secretaria da Pós-Graduação e do Departamento de Saúde Coletiva, que me auxiliaram e transmitiram todos os esclarecimentos necessários para minha formação.

Também devo a construção e conclusão deste estudo a todos os gestores e profissionais de saúde envolvidos no processo de implantação e na avaliação do PAIM-Boca. Assim como, a todos os pacientes que participaram do estudo e não hesitaram em compartilhar suas experiências diante de um momento tão delicado de suas vidas, a luta contra o câncer.

Aos alunos do curso de Medicina, que muito me ensinaram e contribuíram para a minha formação acadêmica, através da convivência durante a minha participação no Programa de Estágio Docente.

Aos amigos do curso de Pós Graduação (Ana Cláudia, Ana Luiza, Cacau, Cristiane, Felipe, Isabella, Larissa, Márcia, Nilton, Ricardo...) por dividirem as angústias e frustrações, mas também por compartilharem as conquistas e alegrias durante a nossa convivência.

À minha grande amiga Fabiana, que apesar da distância se fez sempre presente. Assim como à minha amiga e companheira de mestrado Samantha, que manteve-se ao meu lado durante mais esta jornada.

Ao meu amor Ismael, pela cumplicidade, pelo apoio e estímulo em todas as fases deste percurso e compreensão pelos momentos de ausência.

Ao meu amado irmão Carlos, sempre disponível a ajudar, de forma incondicional. Agradeço, também, pelo apoio extra das minhas queridas cunhadas (Roberta e Fernanda), do meu cunhado (Giovanni) e meu estimado sogro (Mario).

Aos meus pais, Ingo e Ana Regina, por me proverem de ensinamentos para a vida, sempre com muita sabedoria e muito carinho. Serei eternamente grata pela dedicação e amor de vocês.

Sobretudo agradeço a Deus, por iluminar meu caminho e dar a força necessária para seguir sempre em frente.

Saber Viver

Não sei... Se a vida é curta
ou longa demais pra nós,
mas sei que nada do que vivemos
tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que acaricia,
desejo que sacia,
amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.

Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina.

(Cora Coralina, 1983).



RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar o processo de constituição de uma rede de atenção a pacientes com câncer de boca na região de Campinas-SP (RRAS XV/SP), que utilizou como estratégia ações de Educação Permanente, de forma a ampliar o acesso à atenção integral, entendida como um conjunto de ações desenvolvidas por gestores e profissionais de saúde para atender as necessidades dos usuários. Para alcançar tal objetivo foram descritos e analisados o processo de implantação do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca) no serviço hospitalar e nos municípios da região, além de realizadas a análise e discussão da organização do trabalho em rede a partir da implantação do Programa. O estudo foi desenvolvido através de uma análise quanti-qualitativa, embasada na triangulação de métodos. Foram convidados a participar do estudo profissionais da equipe do serviço hospitalar, profissionais das equipes constituídas nos municípios e coordenadores de saúde bucal envolvidos no processo de implantação, além de alguns pacientes atendidos pelo Programa. A análise foi realizada a partir de informações descritas no relato observacional da pesquisadora, da realização de grupos focais, da aplicação de entrevistas semidirigidas e da análise documental. As informações apreendidas foram coletadas antes da implantação nos municípios, durante o planejamento e desenvolvimento das ações e ao término da intervenção, ao longo de quatro anos. A partir da implantação do PAIM-Boca foram constituídas equipes multiprofissionais de referência nos municípios que se responsabilizavam pelo acompanhamento dos casos em suas linhas de cuidado, desenvolvidas ações de sensibilização, capacitação, apoio matricial e pactuação de novos fluxos de referência. A capacidade de organização dos municípios para atender as necessidades dos usuários nas diferentes fases de atenção ao câncer de boca surpreendeu, concorrendo para oferta da atenção integral. As ações mostraram-se potentes na perspectiva de ampliar a capacidade de suspeição da doença nos municípios, promover o acesso ao diagnóstico e tratamento mais precocemente, porém a comunicação ativa dos profissionais do hospital com os profissionais dos

municípios apresentou-se como uma dificuldade imposta ao sistema para organizar o trabalho articulado em rede.

Palavras chave: acesso aos serviços de saúde, atenção integral à saúde, redes de atenção à saúde, educação permanente, neoplasia.



ABSTRACT

The present study aims to analyze the oral cancer patient care network constructing process in Campinas-SP (RRAS XV / SP). This process used the strategy of Continuing Education, in order to expand access to comprehensive care, understood like a set of actions taken by managers and professionals health to meet the needs of users. In this direction were described and analyzed the process of implementation of the Multidisciplinary Program of Comprehensive Attention for oral cancer patients in the hospital context and in the municipalities of the region, analyzed and discussed the organization of the networking from the implementation of the Program. An analysis by triangulation of quantitative and qualitative methods was developed and were invited to participate in the study the professionals and staff of the hospital service, municipalities multidisciplinary teams and oral health managers involved in the deployment process, and some patients attended by the Program. The analysis was based on information described in the observational report of the researcher, focus groups with health professionals and interviews with oral health managers and users, and some technical documents. The information was collected before the implantation in the municipalities, during the planning and development of the actions; and at the end of the intervention, over four years. As from the implementation of the Program reference multidisciplinary teams were established in the municipalities - which were responsible for monitoring the cases in their care lines, sensitization and training activities were developed, support matrix was offered and new reference flows were also agreed. The organizational capacity of municipalities to attend the needs of users in different stages of attention to oral cancer problem of was surprising, competing to offer comprehensive care. The actions were potent in prospect of expanding the capacity of suspicion of the disease in the region, promoted the access to earlier diagnosis and treatment, but the active communication of the hospital professionals with the municipalities professionals proved a difficulty imposed on the system to organize a articulated networking.

Keywords: health services accessibility, comprehensive health care, care network to the health, continuing education, neoplasms.

LISTA DE ABREVIATURAS

CRACON	Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia
CEO	Centro Especializado em Odontologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRACON	Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia
DRS	Departamento Regional de Saúde
EP	Educação Permanente
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FOP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba
FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
HC/UNICAMP	Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas
HMCP/PUCC	Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC Campinas
HMMG	Hospital Municipal Doutor Mário Gatti
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde

NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAIM-Boca	Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RAO	Rede de Atenção Oncológica
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIP	Universidade Paulista

	Pág.
Tabela 1 População estimada para os municípios da Região de Saúde Oeste VII da Rede Regional de Atenção à Saúde de Campinas, segundo IBGE (2013).....	98
Tabela 2 Casos de câncer de boca de pacientes provenientes dos municípios estudados, segundo estadio, antes e após a implantação do PAIM-Boca.....	145
Tabela 3 Número de casos segundo tratamento proposto para pacientes procedentes dos municípios de implantação do PAIM-Boca, encaminhados ao hospital de referência do Programa.....	147
Tabela 4 Estado dos casos de câncer de boca em pacientes provenientes dos municípios participantes estudados encaminhados ao hospital de referência do PAIM-Boca, segundo evolução da doença ao final do 1º ano de tratamento.....	148

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Principais características da vertente educacional de Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde...	68
Quadro 2 Relação dos sujeitos participantes do estudo.....	101
Quadro 3 Trajetória metodológica do estudo.....	113
Quadro 4 Quadro demonstrativo das etapas e tarefas programadas para realização do estudo.....	117

	Pág.
Figura 1 Possíveis representações esquemáticas dos três níveis do sistema de saúde.....	47
Figura 2 Diagrama de estrutura de Redes segundo Paul Baran.....	51
Figura 3 Localização da Região de Saúde Oeste VII da Rede Regional de Atenção à Saúde de Campinas (RRAS XV - SP).....	97
Figura 4 Fluxo de atendimento da equipe do hospital de referência do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca).....	132
Figura 5 Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Americana.....	157
Figura 6 Fluxo síntese da trajetória terapêutica do <u>Paciente A</u>	165
Figura 7 Fluxo síntese da trajetória terapêutica do <u>Paciente B</u>	167
Figura 8 Fluxo síntese da trajetória terapêutica do <u>Paciente C</u>	169
Figura 9 Fluxo síntese da trajetória terapêutica do <u>Paciente D</u>	171
Figura 10 Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Artur Nogueira.....	182

Figura 11	Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Cosmópolis.....	192
Figura 12	Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Jaguariúna.....	204
Figura 13	Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Nova Odessa.....	215
Figura 14	Fluxo síntese da trajetória terapêutica do <u>Paciente E</u>	222
Figura 15	Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Santa Bárbara d'Oeste.....	229
Figura 16	Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Santo Antônio de Posse.....	239
Figura 17	Fluxo síntese da trajetória terapêutica do <u>Paciente F</u>	245
Figura 18	Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Sumaré.....	252
Figura 19	Fluxo síntese da trajetória terapêutica da <u>Paciente G</u>	263
Figura 20	Fluxo síntese da trajetória terapêutica do <u>Paciente H</u>	265
Figura 21	Fluxo síntese da trajetória terapêutica do <u>Paciente I</u>	267
Figura 22	Fluxo síntese da trajetória terapêutica do <u>Paciente J</u>	269

	Pág.
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xvii
APRESENTAÇÃO	33
1- INTRODUÇÃO	41
1.1- Acesso à Atenção Integral e Organização do Trabalho em Rede	43
1.1.1- Acesso à Atenção Integral à Saúde.....	43
1.2.1- Organização do Trabalho em Rede.....	48
1.3.1- Educação Permanente como uma Estratégia para Conformação de Redes de Atenção Integral à Saúde.....	59
1.2- Câncer e a Organização da Atenção Oncológica no Brasil	71
1.2.1- Desafios e perspectivas.....	71
1.2.2- Redes de Atenção Integral em Oncologia.....	73
1.2.3- O Problema do Câncer Bucal e a Proposta do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca).....	78

2- OBJETIVOS.....	85
2.1- Objetivo geral.....	87
2.1- Objetivos específicos.....	87
3- MÉTODO.....	91
3.1- Percurso metodológico.....	93
3.2- Campo e sujeitos do estudo.....	95
3.2.1- Campo de estudo.....	95
3.2.2- Sujeitos do estudo.....	99
3.3- Trabalho de campo.....	103
3.3.1- Técnicas e Estratégias e para Coleta de Informações.....	103
3.3.2- Análise das Informações.....	111
3.3.3- Entrada no Campo.....	114
3.4- Aspectos éticos.....	117
4- RESULTADOS.....	119
4.1- O processo de implantação do PAIM-Boca no hospital de referência.....	122
4.2- O processo de implantação do PAIM-Boca nos municípios da região.....	151
4.2.1- A Implantação no Município de Americana.....	151
4.2.2- A Implantação no Município de Artur Nogueira.....	175

4.2.3- A Implantação no Município de Cosmópolis.....	187
4.2.4- A Implantação no Município de Jaguariúna.....	199
4.2.5- A Implantação no Município de Nova Odessa.....	210
4.2.6- A Implantação no Município de Santa Bárbara d'Oeste.....	224
4.2.7- A Implantação no Município de Santo Antônio de Posse....	233
4.2.8- A Implantação no Município de Sumaré.....	246
5- DISCUSSÃO.....	273
5.1- O PAIM-boca e a organização do trabalho em Rede.....	275
5.1.1- Apoio da Gestão e os Atores Chave: Elemento Primordial para Constituição da Rede.....	285
5.1.2- Constituição das Equipes Multiprofissionais: Os Profissionais como Base de Sustentação da Rede.....	287
5.1.3 Educação Permanente em Saúde: Uma Importante Estratégia para Constituição da Rede.....	290
5.1.4- Comunicação: O Fio Conector dos Diferentes Pontos da Rede.....	293
5.2- Acesso à atenção integral a partir da implantação do PAIM-Boca.....	296
5.2.1- Promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca: ações além do campo da odontologia.....	300
5.2.2- Acesso ao diagnóstico: a organização dos municípios para realização de diagnóstico precoce.....	302

5.2.3- Acesso ao tratamento do câncer: a dura realidade de disputa por vagas.....	305
5.2.4- Acompanhamento compartilhado: a responsabilização pelos pacientes.....	308
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	311
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	317
8- ANEXOS.....	339
9- APÊNDICES.....	353



APRESENTAÇÃO

*“(...) sei que minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida.
Que meu destino não é um dado, mas algo que precisa ser feito e
de cuja responsabilidade não posso me eximir.”.*

(Paulo Freire, 1996)

“Se viver é cumprir sua missão, transformando seus medos em desafios e os obstáculos em oportunidades”, acredito que minha missão seja oferecer o cuidado necessário e possível de ser alcançado a quem precisa.

Mas como oferecer todo cuidado necessário? É possível se o medo da perda/morte é eminente? Reconhecendo minhas dificuldades e limitações busquei transformá-las em desafio e oportunidade, fazendo do ato de cuidar o meu ofício.

Diante dos meus desejos, das possibilidades e dos percalços impostos pela vida concluí o curso de graduação em Fisioterapia, na Fundação Universidade Regional de Blumenau, com a clareza de que o papel do profissional de saúde vai muito além da intervenção clínica. Com essa clareza fiz minhas escolhas profissionais e percorri caminhos chegando ao desenvolvimento do presente estudo.

Na graduação, dediquei-me a estudar o papel do fisioterapeuta no processo de ensino e aprendizagem de crianças com necessidades especiais através do levantamento das principais dificuldades e dúvidas apontadas por cuidadores, professores e profissionais de saúde de uma instituição de Educação Especial. Ao final do estudo, com o objetivo de auxiliar os envolvidos no processo de inclusão educacional dessas crianças, foi elaborada uma cartilha com sugestões e recomendações do campo da fisioterapia que pudessem auxiliar e apoiar a inclusão.

Ao fim da graduação iniciei a Especialização Multiprofissional em Desenvolvimento Infantil na Universidade Estadual de Santa Catarina e, seguindo a mesma linha estudei o desenvolvimento das atividades da vida diária de uma

criança com paralisia cerebral para além da clínica. Observei e analisei o desenvolvimento dessas atividades, no contexto familiar e escolar da criança, concluindo que a interação entre educadores, profissionais de saúde e a família contribui de forma significativa para o desenvolvimento da criança.

Pelos caminhos da vida, minha aproximação com o temática da oncologia deu-se pelo desafio de estudar o desenvolvimento de crianças com câncer considerando as diversas necessidades que surgem a partir da experiência de adoecimento. Com o envolvimento e contribuição de docentes e colegas, esse desafio transformou-se em projeto de extensão universitária e suscitou diversos temas para estudo, incluindo meu estudo de mestrado, onde avaliei a qualidade de vida e o desenvolvimento motor de crianças com leucemia.

Essa experiência, com forte imersão no ambiente hospitalar, possibilitou o contato direto com as crianças adoecidas, seus familiares e profissionais que atuavam no serviço. Essa vivência mexeu comigo. Diante do sofrimento, das angústias e frustrações, também observei e vivi momentos de intensa alegria e felicidade, mas algo saltava aos meus olhos: parecia que a vida era decidida naquele espaço, por um lado o cuidado era centralizado nas mãos dos profissionais que ali atuavam, por outro lado era notória a confiança e a dependência deste cuidado por parte dos pacientes e familiares.

Diante dessa observação, se no mestrado dediquei-me a compreender as possibilidades e limitações do cuidado oncológico dentro do ambiente hospitalar, para o doutorado vislumbrava a possibilidade de investigar esse cuidado para além das paredes do hospital.

Através de buscas sistemáticas sobre o tema deparei-me com uma reportagem no Jornal da UNICAMP que chamou minha atenção: “UNICAMP cria rede de atenção ao câncer - Projeto na macrorregião de Campinas visa o atendimento integral e mais humanizado ao paciente”, com a Prof^a. Dra. Silvia Maria Santiago do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade. Arrisquei um contato inicial para conhecer melhor o projeto e fui prontamente atendida.

Ao conhecer a professora e seus estudos encontrei a possibilidade de ampliar minha compreensão do cuidado além do ambiente hospitalar, já que a proposta da OncoRede considera que as necessidades de saúde de pacientes e famílias, que se manifestam em diferentes pontos do sistema de saúde, devem orientar a organização da atenção. Acreditando nessa proposta decidi me envolver nos estudos sobre o tema e participar da seleção de doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Durante essa trajetória participei de reuniões que tinham como objetivo discutir as linhas de cuidado dos tipos de câncer mais prevalentes na região. Em uma das reuniões da linha de cuidado do câncer de cabeça e pescoço conheci o coordenador do “Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca)” que convidou-me a integrar a equipe do Programa na função de fisioterapeuta e imediatamente fez-me a encomenda para auxiliar no desenvolvimento de ações de ensino e organização conjunta com os municípios da região para promover atenção integral aos pacientes com câncer de boca.

O PAIM-Boca foi implantado como uma experiência piloto pelo Ministério da Saúde num hospital de Campinas, com tradição no atendimento ambulatorial e cirúrgico de intercorrências bucomaxilofaciais e que também é referência para o tratamento oncológico na região, com o objetivo principal de facilitar a detecção e intervenção precoce em lesões de boca, bem como otimizar os cuidados com a saúde bucal e a promoção de saúde dos pacientes procedentes de Campinas e região.

Para promover a saúde bucal, prevenir e tratar o câncer de boca, em tempo oportuno, num território determinado e significativo para profissionais e usuários, com recursos tecnológicos adequados, de forma integral e humanizada a implantação do PAIM-Boca se desenvolveu na perspectiva do trabalho em rede (Cecílio, 2001; Campos, 2007; Santiago e Andrade, 2008; Mendes, 2010; Silva e Magalhães Junior, 2011), através do desenvolvimento de ações de

Educação Permanente em Saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Davini, 2009; Brasil, 2009) envolvendo especialmente profissionais da atenção primária, incluindo as equipes de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde, além de especialistas da atenção secundária e terciária do sistema de saúde.

Ao aceitar o convite para integrar a equipe do PAIM-Boca e auxiliar no desenvolvimento de ações de educação e organização do cuidado em rede, a experiência que vivi traduziu-se no objeto de análise do presente estudo e minha tese de doutorado. Dessa forma, assumo, desde já, minha implicação com o objeto em estudo, colocando-me na posição de observadora e observada, buscando através da triangulação de métodos atenuar considerações implicadas da forma a mais objetiva possível.

Diante da afirmação de que *“nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”* (Minayo, 2001, p. 17), o presente estudo assume o problema do câncer, mais especificamente o câncer de boca, como um analisador do potencial da Educação Permanente em saúde para organização da atenção em rede e alcance da integralidade.

Tomando a experiência do PAIM-Boca como objeto de estudo e considerando como problema a ser investigado a promoção da atenção integral a pacientes com câncer de boca, o estudo foi organizado da seguinte maneira:

⇒ **Capítulo I-** introdução, construída a partir de uma revisão teórica acerca do tema da atenção integral, da organização do trabalho em rede, da Educação Permanente em Saúde, além de problematizar questões sobre o câncer e o cuidado oncológico, especialmente sobre o câncer de boca;

⇒ **Capítulo II-** apresentação dos objetivos do estudo;

⇒ **Capítulo III-** descrição do método escolhido para o desenvolvimento do estudo;

⇒ **Capítulo IV-** apresentação dos resultados encontrados ao final do estudo;

⇒ **Capítulo V**- discussão dos resultados obtidos;

⇒ **Capítulo VI**- apresentação das considerações sobre o problema em questão.

O estudo propõe, como sugere Campos e Campos (2000), analisar o modo como as coisas se produzem, no caso o processo de constituição de uma rede de atenção à saúde, mais especificamente o modo pelo qual uma rede de atenção a pacientes com câncer de boca se organizou e adquiriu forma, um olhar sobre o movimento instituinte da rede. Para Merhy (1992) ao realizar uma leitura de como modelos tecnoassistenciais se constituem é preciso olhar os vínculos que estes modelos estabelecem, não somente com as teorias sobre o processo saúde-doença, mas também com as questões políticas mais amplas colocadas em seu campo específico.



1- INTRODUÇÃO

“A verdadeira viagem da descoberta, não consiste em descobrir novas terras, mas enxergar com novos olhos.”

(Marcel Proust, 1922)

1.1- Acesso à Atenção Integral e a Organização do Trabalho em Redes de Saúde

1.1.1- Acesso à Atenção Integral em Saúde

No Brasil, a escola preventivista já tecia críticas à prática médica que privilegiava a doença e não a valorização da saúde, além da busca crescente pela especialização de profissionais baseada no modelo biomédico. A partir da década de 70, a busca por um atendimento integral começa a ser mais intensamente debatida, associada com a medicina preventiva. Surge então, o chamado movimento de Reforma Sanitária, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, a qual sacramentou o ideal de que a saúde é direito de todos e obrigação do Estado (Brasil, 2005) e na criação do atual sistema de saúde, a mais ambiciosa e abrangente política pública de saúde já formulada no país, o “SUS” (Arouca, 2003; Elias, 2004; Pinheiro e Mattos, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído em 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90 (Constituição Federal, 1988) e pouco mais de duas décadas depois continua em permanente construção e na tentativa de não abandonar seus três princípios fundamentais: universalidade, integralidade e equidade. É inegável que o SUS conduziu a melhorias na condição de acesso da população brasileira à saúde, porém diversas questões desafiam a cada dia o desenvolvimento do sistema de saúde. Um dos maiores desafios do atual modelo de atenção refere-se à dificuldade do sistema em identificar e atender adequadamente às necessidades dos usuários, de modo a garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção (Brasil, 2005; Mendes, 2010; Silva e Magalhães Junior, 2011).

A integralidade é um dos pilares de construção Sistema Único de Saúde - SUS, que assume uma definição legal orientando políticas e ações programáticas com o objetivo de responder às demandas e necessidades da população, com garantia de acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde, ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças, nas eminentes dimensões do ser cuidado (Giovanella et al., 2002; Conil, 2004; Kantorski et al., 2006; Machado et al., 2007).

Além de uma diretriz, descrita na Lei Orgânica nº. 8080/90, a integralidade é uma “bandeira” de luta, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e práticas consideradas desejáveis. Para muitos autores e defensores do SUS, trata-se de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam ao ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (Mattos, 2001).

O termo integralidade apresenta muitos significados e não se encontra consenso sobre o universo em que se desenvolve a integralidade. Assim, compreende-se a integralidade como um termo polissêmico, com dimensão plural, ética e democrática, revelada em diferentes saberes e práticas do trabalho e vivência dos sujeitos (educadores, trabalhadores de saúde, usuários e gestores), e que se expressa de forma particular e própria em diferentes contextos (Mattos, 2001; Pinheiro, 2005).

Uma aproximação inicial ao termo integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral, iniciado nos Estados Unidos. Esse movimento criticava o modelo biomédico, preconizado pelo conhecido relatório Flexner, que levou cada vez mais à atitudes fragmentárias e segmentadas dos médicos no modo de assistir a seus pacientes (Elias, 2004; Pinheiro e Mattos, 2006).

Mattos (2001) amplia o conceito de integralidade, descrito na Constituinte, identificando pelo menos três conjuntos de sentidos sobre o uso do termo: a integralidade como traço das boas práticas de saúde, a integralidade

como modo de organizar as práticas em saúde e a integralidade na construção de políticas especiais. Para o autor, defender a integralidade é antes de tudo a defesa de que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, não com objetos. Defender a integralidade nas práticas é defender que a oferta de ações em saúde deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro (Mattos, 2004).

O acesso à saúde não pode ser visto apenas como a entrada dos usuários nos serviços de saúde, mas como a organização de um modelo de atenção capaz de identificar e atender de forma qualificada e oportuna as necessidades de saúde dos usuários nos vários pontos da rede (Jesus e Assis, 2010; Giovanella e Fleury, 1996). Para Giovanella et al. (2002) acesso à atenção integral é operacionalmente composto por quatro dimensões: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência; a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e a abordagem integral do indivíduo e famílias.

A responsabilidade para o cuidado em saúde assume relevância em diversos níveis, desde o relacionamento entre serviço e usuário, até políticas públicas e de gestão. É preciso que cada profissional de saúde, equipe de saúde, gestor ou formuladores de políticas, perguntem-se sobre sua participação no cuidado do outro, preocupando-se, ao mesmo tempo, com o quanto esses sujeitos são conhecedores e participantes desse processo (Ayres, 2004). Na concepção de Merhy (1997), o cuidado visto como atenção integral é fruto do “*trabalho vivo em ato*” operado no cotidiano das práticas em saúde, capaz de desenhar a organização dos serviços no espaço da micropolítica.

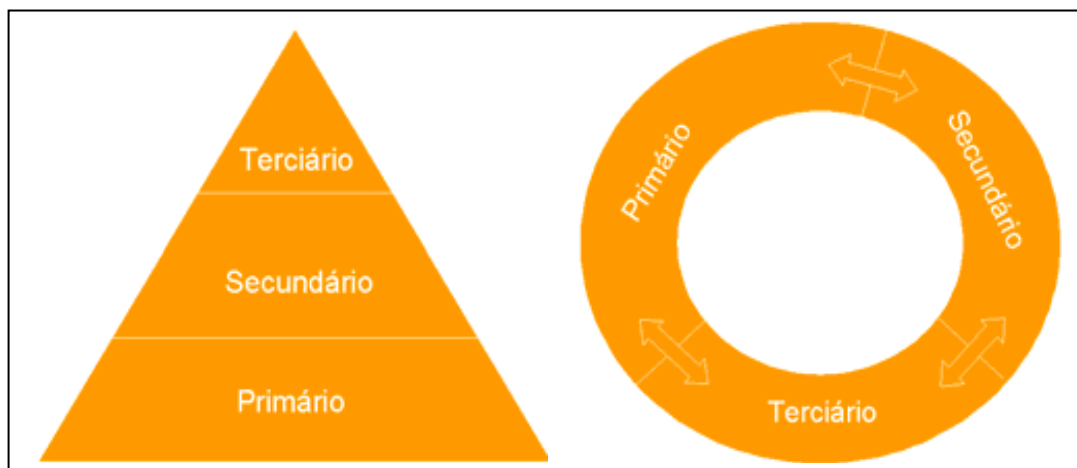
Para Cecílio (1997), a garantia da integralidade do cuidado deveria ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual. Para isso, novos fluxos, novas possibilidades de entrada do sistema de saúde e novos conceitos do que seja serviço de referência deveriam ser construídos.

Com o objetivo de orientar a reflexão sobre a integralidade e suas dimensões, Cecílio (2001) adota as necessidades de saúde como analisador, em particular sua potencialidade de ajudar os trabalhadores, as equipes, os serviços de saúde e a rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados, tomando suas necessidades como centro da intervenção e da prática. Esse conceito de necessidades de saúde trabalha com a ideia de que as necessidades poderiam ser apreendidas em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos, iniciando com o de *condições de vida*, como um conjunto de necessidades trata do modo como se vive e suas manifestações em diferentes necessidades; o *acesso e consumo de tecnologias* como o conjunto de técnicas capaz de melhorar ou prolongar a vida, onde o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento da vida. O conceito de tecnologias aqui utilizado fundamenta-se na definição de tecnologias leve, leve-dura e dura, de Merhy (1997); a *criação de vínculos* efetivos e afetivos entre o usuário e profissional e/ou equipe de saúde, reconhecendo o vínculo como algo mais amplo que a simples delimitação a um serviço ou a inscrição formal a um programa, como o estabelecimento de uma relação contínua ao longo do tempo, pessoal e intransferível, calorosa, vínculo como um encontro de subjetividades; e, por fim e de grande importância, o conjunto que diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de *autonomia* no seu modo de levar a vida - considera-se que esse conjunto de necessidades vai além da informação e da educação, implica na possibilidade das pessoas reconstruírem os sentidos de sua vida, com significado concreto no seu modo de viver, incluindo a luta pelo atendimento das suas necessidades, da melhor forma possível.

A integralidade que cada pessoa real necessita, frequentemente, transversaliza todo o sistema de saúde e, para Cecílio (2001), não há integralidade radical sem a possibilidade de horizontalidade. Assim, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de integralidade focalizada quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender as

necessidades de saúde trazidas por cada um, porém, a linha de cuidado pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde (Cecílio e Merhy, 2003).

Já em 1997, Cecílio alertava para o fato de que a exemplificação dos níveis de complexidade do sistema de saúde baseada na figura da pirâmide, estratificada em nível primário, secundário e terciário, induz uma armadilha dos sentidos que faz pensar em fluxos hierarquizados de pessoas dentro do sistema. Para o autor, a inversão da pirâmide em funil - apesar de parecer para alguns uma figura anti-natural - pode ser sugerida como um modo mais apropriado de representação esquemática das tecnologias. Porém, o modelo da representação esquemática ideal para a saúde seria o círculo, que associa a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída, quebrando as inferências da hierarquia e abrindo possibilidades (Figura 1).



Fonte: Adaptado de Mello (2004).

Figura 1- Possíveis representações esquemáticas dos três níveis do sistema de saúde.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o menos visível na sua trajetória e suas práticas. Estudos que propõem modelos de atenção à saúde baseado na defesa da vida, destacam como grande desafio a incorporação da pessoa no contexto da integralidade (Campos, 1997). Nesse contexto, segundo Cecílio (2001) a organização do cuidado em rede, com reconhecimento ao conjunto das necessidades das pessoas, apresenta-se como estratégia oportuna. Para Merhy e Franco (2003), a atenção integral à saúde pressupõe maior valorização das tecnologias leves (das relações), postura crítica com relação ao predomínio das tecnologias duras (instrumental e produtora de procedimentos) e leve duras (do saber estruturado), por gerarem atos prescritos rígidos e pouco flexíveis em relação às particularidades de cada paciente.

O modelo de atenção, que ainda persiste, fundamentado em ações curativas, centrado no atendimento médico, estruturado em ações e serviços dimensionados a partir da oferta, organizado de forma hierarquizada e centralizada é insuficiente para responder às necessidades de saúde da população (Brasil, 2012). Em todo país, poucos são os municípios que podem oferecer todos os cuidados (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e recuperação) necessários para garantir a atenção integral. Porém, como apontam Santiago e Andrade (2008), através da implantação de redes de cuidados, contando com a rede básica existente, organizando o atendimento especializado e apreendendo as necessidades de saúde, a gestão do cuidado apresenta-se potencialmente possível de ser organizada de forma a oferecer atenção integral e humanizada.

1.1.2.- Organização do Trabalho em Rede

Há muito tempo o termo rede tem sido um instigante objeto de estudo de várias áreas do conhecimento humano, da biologia (McCulloch e Pitts, 1943; Helb, 1949; Ashby, 1952; Minsky, 1954; Von Neumann, 1956), passando pela matemática (Baran, 1959), às ciências sociais (Jacobs, 1961). As abordagens - e

efetivamente o conceito de rede empregado - variam conforme o instrumental analítico e as bases teóricas de cada área. Apesar disso, os estudos sobre redes ganharam um caráter fortemente interdisciplinar, ancorados em perspectivas filiadas às várias correntes do chamado pensamento sistêmico e às teorias da complexidade (Franco, 2008; Martinho, 2003).

Em seu livro “A Teia da Vida”, o físico austríaco Fritjof Capra, identifica rede como um padrão comum a todos os organismos vivos. Segundo o autor, onde quer que se encontrem sistemas vivos, parte de organismos ou comunidades de organismos, pode-se observar que seus componentes estão arranjados à maneira de rede. *“Sempre que olhamos para a vida, olhamos para redes. (...) O padrão da vida, poderíamos dizer, é um padrão de rede...”* (Capra, 1996, p. 77 e 78). A teia da vida consiste em redes dentro de redes, como nodos aninhados dentro de uma rede maior. Para Capra, redes vivas são redes de comunicação que estão interconectadas e são interdependentes, com capacidade de organização autopoietica, ou seja, criam e recriam a si próprias (Capra, 1996 e 2002).

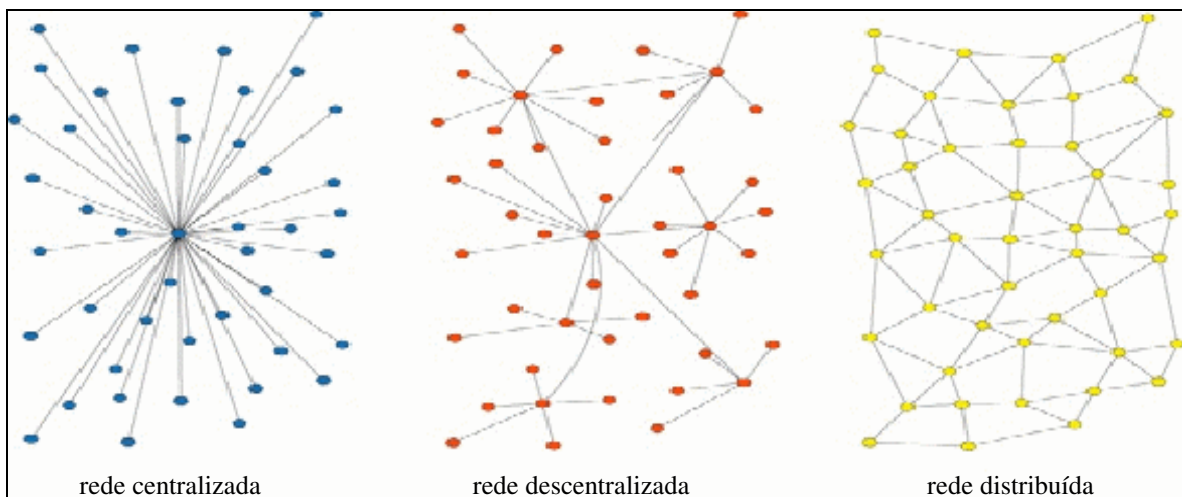
Para o geógrafo Milton Santos, o espaço é constituído por uma série de redes interdependentes e superpostas, onde as decisões de níveis superiores interferem sobre os níveis inferiores, mas somente em cada lugar as decisões ganham significado real. O autor considera que as decisões de níveis superiores são as *“forças centrífugas”* das redes que conduzem a um processo de verticalização e que agem sobre as *“forças centrípetas”* que tendem a conduzir a processos mais horizontais e democráticos nos níveis locais, com compartilhamento de ações, de conhecimentos, da vida. Segundo o autor, as redes não são uniformes *“(...) as redes são humanas, formadas, inseparavelmente, de objetos e ações.”* (Santos, 2006, p. 63) e complementa: *“(...) a rede é também social e política, pelas pessoas, mensagens, valores que a frequentam.”* (Santos, 2006, p. 176).

Mário Rovere (2010), estudioso da psicologia social, reforça que as redes são formadas de pessoas que se relacionam e se vinculam umas as outras. Rovere considera a questão do vínculo central na constituição de redes e sugere a classificação de diferentes níveis de profundidade de vínculo para organizar e monitorar os graus de consistência de uma rede: *reconhecimento*; *conhecimento*; *colaboração*; *cooperação*; *associação*.

O primeiro nível é o *reconhecimento*, que implica a aceitação do outro como par, como interlocutor, com direito a existir e a emitir opiniões; o segundo nível refere-se ao *conhecimento*, no qual o outro é considerado como interlocutor válido e interessa saber quem é esse outro e como ele vê o mundo; o terceiro nível é o de *colaboração*, a partir do qual criam-se vínculos de reciprocidade e colaboração; o quarto é considerado o nível da *cooperação* ou *operação conjunta*, que consiste num processo mais complexo, onde cada um persegue seus próprios objetivos, mas compartilha atividades e/ou recursos, ou seja, ao mesmo tempo que requer, também, gera solidariedade; o quinto e último nível trata da *associação*, no qual são estabelecidos objetivos ou projetos comuns que nenhuma das partes poderia desenvolver de forma solitária. Quanto mais profundo for o vínculo estabelecido entre os atores envolvidos, mais consistente será a rede formada (Rovere, 2010).

Considerando que o contato humano real e suas diversas configurações determinam a forma, a densidade e a amplitude das redes, Pescosolido (2006) desenvolveu o modelo *de redes episódicas* para auxiliar na avaliação do papel das redes sociais no apoio a pessoas com problemas de saúde. O modelo propõe uma análise a partir de indicadores sobre o perfil dos indivíduos, as características dos cuidadores em saúde, além da estrutura, do conteúdo e das funções do sistema de suporte social e do próprio sistema de saúde. Para a autora, o termo rede sugere a interação dinâmica entre sociedade-indivíduo-biológico, como estruturas amplas e abstratas num contexto complexo, afetando indivíduos, processos biológicos, condições do trabalho em saúde e uso das terapêuticas e seus resultados.

Na concepção de Franco (2009), redes são “(...) rastros de fluições: tentativas de capturar uma dinâmica que ocorre no espaço-tempo dos fluxos, ou naquela particular brana onde essas fluições existem como tais.”. Segundo o autor, no espaço-tempo dos fluxos não há consenso sobre a topologia das redes sociais, apenas considera-se que essas são fortemente condicionadas à fenomenologia. Na clássica topologia sugerida por Paul Baran, somente as estruturas caracterizadas como *redes distribuídas* são consideradas redes genuinamente (ver Figura 2), pois diferente das *redes centralizadas* e das *redes descentralizadas* ou *multicêntricas* não apresentam nenhum grau de hierarquia ou nodo capaz de interromper o fluxo da rede (Franco, 2008).



Fonte: Franco, 2009.

Figura 2- Diagrama de estrutura de Redes segundo Paul Baran.

Na prática, essa topologia é meramente matemática, uma vez que a maioria das redes reais fica no limite das redes *centralizadas* e *distribuídas*. O importante está no sentido: as *redes distribuídas* são movimentos de desconstituição de hierarquia porque o sentido do estabelecimento de múltiplos caminhos (redes: disposição para a abundância) é oposto ao sentido da manutenção de caminhos únicos (hierarquias: geração artificial de escassez). As *redes distribuídas* são sempre comunitárias e locais, abarcando socioterritorialidades ou comunidades. Na sociedade em rede, desde que a conexão global passou a ser uma possibilidade, cada local vira o mundo - o mundo globalizado (Franco, 2008; Castells, 1999; Santos, 1998).

Para Franco (2009), os nodos de uma rede ligados a um eixo central, geralmente, estão conectados entre si em alguma medida e permanecem centralizados, ou não, dependendo da realidade, dos seus graus de separação. Não existe um número ideal para afirmar qual a topologia exata de uma rede, assim o autor sugere avaliar o grau máximo de distribuição através do número total de conexões existentes entre os nodos de uma rede, assim, quanto maior o número de conexões estabelecidas entre as pessoas, maior o nível de distribuição e de auto-regulação.

As redes podem ser consideradas uma forma alternativa para a gestão de políticas que se articulam em sistemas onde as partes são interdependentes, mas que na prática operam de forma fragmentada. Nesse sentido, Inojosa (1999) alerta que a ideia de rede tornou-se uma “*palavra mágica*”, “*uma receita*” capaz de resolver antigos problemas que afligem a sociedade, “*que são de todos*” e “*de ninguém*”.

Na concepção de Inojosa (1999), que defende a constituição de *redes de compromisso social* como uma alternativa da sociedade para abordar questões sociais complexas, as redes se conformam segundo a relação que se estabelecem entre atores parceiros e sugere algumas tipologias que essas podem assumir: *subordinadas*, *tuteladas* e *autônomas ou orgânicas*. As *redes*

subordinadas são aquelas nas quais os entes são parte de uma organização, onde existe uma interdependência de objetivos e a articulação depende da vontade dos entes, mas apenas há um lócus de controle. As *redes tuteladas* são aquelas onde os entes têm autonomia, mas articulam-se sob a égide de uma organização, a rede depende da persistência de propósitos do ente mobilizador que tende a assumir o controle da rede. Nas *redes autônomas ou orgânicas*, os entes são autônomos e articulam-se voluntariamente e o controle é compartilhado. Esse modelo pressupõe uma ideia-força mobilizadora, a rede é aberta e trabalha por pactuação, as identidades dos parceiros são preservadas e é construída uma identidade da rede.

Segundo Inojosa (1999), o modelo mais adequado para a organização de redes seria aquele construído na lógica de *redes autônomas ou orgânicas*, mas numerosas redes constituídas sob a égide governamental parecem construídas a partir da lógica de *redes tuteladas*, onde os parceiros normalmente são tratados como partes singulares de um convênio com um parceiro constante (o governo) que costuma ditar as regras, pois o convênio é um contrato entre órgãos governamentais no qual o financiamento das ações é determinante nas relações e, conforme é constituído, dificulta as relações mais transversais.

No campo da saúde, a primeira descrição de gestão do cuidado organizada em rede foi apresentada pelo Relatório Dawson (1920), publicado na Inglaterra, com a missão de buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de determinada região. O Relatório introduz o termo territorialização e aponta a necessidade de articulação entre a saúde pública e a atenção individual, a associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão, com multiplicidade de relações estabelecidas entre os componentes da rede e integração horizontalizada. Conforme descrito no relatório, seu objetivo só pode ser alcançado através da organização baseada na coordenação entre medicina preventiva e curativa. O relatório ainda ressalta que as condições locais e a forma como a população ocupa o território devem sempre ser consideradas (OPAS, 1964).

Sem uma proposta final o Relatório Dawson foi engavetado e somente durante a Segunda Guerra Mundial, no âmbito da discussão de uma nova política de proteção social, apresentada pelo Relatório Beveridge (1942), as indicações do Relatório Dawson voltariam a servir de base para organização do novo sistema de saúde universal e equitativo. Pela relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade e a estratégia de regionalização e hierarquização, o modelo de organização em redes foi adotado por países que construíram sistemas nacionais de saúde (Kuschnir e Chorny, 2010).

A constituição de redes na área da saúde exige uma trama de interações entre aqueles responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e produção dos serviços (gerentes e profissionais) e os cidadãos. Segundo Feuerwerker et al. (2000), apesar de instituições e projetos estarem envolvidos no processo de conformação de redes, são sempre pessoas que se articulam, relacionam e constroem vínculos. Para Franco (2006), a produção da atenção à saúde, também, se dá a partir de múltiplas conexões e fluxos, que criam linhas de contato, das relações entre atores envolvidos que são a fonte de produção da atenção.

Na mesma linha, Lima e Rivera (2010) consideram que ao pensar-se o sistema de serviços de saúde como uma rede coordenada, capaz de garantir o acesso e a continuidade do cuidado, é necessário considerar que as ligações entre os nós da rede somente podem ocorrer mediante o estabelecimento de uma rede intrincada de interações entre os responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e produção dos serviços (prestadores e profissionais) e os cidadãos (usuários). Assim, as formas de organizar a atenção à saúde são expressão das relações e das interações comunicativas entre esses três atores centrais. Para os autores, a noção de rede traz, no plano técnico-operacional, a ideia de fluxo, de circulação, que remete a uma configuração policêntrica, constituída por nós ou nódulos e por vínculos, relações, que os interligam. Nesse sentido, Lima e Rivera (2010) defendem o modelo de redes de conversação para orientar novas formas de coordenar serviços de saúde.

Fleury e Ouverney (2007), também, defendem que o estabelecimento de canais de comunicação entre os membros de uma rede é decisivo para o desenvolvimento de valores e objetivos coletivos. Os autores advogam que canais informais de comunicação, baseados nas relações pessoais, costumam ser de grande utilidade para coordenação das ações.

Na concepção de Fleury e Ouverney (2007), a diversidade dos processos de atenção à saúde, o seu caráter transversal e o amplo número de atores e serviços envolvidos exigem uma estrutura em rede para dar conta da coordenação das interdependências e, assim, garantir a integralidade. A palavra rede refere-se a uma configuração policêntrica com nós e vínculos que se estabelecem entre eles. No plano técnico-operacional denota a ideia de fluxo, de circulação. Uma estrutura em rede implica um conjunto de relações estáveis, de natureza não hierárquica e interdependente, vinculando uma série de atores com interesses comuns e que intercambiam recursos para concretizar estes interesses, com base na cooperação.

Muitos estudiosos do SUS defendem que sistema se beneficiaria enormemente com a implementação de modelos de atenção baseados na constituição e consolidação de redes de atenção (à saúde), construídas para atender as necessidades da população, em tempo oportuno, no território adequado, com a tecnologia necessária, de forma integral e humanizada. As redes dinâmicas e efetivas fazem parte de um modelo horizontalizado, que deve contar com o apoio das diferentes esferas de gestão, a articulação entre os níveis de atenção à saúde, boa comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado, criação de vínculos entre usuários e profissionais, com crescente confiança e autonomia (Cecílio, 2001; Campos, 2007; Santiago e Andrade, 2008; Mendes, 2010; Silva e Magalhães Junior, 2011).

No Brasil, a organização de redes regionalizadas de serviços de saúde foi premissa no debate das propostas da reforma sanitária. Em 2000, o tema foi novamente o centro do debate, com a publicação da Norma

Operacional da Assistência à Saúde - NOAS (Brasil, 2001), mas foi a partir de 2006, com o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a), que tal proposição assumiu grande significado. Para Cecílio (2009), a visão sistêmica da gestão do cuidado, como expresso no Pacto pela Vida, é imprescindível para a consolidação do SUS.

Nos serviços de saúde observa-se uma multiplicidade de redes operando em conexões, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Os trabalhadores da saúde em atividade, através do “*trabalho vivo em ato*”, fazem um rizoma¹, operando com base em fortes conexões, onde a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa. Há um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades e é a partir desta configuração do trabalho que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado (Franco, 2006). Segundo Franco e Merhy (2009), o “*trabalho vivo em ato*” traz em si uma grande potência para criar redes.

Para que a gestão do cuidado resulte na integralidade da atenção, para além das regularidades sistêmicas, Cecílio (2009) acredita, também, que seja necessária a existência de um enredamento de encontros nos nós de uma rede complexa de cuidado, com imenso potencial de energia-criativa de produção. Uma rede produtora de contatos, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores e capaz de produzir mais saúde e autonomia dos usuários. Nesse sentido, o autor enfatiza que a dinâmica real de interpenetração das várias dimensões da gestão do cuidado (individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária) seria melhor pensada a partir dos conceitos da física quântica ou, mesmo, de um “rizoma” (Cecílio, 2011).

¹Rizoma, em botânica, é um tipo de caule de algumas plantas, que cresce horizontalmente, muitas vezes subterrâneo, mas podem também ter porções aéreas. Certos rizomas servem como órgãos de reprodução vegetativa ou assexuada, desenvolvendo raízes e caules aéreos nos seus nós. Noutros casos, pode servir como órgão de reserva de energia, na forma de amido, tornando-se tuberoso, mas com estrutura diferente. Segundo Deleuze e Guattari, que utilizam o conceito em seus trabalhos de filosofia: um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança (Ferreira, 2008).

A gestão do cuidado em rede pressupõe a resolução dos problemas de saúde com uso de toda a tecnologia disponível e necessária, processos de gestão que permitam o trabalho integrado das diferentes estações cuidadoras, o controle social desses processos, a possibilidade do desenvolvimento de profissionais em campo e a produção de conhecimento. Assim, considera-se adequado que as redes de saúde devem se organizar e funcionar de forma horizontal ou transversal, sem hierarquia entre os serviços, mas dando à população acesso a toda a tecnologia disponível.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass, 2006) alerta para o fato de que as redes de atenção à saúde também são integradas por sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários; centrais de regulação, compostas pelo módulo de consultas e exames especializados, pelo módulo de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, pelo módulo de internações de urgência e emergência e pelo módulo de internações eletivas; prontuários eletrônicos; os sistemas de transportes sanitários), sustentados por potentes instrumentos de informação. Além disso, são necessários sistemas de apoio, constituídos pelos sistemas de diagnóstico e terapêutico (patologia clínica; imagens; etc.) e pelo sistema de assistência farmacêutica (seleção; programação; aquisição; armazenamento; distribuição; prescrição; dispensação e uso racional).

O atual cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde, além do desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país. Conseqüentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa esse cenário e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas (Brasil, 2010).

Nos últimos anos temos observado um esforço na área do planejamento e gestão do SUS para organizar o sistema através da instituição de redes de saúde. Entretanto, alguns estudiosos alertam que esse modelo de atenção à saúde somente poderá promover mudanças reais se tratar de projetos solidários, construídos através de ações comunicativas e coordenadas entre gestores, profissionais e usuários (Santiago e Andrade, 2008; Lima e Rivera, 2010).

Na tentativa de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas áreas da saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência, a Portaria n°. 4279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização e estruturação da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2010). Porém, para superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão do cuidado no SUS, ainda requer forte decisão dos gestores, ampliação do objeto de trabalho da clínica para além da doença, maior interação entre os diferentes pontos da rede, de forma horizontalizada, e maior investimento e financiamento em ações e estratégias, potencialmente capazes de constituir redes, além da mudança cultural nas diferentes esferas de gestão, nos diferentes níveis de atenção à saúde e na concepção de cuidar e ser cuidado (Santiago e Andrade, 2008).

Para Santiago e Andrade (2008), uma linha de cuidado não se encontra isolada, ela tece uma rede em que os serviços de saúde ou estações cuidadoras se constituem em nós de intersecção que sustentam e, ao mesmo tempo, estabelecem conexões para dentro e para fora da rede. Para as autoras, uma rede de saúde tem como imagem objetivo apoiar as atividades das equipes, permitir a comunicação fácil e fluída entre profissionais e distintos serviços que, por sua vez, devem apoiar e sustentar os pacientes nas trajetórias terapêuticas, estabelecendo relações comunicativas com usuários, famílias e redes sociais de suporte.

Acreditando que a qualidade do cuidado depende da articulação entre ensino e trabalho e considerando que os trabalhadores da saúde não têm sido formados com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores suficientes para o adequado desempenho nos serviços públicos e para o trabalho articulado em rede, a estratégia da Educação Permanente vem sendo utilizada na área da saúde como um dispositivo capaz de promover mudanças na gestão e nas práticas do SUS, favorecendo a organização do sistema em rede (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Davini, 2009; Brasil, 2009; Brasil, 2005).

1.1.3- Educação Permanente e a Conformação de Redes de Atenção Integral à Saúde

A educação se estende ao longo da vida, com numerosos campos de aprendizagem abrindo-se para o homem durante todo o curso de sua existência. Em virtude da própria natureza humana, uma vez que o homem é um ser inacabado e incompleto, a educação espontânea ou sistemática constitui-se num processo permanente (Gadotti, 2000; Freire, 2011).

O homem sempre teve a consciência de que seus conhecimentos e experiências precisavam ser transmitidos para sua sobrevivência e da comunidade. A ideia básica de formação como um processo contínuo, no qual vida e aprendizagem caminham - ou deveriam caminhar - juntas está presente desde há muito tempo na história da civilização humana. As sociedades primitivas já transmitiam seu legado cultural de forma oral para gerações seguintes. As sociedades agrárias e os movimentos sindicais desenvolveram um sistema de transmissão de saberes produtivos, à medida que se vinculava um conjunto de práticas e valores sociais, políticos e religiosos que regulavam os sistemas de vida coletiva. Na Grécia antiga, Sócrates e Platão consideravam a educação um processo de toda a vida (Cambi, 1999; Bognato, Cocco e Sordi, 1999; Martínez, 2002).

O reconhecimento da necessidade de uma educação que vai do nascimento à morte, também pode ser encontrado nos primeiros textos conhecidos pela humanidade, como o Velho Testamento, o Alcorão e outros livros sagrados que refletem, com características próprias, a possibilidade e a necessidade humana de aprender ao longo de toda a vida (Martínez, 2002).

A prática da educação tradicional, segundo Cambi (1999), enraizada na sociedade de classes escravista da Idade Antiga, destinada a uma pequena minoria, iniciou seu declínio já no movimento renascentista, mas ela sobrevive até hoje. Nos últimos dois séculos, desenvolveu-se a chamada “*educação nova*”, que surge de forma mais clara a partir da obra de Rousseau, e para Gadotti (2000) trouxe consigo numerosas conquistas, sobretudo no campo das ciências da educação e das metodologias de ensino. O conceito de “aprender fazendo” de John Dewey e as técnicas Freinet, são exemplos de aquisições definitivas na história da pedagogia.

No início da segunda metade do século XX, educadores e políticos imaginaram uma educação internacionalizada confiada à UNESCO. Segundo Gadotti (2000):

“Entre as novas teorias surgidas nesses últimos anos, despertaram interesse dos educadores os chamados paradigmas holonômicos (novos paradigmas centrados na totalidade), ainda pouco consistentes. Complexidade e holismo são palavras cada vez mais ouvidas nos debates educacionais. Nesta perspectiva, pode-se incluir as reflexões de Edgar Morin, que critica a razão produtivista e a racionalização modernas, propondo uma “lógica do vivente”. Esses paradigmas sustentam um princípio unificador do saber, do conhecimento, em torno do ser humano, valorizando o seu cotidiano, o seu vivido, o pessoal, a singularidade, o entorno, o acaso e outras categorias como: decisão, projeto, ruído, ambiguidade, finitude, escolha, síntese, vínculo e totalidade.” (Gadotti, 2000, p. 3).

“(...) essas categorias não são novas na educação, mas passam a ser consideradas e analisadas com mais simpatia do que no passado. Sob diversas formas e com diferentes significados, essas categorias são encontradas em muitos intelectuais, filósofos e educadores, de ontem e de hoje: o "sentido do outro", a "curiosidade" (Paulo Freire), a "tolerância" (Karl Jaspers), a "estrutura de acolhida" (Paul Ricoeur), o "diálogo" (Martin Buber), a "autogestão" (Celestin Freinet, Michel Lobrot), a "desordem" (Edgar Morin), a "ação comunicativa", o "mundo vivido" (Jürgen Habermas), a "radicalidade" (Agnes Heller), a "empatia" (Carl Rogers), a "questão de gênero" (Moema Viezzer, Nelly Stromquist), o "cuidado" (Leonardo Boff), a "esperança" (Ernest Bloch), a "alegria" (Georges Snyders), a unidade do homem contra as "unidimensionalizações" (Herbert Marcuse), entre outras... A noção de aprender a partir do conhecimento do sujeito, a noção de ensinar a partir de palavras e temas geradores, a educação como ato de conhecimento e de transformação social e a politicidade da educação são apenas alguns dos legados de Paulo Freire à pedagogia crítica universal.” (Gadotti, 2000, p. 5 - 11).

Segundo Paulo Freire (1967, p. 28): *“(...) não há seres educados e não educados, estamos todos nos educando”*. Para o autor, educar não é apenas transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção: *“Toda a curiosidade de saber exige uma reflexão crítica e prática, de modo que o próprio discurso teórico terá de ser aliado à sua aplicação prática”*.

Na pedagogia de Paulo Freire educar é como viver, exige a consciência do inacabado por que:

“(...) é na inconclusão do ser que se funda a educação como processo permanente (...) não foi a educação que fez homens e mulheres educáveis, mas a consciência da sua inconclusão é que gerou sua educabilidade. É também na inconclusão de que nos tornamos conscientes e que nos insere no movimento permanente de procura que se alicerça a esperança.” (Freire, 2011, p. 57).

Para o autor, a consciência da inconclusão convida a assumir uma posição utópica diante do mundo, *“um sonho que se sonha acordado”* em constante busca da realização tanto humana com profissional, mas que exige conhecimento crítico. Para o autor utopia é: *“(...) o ato de denunciar a estrutura desumanizante e anunciar a estrutura humanizante.”* (Freire, 2001, p.58).

A prática pedagógica proposta por Paulo Freire é fundada na ética, no respeito à dignidade e à autonomia, sendo contrária às práticas de desumanização. Para o autor, somos os únicos seres capazes de aprender com alegria e esperança, na convicção de que a mudança é possível. Aprender é uma descoberta criadora, pois ensinando se aprende e aprendendo se ensina. Na visão do autor, *“ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo (...) uma tomada de posição, uma decisão, por vezes, até um rompimento com o passado e o presente”*. Quando fala em educação como intervenção o autor refere-se tanto à que almeja mudanças radicais na sociedade, no campo da economia, das relações humanas, da propriedade, do direito ao trabalho, à terra, à educação, à saúde, quanto à que, pelo contrário, reacionariamente pretende imobilizar a história e manter a ordem injusta (Freire, 2011).

Paulo Freire dedicou-se a perceber os problemas educativos e propôs uma prática educativa, capaz de resolver tais problemas, promovendo a inclusão de todos numa proposta que dignifica e respeita os educandos porque respeita a sua visão do mundo como ponte de libertação e autonomia.

Para Gadotti (2000), independente da perspectiva que a educação contemporânea assumir, será sempre uma educação contestadora e superadora: *“(...) contestadora, superadora dos limites impostos por governos e mercado e, portanto, uma educação muito mais voltada para a transformação social do que para a transmissão cultural. Por isso, acredita-se que a “pedagogia da práxis”, como uma pedagogia transformadora, em suas várias manifestações, pode*

oferecer um referencial geral mais seguro do que as pedagogias centradas na transmissão cultural.” (Gadotti, 2000, p. 7).

Foi em períodos de paz e desenvolvimento tecnológico, mas após as grandes guerras que o tema da Educação Permanente passou a ser analisado em contexto com os problemas e tarefas que foram levantados com a institucionalização da educação. De um modo contraditório com sua dimensão fundamentalista, os períodos de maior impulso e criação literária sobre o tema coincidem com momentos de crise econômica, nos anos setenta e noventa (Martínez, 2002).

O conceito de Educação Permanente que conhecemos hoje surgiu durante o século XIX, fora do ambiente escolar e universitário, com representantes de diversos setores em contato com as demandas da realidade socioeconômica, e que inclui as aspirações culturais e democráticas da Revolução Francesa (Martínez, 2002). A expressão “Educação Permanente”, com o sentido mais abrangente de um processo de desenvolvimento individual que se realiza, não só na escola, mas em todos os setores da sociedade, começou a ser usada oficialmente em 1960, no Congresso Mundial de Educação de Adultos, realizado pela UNESCO, em Montreal (Collet, 1976; Davini, 2009).

Para Paul Legrand, teórico da educação e membro do secretariado da UNESCO desde 1948, a Educação Permanente, é vista não apenas como uma prolongação da educação tradicional que consiste a parte consciente, voluntária e polidimensional do progresso constante que é próprio do ser humano, mas implica uma série de novas aproximações a certos elementos essenciais a existência de cada indivíduo, valorando o significado dessa existência (Legrand, 1970).

No Brasil a difusão da Educação Permanente deu-se em grande parte através da tradução de textos produzidos por peritos da UNESCO. Em 1966, com a publicação dos livros “Educação e Vida” e “Educação e Reflexão”, Pierre Furte, filósofo e pedagogo suíço que viveu no Brasil na primeira metade dos

anos 60, introduziu definitivamente o tema no vocabulário pedagógico nacional e nas preocupações de alguns profissionais da educação no país. Junto a Furter, Dumerval Trigueiro e Arlindo Lopes Correia também tiveram grande contribuição na produção nacional de textos acerca do tema e questões sobre Educação Permanente (Paiva e Rattner, 1985).

Para Pierre Furter, Educação Permanente é:

“(...) uma concepção dialética da educação, como um duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida social global, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a etapa da existência que esteja vivendo.” (Furter, 1970, p. 136).

Dumerval Trigueiro parte de uma perspectiva política basicamente democrático-liberal e muitas das suas posições são bem próximas daquelas defendidas por especialistas da UNESCO, entre elas, a vigorosa defesa da Educação Permanente como alternativa para extensão da escolarização. Trigueiro analisa o problema da educação (permanente) em conexão com o problema da construção de uma nação moderna, onde a educação se democratiza, tornando mais fácil o dinamismo da sua evolução. Para o autor a Educação Permanente seria um instrumento de transformação exigida pela própria sociedade, *“(...) um atalho para alcance de uma sociedade democrática, industrializada, em que a ascensão das massas se processa sem subjugar as elites”* (Paiva, Rattner, 1985).

A partir dos anos setenta, a Educação Permanente se apresenta como um projeto global para responder as necessidades da modernização no terreno tecnológico, econômico, demográfico, educativo e cultural e, ao mesmo tempo, como um projeto educativo que considera as aspirações de mulheres e homens diante das transformações das sociedades. Assim, o conceito de instrução e educação foi se tornando mais complexo e incorporando novos espaços e campos de atuação, como formação profissional, educação popular, animação

sociocultural, desenvolvimento da comunidade, entre outros (Martínez, 2002).

Através da publicação do relatório “Aprender a Ser”, organizado pela UNESCO em 1974, que propõe alguns princípios para uma nova estratégia de desenvolvimento da educação, a Educação Permanente emerge como projeto realizável com a finalidade não apenas de preparar jovens e adultos para um ofício determinado pela vida, mas também melhorar a mobilidade profissional e suscitar um permanente desejo de aprender (Collet, 1976).

No início dos anos 90, a UNESCO criou a Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, com o objetivo de fazer um balanço das tendências educacionais diante da rápida marcha do processo de globalização. A presidência da comissão foi confiada a Jacques Delors, que seguiu e aperfeiçoou o modelo de atuação da Comissão Faure, trabalhando intensamente de março de 1993 a janeiro de 1996. O relatório final da comissão procedeu a uma ampla reflexão sobre o novo cenário da globalização das atividades humanas, suas implicações para a política educacional e estabeleceu alguns pilares para a educação no século XXI (Delors, 1998):

- ⇒ **aprender a conhecer:** objetiva, sobretudo, o domínio dos instrumentos do conhecimento. Como o conhecimento é múltiplo e evolui em ritmo incessante, torna-se cada vez mais inútil tentar conhecer tudo;
- ⇒ **aprender a fazer:** está mais ligado à educação do que à educação profissional e é indissociável do aprender a conhecer;
- ⇒ **aprender a viver juntos:** trata-se da educação para a solidariedade, um dos maiores desafios da educação para o século XXI;
- ⇒ **aprender a ser:** reafirma e amplia o postulado do Relatório Faure de que todo ser humano deve ser preparado para a autonomia intelectual e para uma visão crítica da vida, de modo a poder formular seus próprios juízos de valor, desenvolver a capacidade de discernimento e como agir em diferentes circunstâncias da vida.

Atualmente a Educação Permanente demonstra ser cada vez mais sensível à manifestação de movimentos alternativos que funcionam, às vezes paralelo, às vezes em redes, desde a luta pela igualdade até os esforços para conseguir diferentes modelos de vida, diferentes oportunidades educativas, novas identidades e espaços para a subjetividade. De um modo similar, orientações alternativas estão surgindo, apontando novas demandas para gerar estruturas para aprender dentro da própria cultura, para questionar a agenda oculta por trás dos programas oficiais, fortalecendo a construção de uma biografia própria.

Nos últimos anos, os enfoques educativos transformaram-se profundamente seguidos da reflexão crítica das tendências clássicas, incorporando aportes da sociologia das organizações, da análise institucional e da perspectiva da educação de adultos, particularmente em situações de trabalho. Da mesma forma, no campo da saúde essas transformações, também, ocorreram (Davini, 2009).

A importância da concepção de educação como um processo de toda a vida na prática da medicina foi reconhecido em 1900, mas foi somente na Conferência Sanitária de Saúde de 1974 que foi apontada a necessidade de apoiar os governos no planejamento, implementação e melhoria dos mecanismos que permitissem a atualização constante do pessoal de saúde. Diante dessa necessidade, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), em 1975, organizou um grupo de especialistas para delinear linhas e orientações, visando facilitar a formulação e execução de planos de educação continuada para equipes de saúde de oito países da região. Nos anos 80, o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS produziu uma série de trabalhos com orientações e reflexões para programas de educação continuada sugerindo que o trabalho dos serviços e programas de saúde deveria responder às necessidades sociais e sanitárias de um país, considerando suas particularidades e elementos constitutivos, circunstâncias e problemas próprios (Bognato, Cocco e Sordi, 1999; Martínez, 2002).

Durante a década de 80 houve grande debate e renovação nos enfoques e estratégias da capacitação do pessoal da saúde e a Educação Continuada foi objeto de análise crítica por estar centrada na transmissão de conhecimentos atualizados e distantes de problemas concretos dos serviços, além de envolver, quase que exclusivamente, a capacitação unidisciplinar. Este debate levou à construção coletiva do enfoque e metodologias de Educação Permanente, com a visão de que o conhecimento não se transmite, mas se constrói a partir das dúvidas e do questionamento de práticas vigentes à luz de problemas contextuais. (Davini, 2009). O quadro abaixo (Quadro 1) ilustra as principais características de cada uma dessas vertentes.

Na Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Toronto no ano de 1986, a temática da Educação Permanente foi contemplada, considerando a medicina como um estudo de toda vida. A partir de 1984, a OPAS passou a acompanhar tecnicamente as experiências educativas em saúde desenvolvidas nas Américas e, em 1995, o grupo de trabalho sobre Educação Permanente em Saúde da OPAS propôs a utilização do embasamento da teoria da problematização, aplicada ao processo de trabalho, à análise dos problemas da prática cotidiana e à orientação do processo educativo para a transformação das práticas técnicas e sociais dos profissionais de saúde (Bognato, Cocco e Sordi, 1999).

Quadro 1- Principais características da vertente educacional de Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde.

EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
<p>=> representa uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização;</p> <p>=> conceitua tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos. Por este fato se produz uma distância entre a prática e o saber (compreendido como o saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática;</p> <p>=> estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem sequencia constante;</p> <p>=> dirigida predominantemente ao pessoal médico e alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores.</p>	<p>=> representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;</p> <p>=> modifica substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;</p> <p>=> coloca as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;</p> <p>=> aborda a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;</p> <p>=> amplia os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias;</p> <p>=> busca a formação no processo de trabalho de multiprofissionais, com integração das dimensões cognitivas, de atitudes e competências práticas, priorizando os processos de longo prazo em detrimento das ações isoladas através de cursos.</p>

Fonte: Davini, 2009.

A gestão do cuidado depende de forma decisiva da articulação entre educação e trabalho, alinhados à qualidade técnica, às necessidades da população, ao controle social em saúde, ao desenvolvimento e à autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. Através da interação entre ensino, gestão, práticas de atenção e controle social na área da saúde, os autores propõem a construção e organização de uma educação/formação responsável por processos de co-gestão e de ação sobre a realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos, estimular o protagonismo e detectar a visão interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e inovações (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Campos et al., 2006; Davini, 2009).

Através do decreto 4.726 de 09 de junho de 2003 e da resolução MS/CNS nº. 335 de 27 de novembro de 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o objetivo de apoiar o desenvolvimento de políticas e programas orientadores da gestão, da regulação do trabalho, da formação e da Educação Permanente em Saúde no país, a partir dos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2003; Haddad, 2011).

A gestão da Educação Permanente em Saúde foi organizada pelo governo federal inicialmente por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, como instâncias que favoreciam a identificação e a valorização das necessidades locais para promover mudanças tanto nas práticas como na educação em saúde (Brasil, 2004). A partir da avaliação das ações desenvolvidas com apoio dos pólos regionais identificou-se o papel essencial desse dispositivo como um potente articulador interinstitucional. Algumas regiões avançaram mais na formulação e no desenvolvimento de políticas e programas de saúde, demonstrando a importância de criação de um espaço formal interinstitucional entre saúde e educação para propor e implantar mudanças com sustentabilidade (Haddad, 2011).

Nessa perspectiva, em 2006, o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS, portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, estabeleceu em suas diretrizes operacionais, os princípios da Educação Permanente como orientadores da formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor (Brasil, 2006a). E, em 22 de agosto de 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº. 1.996, considerando as especificidades e a necessidade de superação das desigualdades regionais, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, de forma regionalizada e descentralizada (Haddad et al., 2008).

A principal mudança ocorreu com a condução da política por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), caracterizando-se como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes. Assim, os gestores passaram a contar com o financiamento federal regular e automático e após pactuações locais, os estados e municípios recebem recursos com base em seus Planos para Educação Permanente em Saúde (Haddad et al., 2008).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma rede de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (Brasil, 2009).

1.2- Câncer e a organização da atenção oncológica no Brasil

1.2.1- Desafios e perspectivas

Embora conhecido há muitos séculos, somente nas últimas décadas o câncer, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, transformou-se num importante problema de saúde pública devido a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Segundo a comissão de oncologia do periódico “*The Lancet*” (*The Lancet Oncology Comissão*), a carga imposta pelo câncer está fadada a aumentar significativamente, com uma estimativa de aumento de 33,3% ao ano, ou seja, para cerca de 16,8 milhões, até 2020 nos países da América Latina e Caribe (GOSS et al., 2013).

No Brasil, as neoplasias malignas situam-se como a segunda causa de óbitos. A distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária é heterogênea entre estados e capitais do país. De maneira geral, ao observar a representação espacial das taxas brutas de incidência de câncer no Brasil, estimadas pelo Instituto Nacional do Câncer para o ano de 2012 e validas para o ano de 2013, as regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário (INCA, 2011a).

O avanço da ciência, aliado à formação de equipes com atuação de vários profissionais e grupos cooperativos, tem resultado em uma melhora significativa da sobrevida frente à imensa gama de cânceres. Contudo, em nosso meio, o quadro atual da doença se apresenta com diagnósticos tardios e alta mortalidade (Silva, 2005).

Nas últimas décadas, observou-se uma mobilização científica e profissional no sentido de se procurar novas abordagens para o cuidado em oncologia, seja no tratamento, na prevenção, na organização dos serviços ou na organização de entidades que lutam pelos direitos das pessoas acometidas pela doença (Kligerman, 1999; Silva, 2005).

Com o objetivo de formar uma frente de combate reunindo esforços e investimentos para ajudar na luta mundial contra o câncer, foi escrita em 2000 a “*Carta de Paris*”. Como numa guerra, a Carta convoca “(...) *uma aliança invencível entre investigadores, profissionais de saúde, governos e meios de comunicação para lutar contra o câncer e seus grandes aliados: o medo, a ignorância e a complacência*”. A carta afirma que o câncer causa um impacto universal e intenso na vida humana, e que aspectos importantes devem ser observados: a necessidade de se comprometer com a humanização do tratamento e de melhorar o acesso a ele; a necessidade de inovação intensificada nos meios de investigação, prevenção e administração de cuidados médicos; e a necessidade de manter em melhores condições de vida aqueles que convivem ou que estão morrendo de tal enfermidade (Carta de Paris, 2001).

Os programas de controle de câncer devem oferecer atenção integral e humanizada, com abordagem multiprofissional, através de quatro tipos de intervenções, conforme destaca Kaplan (2006) e também recomenda a *American Cancer Society: intervenções preventivas*, que têm a finalidade de diminuir os efeitos adversos previstos, enfatizando a instrução à pessoa doente e à família; *intervenções restaurativas*, que incluem procedimentos que buscam retornar aos níveis normais de funcionamento físico, psicológico e social; *intervenções de suporte ou apoio*, combinando esforços para ensinar as pessoas a acomodarem suas inabilidades, minimizar mudanças e se adaptar à nova realidade, promovendo autonomia e independência; e, por fim, as *intervenções paliativas*, quando os objetivos se focalizam em minimizar ou em eliminar complicações e em fornecer conforto e sustentação emocional. Os cuidados paliativos ainda incluem o controle da dor, a prevenção de contraturas e escaras, a prevenção da inatividade e a sustentação psicológica aos familiares.

As necessidades de saúde de pessoas com câncer e seus familiares devem ser a base da organização da atenção e isso implica em capacidade técnica, incorporação tecnológica e estabelecimento de relações solidárias entre diferentes pontos da rede de cuidados, envolvendo gestores, profissionais de

saúde, outros setores, além dos pacientes e suas famílias (Santiago e Andrade, 2008).

Nessa perspectiva torna-se imprescindível que as unidades prestadoras de cuidados oncológicos interajam entre si, de modo estruturado e com papéis dinamicamente definidos. Além disso, é necessário que exista comunicação entre os múltiplos profissionais, desenvolvimento de capacitação e de ações de educação permanente, sendo indispensável o apoio dos gestores e o aporte financeiro que possibilitem uma estrutura física, profissional e tecnológica de qualidade (Santiago e Andrade, 2008).

No Brasil o cenário do cuidado oncológico apresenta desafios enormes para a transformação das práticas na atenção à saúde ao problema do câncer de forma integral, em direção aos princípios norteadores do sistema de saúde do país. O desenvolvimento de estratégias para o controle do câncer depende da abordagem a problemas que afetam desde os mecanismos de formulação das políticas de saúde até a mobilização social, a organização e o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, e a geração e difusão de conhecimento. Acredita-se que através da formação de redes de atenção em oncologia, a oferta de cuidados integrais seja favorecida, evitando lacunas assistenciais de natureza geográfica ou funcional, isto é, aproximando, tanto quanto possível, os cuidados aos doentes.

1.2.2- Rede de Atenção Integral em Oncologia

No Brasil, a atenção oncológica tem se organizado a partir dos serviços especializados, de uma rede de serviços oncológicos que centraliza as ações, dificultando a atenção integral aos pacientes (Silva e Magalhaes Junior, 2011; TCU, 2011). Diante dessa realidade, Santiago e Andrade (2008) sugerem que a formação de redes de atenção a pessoas com câncer apresenta-se como uma estratégia efetiva quando consegue mobilizar de forma efetiva diferentes níveis de atenção à saúde, desenvolvendo ações de promoção e prevenção, favorecendo o

acesso ao diagnóstico, tratamento e reabilitação e atendendo as necessidades de saúde dos pacientes com câncer, na perspectiva da atenção integral e humanizada.

O Ministério da Saúde (MS), em 2005, lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, através da Portaria GM/MS nº. 2439 de 8 de dezembro de 2005, que prevê a criação de Redes Regionais de Atenção Oncológica, interligadas a uma Rede Nacional, envolvendo diferentes parceiros governamentais e não-governamentais em uma mobilização social para o controle do câncer, além do enfoque das diferenças regionais em relação à incidência e mortalidade pelos diversos tipos de tumores (Brasil, 2005).

A Política Nacional de Atenção Oncológica tem o objetivo de organizar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em todas as unidades federadas, de forma articulada com o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, respeitando as competências das três esferas de gestão, buscando romper com a organização da atenção em pirâmide (Brasil, 2005).

A Política Nacional de Atenção Oncológica institui que a rede de atenção deve ser organizada de forma articulada com as três esferas de gestão do governo, permitindo qualificar a assistência oncológica e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a sua implantação e a implementação, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização (Brasil, 2005). A adoção da Política Nacional de Atenção Oncológica traz a esperança de que os currículos das instituições de ensino favoreçam as ações de promoção da saúde e prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do câncer em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (INCA, 2006).

Na formação profissional as estratégias pedagógicas para a atenção oncológica orientaram-se, historicamente, para capacitação de profissionais da saúde para a assistência, como na saúde em geral, no modelo clássico de gestão e formação científica através de treinamento estritamente técnico, desvinculado

dos aspectos subjetivos da prática profissional, do contexto no qual se dá essa prática e dos princípios norteadores do SUS (Vincent, 2007). Atualmente o maior esforço da educação na área oncológica está centrado no planejamento de estratégias de capacitação e na gestão de processos na linha da atenção integral. Assim, o desenvolvimento de ações de educação voltadas para a prática em saúde apresenta-se como o caminho para preparar profissionais capazes de prestar atendimento às demandas da população (INCA, 2009a).

No campo da oncologia não existe uma qualificação única, uma vez que é necessário atuar em todos os níveis de atenção ao indivíduo, o que representa uma diversidade enorme de profissionais e de demandas para cobrir toda a linha de cuidado. Como a atenção básica nos municípios deveria atender 90% das necessidades da população, trabalhando as prioridades do Pacto pela Saúde, é necessário criar uma rede de conhecimento capaz de permitir a formação e a qualificação de todos os profissionais importantes à linha de cuidado (INCA, 2009a).

Para a consolidação da Rede de Atenção Oncológica no país, Vincent (2007) considera estratégico que instituições formadoras, movimentos sociais, gestores, serviços de saúde envolvidos na atenção oncológica e hospitais de ensino e hospitais universitários certificados pelo MEC/MS constituam, sinergicamente, uma Rede de Educação Permanente em Atenção Oncológica, com vistas à indução de transformações nas esferas da gestão, práticas profissionais e formação na atenção oncológica sob a ótica da qualidade do cuidado.

Na opinião de Vincent (2007) a Rede de Educação Permanente em Atenção Oncológica deve ser compreendida como resultado da pactuação entre os atores-chave que a conformam de maneira a construir uma sólida base de atuação sinérgica intra e interinstitucional. A proposição é que a rede seja constituída como um sistema descentralizado de construção de demandas educativas e gerenciais, de processamento ascendente e descendente,

respondendo aos graus de autonomia alcançados pelos municípios em seus processos de formação e de educação permanente, com apoio necessário do Estado à organização da atenção oncológica.

A proposta de constituição de uma Rede de Educação Permanente em Atenção Oncológica, se abre na aceitação cuidadosa de um desafio de integração; de abertura de espaços de diálogo de gestores, formadores, profissionais das equipes e população; de difusão de experiências e desenvolvimento de iniciativas para a gestão da educação e do trabalho orientadas para a transformação das práticas em direção à melhoria e à integralidade na atenção oncológica no país (Vincent, 2007). Considerando a formação e a qualificação profissional de essencial importância para a mudança de conceitos e práticas em saúde, o desenvolvimento de ações de ensino reflexivas e a aprendizagem significativa e participativa sobre o processo de trabalho na área oncológica apresenta-se como uma ferramenta estratégica para a gestão do cuidado em rede.

O Instituto Nacional de Câncer vem desenvolvendo ações pautadas em políticas de saúde e educação, principalmente na Política Nacional de Oncologia e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, para disseminar o conhecimento e ampliar as ações relacionadas ao enfrentamento do câncer em todo o país (INCA, 2012). Nesse sentido, o INCA tem investido no trabalho dos Registros de Câncer de Base Populacional, para conhecer as realidades das diferentes regiões do país (INCA, 2011a); coordenado ações de formação profissional, oferecendo cursos de especialização e residência multiprofissional na área oncológica (INCA, 2011b; INCA, 2008a); e, também, tem contribuído para o aperfeiçoamento técnico e da gestão em saúde, através da realização de cursos presenciais e à distância, que buscam responder a problemas apontados a partir da realidade dos participantes e promover o compartilhamento de experiências e saberes na perspectiva de ampliar o olhar e ajudar a melhor entender a complexidade do câncer (INCA, 2009b; INCA, 2010).

Apesar das iniciativas que o governo federal tem realizado na área oncológica, por meio das ações desenvolvidas pelo INCA, ainda há muito a ser feito para ampliar o conhecimento e entendimento do câncer em todo o território nacional. A aplicação de ferramentas de telecomunicações na prestação, educação e gestão de cuidados de saúde muito têm contribuído para a descentralização do conhecimento e das ações relacionadas ao câncer, porém ainda são incipientes as ações pautadas nas necessidades locais e nos problemas para garantir atenção integral, observados a partir de casos reais. Outra característica marcante dessas ações é a verticalidade que elas assumem a partir do momento que são organizadas pelo instituto e ofertadas aos serviços de saúde, considerando o serviço especializado como o ponto de maior concentração tecnológica da rede.

Muitos são os desafios para ampliar o conhecimento acerca do câncer e organizar a rede de saúde de forma a garantir o acesso à atenção integral e humanizada, mas com apoio das equipes de gestão em suas diferentes instâncias, reconhecimento dos talentos locais e desenvolvimento de ações baseadas na educação significativa e participativa tais desafios tendem a ser superados. Na linha do que vimos discutindo, para o desenvolvimento da atenção integral em oncologia, é necessário que as ações se aproximem da lógica da Educação Permanente, ou seja, estejam encarnadas na realidade do território.

Diante da dificuldade de garantir acesso desde a suspeição, o diagnóstico, até o cumprimento dos protocolos de tratamento e seguimento em seus tempos adequados a pessoas com câncer, desde 2004 e a partir das discussões no interior do Pólo de Educação Permanente Leste Paulista, a Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, conjuntamente com gestores municipais e regionais da saúde buscam soluções para enfrentar essa realidade. Nessa perspectiva constituiu-se a OncoRede, uma rede que busca organizar a atenção oncológica na região Leste Paulista ao redor de problemas e interesses comuns, apoiar o trabalho de gestores e profissionais de saúde, com foco nas necessidades dos usuários (Santiago e Andrade, 2008).

A OncoRede vem desenvolvendo atividades na perspectiva de discutir com as equipes de saúde e implementar, em especial nas redes municipais à atenção integral e humanizada, identificando as competências e potenciais nos municípios para a atenção a pacientes com câncer, as necessidades dos profissionais quanto à capacitação e condições do trabalho em rede, além das penúrias dos pacientes em suas trajetórias em busca de cuidado. Nesse sentido, três eixos norteiam a OncoRede: o acesso ao diagnóstico precoce do câncer e às ações de prevenção; a gestão do cuidado ao paciente; e a qualificação da atenção através da capacitação de equipes multiprofissionais nos municípios (Santiago, 2007).

Em setembro de 2009, na região de Campinas, foi instituída uma Câmara Técnica de Oncologia, através de uma portaria divulgada no Diário Oficial, com indicação de representantes das três esferas de gestão do cuidado oncológico, com a intenção de realizar um diagnóstico da situação da atenção oncológica na região e traçar metas para implantação da OncoRede, ou seja, de uma iniciativa que organizasse a atenção oncológica em rede, com papel de destaque para a rede municipal de saúde e a ação solidária entre os serviços. Desde então, a região de Campinas discute a situação da atenção oncológica regional, com avanços ainda modestos frente às enormes necessidades.

1.2.3- O problema do câncer bucal e a proposta do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca)

Pelo sistema de classificação internacional de doenças, o termo câncer bucal é relativo ao grupo de tumores classificados pela CID-10 como: neoplasia maligna da gengiva, neoplasia maligna do assoalho da boca, neoplasia maligna do palato, neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca, iniciando em C00 até C10. Cerca de 90% dos casos de câncer de boca são carcinomas epidermóides (INCA, 2008b; Johnson, 2003).

O câncer de cavidade oral, junto com o câncer de faringe representa a quinta maior incidência de câncer e é a sétima causa de morte no mundo (Ferlay et al., 2007). No Brasil, o câncer de cavidade oral é o sétimo tipo de câncer com maior incidência e o quinto mais prevalente na população masculina, atingindo principalmente pessoas com mais de 40 anos de idade. A incidência estimada para o ano de 2012, válida também para o ano de 2013, é de 14.170 novos casos, sendo 9.990 para população do sexo masculino e 4.180 para o sexo feminino (INCA, 2011c).

O Estado de São Paulo apresenta a mais elevada incidência de câncer oral no Brasil e na América Latina. (Wünsch-Filho, 2002). A estimativa do INCA para o Estado é de 4.430 casos novos referentes às neoplasias da cavidade oral em 2012, estimativa válida também para 2013. Desse número, 3.170 (72%) são estimados para os homens e 1.260 (28%) para as mulheres, representando o 5º lugar (15,38%) no sexo masculino e o 10º lugar (5,81%) no sexo feminino entre outros tipos de câncer, exceto o câncer de pele não melanoma (INCA, 2011c).

As diferentes taxas de incidência que ocorrem em distintas regiões permitem afirmar que fatores ambientais influenciam os padrões de ocorrência da doença. Os hábitos de consumo de tabaco e álcool são reconhecidos mundialmente, como os fatores de risco mais importantes, responsáveis por 90% dos casos de câncer oral. O risco é multiplicado em até 100 vezes entre os que combinam a exposição a tabaco e álcool. Outras variáveis como alimentação, cuidados com a higiene oral e hereditariedade também são considerados (INCA, 2009c; Parkin et al., 2005).

Estudos também apontam relação entre câncer de boca e o exercício de determinadas ocupações, como por exemplo: pescadores, agricultores, pintores, açougueiros, pedreiros e condutores de veículos a motor, encanadores, trabalhadores da construção civil, instaladores de carpetes. Exposições ocupacionais a substâncias químicas específicas também têm sido relacionadas às neoplasias de cavidade oral, tais como formaldeído, fenoxibenzeno, herbicidas e dioxinas (INCA, 2009c; Andreotti et al., 2006).

O principal sintoma deste tipo do câncer de boca é o aparecimento de lesões que não cicatrizam em uma semana. Outros sintomas são ulcerações superficiais, com menos de 2 centímetros de diâmetro, indolores (podendo sangrar ou não) e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Em fase mais avançada da doença, pode ocorrer dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical (INCA, 2008b).

As lesões suspeitas podem ser identificadas pelo dentista com um simples exame visual, sendo essa a melhor ferramenta para a detecção precoce. No entanto, o câncer de cavidade oral permanece como o quinto mais incidente entre homens no Brasil, a mortalidade ainda é alta e, devido ao fato do diagnóstico ocorrer muitas vezes em estágios avançados, cirurgias extensas, que deixam sequelas, podem ser necessárias (INCA, 2009c).

Apesar da simples prevenção e do baixo custo das ações de promoção, o diagnóstico do câncer oral no Brasil é, em geral, realizado tardiamente (estadio III e IV), comprometendo os resultados do tratamento e as chances de cura. Nessa perspectiva, a doença é considerada de alta letalidade, constituindo-se em relevante preocupação para a saúde pública (Andreotti et al., 2006; Carvalho et al., 2004).

No ano de 2004 foi publicada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como “Brasil Sorridente”. Essa política reforça o papel da odontologia no SUS, coerentemente com os princípios da universalidade e da integralidade. A cobertura odontológica avançou de 4,2 mil equipes em 2002, que assistiam 25 milhões de pessoas, para 18 mil em 2009, chegando a 85 milhões de brasileiros (INCA, 2009c).

Segundo o Coordenador Nacional da Saúde Bucal do Ministério da Saúde, o impacto da PNSB na prevenção de tumores orais é positivo, já que o câncer de boca é uma das prioridades da política. Melhorando a oferta de saúde bucal, a ação preventivamente sobre o câncer de boca torna-se mais

efetiva. Nesse aspecto, a estratégia de Saúde da Família tem papel central na PNSB, que determina que a detecção precoce de lesões bucais seja priorizada e inclui na atenção básica, a realização de exames para a confirmação do diagnóstico do câncer. Ao mesmo tempo, a estrutura dos Centros Especializados em Odontologia (CEOs) oferece retaguarda para realização de biópsia e confirmação diagnóstica, mas ainda é preciso avançar na articulação para o seguimento do paciente diagnosticado na interface entre as redes básica, de média e alta complexidade (INCA, 2009b).

Alguns municípios brasileiros realizam rotineiramente o exame para diagnóstico do câncer bucal, através de campanhas de prevenção. A maioria dessas ações é realizada concomitantemente à Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, cujo escopo é examinar o maior número de pessoas a partir da 5ª década de vida, já que essa população apresenta maior risco de desenvolvimento da doença. A orientação sobre o auto exame costuma ser realizada através de campanhas na mídia impressa e televisiva, porém, essas ações são pontuais e insuficientes para adequada prevenção do câncer de boca e realização do diagnóstico precoce da doença.

Nos últimos anos, em todo o mundo, observou-se maior ocorrência de câncer de boca em uma faixa etária mais jovem, fugindo do perfil de incidência da doença. Cientistas investigam o papel do Papilomavírus Humano (HPV) nesses casos (INCA, 2009c). O HPV é agente patogênico associado fortemente ao câncer de colo uterino. Estudos indicam que, nos últimos 20 anos, o HPV vem sendo considerado um fator de risco para tumores de cabeça e pescoço, independentemente do uso de tabaco e álcool. Porém, a relação entre HPV e câncer de boca ainda não está bem descrita e necessita de mais informações sobre os mecanismos de transmissão e os fatores que determinam se a pessoa com HPV desenvolverá ou não câncer. Hoje, sabe-se apenas que o sexo oral está associado à transmissão, mas é possível que outras formas de transmissão sejam importantes, como pelo contato boca a boca, trazendo novos elementos para a prevenção do câncer (Hennessey, Westra e Califano, 2009).

Segundo informações do INCA (2013) o prognóstico dos pacientes com câncer bucal está relacionado à área comprometida e ao estadiamento do tumor. As lesões situadas nas porções mais anteriores e em fases iniciais possuem melhor prognóstico. Lesões diagnosticadas em fases iniciais e tratadas de forma adequada apresentam até 78% de sobrevida em cinco anos (estadio I: até 78% e estadio II: até 72%), já as lesões diagnosticadas tardiamente apresentam em média 27,5% de sobrevida em cinco anos (estadio III: até 37% e estadio IV: até 18%).

Conforme recomendação do INCA (2013) e as diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (Rapoport et al., 2001), as opções de tratamento do câncer de boca variam de acordo com a localização do tumor primário, o estadiamento, a extensão e o status dos linfonodos cervicais. A escolha do tratamento deve ser adequada às necessidades de cada paciente, considerando os resultados esperados de tempo e qualidade de sobrevida, assim como a decisão do paciente após esclarecimento dos riscos e benefícios de cada uma das alternativas de tratamento. O tratamento pode ser um simples procedimento ambulatorial de exérese, procedimento cirúrgico, realização de radioterapia ou combinação de ambos, podendo incluir o tratamento quimioterápico.

Em todos os casos, se necessário e possível, é sempre recomendada a intervenção cirúrgica reparatória e reconstrutiva, realização de fisioterapia respiratória e motora, fonoaudiologia, acompanhamento nutricional e suporte psicossocial (INCA, 2013; Rapoport et al., 2001).

Em decorrência das dificuldades para detecção precoce do câncer bucal e, conseqüentemente, intervenções mais mutilantes, com impacto direto na qualidade e condições de vida desses pacientes (Santiago et al., 2012; Abouzeid et al., 2009; Ferreira et al., 2008; Schliephake et al., 1995), acredita-se que o desenvolvimento de políticas públicas que promovam o conhecimento da população e dos profissionais da saúde acerca do problema, capazes de garantir acesso ao diagnóstico e tratamento da doença em tempo

oportuno, no território certo para o doente e com tecnologia adequada, é necessário para a transformação da atual situação (Sommerfeld et al., 2013; Santiago et al., 2013). Assim, a constituição de uma rede de cuidados, com vistas a garantir a atenção integral no enfrentamento do problema do câncer no país, incluindo o câncer de boca, é necessária.

Diante deste panorama e considerando que a aprendizagem significativa e participativa, tanto na formação, quanto na qualificação de profissionais de saúde, apoia a gestão do cuidado apresentando-se como uma ferramenta estratégica para a organização do trabalho em rede, no período de 2009 a 2011, foi implantado o PAIM-Boca como uma experiência piloto da Coordenação Nacional de Saúde Bucal. As atividades do Programa tiveram início num hospital de referência da macrorregião de saúde de Campinas-SP, mas para constituição de uma rede de atenção integral as atividades foram ampliadas e desenvolvidas de forma conjunta com municípios da região.



2- OBJETIVOS

*“O que determina como trabalhar é o problema que se quer trabalhar:
só se escolhe o caminho quando se sabe aonde se quer chegar.”*

(Goldenberg, 1997)

2.1- Objetivo geral

Analisar o processo de constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca numa região de saúde de Campinas-SP (RRAS XV/SP).

2.2- Objetivos específicos

⇒ descrever o processo de implantação do PAIM-Boca para constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca no serviço hospitalar.

Elementos presentes:

- características gerais do contexto de implantação do PAIM-Boca no hospital de referência;
- constituição de equipe multiprofissional e organização do fluxo interno;
- ações de integração com a rede local de saúde e de implantação do Programa nos municípios (constituição de equipes municipais de referência; desenvolvimento de ações na lógica da Educação Permanente em Saúde e ações comunicativas para coordenação conjunta do cuidado).

⇒ descrever o processo de implantação do PAIM-Boca para constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca em cada um dos municípios.

Elementos presentes:

- características gerais dos municípios;
- constituição e qualificação das equipes municipais de referência;
- organização dos fluxos municipais para atendimento e encaminhamento dos casos suspeitos e/ou diagnosticados com câncer bucal;
- ações desenvolvidas para implantação do PAIM-Boca nas redes municipais de saúde (de sensibilização e ações comunicativas para coordenação conjunta do cuidado).

⇒ analisar e discutir a organização do trabalho em rede a partir da implantação do Programa na região analisada, do ponto de vista da articulação entre os diferentes níveis de níveis de atenção à saúde.

Elementos presentes:

- proposta de trabalho e apoiadores do PAIM-Boca;
- constituição de equipes multiprofissionais;
- ações de Educação Permanente desenvolvidas (capacitação, estágio, apoio matricial e sensibilizações nos municípios);
- comunicação entre os diferentes pontos da rede e coordenação do cuidado.

⇒ analisar e discutir a condição de acesso da população às ações de promoção da saúde bucal, prevenção da doença em seus vários níveis, tratamento e atenção a outras necessidades de saúde, na região de implantação do PAIM-Boca.

Elementos presentes:

- ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca;
- acesso ao diagnóstico do câncer de boca;
- acesso tratamento do câncer de boca;
- acompanhamento e seguimento.

3- MÉTODOS

*“A unidade da razão somente continua perceptível
através da pluralidade de suas vozes.”*

(Habermas, 1989)

3.1- Percurso metodológico

Pela singularidade da natureza do objeto investigado, o estudo foi desenvolvido através de uma análise de abordagem quanti-qualitativa, embasada na triangulação de métodos. Ao analisar o processo de constituição de uma rede de atenção integral a partir da implantação do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca) espera-se compreender as relações entre o Programa, seus componentes e o contexto, em comparação com os efeitos produzidos (Goldenberg, 1997; Bosi e Uchimura, 2010; Champagne et al., 2011).

Para Champagne et al. (2011), uma análise de implantação deve ser guiada pela explicação das mudanças observadas na intervenção ao longo do tempo, da influência do território sobre essas mudanças, da maneira como tais mudanças influenciaram os efeitos da intervenção, além de explicar as consequências da interação entre o meio de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados.

Reconhecendo a complexidade do objeto saúde-doença-atenção e buscando analisar as diversas possibilidades de encontros, diálogos e relações que envolvem o objeto em estudo utilizou-se o modelo dialógico que integra a abordagem quantitativa e qualitativa, buscando identificar as competências específicas e os campos comuns, aproveitando os pontos complementares da combinação desses dois paradigmas, construído pela perspectiva da triangulação (Deslandes e Assis, 2002; Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004).

A abordagem qualitativa foi utilizada na análise em questão como uma possibilidade de incorporar a questão da intencionalidade intrínseca aos atos, às relações e às estruturas sociais, considerando que os sentidos e as

significações dos fenômenos são a essência da análise (Minayo e Sanches, 1993; Goldenberg, 1997; Haguette, 2005; Turato, 2010). Segundo Grembowski (2001), as informações qualitativas, além de usadas para compreender as experiências dos sujeitos, podem ajudar a obter medidas discretas de um programa através de diferentes métodos capazes de garantir maior confiabilidade e validade a partir de resultados congruentes e/ou complementares.

A triangulação metodológica originalmente defendida por Denzin (1973) é consequência de um trabalho que articula diferentes saberes, disciplinas, métodos, múltiplas técnicas e observadores para ampliar as referências e os olhares sobre determinado objeto (Deslandes e Assis, 2002; Minayo et al., 2005). Essa articulação depende de dados provenientes de observações, grupos focais, entrevistas, questionários, testes, documentos e fontes do contexto de implantação, além de demandar que o avaliador passe períodos substanciais de tempo no campo de estudo (Grembowski, 2001; Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004; Minayo et al., 2005).

Segundo Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), o uso da triangulação de métodos corrobora para determinar a credibilidade dos fatos analisados e Deslandes e Assis (2002) destacam sua utilidade ímpar no campo da saúde pública, por habitualmente atravessar as fronteiras do biológico, da doença, trazendo a profunda experiência do adoecimento, da busca pela cura e da produção de cuidados.

Partindo do pressuposto que a integralidade pode ser considerada um princípio organizador das práticas, do trabalho e das políticas que recusa à objetivação dos sujeitos e afirma a abertura para o diálogo, confrontando incisivamente racionalidades hegemônicas (Mattos, 2001), o estudo utilizou o recurso descritivo-analítico buscando integrá-lo numa dimensão reflexiva e crítica, além da integração objetiva e subjetiva da realidade observada e da literatura sobre o tema abordado.

A análise desenvolvida focou prioritariamente os objetivos do Programa em estudo, o entendimento das questões contextuais nas quais se desenvolve a atenção oncológica e os condicionantes impostos pela política nacional de atenção a pacientes com câncer, sua tradução na política estadual de saúde e a que se realiza locorregionalmente. Acredita-se que, dessa forma, seja possível verificar o potencial da implantação do PAIM-Boca para a organização do trabalho em rede e garantia da atenção integral aos pacientes com câncer de boca na região analisada.

3.2- Campo e sujeitos do estudo

3.2.1- Campo do estudo

Considerando a definição de campo de Turato: “(...) *campo é o espaço físico onde o pesquisador julga ser o local onde regularmente são encontradas as pessoas que poderão falar com autoridade sobre o tema em estudo, podendo interagir com elas e observá-las em suas posturas.*” (Turato, 2010), o presente estudo desenvolve-se nas dependências do Hospital Municipal Doutor Mário Gatti, nos serviços municipais de saúde da Região de Saúde Oeste VII de Campinas, além do local de moradia dos pacientes convidados a participar do estudo nos territórios municipais.

Como o Hospital Doutor Mário Gatti representava o serviço de referência, de nível terciário, para tratamento dos pacientes com câncer bucal da rede constituída a partir da implantação do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca), esse local foi considerado importante campo de investigação para o estudo. A análise realizada nesse serviço permitiu a observação das ações desenvolvidas no contexto hospitalar em tempo real.

Os serviços municipais de saúde da Região de Saúde Oeste VII, também, foram considerados como campo de estudo por constituir a região onde foi realizada a implantação inicial do PAIM-Boca. Nesses serviços foi realizada a

análise observacional das ações desenvolvidas nos territórios municipais, desenvolvidos os grupos focais com os profissionais de saúde e conduzidas as entrevistas com os coordenadores de saúde bucal dos municípios que implantaram o Programa, na expectativa que os participantes ficassem mais confortáveis e à vontade para falar do contexto e das práticas de trabalho, expressar suas percepções sobre o problema do câncer de boca no seu município e na região, assim como suas opiniões sobre a implantação do PAIM-Boca.

A Região de Saúde Oeste VII de Saúde pertencente ao VII Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo e atualmente compõe a Rede Regional de Atenção à Saúde de Campinas (RRAS XV - Campinas), sendo constituída por onze municípios: Americana, Artur Nogueira, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Jaguariúna, Nova Odessa, Paulínia, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antônio de Posse e Sumaré (Figura 3). A região foi eleita para implantação inicial do PAIM-Boca por não possuir, em território próprio, nenhum serviço de referência para o atendimento oncológico e depender de serviços instalados em municípios vizinhos para garantir o acesso à sua população.



Fonte: Documentos oficiais do VII Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo, 2012.

Figura 3- Localização da Região de Saúde Oeste VII da Rede Regional de Atenção à Saúde de Campinas (RRAS XV - SP).

A região analisada é composta por municípios de pequeno e médio porte (Tabela 1), apresentando as maiores populações (>200.00 habitantes) nos municípios de Sumaré e Americana. Os municípios de Hortolândia e Santa Bárbara d'Oeste apresentam 192.692 e 180.009 habitantes, respectivamente e a população dos demais municípios é inferior a 100.00 habitantes. A população total estimada da região é de 1.137.302 habitantes, segundo sinopse do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2013).

Tabela 1- População estimada para os municípios da Região de Saúde Oeste VII da Rede Regional de Atenção à Saúde de Campinas, segundo IBGE (2013).

MUNICÍPIOS RS OESTE VII	POPULAÇÃO
Americana	210.638
Artur Nogueira	44.177
Cosmópolis	58.827
Holambra	11.299
Hortolândia	192.692
Jaguariúna	44.311
Nova Odessa	51.242
Paulínia	82.146
Santo Antonio de Posse	20.650
Santa Bárbara d'Oeste	180.009
Sumaré	241.311
TOTAL	1.137.302

Fonte: Censo 2010 (IBGE, 2013).

Foram incluídos no estudo todos os municípios que aderiram à proposta de implantação do PAIM-Boca, que constituíram equipes municipais de referência para abordagem do problema do câncer bucal e que desenvolveram, conjuntamente com a equipe do hospital de referência do Programa, ações na linha da Educação Permanente em Saúde com vistas a organizar o trabalho em rede (Americana, Artur Nogueira, Cosmópolis, Jaguariúna, Nova Odessa, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antônio de Posse e Sumaré).

Outro campo, considerado relevante para o estudo, foi o local de moradia dos pacientes, por acreditar que é através do discurso e relato de quem passou, ou ainda passa, pela experiência de tratamento de câncer que poderíamos observar as repercussões da organização do trabalho em rede na oferta da atenção integral. A expectativa foi que na própria moradia os pacientes ficariam mais confortáveis e libertos para relatar as trajetórias e caminhos percorridos no momento de adoecimento, apontar as necessidades de saúde percebidas naquele período, além de expressar a opinião sobre o cuidado recebido nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

3.2.2- Sujeitos do estudo

Em estudos qualitativos os sujeitos do estudo são selecionados de forma intencional, privilegiando os atores que detêm os atributos que o avaliador pretende conhecer. Acredita-se que ao envolver no processo de análise diferentes atores implicados na implantação do Programa, possibilitando a manifestação de diferentes pontos de vista e a troca de experiências, a interpretação dos fatos ocorridos seja ampliada (Goldenberg, 1997; Grembowski, 2001; Minayo, 2006).

Na busca por informações significativas e confiáveis sobre a constituição da rede de atenção integral, a partir da implantação do PAIM-Boca foram selecionados para participar do estudo, de forma intencional, coordenadores de saúde bucal envolvidos com o Programa (de nível municipal, regional e

federal), profissionais de saúde que participaram do processo de implantação, assim como pacientes procedentes da região estudada que foram encaminhados para tratamento no hospital de referência, Hospital Municipal Doutor Mario Gatti, durante o período de realização do estudo.

Em síntese, a coleta de dados foi realizada junto a três grupos de sujeitos envolvidos no processo de constituição da rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca na Região de Saúde Oeste VII (RRAS XV - Campinas). O Quadro 2 apresenta a relação dos sujeitos que participaram do estudo.

Quadro 2- Relação dos sujeitos participantes do estudo.

GRUPO	SUJEITOS PARTICIPANTES
Gestores	Americana: a coordenadora municipal de saúde bucal Artur Nogueira: o coordenador municipal de saúde bucal Cosmópolis: o coordenador municipal de saúde bucal Jaguariúna: a coordenadora municipal de saúde bucal Nova Odessa: a coordenadora municipal de saúde bucal Santa Bárbara d'Oeste: o coordenador municipal de saúde bucal Santo Antônio de Posse: a coordenadora municipal de saúde bucal Sumaré: o coordenador municipal de saúde bucal HMMG: o coordenador geral do PAIM-Boca Regional: a coordenadora regional de saúde bucal (DRS VII) Federal: o coordenador nacional de saúde bucal (Ministério de Saúde)
Profissionais	Americana: 02 dentistas, 01 assistente social, 01 enfermeira, 01 fonoaudióloga, 01 psicóloga Artur Nogueira: 01 dentista, 01 enfermeira, 01 fisioterapeuta Cosmópolis: 01 dentista, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga, 01 terapeuta ocupacional Jaguariúna: 01 dentista, 01 assistente social, 01 enfermeira, 01 médica, 01 nutricionista Nova Odessa: 01 dentista, 01 enfermeira, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 01 psicóloga Santa Bárbara d'Oeste: 02 dentistas, 01 assistente social, 01 psicóloga Santo Antônio de Posse: 01 dentista, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga, 01 terapeuta ocupacional Sumaré: 03 dentistas, 01 psicóloga HMMG: 02 dentistas, 01 fonoaudióloga, 01 médico, 01 psicóloga e 01 técnica de saúde bucal
Pacientes	Americana: 04 pacientes Nova Odessa: 01 paciente Santo Antônio de Posse: 01 paciente Sumaré: 04 pacientes

Fonte: Relato Observacional da pesquisadora.

A inclusão dos coordenadores de saúde bucal como sujeitos do estudo deu-se por considerar que esses gestores ocupavam posições estratégicas dentro do sistema de saúde e que, de uma forma ou de outra, influenciaram nas tomadas de decisão. Na expectativa de conhecer a percepção e as perspectivas dos gestores sobre o cuidado a pacientes com câncer de boca e a organização do cuidado em rede, foram convidados a participar do estudo os coordenadores de saúde bucal dos municípios de implantação do PAIM-Boca, o coordenador geral do Programa no Hospital Municipal Doutor Mário Gatti, a coordenadora regional e o coordenador federal de saúde bucal.

Os profissionais das equipes municipais (assistentes sociais, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais), constituídas a partir da implantação do PAIM-Boca, foram convidados a participar do estudo devido ao seu envolvimento no planejamento e desenvolvimento de ações em conjunto com os profissionais do hospital, além da percepção desses profissionais sobre o cuidado aos pacientes com câncer de boca em cada município. Os profissionais da equipe do hospital de referência do Programa (dentistas, fonoaudióloga, médico, psicóloga e técnica de saúde bucal) foram incluídos no estudo com o propósito de obter, através desses, informações sobre o início e andamento do Programa e sobre o processo de implantação. Acredita-se que estes sujeitos contribuíram com a análise proposta na medida em que relataram suas percepções sobre as repercussões das ações desenvolvidas na prática profissional e na rede de atenção à saúde da região.

O estudo proposto não estaria completo se não incluísse os pacientes com câncer de boca, procedentes da região estudada, atendidos pelo Programa. Considerando que esses receberam as influências da implantação do PAIM-Boca e acreditando que através da narrativa de cada paciente, construída a partir do relato de suas trajetórias em busca do cuidado nos serviços de saúde, seria possível analisar a potência do trabalho em rede para alcance da integralidade do cuidado. Dessa forma, através da consulta ao banco de registro dos pacientes atendidos no hospital de referência, durante o período de

implantação do Programa foram identificados 19 pacientes encaminhados dos municípios analisados no estudo. Após várias tentativas telefônicas foi possível o contato com 10 pacientes, que foram convidados e aceitaram participar do estudo.

3.3- Trabalho de campo

3.3.1- Técnicas e estratégias para coleta de informações

Para conhecer e compreender o processo de constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca, a partir da implantação do PAIM-Boca e garantir confiabilidade e validade à análise realizada, utilizou-se a triangulação metodológica, através do uso das seguintes técnicas e estratégias:

- ⇒ relato observacional: construído através da observação participante, com a descrição das principais impressões e percepções da pesquisadora sobre a dinâmica das ações, nas diferentes etapas de constituição da rede de atenção na região;
- ⇒ grupo focal: organizados com os profissionais de saúde das equipes constituídas nos municípios analisados (Apêndice 2);
- ⇒ entrevistas semidirigidas: realizadas com os profissionais da equipe do hospital de referência e com o coordenador do Programa no serviço (Apêndice 3), com os coordenadores municipais de saúde bucal (Apêndice 5), com a gestora regional (Apêndice 6), com o gestor federal (Apêndice 7), além dos pacientes da região avaliada atendidos pelo Programa (Apêndice 9);
- ⇒ análise documental: consulta à documentos e registros oficiais da Fundação Oncocentro de São Paulo, do VII Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo e do PAIM-Boca, além dos prontuários hospitalares dos pacientes encaminhados da região para tratamento no hospital de referência do Programa.

As ações que construíram a coleta de dados foram realizadas concomitantemente, não havendo uma intenção na ordem de realização, mas apenas uma conveniência de tempo, lugar e de se poder reunir os sujeitos que participaram do estudo. A seguir cada técnica e estratégia utilizada no estudo é apresentada.

⇒ Relato Observacional

O relato observacional realizado através da observação participante é semelhante ao relato da etnografia, da antropologia (Grembowski, 2001). Porém, a vertente sócio-interacionista lança mão da técnica, por acreditar que ela permite compreender o processo de interação simbólica do dia-a-dia de indivíduos e grupos, utilizando-a de forma menos intensiva em estudos de curto ou longo prazo (Haguette, 2005).

Segundo Lakatos e Marconi (1996), a observação é uma técnica que utiliza os sentidos para obter informações sobre determinada realidade. A observação consiste em: “(...) *ver, ouvir e examinar fatos ou fenômenos.*” (Lakatos e Marconi, 1996, p. 70). Na observação participante, o observador faz parte do contexto observado, colocando-se em relação direta com os interlocutores do estudo (Minayo, 2006).

A escolha pelo modelo de observação participante deu-se pelo fato da pesquisadora estar envolvida diretamente no contexto do PAIM-Boca, cuidando de pacientes com câncer de boca na função de fisioterapeuta no hospital de referência, além de participar ativamente do processo de constituição da rede, colocando-se, assim, como sujeito implicado.

Para Merhy (2004), todo pesquisador é além de sujeito epistêmico, um sujeito ideológico, portador de teorias e métodos, mas também um sujeito interessado que valoriza certas coisas e faz certas escolhas. Mais que isso,

para o autor quando há relação direta com objeto de investigação o pesquisador é mais que um sujeito interessado, ele é um sujeito implicado, onde “(...) é o pesquisador e o pesquisado. E, assim, o analisador e o analisado” (Merhy, 2004. p. 2).

O relato observacional teve início no dia 17 de março de 2009, a partir da primeira atividade desenvolvida conjuntamente entre os gestores e profissionais do hospital de referência do PAIM-Boca e dos municípios (reuniões realizadas nos municípios para apresentar a proposta de trabalho do Programa e pactuar a participação de representantes dos municípios no 1º. Simpósio organizado pela equipe do hospital para discutir o problema do câncer bucal e definir estratégia para implantação do Programa), prosseguindo durante todo o período de desenvolvimento do Programa.

⇒ Grupo Focal

Na expectativa de conhecer a percepção e as perspectivas dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a pacientes com câncer de boca foi elaborado um roteiro de perguntas (Apêndice 2) para realização dos grupos focais com profissionais de saúde da rede local - profissionais das equipes de referência constituídas nos municípios e que participaram das ações de implantação do Programa.

O grupo focal foi utilizado com o intento de apreender e compreender as diferentes percepções e atitudes dos profissionais acerca do funcionamento do Programa. O grupo pode ser considerado uma espécie de entrevista coletiva que valoriza a comunicação entre os participantes do estudo, com o objetivo de colher informações a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos, buscando gerar consensos e/ou divergências (Iervolino e Pelicioni, 2001; Kitzinger, 2006; Minayo, 2006).

Os grupos focais, para Kitzinger (2006), são particularmente apropriados para o estudo de atitudes e experiências, pois permitem a apreensão de elementos que outras técnicas não conseguem apreender, por exemplo, comentários mais críticos, que as entrevistas. Segundo Iervolino e Pelicioni (2001) a técnica do grupo focal tem como uma de suas maiores vantagens basear-se na vocação humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.

A execução da técnica, descrita por Minayo (2006), deve ser feita mediante um roteiro que vai do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação de todos e o ponto de vista de cada participante. A técnica exige também a presença de um relator, que além de auxiliar o moderador nos aspectos organizacionais, deve estar atento para nada deixar de anotar sobre o processo criativo e interativo. Também, é indicado que a atividade seja filmada ou gravada por um gravador digital de voz.

Considerando que a utilização do gravador possibilita garantir a fidelidade na reprodução das falas e evitar o risco de interpretações inverídicas, todos os grupos focais realizados foram gravados em gravador digital e em seguida transcritos, respeitando o anonimato e o sigilo das informações em seus aspectos éticos.

A realização dos grupos focais com os profissionais de saúde das equipes municipais ocorreu nos próprios serviços locais, em data e horário combinados previamente. Todos os grupos foram conduzidos por uma moderadora e contaram com a presença de uma relatora/observadora, ambas com reconhecida experiência na aplicação da técnica.

As profissionais responsáveis pela realização dos grupos focais do presente estudo são reconhecidas pelo conhecimento na aplicação da técnica de grupos focais, são profissionais que atuam na saúde pública, na área de desenvolvimento de recursos humanos e educação em saúde. A moderadora possui formação em Ciências Sociais e desenvolve estudos e trabalhos sobre o

tema da formação e educação em saúde, utilizando diferentes recursos e técnicas, incluindo grupo focal. A facilitadora/observadora é formada em psicologia e também utiliza a técnica do grupo focal em sua prática profissional.

A moderadora desempenhou o papel de facilitadora perante o grupo, promovendo a interação entre os participantes. Já a observadora registrou os aspectos não verbais ocorridos, bem como a dinâmica de interação entre os participantes, com o intuito de complementar o registro obtido através das gravações, a partir do consentimento de cada participante.

A dinâmica dos grupos focais era sempre iniciada através da apresentação da moderadora e da facilitadora, exposição e esclarecimentos sobre a técnica do grupo focal e os aspectos éticos, distribuição de crachás com identificação dos participantes e autorização para início da gravação. Ao término, a facilitadora e a moderadora elaboravam uma síntese da discussão e validavam o conteúdo apreendido com os participantes.

Pelo fato de estar implicada no processo de implantação do Programa, a pesquisadora não participou dos grupos focais realizados com os profissionais de saúde dos municípios buscando não interferir ou influenciar no andamento dos grupos.

Foram realizados grupos focais com os profissionais de equipes constituídas em oito municípios da região, porém nem todos os profissionais compareceram para a atividade previamente agendada. A realização do grupo focal com os profissionais do hospital de referência do PAIM-Boca, inicialmente prevista no estudo, não ocorreu devido ao encerramento do contrato de trabalho desses profissionais e pela dificuldade de reagrupá-los num mesmo local e horário, optou-se pela realização de entrevistas individuais com esse grupo.

⇒ Entrevistas Semidirigidas

Na expectativa de conhecer a percepção e as perspectivas dos profissionais de saúde da equipe do hospital de referência do PAIM-Boca, do coordenador do Programa e dos coordenadores de saúde bucal (gestores municipais, regional e federal), em relação ao processo de implantação e seus impactos, foram elaboradas entrevistas semidirigidas (Apêndices 3, 5, 6 e 7). Todas as entrevistas foram realizadas em local e data combinados previamente.

Com a finalidade de apreender a experiência de cada paciente, no momento de adoecimento, também, foi elaborada uma entrevista semidirigida (Apêndice 9) com questões acerca das condições de diagnóstico e tratamento, assim como identificar as necessidades de saúde e o atendimento dessas. A entrevista foi realizada com os pacientes que concordaram em participar do estudo, em seu próprio domicílio ou em local definido por eles, com data e horário pré-agendados e conforme suas possibilidades.

Após várias tentativas de contato telefônico, dos 19 pacientes da região encaminhados ao hospital de referência do PAIM-Boca, foi possível estabelecer contato com 10 pacientes que inicialmente aceitaram participar do estudo. No contato telefônico, familiares de outros 4 pacientes ainda relataram o óbito do ente.

As entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora seguindo os princípios e estratégias descritos por Poupart (2008), para alcançar o objetivo desejado com esse recurso: **a)** obter a colaboração de cada entrevistado, no sentido de conseguir sua participação através de um discurso mais verdadeiro e mais profundo possível; **b)** colocar os entrevistados à vontade, fazendo com que esqueçam tudo, que na ocasião da entrevista, possa impedir a expressão dos seus discursos, criando um ambiente favorável à tomada de informação; **c)** conquistar a confiança, tranquilizando cada entrevistado quanto às intenções do estudo, garantindo o anonimato e esclarecendo suas dúvidas e receios. De modo geral, as entrevistas alcançaram o objetivo proposto, desenvolvendo-se mais como uma conversa sobre as experiências em questão.

Na concepção de Holstein e Gubrium, citados por Britten (2006), entrevista é um processo dinâmico, onde o entrevistado ativa diferentes aspectos de seu acervo de conhecimento com ajuda do entrevistador. Para Britten (2006) o objetivo de uma entrevista é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado, permanecendo aberta à possibilidade de que os conceitos e as variáveis que emergem podem ser diferentes daqueles previstos inicialmente.

A justificativa para utilização do recurso da entrevista ultrapassa as questões do método, destacando-a como um instrumento capaz de acessar experiências reais. Segundo Poupart (2008), a justificativa para utilização da entrevista passa, também, por questões de ordem epistemológica, considerando-a indispensável para uma exata apreensão e compreensão da realidade, além de questões de cunho ético-político, que ampliam a possibilidade de conhecer e compreender as condições de vida e dificuldades do cotidiano.

A entrevista semidirigida, segundo Turato (2010), é um tipo de entrevista que proporciona a aquisição de informações, numa direção alternada, entre entrevistador e entrevistado, revezando-se naturalmente, em respeito ao alvo da melhor construção das ideias em exposição. *“Isto ocorre segundo uma ordem livre de temas particulares que o informante vai associando ao assunto geral proposto pelo pesquisador (...)”* (Turato, 2010, p. 312). Sobre isto, Minayo (2006) alerta para o cuidado que deve ser tomado no momento da análise, onde os temas trazidos pelos entrevistados, também, devem ser explorados, além dos temas previamente estabelecidos.

Assim como os grupos focais, as entrevistas foram gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas, respeitando o anonimato e o sigilo das informações em seus aspectos éticos.

⇒ Análise documental

A análise documental apresenta-se como uma técnica investigativa importante, possibilitando a coleta de informações de um determinado contexto e oferecendo subsídios para auxiliar a compreensão do objeto em questão. O conteúdo simbólico das informações obtidas pode ser interpretado através da análise de conteúdo que permite fazer inferências válidas para um determinado contexto (Lüdke e André, 1986; Bardin, 1997).

Buscando obter subsídios para descrever e analisar a organização dos serviços de saúde da região para o cuidado de pacientes com suspeita ou com diagnóstico de câncer de boca, antes e após a constituição da rede na região, foi realizada análise documental através da consulta à documentos e registros oficiais da Fundação Oncocentro de São Paulo e do VII Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo. Outras informações acerca do processo de implantação foram obtidas através de documentos e registros do próprio PAIM-Boca (relatórios, atas de reunião, entre outros documentos oficiais).

Como informações complementares, para maior conhecimento e compreensão acerca do diagnóstico e tratamento dos pacientes, foram consultados os prontuários hospitalares dos pacientes atendidos no hospital de referência do Programa, procedentes da região avaliada, junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística do HMMG (SAME/HMMG).

Durante a realização do estudo, com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, nenhuma dificuldade foi encontrada para acessar documentos junto ao VII Departamento Regional de Saúde e ao Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Para obter informações sobre situação de atenção na região, em período anterior à implantação do PAIM-Boca, consultou-se também o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP).

3.3.2- Análise das informações

A coleta de dados normalmente gera um considerável montante de material com informações sobre o programa e, segundo Grembowski (2001), para evitar que informações valiosas se percam em meio a tantos dados, técnicas apropriadas para responder as questões acerca do objeto avaliado devem ser utilizadas.

Dessa forma, as informações quantitativas apanhadas no presente estudo foram tabuladas e analisadas de forma descritiva, utilizando o programa Microsoft Office Excel versão 2007, sendo apresentadas sob a forma de tabelas de proporção. O conteúdo qualitativo, obtido através da consulta a documentos oficiais e bancos de informações, do relato observacional e das narrativas construídas a partir dos grupos focais e das entrevistas realizadas, foi analisado através da técnica da análise de conteúdo, conforme propõe Bardin (1997), buscando explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens e a expressão destes conteúdos, a partir de critérios que permitam a inferência de conhecimentos relativos ao conteúdo das mensagens e a expressão dos mesmos.

Para analisar as informações obtidas através das entrevistas e dos grupos focais foram construídas narrativas a partir da articulação dos principais acontecimentos, questões relacionadas ao objeto analisado que marcaram o percurso dos sujeitos participantes do estudo, através da reconstrução da estrutura diacrônica, à sucessão temporal dos acontecimentos, suas relações antes/depois (Bertaux, 2010). O conteúdo das transcrições dos grupos focais e entrevistas foi analisado, reescrito pela pesquisadora e posteriormente alguns extratos considerados mais significativos foram destacados para auxiliar a apresentação dos resultados e a construção de categorias de análise do material.

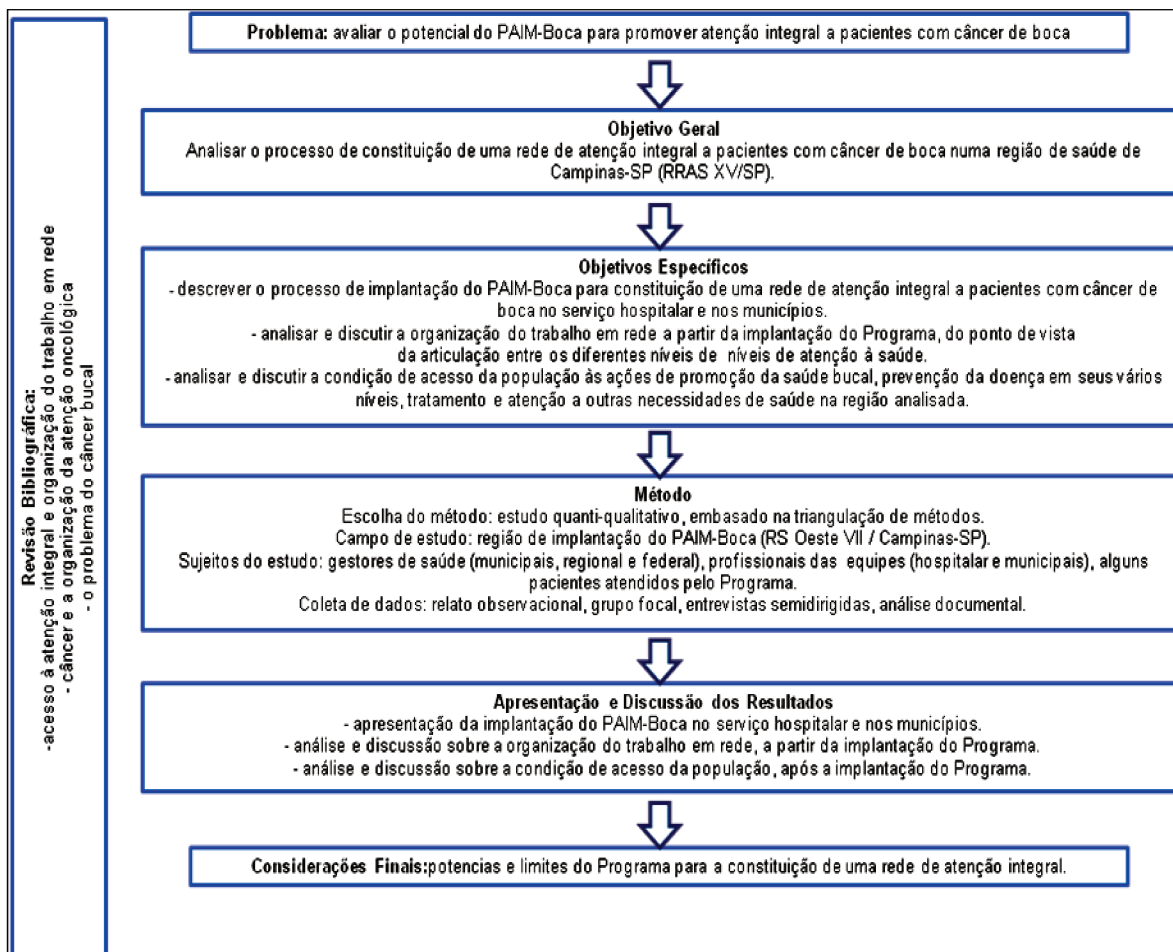
O material empírico foi analisado conforme propõe Bardin (1997), inicialmente é realizada uma leitura textual, chamada de fase de pré-análise, que permite estabelecer contato inicial com os documentos e textos analisados, “(...) *fazendo com que, pouco a pouco, o alvo da leitura vá ganhando clareza para*

nossa consciência.” (Turato, 2010, p. 444). Após as leituras de assimilação de todo o material, são destacados os pontos constantes nos discursos, relatos e textos, distinguindo os assuntos por relevância e por repetição.

Assim, as informações brutas podem ser organizadas em categorias que permitem elencar os significados encontrados na interlocução das informações relatadas, narradas, ações e expressões dos participantes. As categorias temáticas devem apresentar relação direta entre os objetivos e resultados do estudo, além de emergirem à luz da fundamentação teórica (Bardin, 1997, Minayo, 2006).

A partir da análise do material coletado duas grandes categorias foram identificadas para discussão acerca do objeto analisado: “organização do trabalho em rede” e “acesso à atenção integral”. A análise dessas categorias possibilitou a identificação do potencial e dos limites das ações desenvolvidas durante a implantação do PAIM-Boca para constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca na região analisada. O Quadro 3, apresentado abaixo, ilustra a trajetória metodológica percorrida no estudo para atingir os objetivos inicialmente estabelecidos e as categorias analisadas e discutidas a partir das informações observadas e coletadas.

Quadro 3- Trajetória metodológica do estudo.



Fonte: Relato Observacional da pesquisadora.

A análise da primeira categoria, considerando a organização do trabalho em rede como aquele que busca atender de forma integral as necessidades dos usuários num determinado território, capaz de amparar os profissionais e gestores de saúde com toda tecnologia necessária e com comunicação entre os diferentes pontos da rede de saúde (Santiago e Andrade, 2008), foi realizada através da apresentação de subcategorias que abordaram o apoio da gestão e os apoiadores de implantação do Programa, o processo de constituição de equipes multiprofissionais, o desenvolvimento de ações na lógica da Educação Permanente e a comunicação entre os diferentes pontos da rede.

Considerando acesso à atenção integral não apenas a entrada dos usuários nos serviços de saúde, mas como um modo de organização da atenção capaz de identificar e atender de forma qualificada e oportuna as necessidades de saúde dos usuários nos vários pontos da rede (Jesus e Assis, 2010; Giovanella e Fleury, 1996) e utilizando o conceito operacional de integralidade composto pelas dimensões das ações de promoção e prevenção e garantia de atenção de forma articulada nos três níveis de complexidade da assistência, com abordagem integral do indivíduo e famílias (Giovanella et al, 2002), a segunda categoria foi apresentada por subcategorias que perpassaram pelas ações de promoção da saúde bucal, prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de boca e pelo acompanhamento e seguimento compartilhado dos casos atendidos pelo Programa analisado.

3.3.3- Entrada no campo

O estudo proposto foi elaborado, fundamentado teoricamente e submetido à aprovação da coordenação do PAIM-Boca, diretoria do Hospital Dr. Mário Gatti e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital. Depois de contempladas as demandas burocráticas algumas medidas práticas foram tomadas, conforme propõe Minayo (2006):

- 1-** apresentação: a coleta de dados iniciou-se com conversas entre o coordenador geral do PAIM-Boca e coordenadoras do Projeto OncoRede com os gestores municipais, estadual e federal sobre a situação do cuidado a pacientes com câncer de boca, no primeiro semestre de 2009;
- 2-** menção do interesse do estudo: diante de cada ação da coleta de dados foi apresentado aos participantes um resumo do estudo e seus objetivos, assim como destacada a contribuição da sua participação;
- 3-** apresentação do termo de consentimento: para cada sujeito convidado a participar do estudo foi apresentado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndices 1, 4, 8 e 10) que foi assinado pelo participante,

se o mesmo estivesse de acordo (nenhum convidado se recusou a participar do estudo);

- 4- explanação da motivação do estudo: foram explicados os fatores que motivaram o desenvolvimento do estudo, em linguagem de senso comum, em respeito aos que não necessariamente dominam os códigos científicos;
- 5- justificativa da escolha dos sujeitos como participantes: todos os convidados a participar do estudo foram comunicados sobre o motivo pelo qual foram selecionados;
- 6- garantia de anonimato e sigilo sobre os dados: conforme descrito nos Termos de Consentimento Livre Esclarecido (termo exigido pela Portaria 96/1996 do Ministério da Saúde que regula as pesquisas nacionais com seres humanos) o anonimato de cada participante e o sigilo sobre o conteúdo do seu discurso foram e serão garantidos;
- 7- conversa inicial - aquecimento: antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita com os sujeitos do estudo, iniciou-se uma conversa com o objetivo de perceber se o participante teria disponibilidade para fornecer informações acerca o estudo e criar um clima de confiança e o mais descontraído possível de conversa.

A coleta de dados iniciou-se no primeiro semestre de 2009, através de consulta e análise de documentos oficiais e bancos de informações, com o objetivo de conhecimento sobre o contexto de implantação do PAIM-Boca. No mês de abril ocorreu o primeiro contato com os coordenadores municipais de saúde bucal, com a coordenadora regional e com o coordenador federal sobre a situação do cuidado a pacientes com câncer de boca, durante a realização de um seminário que proporcionou uma discussão acerca das dificuldades e estratégias para o enfrentamento do problema do câncer de boca na Macrorregião de Campinas.

Ao longo do segundo semestre de 2009 e durante todo o ano de 2010, as atividades desenvolvidas pela equipe do hospital de referência do Programa, em conjunto com os profissionais dos municípios para constituição da rede regional foram observadas e registradas pela pesquisadora.

No ano seguinte, 2011, a análise com os profissionais das equipes municipais e com os gestores dos municípios e da região de saúde foi concluída. Em 2012, a coleta de dados prosseguiu com a realização das entrevistas com os profissionais da equipe do hospital, com os gestores do Programa e do nível federal, além dos pacientes com os quais foi possível restabelecer contato.

Documentos oficiais do Programa e bancos de informações foram novamente consultados para verificar se houve alguma mudança na organização da atenção oncológica e no acesso dos pacientes aos cuidados necessários na região analisada. No ano de 2013, o montante de material coletado foi revisado e discutido, com vistas a identificar as principais potencias e limites da intervenção para constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca na região analisada, conforme descrito no Quadro 4.

Quadro 4- Quadro demonstrativo das etapas e tarefas programadas para realização do estudo.

ETAPA	PERÍODO	TAREFA
ETAPA I	1º de semestre 2009	Revisão, conhecimento do contexto (consulta e análise de documentos e bancos de informações)
ETAPA II	2º semestre de 2009 1º e 2º semestre de 2010	Descrição e análise do processo de implantação e constituição da rede (relato observacional das atividades)
ETAPA III	1º e 2º semestre de 2011 1º e 2º semestre de 2012	Descrição e análise dos resultados das atividades desenvolvidas na região (realização dos grupos focais, realização das entrevistas e consulta a documentos oficiais e bancos de informações)
ETAPA IV	1º semestre de 2013	Revisão, discussão e divulgação das informações obtidas no estudo

3.4- Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Municipal Mário Gatti, sob o protocolo de nº. 0856/2009 (Anexo 1), sendo todos os procedimentos efetuados de acordo com as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Todos os participantes convidados a contribuir com o estudo serão orientados sobre os objetivos da avaliação e ao concordar em participar deverão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 1, 4, 8 e 10). Durante a descrição e análise dos resultados do estudo a identidade dos participantes foi e será preservada.



4- RESULTADOS

“... como todas as coisas são causadoras e causadas, auxiliadoras e auxiliadas, mediatas e imediatas, e todas se acham presas por um vínculo natural e insensível que une as mais afastadas e diferentes, parece-me impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, bem como conhecer o todo sem entender particularmente as partes.”

(Blaise Pascal, 1949)

Através do processo de aproximação e reaproximação do material empírico e da ordenação das informações observadas e coletadas, foi possível descrever o processo de constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca, a partir da implantação do PAIM-Boca, na Região de Saúde Oeste VII (RRAS XV - Campinas), verificar o impacto das ações desenvolvidas na lógica da Educação Permanente para a organização do trabalho em rede e analisar a condição de acesso da população da região à atenção integral após a implantação do Programa.

A descrição e a análise das informações sobre o processo de constituição da rede de atenção integral a pacientes com câncer bucal foram organizadas através da apresentação de diferentes temas destacados dos produtos da coleta de dados, num movimento comparativo da situação anterior e posterior à constituição da rede, tecendo as impressões dos profissionais e gestores de saúde que participaram da experiência, além de considerar as impressões de alguns pacientes atendidos pelo Programa.

Nessa perspectiva, primeiramente são apresentadas as principais características do hospital de referência do PAIM-Boca e das ações desenvolvidas para organização do trabalho em rede e oferta do cuidado integral. Na sequência são apresentados os municípios que aderiram à proposta de implantação do Programa, a maneira como estes se organizaram para o trabalho articulado em rede e as mudanças observadas na abordagem do problema do câncer bucal.

4.1- O processo de implantação do PAIM-Boca no hospital de referência

Fundado em 14 de julho de 1974, o Hospital Municipal Doutor Mário Gatti (HMMG), realiza atendimento adulto e pediátrico, por demanda espontânea, de urgência e emergência, internação hospitalar, clínico ambulatorial e exames de apoio diagnóstico. O Hospital possui uma estrutura de 240 leitos de internação (leitos de clínica médica, cirurgia, isolamento e UTI), um ambulatório de especialidades (pediatria, clínica da dor, clínica médica, cirurgia geral, cirurgia de cabeça e pescoço, dermatologia, endocrinologia, geriatria, fisioterapia, nefrologia, neurologia, odontologia, ortopedia, plástica torácica, urologia, vascular), uma unidade de atendimento oncológico e uma equipe de atendimento domiciliar (HMMG, 2013).

No ano de 2011, o HMMG realizou 80.684 consultas ambulatoriais e 214.891 consultas de urgência e emergência. No mesmo período 9.854 pessoas foram internadas, foram realizadas 5.678 cirurgias e 785.842 exames laboratoriais e de imagem (HMMG, 2012). Assim, é uma unidade de saúde importante para o município e para a região de Campinas, SP.

Em 2004, o serviço de oncologia implantado no hospital há quase 20 anos, foi credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Assim, a hospital oferece atendimento de oncologia clínica e cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, psicologia, nutrição, serviço social, controle da dor oncológica e cuidados paliativos. A UNACON é referência para 42 municípios da rede de atenção oncológica da Macrorregião de Campinas e no ano de 2011 realizou 4.004 aplicações de quimioterapia (média de 334 aplicações por mês) e 24.135 aplicações de radioterapia (média de 2.011 aplicações mensais) (HMMG, 2012).

O HMMG, também, é credenciado pelos Ministérios da Saúde e Educação como instituição de ensino e, no período de 2009 a 2011, ofertava vagas para os programas de residência em clínica médica, cirurgia geral, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia plástica, cirurgia vascular, neurocirurgia,

ortopedia e traumatologia, pediatria, urologia, medicina de família e comunidade, medicina intensiva, odontologia hospitalar e residência multiprofissional em enfermagem, fisioterapia e nutrição.

As unidades de odontologia, oncologia e cirurgia de cabeça e pescoço do HMMG já realizavam o diagnóstico e o tratamento do câncer bucal, porém os profissionais desses serviços trabalhavam de forma isolada, encaminhando os casos às outras unidades somente para atendimentos pontuais das necessidades dos pacientes e sem qualquer ação de compartilhamento com outros pontos da rede de saúde. A unidade de odontologia realizava o diagnóstico de lesões bucais, a adequação do meio bucal dos pacientes submetidos à radioterapia, assim como cirurgia bucomaxilofacial para ressecção das lesões; a equipe de cirurgia de cabeça e pescoço era referência para tratamento cirúrgico de tumores na região da cabeça e pescoço, incluindo a cavidade oral; a equipe da unidade de oncologia realizava diagnóstico de câncer, acompanhava os pacientes durante o tratamento e garantia o acesso ao tratamento radioterápico e quimioterápico. A reabilitação dos pacientes com câncer bucal, se necessária, era sempre realizada em outros serviços de referência de reabilitação da região.

Mesmo com longa experiência no desenvolvimento de projetos e implantação de ações de humanização e, mais recentemente, constituindo-se num serviço de referência da rede regional de urgência e emergência e da rede de atenção oncológica, o HMMG, ainda desenvolve poucos programas de forma articulada com outras instâncias da rede regional de atenção à saúde.

Apenas no município de Campinas, a relação com outros níveis assistenciais era mais próxima, principalmente nos casos de cuidado paliativo, devido à presença da equipe de atendimento domiciliar dentro do Hospital. Nesse caso, a comunicação era facilitada pela inserção dos profissionais do atendimento domiciliar em determinado território e pela relação interpessoal que estabeleciam com profissionais de diferentes serviços da rede de saúde.

Considerando a dificuldade dos hospitais para garantir a complementaridade dos saberes, a solidariedade assistencial e a integralidade das ações de cuidado por, historicamente, se organizarem a partir das profissões e não por objetivos comuns de trabalho (HMMG, 2013), segundo informações da Coordenação de Informações, Gestão e Ações do HMMG, o hospital adotou em 2001 o modelo de gestão colegiada, baseado na gestão participativa com controle social. O modelo é centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva, planeja quem executa: trabalhadores, gestores e usuários. Assim, o objetivo é garantir o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação para efetiva democratização do SUS (HMMG, 2013).

Apesar do esforço da gestão do HMMG, no caso do problema do câncer bucal, o cuidado ainda encontrava-se fragmentado e centralizado em algumas especialidades dentro do contexto hospitalar, sem o reconhecimento de que, em alguns momentos, as redes municipais de saúde têm capacidade de oferecer o cuidado necessário de forma mais apropriada e aproximada dos pacientes, facilitando o acesso da população.

- A implantação do PAIM-Boca no serviço hospitalar

Reconhecendo a capacidade técnica do HMMG para realizar diagnóstico do câncer bucal, sua vocação para ensino e pesquisa, mas também, seu potencial para trabalhar conjuntamente com a ampla rede de serviços de saúde da região (Atenção Básica, Centros de Especialidade Odontológica, Ambulatórios de Especialidades e outros), em 2007, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, propôs a implantação de um programa piloto, com vistas a ampliar e qualificar o acesso a pacientes com câncer de boca na região de Campinas, SP.

A iniciativa do governo federal de implantar o PAIM-Boca em Campinas deu-se, segundo o Coordenador Nacional de Saúde Bucal, devido à capacidade instalada da atenção primária, secundária e terciária da região e pelo potencial de

garantir atenção integral a pacientes com câncer de boca através do trabalho articulado em rede, envolvendo a formação e aprimoramento de profissionais de saúde num hospital-escola (*“... foi em primeiro lugar uma experiência de unir serviço e unir formação, que por si só é complexo, mas foi uma experiência muito exitosa nesse sentido. Segundo, foi também unir os três níveis de saúde bucal, atenção primária, promoção da saúde e vigilância à saúde, como equipe eminentemente multidisciplinar e interdisciplinar.”* - coordenador nacional de saúde bucal avaliando a iniciativa de implantação do Programa na região).

A Coordenação de Saúde Bucal da Macrorregião de Saúde de Campinas apoiou a implantação do Programa na região, reconhecendo a realidade local de alta prevalência de diagnóstico tardio do câncer de boca (*“... o estadiamento, quando chega ser avaliado, quando consegue o acesso ao serviço, é T3, T4 é bem elevado. Então, a minha percepção é que o diagnóstico é muito tardio.”* - coordenadora de saúde bucal regional avaliando a situação de diagnóstico tardio da região). Além disso, a coordenadora regional de saúde bucal apontou a dificuldade para organizar a saúde bucal na lógica do trabalho articulado em rede na região e de envolvimento dos dentistas nesse processo (*“Quando eu fui num município... eu não falei de saúde bucal especificamente. Eu quis falar de colegiado gestor regional, falar de redes, sabe assim? ... aí, chegou no final da minha apresentação um dentista falou pra mim: “Olha legal. Gostei e tal, só que você falou grego pra gente!”*).

Assim, segundo documentos da unidade de odontologia do HMMG, o Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca) foi implantado na unidade com o objetivo principal de facilitar a detecção e intervenção precoce em lesões da boca, bem como, otimizar os cuidados com a saúde bucal e promoção de saúde dos pacientes procedentes de Campinas e região.

Considerando que o mesmo estava inserido num hospital credenciado como entidade de ensino e vinculado ao Sistema Único de Saúde, O PAIM-Boca ainda apresentava como objetivos secundários: a pesquisa sobre a situação

epidemiológica, a prevalência e os riscos de câncer na região; a integração de informações com o sistema nacional de pesquisa contra o câncer; o desenvolvimento de pesquisas para aumentar o conhecimento dos fatores biológicos da doença; além da disseminação do conhecimento e informação sobre promoção da saúde bucal, prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer oral.

Para alcançar tais objetivos, o Programa recebeu um aporte financeiro no valor de R\$ 888.176,00 da Coordenação Nacional de Saúde Bucal e uma contrapartida de R\$ 102.040,24 do Hospital, sendo a maior parte do financiamento destinada à aquisição de material e equipamento (46%), contratação de profissionais para atendimento ambulatorial e realização de procedimento cirúrgico (42%). O valor restante foi reservado para desenvolvimento de ações de ensino (4%) e pesquisa (5%), além da realização de campanhas de orientação à população (3%), montante que posteriormente foi agrupado e empregado no desenvolvimento de ações de Educação Permanente. O recurso necessário para execução do projeto foi dimensionado pelo coordenador geral do Programa, juntamente com a direção técnica e financeira do hospital. Com o vencimento do prazo para execução das ações (janeiro de 2011) e algumas dificuldades para iniciar as ações de Educação Permanente, nem todo o recurso financeiro destinado a esse segmento foi utilizado.

- Constituição da Equipe e Trabalho Multiprofissional no Hospital

Buscando realizar a detecção e intervenção precoce em lesões da boca de pacientes procedentes de Campinas e região inicialmente, um cirurgião dentista bucomaxilofacial e estomatologista juntamente com outros dentistas da unidade de odontologia e alguns cirurgiões de cabeça e pescoço do hospital organizaram-se para realizar atendimento inicial e fazer os encaminhamentos necessários para confirmação diagnóstica e tratamento do câncer bucal dos pacientes encaminhados ao Programa (*“...começou faltando profissionais, o que limitava um pouco as nossas ações.”* - técnica de saúde

bucal). Com o recurso disponível para aquisição de material e equipamento, foi realizada uma reforma na unidade de odontologia e novos equipamentos e materiais de consumo foram adquiridos para o adequado manejo dos casos.

A partir de 2008, com o recurso financeiro, novos profissionais foram sendo contratados, para constituir uma equipe multiprofissional de referência no hospital: 01 técnico em saúde bucal, 01 dentista protesista, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudiólogo, 01 psicólogo e 01 médico oncologista e cirurgião de cabeça e pescoço. A coordenação do Programa ficou a cargo de um dentista bucomaxilofacial, contratado do HMMG e professor do programa de residência de odontologia hospitalar.

A equipe constituída no hospital atendia exclusivamente pacientes com suspeita ou diagnóstico de câncer de boca, buscando garantir acesso qualificado e em tempo oportuno ao diagnóstico e tratamento. Para garantir acesso a todos os cuidados necessários, no nível especializado, o Programa ainda contava com o apoio da equipe de profissionais da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital (UNACON/HMMG), onde os pacientes realizavam acompanhamento oncológico clínico, tratamento de radioterapia e quimioterapia.

Os profissionais da equipe constituída no hospital atuavam de maneira interdisciplinar, através da pactuação de protocolos de atendimento, discussão de casos clínicos e construção conjunta de projeto terapêutico singular para cada caso. Diante da necessidade de cada paciente e das condições de trabalho, os profissionais chegavam a atuar de forma transdisciplinar, como por exemplo: comunicação do diagnóstico, com atendimento médico e psicológico; orientação inicial sobre o tratamento e cuidados de higiene oral realizada pelo dentista e técnica de saúde bucal; avaliação físico-funcional pré-cirúrgica, realizada pela fisioterapeuta e fonoaudióloga; intervenção cirúrgica para ressecção do tumor e reconstrução facial, com atuação do cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião dentista bucomaxilofacial e dentista protesista; reabilitação da deglutição e fonação, realizada conjuntamente pela fonoaudióloga e dentista protesista;

grupo de reabilitação físico-funcional, com a presença da fisioterapeuta, fonoaudióloga e psicóloga.

As práticas interdisciplinar e transdisciplinar não foram estabelecidas imediatamente à constituição da equipe, pois essa não era a cultura e rotina de trabalho de muitos profissionais antes da implantação do Programa. Foi após a instituição de espaços formais (reuniões mensais) para discussão de casos clínicos, sobre a rotina de trabalho e compartilhamento de conhecimento, que os profissionais se reconheceram como equipe e valorizaram a possibilidade de atuar de forma conjunta, como percebe-se nas falas desses profissionais:

“...o atendimento integral em relação a fisio, fono, psicologia, orientação quanto a higiene bucal, tudo eu acho que a gente conseguiu bom resultado, reabilitação protética dos pacientes que passaram por aqui. Muitas vezes, eu acredito até que a especialidade que seria mais importante no tratamento desses pacientes, que seria a cabeça e pescoço que é o foco principal, que o que vai curar o paciente, ela acabou deixando de ter esse ar de cura, né. E isso acabou passando para o resto da equipe, que dava mais conforto, tentava dar uma melhor qualidade de vida e tudo isso.” (dentista estomatologista e cirurgião bucomaxilofacial).

“Ali era uma equipe multiprofissional né, fazendo o atendimento ao paciente com câncer, tinha uma ideologia de pegar os pacientes desde diagnóstico até a reabilitação, para dar uma melhor qualidade de vida para o paciente, né... na clínica particular o paciente vem, eu trato ele, mas meu tratamento deixa um pouco a desejar se eu não tenho uma fonaudióloga, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, um médico junto, cai a qualidade do meu atendimento.” (dentista protesista).

“...o paciente ele sente mais seguro também em relação ao tratamento que você está propondo e ao que está sendo feito porque é toda uma equipe ali conversando junto....”

Foi uma experiência muito boa, a gente até cita nos outros lugares onde a gente vai... já passava com o cirurgião de cabeça e pescoço, já vinha pra equipe multidisciplinar que vai fazer toda a orientação e já era encaminhado logo para a cirurgia pro tratamento. Quando eles voltam da cirurgia já tinha toda a equipe pronta para receber, já tinha o pessoal da bucomaxilo pra fazer a prótese se precisava, isso era tudo muito ligado, não era um paciente que ficava jogado ali sem saber pra onde ir, sem saber o que fazer, sem saber o próximo passo.” (fonoaudióloga).

“Olha no meu modo de ver, o HMMG realizava todas as ações praticamente necessária. Desde a triagem, da primeira abordagem do tratamento e do acompanhamento com o paciente, né. Tudo isso de um modo multidisciplinar como deveria ser, e como deve ser... o diagnóstico, os exames, era tratado e depois acompanhado, né. Isso desde a primeira consulta, até a última, até quando a gente esteve trabalhando em conjunto, sempre uma equipe multidisciplinar, né: o médico, o bucomaxilo, a fisio, a fono, a psicólogo, né.” (médico).

“...acho que a primeira coisa que a gente fez que foi interessante foi trabalhar em equipe. Então, era assim a equipe era muito completa, então tinha médico, tinha fono, tinha fisio, tinha cirurgião dentista, tinha cirurgião mesmo de cabeça-pescoço, então acho que o mais rico foi trabalhar em equipe, fazer com que aquele paciente que estava lá tivesse o atendimento de todas as necessidades dele, então acho que isso foi o mais importante na questão de querer direcionar a vida do paciente, que a gente acompanhava ele todo o momento, então foi super positivo.” (psicóloga).

“...um acabava complementando o trabalho do outro, acabava conhecendo mais o trabalho um do outro e acabava ajudando mais ainda o paciente. Então, não só o paciente, mas a equipe inteira se beneficiava, acho que era um trabalho de ajuda dupla, o objetivo maior era o paciente, mas todo mundo também aprendia junto, crescia junto, né...” (psicóloga).

“...eu acho que foi uma experiência super válida. Me engrandeceu muito a experiência do PAIM, sabe. Até mesmo na visão como ser humano de lidar com o outro. Pra mim foi uma experiência de vida muito boa, gostaria muito de ter continuado, infelizmente não deu, mas pra mim foi muito importante.” (técnica de saúde bucal).

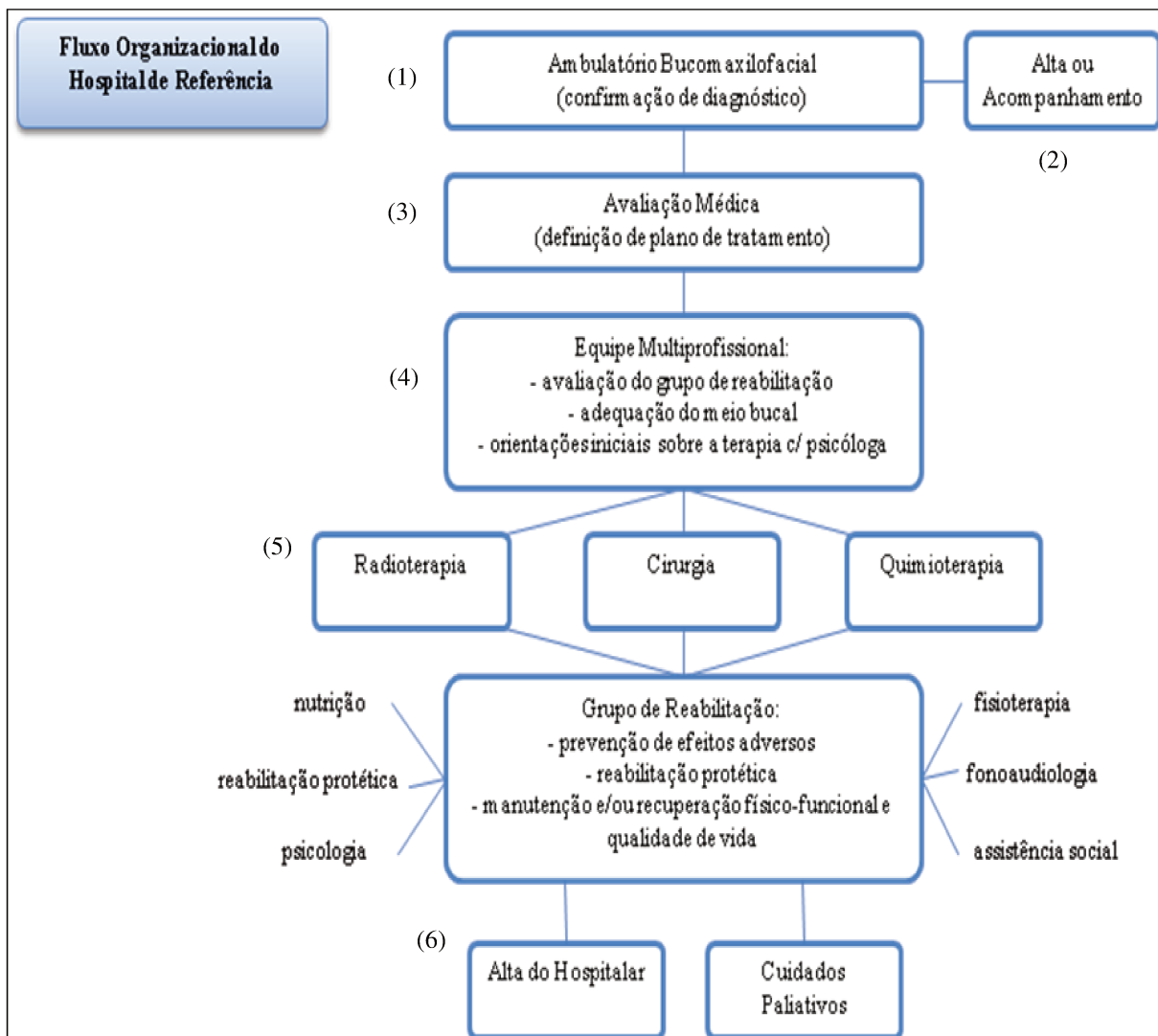
“Os casos foram realmente né... tiveram êxito né, tiveram um tratamento que agente pudesse chamar ai de um tratamento integrado.” (coordenador do Programa).

Os profissionais da equipe do hospital de referência mostraram-se satisfeitos por trabalhar num Programa pioneiro e principalmente de ter a possibilidade de trabalhar em equipe. Todos demonstraram o desejo e a satisfação de atuar junto a outros profissionais, potencializando o cuidado ofertado aos pacientes e seus familiares. Para quase todos os profissionais, o PAIM-Boca representava a imagem-objeto do modelo ideal de atenção ao problema do câncer bucal (*“... o que eu desejo é o que a gente desejou aqui no PAIM, né... acho que é um sonho, eu não acho que é fácil conseguir porque depende de vontades políticas, de gerencia de uma ou outra parte...”* - dentista estomatologista e cirurgião bucomaxilofacial).

- Organização do Fluxo Interno de Referência para encaminhamento dos pacientes

A partir do conhecimento e reconhecimento do trabalho do outro e da observação da rotina de trabalho no hospital, os profissionais da equipe estabeleceram um fluxo interno de referência (Figura 4) para encaminhamento dos pacientes atendidos pelo Programa. O fluxo estabelecido servia como ponto de partida para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, agilizando o acesso dos pacientes aos cuidados necessários, no nível especializado.

Chegando ao Hospital, o paciente era encaminhado para avaliação inicial e confirmação diagnóstica na unidade de odontologia (1), se a hipótese diagnóstica fosse descartada o paciente recebia alta ou seguia em acompanhamento na unidade para avaliações esporádicas (2). Caso o diagnóstico de lesão bucal maligna fosse confirmado, o paciente deveria ser encaminhado para avaliação médica, para definição da conduta de tratamento (3). Definido o tratamento o paciente era avaliado pelo grupo de reabilitação (dentista protesista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo), para orientação e início da reabilitação pré-cirúrgica ou pré-radioterapia, se necessário (4). Antes de iniciar o tratamento, se necessário, o dentista realizava a adequação do meio bucal do paciente, para prevenir complicações cirúrgicas e de osteoradionecrose, durante ou após a radioterapia e a técnica de saúde bucal, também, orientava sobre os cuidados necessários de higiene oral (4). A psicóloga esclarecia dúvidas, do paciente e de seus familiares, sobre o processo de tratamento e auxiliava na aceitação da doença (4). Durante e após o tratamento, o paciente seguia em acompanhamento com os profissionais da equipe, necessários para atender suas demandas de cuidado. Foi estabelecido que qualquer profissional do hospital poderia solicitar nova avaliação aos profissionais da equipe, em qualquer fase do tratamento (5). Durante todo o tratamento o paciente seguia em acompanhamento no hospital e diante da cura recebia alta, ou, quando somente era possível o controle dos sinais e sintomas da evolução da doença, era encaminhado para atendimento de cuidados paliativos coordenado pela equipe da unidade de oncologia e coadjuvado, quando possível, por serviços municipais de saúde (6).



Fonte: Relatório de atividades do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca), 2008.

Figura 4- Fluxo de atendimento da equipe do hospital de referência do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca).

Instituído o fluxo de referência, o mesmo foi divulgado através da apresentação da proposta do PAIM-Boca e de trabalho da equipe, junto aos profissionais do serviço de cirurgia de cabeça e pescoço e da UNACON.

Apesar do estabelecimento de um fluxo mais ampliado para o cuidado dos pacientes, muitos “*vazios de cuidado*” (necessidade de cuidado não identificada e/ou não assistida) ocorreram ao longo do processo de implantação do PAIM-Boca no hospital (“*Tinha os profissionais da equipe, né, que o contato ia bem, mas quando fugia dali era mais complicado.*” - dentista protesista) ... (“*...acho que faltou um pouco de comunicação com os profissionais, não generalizando, mas assim por exemplo, com o pessoal da cabeça e pescoço, eu acho que não tinha uma cooperação geral, né...*” - técnica de saúde bucal). Acredita-se que o motivo da pouca integração da nova equipe com os profissionais de outras unidades do hospital deu-se em virtude da formação e da pouca experiência dos especialistas em trabalhar conjuntamente com profissionais de outras áreas de atuação.

Ao longo do período no qual a equipe atuou dentro do hospital, os encaminhamentos de outras unidades tornaram-se mais frequentes (“*...quando nós conseguimos integrar a equipe e trabalhar juntos, as coisas andavam muito melhor e o paciente era realmente atendido nas diversas facetas da doença... nós em contato com os profissionais para o preparo de uma cirurgia, preparo de uma reabilitação prévia a cirurgia, preparo do paciente prévio a uma radioterapia...*” - técnica de saúde bucal) ... (“*...na época do PAIM apesar de toda dificuldade que nós tivemos né, em mudar essa parte né, essa história de cada um trabalhar isolado, acho que nós conseguimos de certa forma ter algum protocolo porque se os pacientes chegassem com o diagnóstico, chegassem com uma lesão, eram diagnosticados, tratados e reabilitados.*” - coordenador do Programa). Após a interrupção do Programa, a ausência da equipe foi sentida por muitos profissionais das unidades de odontologia, oncologia e cirurgia de cabeça e pescoço, que habituaram-se a compartilhar o cuidado e reconheceram os benefícios diretos para a recuperação e/ou alívio do sofrimento dos pacientes.

No período de março de 2008 a março de 2011, a equipe contratada para atuar no hospital atendeu 143 pacientes com suspeita ou diagnóstico de câncer, garantindo acesso universal. A partir da constituição da equipe

multiprofissional e do estabelecimento e funcionamento do fluxo de referência, os profissionais da equipe reconheceram a necessidade de organizar o cuidado de forma conjunta com serviços externos ao hospital, para ampliar a condição de diagnóstico do câncer bucal e favorecer a continuidade do cuidado no território mais próximo dos pacientes.

- A implantação do PAIM-Boca nos municípios da região

Identificando a grave situação de prevalência de diagnóstico tardio na região (INCA, 2011; FOSP, 2012) e reconhecendo que o cuidado estava centralizado no nível terciário de atenção à saúde, a equipe do hospital buscou desenvolver, de forma conjunta com gestores e profissionais de saúde das redes locais da região, ações para promover a saúde bucal, prevenir o câncer de boca, estimular o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno.

Em 2009, para ampliar a proposta do PAIM-Boca junto aos municípios da região, a equipe do hospital de referência contou com o apoio e experiência da equipe do Projeto OncoRede da Universidade Estadual de Campinas. A partir desse contato, o desenvolvimento de ações na lógica da educação permanente em saúde foram definidas como estratégia para implantação do Programa nos municípios da região e integração do hospital de referência com os serviços municipais. A proposta de envolvimento dos municípios ao Programa, também, teve o apoio da Coordenação de Saúde Bucal do VII Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS VII) que auxiliou na divulgação inicial da proposta aos municípios da região.

Além de capacitar os profissionais dos municípios para promover a saúde bucal, prevenir o câncer de boca, estimular o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno, as ações desenvolvidas na lógica da Educação Permanente assumiram o caráter de aproximar e favorecer o vínculo entre profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde intra e extra municípios, qualificar a

assistência ofertada no território mais próximo da população.

Para desenvolver tais ações alguns ajustes foram necessários para utilização do recurso financeiro. O financiamento previamente reservado para realização de campanhas de orientação à população e ações de ensino foi redimensionado e empregado na lógica da Educação Permanente em Saúde, envolvendo inicialmente profissionais dos municípios da Região de Saúde Oeste da Macrorregião de Campinas.

A escolha da região baseou-se no fato de que esses municípios eram os únicos da Macrorregião de Campinas que não possuíam serviço de referência para o atendimento oncológico no território. A Região de Saúde Oeste VII era formada por 11 municípios, com população total estimada de 1.137.302 habitantes (IBGE, 2013).

A proposta de participação dos municípios no PAIM-Boca foi feita aos gestores municipais num encontro sobre câncer bucal, em abril de 2009, organizado na Associação de Cirurgiões Dentistas de Campinas (ACDC), com a presença do Coordenador Nacional de Saúde Bucal, da Coordenadora Regional de Saúde bucal, das coordenadoras do Projeto OncoRede e dos profissionais do Programa que atuavam no hospital de referência.

Como a gestão da saúde das redes locais era centralizada nas secretarias municipais de saúde foi necessária uma sensibilização inicial dos gestores de saúde (secretários de saúde e coordenadores de saúde bucal) para posterior adesão ao Programa e desenvolvimento das ações. Assim, após o encontro na ACDC, cada município que demonstrou interesse em implantar o PAIM-Boca foi visitado pelo coordenador e pela apoiadora da implantação do Programa nos municípios e de organização do trabalho em rede (a pesquisadora). Na prática, oito municípios (3 municípios de grande porte, 2 de médio porte e 3 de pequeno porte) se organizaram para implantar o Programa e desenvolveram as atividades conjuntamente com o hospital de referência.

- Constituição de Equipes Municipais de Referência e Qualificação Profissional

As ações desenvolvidas na lógica da Educação Permanente, ou seja, a partir das realidades das redes de saúde dos municípios que aderiram à proposta de implantação, buscaram organizar a atenção relacionada ao problema do câncer bucal, de forma a fazer sentido para gestores, profissionais de saúde e usuários. Houve a necessidade de constituir equipes municipais de referência, com transferência de conhecimento e experiência, a partir de problemas identificados na rotina de trabalho dos profissionais e da coordenação conjunta de ações entre gestores de diferentes esferas de gestão e profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção, como descrito a seguir:

⇒ reuniões para discussão sobre o problema do câncer de boca na região e planejamento das ações: foram realizadas três reuniões regionais com os coordenadores de saúde bucal (municipais, regional e federal) nas diferentes etapas de desenvolvimento do projeto, além de reuniões, em nível municipal, com representantes da gestão, profissionais das redes locais de saúde e representantes da equipe do hospital de referência. As reuniões municipais inicialmente suscitaram a necessidade de constituir equipes municipais de referência que posteriormente permitiram pactuar o desenvolvimento de ações de qualificação profissional e organização da atenção a pacientes com câncer bucal, baseadas na realidade de cada município, conforme programação apresentada anexo (Anexo 2);

⇒ constituição de equipes municipais de referência: no segundo semestre de 2009 os coordenadores de saúde bucal de cada município, que aderiu à proposta de implantação do PAIM-Boca, indicaram profissionais de diferentes áreas de atuação, buscando constituir equipes municipais de referência para o cuidado dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal. Os profissionais que se interessaram em compor a equipe de referência, com apoio da gestão, foram atores ativos no desenvolvimento das ações de

Educação Permanente e no processo de implantação do Programa, auxiliando na oferta do cuidado possível no território local e se articulando com os profissionais do hospital de referência. As equipes foram constituídas de acordo com a disponibilidade de recursos humanos de cada município e disposição dos profissionais para desenvolver as atividades necessárias para organização da atenção relacionada ao problema do câncer bucal (composição das equipes de cada município: Anexo 3);

⇒ aprimoramento profissional: foram realizadas oficinas de capacitação para os profissionais das equipes de gestão do cuidado (realizados no HMMG), distribuídas em 17 encontros, perfazendo um total de 88 horas/aula, com a discussão de temas sugeridos pelos profissionais da equipe do hospital de referência e das equipes municipais, conforme programação anexa (Anexo 4). Também, foi ofertado estágio observacional em 2010, realizado por alguns profissionais das equipes municipais que acompanharam durante 12 horas o atendimento realizado pelos profissionais da equipe do hospital de referência. O objetivo dessa ação era capacitar os profissionais dos municípios para a atenção oncológica, conhecer o processo de trabalho no serviço especializado e estabelecer o vínculo entre os profissionais dos diferentes níveis de complexidade do cuidado;

⇒ apoio matricial: essa atividade foi realizada pela apoiadora de implantação do PAIM-Boca nos municípios e de organização do trabalho em rede (a pesquisadora), durante o segundo semestre de 2009 e o primeiro semestre de 2010, junto às equipes municipais e gestores de saúde. À apoiadora coube o papel de “*animadora da rede*”, estabelecendo múltiplas conexões, buscando mobilizar e motivar a equipe do serviço hospitalar e as equipes dos municípios a desenvolver ações de forma conjunta e construir projetos baseados na realidade dos diferentes pontos da rede, tendo sempre como foco as necessidades dos pacientes que chegavam para atendimento na rede que se constituiu. Essa não foi uma tarefa fácil, principalmente no que condiz a ampliar o olhar, sem pré-conceitos, e reconhecer as potencialidades e

limitações de cada ponto e de cada pessoa envolvida na trama da rede. Por outro lado, o entusiasmo diante do potencial criativo e da capacidade de auto-regulação encontrado no interior de algumas redes locais acabou por contagiar o trabalho noutras redes, da mesma forma que via as insatisfações de alguns atores comprometer o trabalho de outros (ressalta-se a importância da atividade do matriciamento ser desenvolvida por profissionais qualificados tecnicamente para a solução dos problemas de ordem técnica e de gestão que vão surgindo na conformação da rede). A partir da identificação das necessidades e dificuldades apontadas por esses atores foram reestruturados, em cada município, o fluxo de encaminhamento e a linha de cuidado do câncer de boca, estabelecidas estratégias para oferta de cuidado integral, além de organizadas ações para sensibilização dos profissionais das redes municipais de saúde; (quadro síntese das ações de apoio matricial: Anexo 5);

⇒ sensibilização: ao fim das oficinas de capacitação das equipes formadas nos municípios, durante o primeiro semestre de 2010, foram desenvolvidas ações conjuntas de sensibilização (desenvolvidas pela equipe do hospital de referência e equipes municipais, com apoio dos gestores) dirigidas aos profissionais dos serviços municipais de saúde para promoção da saúde bucal, prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. As ações de sensibilização abordaram temas como a promoção da saúde bucal, prevenção e suspeição do câncer de boca, diagnóstico diferencial, cuidados paliativos e gestão do cuidado em rede, com o objetivo de alertar sobre o problema do câncer de boca, informar a importância do diagnóstico precoce e, principalmente, orientar sobre os principais fatores de risco, de como é um tumor que se apresenta mais evidente, sinais e sintomas do câncer de boca, salientando a importância da suspeição por todos que atuam na rede de saúde. Estas atividades colocaram os profissionais das equipes de referência dos municípios como multiplicadores, com a tarefa de qualificar a atenção e animar a nova rede que aos poucos foi se constituindo (quadro com os temas das ações de sensibilização realizados nos municípios: Anexo 6).

Estas ações tiveram um componente de planejamento da reconfiguração da assistência a pacientes com câncer de boca na região de implantação do PAIM-Boca, funcionando como uma experiência inicial de relação entre o hospital de referência e os municípios. A intenção inicial era avaliar essa experiência, fazer os ajustes necessários e ampliar as ações para outros municípios da Macrorregião de Saúde de Campinas.

Profissionais convidados de outras áreas do hospital e de outros serviços da região, também, foram mobilizados para contribuir com o planejamento e desenvolvimento das ações, como foi o caso da coordenadora da unidade de oncologia e do coordenador do serviço de cabeça e Pescoço do Hospital Municipal Doutor Mário Gatti. As coordenadoras do Projeto OncoRede participaram de discussões sobre o sistema de saúde e o sobre trabalho articulado em rede, além de coordenar as avaliações realizadas durante e após o desenvolvimento das ações.

Na opinião do coordenador do PAIM-Boca, as atividades desenvolvidas com os municípios atingiram o objetivo e algumas mudanças na organização da atenção foram observadas (*“... eu acho que de certa forma a gente conseguiu assim, avançar em alguns objetivos, assim principalmente na área de capacitação, né... com envolvimento desses municípios, com uma outra motivação a mais. Eu acho que foi bastante positivo, eu acredito que a gente não conseguiu tudo que gostaríamos, mas acho que suscitou nos municípios uma mudança de postura, né... acho que a maioria dos municípios, eles se sentiram participantes do processo, acho que isso foi o grande, né... o grande fator aí que a gente poderia considerar positivo.”*).

O coordenador reconheceu a importância do trabalho com as redes municipais para o sucesso de um programa de atenção especializada. Inclusive apontando que as atividades de Educação Permanente e seus desdobramentos junto aos municípios, representaram os maiores avanços do

Programa. Na prática foram as atividades que receberam menos investimentos e que surtiram bons resultados.

Os profissionais da equipe do hospital de referência também reconheceram a contribuição das ações de qualificação para o adequado manejo de pacientes com câncer bucal na região e valorizaram o interesse dos profissionais dos municípios, porém julgaram que o tempo de desenvolvimento das ações foi curto e que estas teriam maior potencia para ampliar a adesão dos profissionais se a troca de conhecimento fosse mais longa, principalmente através da observação da prática dos profissionais no hospital, como confirmam as falas citadas abaixo:

“(as ações) contribuíram para que esse paciente chegasse em um centro de saúde, ou algum serviço do município dele, e ele tivesse alguém pelo menos para orientá-lo pelo que estava acontecendo. Então eu acho que contribuiu muito. As ações foram de grande valia, tiveram ótimos conteúdos, entendeu. E eu senti bastante interesse das partes que estavam presentes... (as ações) serviram pra isso, né, capacitar esses profissionais para pelo menos saber como acolher, como chegar a esse paciente, se esse paciente chegar até no atendimento, até ser feito o diagnóstico saber acolher, né. Eu acho que foi de grande valia sim.” (técnica de saúde bucal).

“...ajudou, ajudará e se continuasse existindo seria uma bola de neve. Cada vez mais as pessoas iam sabendo, cada vez mais iam se interar no assunto e quem disse que não, de repente iam, né, tentando se organizar... é só vir assistir as aulas e ver que não é esse bicho de sete cabeça, ver o que dá pra fazer, tendo interesse dá pra fazer.” (médico).

“...então talvez tecnicamente, tenha... deixado um pouco a desejar, que o tempo de estágio era pouco, mas para alertar que existe, para mostrar os caminhos que tem eu acho que foi

super importante. Talvez teria que ter mais tempo às vezes de treinamento mesmo pra ser uma coisa mais específica para melhorar mais, mas acho que já serviu bastante de alerta, pra eles conhecerem um caso diferente, um caso novo, saber se é feito, o que pode ser feito, pra isso ajudou bastante. (psicóloga).

“Eu acho que... talvez, eu acho que o contato foi muito rápido né, dois anos é muito pouco. Eu acho que é muito rápido. Teria que ter mais anos ai, porque que nem eu disse anteriormente, pra equipe fluir melhor e assim naturalmente os outros né, dos municípios também se encaixar ai na roda. A roda para funcionar precisou de... acho que um pouco de um período mais longo, seria melhor. (dentista protesista).

“Eu acho que para alguns municípios aqueles que estavam empenhados e que queriam que o negócio acontecesse, que abraçaram, nesse caso eu acho que foi válido...”. (fonoaudióloga).

“...esses profissionais acabaram tendo conhecimento do que se fazia dentro do hospital, o que é um hospital municipal. né... eu acredito que no geral a gente conseguiu um empenho de todos e acabou dando um resultado satisfatório e foi uma pena ter terminado.” (dentista estomatologista e cirurgião bucomaxilofacial).

A partir do desenvolvimento das ações de qualificação profissional, abordadas na lógica da Educação Permanente, observou-se um movimento dos municípios para ampliar as ações de promoção de saúde bucal e prevenção do câncer de boca. Os profissionais dos municípios sentiram-se encorajados a assistir os pacientes, dentro de suas possibilidades, nos serviços das redes locais de saúde. Apesar da curta duração das ações, a equipe do hospital observou uma mudança no perfil dos pacientes encaminhados da região estudada e após o início das ações, a maioria dos pacientes chegava ao hospital com diagnóstico já

confirmado por biópsia, geralmente em fases mais precoces da doença.

Além disso, foi notório o desejo das equipes dos municípios de acompanhar a trajetória percorrida pelos pacientes, através da relação mais aproximada com os profissionais do hospital de referência.

- Comunicação e Coordenação das Ações

Na opinião dos profissionais da equipe do hospital de referência, o Programa era capaz de suprir todas as necessidades de cuidado individual dos pacientes, mas reconheceram que o cuidado permaneceu centralizado no hospital, por não se comunicarem da melhor forma com a rede externa de saúde, como observa-se na falas citadas abaixo:

“Recebia as ligações dos contatos das outras cidades, né, e sempre fui muito bem tratada, muito bem, assim a gente via muita empolgação das outras cidades em relação ao projeto...”.
(técnica de saúde bucal).

“Acho que na verdade falhava um pouquinho ai quando a gente devolvia o paciente lá para o município dele às vezes a gente acabava não tendo tanto contato com a equipe que acolheu esse paciente lá, então eu acho que a gente mais recebia e a contra referência acho que era um pouquinho mais falha nesse ponto. ... acho que ele (o paciente) se perdia mais porque não ficava só com a gente, naquele mesmo espaço físico. Ele ia para um outro espaço, ou para cabeça pescoço, ou para radioterapia, esse paciente recebia alta e de lá já ia embora, então ele não voltava para o nosso serviço. Acho que essa foi a maior dificuldade da gente pegar esse paciente de volta pra gente e fazer a contra-referência e devolver esse paciente no município.” (psicóloga).

“...acho que às vezes isso ficou faltando um pouquinho,

dar o retorno pro município. Então, quando a gente começou a fazer isso foi a onde a gente começou a encaminhar os pacientes e acompanhar, mas isso assim foi bem mais no final, então eu acho que essa volta, esse retorno pro município, eu acho que tem que acontece. O município tem que receber de novo esses pacientes e ver o que foi feito e começar a trabalhar com ele também, e não centralizar tudo ali no hospital. A gente da o start inicial e depois ele tem condições de ficar no município pra dar a continuidade. Acho que isso faltou um pouquinho, isso aí de ligar, que era o que estava acontecendo mais no final, que a gente estava conseguindo mandar alguns pacientes, e a gente via que em um determinado ponto eles já queriam ficar no município.” (fonoaudióloga).

“...do meu ponto de vista houve um ganho, porque era uma relação que não existia, muitas vezes ate um desconhecimento do que o hospital fazia, então houve um ganho pro hospital de aumentar sua capacidade em relação com a rede que ele faz parte né, inclusive na minha especialidade que é a bucomaxilo... No final das contas eu acho que realmente houve esse ganho, mas de certa forma isso foi prejudicado porque não houve uma retaguarda da contra referencia feita por nos né. Alguns pacientes sim conseguiram então no geral isso foi bastante falho, pela demanda e pela incapacidade de gerir o volume de pacientes e finalizando com o término do Programa que foi prometido e no final quebrou-se toda rede que foi formada.” (dentista estomatologista e cirurgião bucomaxilofacial).

“Olha, eu especificamente, pelo fato de ser médico e ficar um pouco mais afastado, vamos dizer assim, né, eu ficava mais dentro do centro cirúrgico. A gente recebia cartas de encaminhamentos e mandava cartas para seguimento desses pacientes, eu não tinha um contato tão grande entre aspas, com os municípios. (médico).

Além disso, alguns profissionais da equipe identificaram algumas dificuldades na comunicação interna, com profissionais de outras unidades do hospital, principalmente com os cirurgiões de cabeça e pescoço: *“... o contato ia bem, mas quando fugia ali da equipe era mais complicado.”* (dentista protesista); *“Eu acho que faltou um pouco de comunicação com os profissionais, não generalizando, mas assim, por exemplo, com o pessoal de cabeça e pescoço, eu acho que não tinha uma cooperação geral, né.”* (técnica de saúde bucal).

Apesar das dificuldades de se relacionar com algumas unidades internas ao serviço e também em fazer a contra-referência para os profissionais dos municípios, alguns profissionais citaram exemplos de compartilhamento de casos bem sucedidos, principalmente para continuidade da reabilitação físico-funcional (fisioterapia e fonoaudiologia), de acompanhamento psicossocial (psicológico e suporte social) e entre os dentistas do hospital e dos Centros de Especialidades Odontológicas da região.

A técnica de saúde bucal, foi a profissional que mais sentiu-se satisfeita com a relação estabelecida com os profissionais dos municípios, uma vez que era quem fazia grande parte dos contatos telefônicos e participou de muitas ações de sensibilização desenvolvidas nos municípios, orientando técnicos de saúde bucal e de enfermagem, além de agentes comunitários sobre promoção da saúde bucal (*“Eu acho que era bem... uma coisa bem... como que fala... bem comunicada, bem resolvida. A gente tinha uma ótima comunicação, era bem aceita nas cidades que a gente ia... o relacionamento que a gente tinha, os contatos que a gente teve com as outras cidades foi sempre super bem vinda, não tive problemas, fui em várias cidades e não tive problemas em nenhuma delas.”*).

Essa profissional e a fisioterapeuta, apoiadora da implantação do Programa nos municípios e de organização do trabalho em rede, foram as profissionais que melhor se relacionaram com as equipes municipais, acredita-se que pelo contato pessoal estabelecido através das ações locais desenvolvidas.

Apesar de algumas dificuldades na comunicação, o desenvolvimento de ações coordenadas entre os profissionais da equipe do hospital de referência e das equipes municipais, favoreceu o vínculo, com estabelecimento de uma relação de confiança no trabalho dos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

O hospital passou a representar uma possibilidade de acesso facilitada para os municípios, e as equipes municipais, principalmente os profissionais da área da odontologia, tornaram-se referências conhecidas nos municípios para o encaminhamento de casos suspeitos, sendo capazes inclusive de realizar a biópsia para confirmação diagnóstica (nos CEOs, e até mesmo na atenção básica). Através das ações de sensibilização desenvolvidas, nas redes municipais, os profissionais de saúde ficaram mais atentos à suspeição do câncer bucal e dessa forma, os municípios da região começaram a encaminhar pacientes com diagnósticos mais precoces ao hospital.

Como resultado da coordenação das ações voltadas ao problema do câncer bucal nos diferentes níveis de atenção à saúde, no período analisado no estudo (março de 2009 a março de 2011), 19 pacientes com lesão bucal maligna ou pré-maligna foram encaminhados dos municípios para tratamento no hospital, como observa-se na Tabela 2.

Tabela 2- Casos de câncer de boca de pacientes provenientes dos municípios estudados, segundo estadios, antes e após a implantação do PAIM-Boca.

Estadio	0	I	II	III	IV	X	Y	TOTAL
Antes	0	7	3	5	34	2	2	53
Após	4	2	6	3	4	0	0	19

Fonte: RHC-FOSP, 2012 e SAME/HMMG, 2012.

Dos 19 pacientes encaminhados dos municípios ao hospital de referência do PAIM-Boca, 12 casos foram diagnosticados em fases iniciais da doença (lesão pré-maligna, estadio I e II) e 7 casos em fases avançadas da doença. Quando observa-se os casos de câncer bucal, diagnosticados nos mesmos municípios em período anterior à implantação do Programa (janeiro de 2007 à janeiro de 2009, segundo informações do RHC-FOSP), nota-se maior concentração de diagnósticos em fases avançadas da doença (estádio III e IV), 39 casos de um total de 53 casos.

O diagnóstico do câncer de boca e de outros cânceres prevalentes tem sido preocupação frequente dos municípios, que têm investido recursos próprios para garantir acesso ao diagnóstico utilizando vários arranjos na região, como foi o caso de alguns desses municípios que não possuíam CEO e passaram a realizar o procedimento de biópsia em consultórios odontológicos da rede municipal de saúde.

Com relação direta ao aumento de casos diagnosticados em fases iniciais da doença foi possível, também, observar mudanças na conduta terapêutica adotada no tratamento dos pacientes encaminhados dos municípios de implantação do PAIM-Boca ao hospital de referência do Programa. Na maioria dos casos foi necessário apenas a realização de procedimento ambulatorial ou cirúrgico para ressecção de lesões não infiltrativas, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3- Número de casos segundo tratamento proposto para pacientes procedentes dos municípios de implantação do PAIM-Boca, encaminhados ao hospital de referência do Programa.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA	TOTAL
Exérese	6
Cirurgia	7
Radioterapia	2
Cirurgia+Radioterapia	3
Cirurgia+Radioterapia+Quimioterapia	1
TOTAL	19

Fonte: SAME/HMMG, 2012.

Entre os 19 casos encaminhados dos municípios ao hospital de referência, no período analisado, 06 pacientes realizaram apenas o procedimento ambulatorial de exérese como tratamento clínico, 07 pacientes tiveram indicação de procedimento cirúrgico, 02 pacientes fizeram apenas radioterapia, outros 03 realizaram tratamento combinado de cirurgia e radioterapia e somente 01 paciente, com diagnóstico em fase avançada da doença (estádio IV) necessitou realizar tratamento combinado de cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Ou seja, na maioria dos casos realizou-se tratamentos menos agressivos e mutilantes para os pacientes e menos onerosos para o sistema de saúde.

Diante da realização de diagnósticos mais precoces e tratamentos menos agressivos e mutilantes, a evolução dos casos, após um ano de início do tratamento, mostra que dentre os 19 pacientes encaminhados dos municípios ao hospital de referência do Programa, mais da metade não apresentava sinais de evidência da doença, como observa-se na Tabela 4.

Tabela 4- Estado dos casos de câncer de boca em pacientes estudados provenientes dos municípios participantes e encaminhados ao hospital de referência do PAIM-Boca, segundo evolução da doença ao final do 1º ano de tratamento.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA	TOTAL
Sem evidência da doença	12
Remissão parcial	2
Doença estável	2
Óbito por câncer	3
TOTAL	19

Fonte: SAME/HMMG, 2012.

A partir da análise dos 19 casos de câncer bucal encaminhados dos municípios de implantação do PAIM-Boca ao hospital de referência, também, foi possível observar maior agilidade no tempo decorrido entre a suspeição e a confirmação diagnóstica da doença e entre o diagnóstico e início do tratamento. Segundo relato dos profissionais das equipes municipais e dos pacientes entrevistados, o tempo médio entre a suspeita do problema e a confirmação do diagnóstico, através da análise anatomo-patológica do material coletado por biópsia, foi de aproximadamente 30 dias. O tempo médio de espera dos pacientes para iniciar o tratamento no hospital de referência do Programa após o diagnóstico, também, foi de 30 dias.

O acesso qualificado foi ampliado na experiência avaliada, visto que os municípios passaram a utilizar recursos próprios para aumentar a capacidade de suspeição e diagnóstico no próprio território, representando maior agilidade e conforto ao paciente, contando, também, com a retaguarda de um serviço de referência capaz de atender as demandas de tratamento dos pacientes encaminhados em tempo oportuno.

Os profissionais da equipe do hospital de referência identificaram nos municípios o potencial das redes locais de saúde desenvolverem ações internas para capacitar e sensibilizar os profissionais para a prevenção e suspeição do câncer bucal, com certa autonomia do serviço especializado, porém reconheceram a dependência dos municípios em relação ao hospital para tratamento dos pacientes e as dificuldade de gestão para conseguir desenvolver ações coordenadas envolvendo todos os níveis de complexidade (“...*eu não acho que é fácil conseguir porque depende de vontades políticas, em gerencia de uma ou outra parte, depende de dinheiro de ministério, o dinheiro já não pode vim direto do hospital financiando isso, então uma consideração assim, eu achei muito, muito difícil a parte de gestão...*” - dentista estomatologista e cirurgião bucomaxilofacial).

Identificando a qualificação dos municípios para desenvolver ações de promoção e prevenção do câncer bucal, realizar a suspeição e o diagnóstico precoce da doença nos serviços de atenção primária e secundária do próprio território e reconhecendo a capacidade do serviço especializado para garantir acesso oportuno ao tratamento, após a implantação do PAIM-Boca nos municípios, o coordenador do Programa valorizou a experiência de coordenação das ações com as redes municipais de saúde (“... *mudou principalmente em relação, ao diagnóstico diferencial... antigamente nós recebíamos muitos pacientes para diagnósticos. Hoje, felizmente, esses pacientes já chegam diagnosticados...*” - “... *os municípios estão melhor preparados para entender os problemas...*”) e sugeriu que as ações deveriam ser contínuas (“*O que a gente precisaria realmente, no meu ponto de vista, né... é um programa contínuo e integrado, né... não somente ao pacientes com câncer de boca. Eu acho que a gente tem várias unidades de atenção, né... seja clínicas, institutos de câncer, hospital de câncer, mas eu acho que a gente precisaria ter uma maior organização dos sistemas, né... tanto municipal, estadual, federal. Acho que falta um programa realmente assim... com incentivo, né... sabe? De alguma forma uma atenção mais... uma atenção ao problema realmente envolvendo todos os níveis de atenção.*”).

A coordenadora regional de saúde bucal destacou a contribuição do Programa por abordar o problema do câncer bucal de forma a desmistificar o “tabu” dos dentistas com relação ao paciente oncológico e orientar sobre o trabalho multiprofissional (*“Por isso que eu achei muito legal esse Programa lá do PAIM, porque além de acabar com esse tabu porque ele vai estar capacitado, ele vai ter envolvimento com toda a equipe.”*). Mas, sugeriu que as ações deveriam ser contínuas e reconheceu que o DRS VII poderia ajudar os municípios discutindo a proposta nos colegiados gestores e viabilizando o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (*“A gente pode começar a pensar nessa coisa da gestão do cuidado, dessa linha de cuidado nos municípios. E começar a levar essa discussão e englobar nessa discussão a questão do câncer de boca, pelas ações de Educação Permanente.”*).

Apesar da interrupção do Programa, sem novo financiamento, o coordenador nacional de saúde bucal considerou a experiência do PAIM-Boca exitosa (*“... nós fomos da vigilância, promoção da saúde, através da articulação do trabalho interdisciplinar e multidisciplinar e chegamos na atenção terciária, unindo formação e serviço, portanto na visão e na avaliação do Ministério da Saúde o PAIM-Boca foi um exemplo, foi não, é um exemplo de trabalho extremamente exitoso.”*) e demonstrou o desejo de replicar as ações desenvolvidas pelo Programa em outras localidades (*“Olha, eu avalio como uma experiência modelo, nós inclusive queremos replicar o que nos fizemos com o PAIM-Boca...”*). O coordenador nacional afirmou que o Programa deveria ter continuidade e ser replicado, porém até meados de 2013 nenhum movimento do governo federal foi observado para apoiar o desenvolvimento de ações nos moldes do PAIM-Boca.

Acredita-se que o Programa poderia ter ampliado o trabalho conjunto com os municípios da região, se não fosse a interrupção das ações desenvolvidas no hospital e a dificuldade desse nível assistencial se abrir para o trabalho articulado em rede, de forma descentralizada e horizontalizada, rompendo com a tradição de funcionamento dos serviços que concentram maior densidade

tecnológica como centro do sistema de saúde. Ainda, a interrupção das ações junto aos municípios aponta para como esta natureza de atividade só ocorre a partir de um estímulo externo, com financiamento e não consegue ser incorporada à rotina das atividades do serviço de referência, mantendo-se como algo estranho a estas estruturas do sistema de saúde.

4.2- O processo de implantação do PAIM-Boca nos municípios da região

4.2.1- A Implantação no Município de Americana

O município foi principalmente colonizado por imigrantes americanos provindos da Guerra da Secessão, que juntamente com brasileiros de diversas regiões, italianos, ucranianos e russos, fundaram a Vila Americana, que se elevou à município em 1924. Em 1957 foi considerado o “município de maior progresso no Brasil” por um concurso do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBGE, 2013).

O município se destaca por ser um dos principais pólos fabricantes de tecidos no país e de acordo com os dados do Censo de 2010, possui uma população de 212.791 habitantes e rendimento per capita R\$ 1.290,14, identificado como o melhor da região (IBGE, 2013).

Americana é o segundo município mais populoso da região e conta com boa estrutura de serviços de saúde, garantindo atendimento à grande parte das necessidades de saúde de seus munícipes. No período de análise do estudo (março de 2009 - março de 2011), a rede municipal de saúde era composta por: 14 UBS, 10 ESF, 01 Hospital Municipal, 01 Farmácia Central, 01 Núcleo de Especialidades, 01 Serviço de Atendimento Domiciliar, 01 Núcleo de Especialidade Odontológica, 01 Centro de Assistência à Família e ao Idoso, 01 CAPS e 01 CAPSi, 01 Centros de Vigilância Epidemiológica, 01 Centro de Vigilância em Saúde e 01 Centro de Controle de Zoonoses.

No município, também, funcionava um ambulatório de câncer de mama que garantia acesso à mamografia preventiva e ao diagnóstico do câncer de mama, além de tratamento cirúrgico e quimioterapêutico, acompanhamento psicossocial e reabilitação. Somente a radioterapia não era realizada no serviço e geralmente as pacientes são encaminhadas para o CACON/Unicamp.

No período analisado, o município conseguia garantir o diagnóstico de muitos tipos de câncer, fazer algumas cirurgias oncológicas, mas dependia da retaguarda de serviços especializados da região para tratamento desses pacientes (Unicamp, PUC, HMMG).

- A implantação do PAIM-Boca no município

O município de Americana já possuía certa organização para atendimento de pacientes com suspeita de câncer bucal e realização diagnóstica, mas dependia do sistema de regulação do DRS7 para encaminhar os pacientes para tratamento em serviços de referência da região.

Diante da dificuldade de integração entre os profissionais de saúde que atuam nos diferentes níveis de atenção, do reconhecimento de tal dificuldade e acreditando no potencial da rede municipal de saúde, a Coordenação de Saúde Bucal aderiu à proposta do PAIM-Boca e buscou profissionais, de diferentes áreas da saúde, interessados em contribuir com a atenção ao problema do câncer bucal. Assim, formou-se a equipe de referência do município, que participou das ações de aprimoramento profissional e organizou o cuidado na perspectiva do trabalho em rede.

Na fase inicial de implantação do Programa, durante o desenvolvimento das ações de aprimoramento profissional, houve uma troca na coordenação de saúde bucal do município, porém a nova coordenadora era uma dentista que trabalhava na rede de saúde há quase 20 anos e tinha profundo conhecimento da organização da atenção odontológica no município. A nova coordenadora apoiou a

implantação do PAIM-Boca e trabalhou ativamente com os profissionais da equipe constituída no município para melhorar a atenção relacionada ao problema do câncer bucal.

As secretárias da coordenação de saúde bucal, que trabalhavam na Secretaria Municipal de Saúde, também, participaram ativamente da implantação do Programa no município, facilitando a comunicação com os profissionais da equipe municipal de referência e auxiliando na organização e desenvolvimento das ações de capilarização do Programa na rede local de saúde.

- Constituição da Equipe de Referência e Qualificação Profissional

A equipe de referência para o cuidado a pacientes com câncer bucal formada no município de Americana foi composta por dois dentistas que atuavam na rede de atenção básica, uma assistente social que trabalhava no serviço de apoio social da Secretaria Municipal de Saúde, uma enfermeira da atenção básica, uma psicóloga do ambulatório de câncer de mama e uma fonoaudióloga do CAPS Infantil.

Segundo a coordenadora de saúde bucal, todos os dentistas da rede municipal de saúde estavam aptos a realizar o exame bucal e a suspeição do câncer, pois todos participavam da capacitação oferecida, anualmente antes da campanha de vacinação do idoso, pela DRS7 (*"...a gente manda o convite mais pra quem está entrando novo na rede, porque o restante já fez nos anos anteriores, todo mundo já fez uma vez, já fez a capacitação, e os novos são chamado todo ano pra participar em Campinas."*). Em 2011, a coordenadora informou que 6 novos dentistas contratados pela prefeitura, dos 68 que atuavam na rede, iriam participar da capacitação oferecida pelo DRS.

Apesar de capacitados para o diagnóstico, os dentistas da rede local apenas realizavam a suspeição de lesões malignas e encaminhavam os pacientes para avaliação diagnóstica com o dentista bucomaxilofacial do Núcleo de Especialidades e não acompanhavam a evolução dos pacientes.

Diante da proposta do PAIM-Boca para organização do trabalho em rede, os profissionais da equipe de referência reconheceram a relevância de aproximar o cuidado dos pacientes e identificaram o potencial do município para atender muitas necessidades de saúde dos pacientes na rede de atenção básica, através do Serviço de Atendimento Domiciliar e outros serviços do município (*“... de uma maneira, ou de outra ele é nosso, nossa preocupação, no município tem que fazer. Não adianta simplesmente você outorgar os deveres para a regional e você se limitar só a este encaminhamento e não acompanhar a história deste paciente.”*).

Na perspectiva de aproximar o cuidado e atender as necessidades possíveis dos pacientes no nível local de saúde, a equipe constituída no município participou das ações de aprimoramento profissional realizadas no hospital de referência, colocou-se como referência para o atendimento dos pacientes através da pactuação de um fluxo de referência municipal para atendimento e encaminhamento dos casos e propôs o desenvolvimento de ações de sensibilização sobre o problema do câncer bucal dirigidas aos profissionais da rede de atenção à saúde e à população.

A equipe municipal valorizou as ações de aprimoramento profissional desenvolvidas e afirmou que ações de Educação Permanente com realização de estágio, discussão de casos clínicos e desenvolvimento de palestras com a rede local eram necessárias para garantir o atendimento qualificado (*“A oportunidade, você chegar lá e ver um caso que foi falado na teoria. Você nunca sabe quando vai aparecer. Quanto mais a gente pode ver, quanto mais encontros mais diversidade.”*). Durante a realização do grupo focal, alguns profissionais salientaram que não tiveram a oportunidade de realizar o estágio devido à interrupção das ações do Programa no hospital de referência, como foi o caso da enfermeira e da assistência social.

A coordenadora municipal de saúde bucal reconheceu a qualificação dos profissionais da equipe constituída no município e afirmou que os mesmos, principalmente os dentistas tornaram-se referências conhecidas na rede local

(“... a gente encaminha pra ele, pros dentistas da equipe, não vai pra qualquer posto, a gente já encaminha para eles porque eles fizeram essa capacitação, então eles têm um preparo melhor, tanto que eles já fizeram protocolo de atendimento da parte de câncer bucal, apresentaram para os dentistas...”).

- Organização do Fluxo Municipal de Referência para encaminhamento dos pacientes

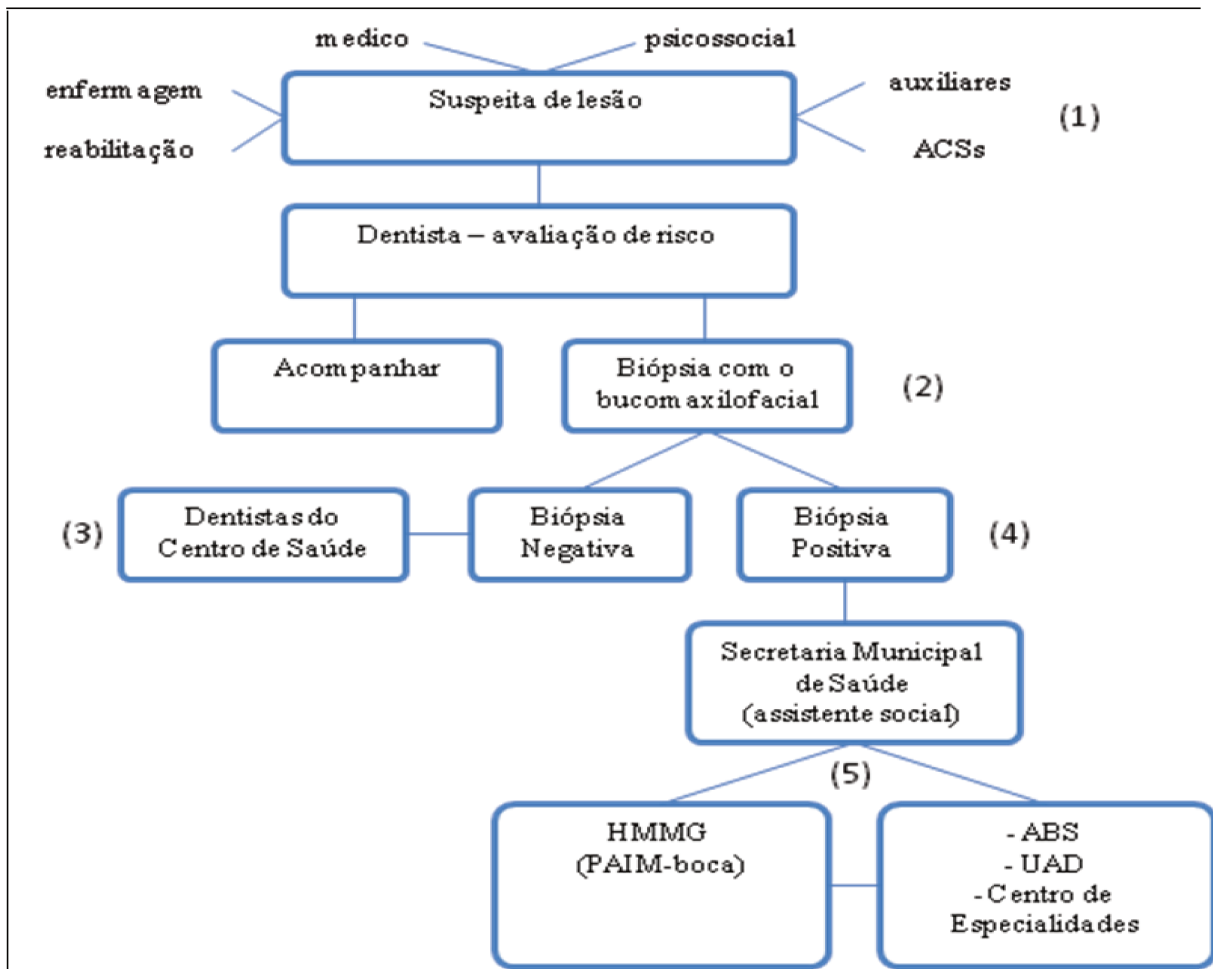
No município, os dentistas da atenção primária já realizavam a suspeição do câncer bucal e o diagnóstico era confirmado através de biópsia, realizada pelo cirurgião dentista bucomaxilofacial do Núcleo de Especialidades. Diante da confirmação diagnóstica, os pacientes eram encaminhados para tratamento em hospitais da região (geralmente HC/Unicamp), através da regulação do DRS7.

Durante a atividade de apoio matricial, os profissionais da equipe de referência formada no município, em conjunto com a apoiadora de implantação do PAIM-Boca pactuaram um fluxo de referência mais ampliado para o atendimento e encaminhamento de casos suspeitos e/ou diagnosticados de câncer bucal, onde o município tornou-se mais protagonista do cuidado. O novo fluxo instituiu atendimento prioritário para confirmação diagnóstica de lesões suspeitas no próprio município e, pela garantia de acesso e facilidade de comunicação com os profissionais do hospital de referência do Programa, os pacientes passaram a ser encaminhados para tratamento no serviço (*“...antes do projeto era meio bagunçado, cada hora ia para um lugar. Agora é com o PAIM-Boca do Hospital Mário Gatti.”*).

Os casos ainda passaram a ser acompanhados no próprio município e o cuidado começou a ser compartilhado com a Unidade de Atendimento Domiciliar, mas principalmente com as equipes de PSF, possibilitando a identificação e atendimento das necessidades dos pacientes e seus familiares.

Todos os profissionais da equipe se envolveram nas ações de implantação do Programa, mas pode-se afirmar que o trabalho da assistente social foi fundamental para organização do cuidado na rede municipal de saúde. Após a pactuação do fluxo de referência para encaminhamento dos casos suspeitos e/ou com diagnóstico de câncer bucal, a assistente social assumiu a responsabilidade de fazer o encaminhamento aos serviços de saúde, dependendo das necessidades de cada paciente, orientar pacientes e familiares, além de fazer o seguimento dos pacientes durante todo tratamento. Essa profissional estava em contato direto com a equipe de referência do município e tinha contato direto com a equipe do PAIM-Boca para encaminhar e acompanhar os pacientes.

A Figura 5 ilustra o novo fluxo de referência pactuado no município de Americana. A partir da implantação do PAIM-boca, os profissionais da rede de saúde foram orientados a encaminhar casos de lesão suspeita para avaliação dos dentistas da equipe de referência na atenção básica, com atendimento prioritário (1). Quando mantida a suspeita pelos dentistas da equipe, estes encaminhavam os pacientes para avaliação e realização de biópsia com o bucomaxilofacial do Núcleo de Especialidades Clínicas do município (2). Os casos não confirmados retornavam para acompanhamento com os dentistas dos serviços da atenção básica, ao qual eram adscritos (3). Se confirmado o diagnóstico, o paciente era encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde, onde a assistente social o direcionava para tratamento no hospital de referência do PAIM-Boca (4) e avaliava as necessidades deste e de seus familiares para fazer os encaminhamentos necessários - para profissionais da equipe de referência, serviços da atenção básica e de atendimento domiciliar (5).



Fonte: Relatório de atividade de apoio matricial realizada no município de Americana, 2009.

Figura 5- Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Americana.

Os profissionais da equipe constituída no município destacaram que seria interessante a possibilidade da equipe atender conjuntamente os pacientes, num mesmo local. Um espaço onde a equipe pudesse se reunir por algumas horas para realizar um atendimento mais integrado (*“Se tivesse um local que a gente pudesse conversar e encaminhar, um local para dar um atendimento até multidisciplinar. Um local com 2 ou 3 salas. Próximos acho que o atendimento*

seria mais rico.”). Os profissionais ainda destacaram que a equipe de atendimento domiciliar do município conseguia fazer esse atendimento conjunto, porém só atendiam pacientes acamados e já estavam com sobrecarga de trabalho (“Na verdade isto esta sendo feito pela UAD, Unidade de Atendimento Domiciliar, ela esta fazendo ela acaba conhecendo tendo um contato mais próximo do pacientes. Porém a visita da UAD está estrangulada, não consegue dar um respaldo maior.”).

Diante dessa realidade, os profissionais da equipe relataram que faziam mais o trabalho de orientação e o acompanhamento estava sendo compartilhado com a atenção básica (“Daí o nosso trabalho é de orientação. Só o paciente, na casa, não é terapia. Eu oriento a cuidadora a fazer o exercício com o paciente e o PSF que vai fazer este vínculo. Daí retorno dali um mês e vejo como está sendo feito. A enfermagem que vai orientar, faz o curativo. Depende da gravidade dá para fazer mais visitas.”).

Como em muitos municípios da região, durante a campanha de vacinação do idoso o exame preventivo de câncer bucal era realizado, além do exame preventivo no consultório odontológico. A partir da implantação do PAIM-Boca, a coordenadora informou que as ações de promoção e prevenção do câncer bucal foram ampliadas, pois os dentistas da equipe de referência passaram a realizar o exame bucal em todas as ações de promoção da saúde e prevenção promovidas pela prefeitura (“Toda vez que a prefeitura vai participar, se inclui a saúde a gente coloca a saúde bucal... sábado a gente pega e faz um mutirão... o dentista esta lá só pra fazer o exame bucal e a prevenção do câncer, então a gente tenta pegar o maior número de pessoas.”).

- A capilarização do PAIM-Boca na rede municipal de saúde

Para divulgar o trabalho da equipe municipal de referência e o fluxo ampliado para atendimento e encaminhamento de casos suspeitos e/ou

diagnosticados do município, durante o apoio matricial foram organizadas e desenvolvidas ações de orientação sobre o problema do câncer bucal dirigidas aos profissionais da rede local de saúde.

Os profissionais da equipe municipal destacaram o problema cultural em torno da questão da prevenção e do diagnóstico (*“... se é na boca é com o dentistas... por uma razão cultural, ninguém falou para observar isto, então não vou observar, ou não observo mesmo, não sei. Precisa conscientizar mais os profissionais a terem este olhar.”*). Na perspectiva de orientar outros profissionais sobre o problema do câncer bucal, os dentistas da equipe municipal de referência, um dentista e uma técnica de saúde bucal do hospital de referência foram facilitadores de discussões desenvolvidas com profissionais da rede de atenção básica, sobre a importância da promoção de saúde, prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca.

Segundo os dentistas da equipe, os pacientes, também, têm suas questões: *“medo do dentista”, o “estigma do câncer - aquela doença ruim”, e a “negação da doença”,* levando a uma situação de diagnóstico tardio da doença (*“... eles têm medo de sentar na cadeira e ver. Este é um problema cultural, o brasileiro não tem por rotina fazer o exame anual, que seja semestral. Só vai quando esta quicando de dor, daí vai. Quando está tudo inchado. Daí vai.”*). Buscando mudar essa realidade, os dentistas da equipe começaram a participar de todas as ações de promoção de saúde realizadas no município para orientar a população sobre a importância da adequada higiene bucal e também sobre a necessidade de consultar o dentista diante de lesões bucais persistentes por mais de duas semanas.

- Sensibilização dos Profissionais da Rede Saúde

Com a intenção de melhorar a condição de suspeição do câncer bucal e favorecer o acesso ao diagnóstico precoce no município, em março de 2010,

os dentistas da equipe municipal de referência, um dentista e uma técnica de saúde bucal do hospital de referência do Programa, através de palestras de sensibilização orientaram profissionais da rede básica de saúde sobre o problema do câncer bucal no município.

Foram convidados a participar das atividades todos os dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem e de saúde bucal, além dos agentes de saúde da rede básica. Para facilitar a participação dos profissionais e não comprometer o atendimento à população nos serviços, as palestras foram realizadas em duas opções de horário.

A coordenadora de saúde bucal fez a abertura das atividades e destacou a importância do envolvimento de toda a rede de saúde para a realização de diagnósticos mais precoces da doença. Na sequência, o grupo foi dividido e o dentista do hospital de referência orientou os dentistas, enfermeiros e médicos sobre o diagnóstico diferencial do câncer bucal, enquanto a técnica de saúde bucal do hospital orientou os técnicos de enfermagem e de saúde bucal e os agentes comunitários sobre promoção da saúde bucal, principais fatores de risco e sinais e sintomas do câncer bucal. Ao final, os dentistas da equipe municipal informaram sobre o trabalho desenvolvido pela equipe e apresentaram o novo fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos casos de câncer bucal.

A coordenadora de saúde bucal afirmou que a sensibilização ajudou a ampliar o olhar dos profissionais da atenção básica sobre o problema do câncer bucal e informou que os dentistas da equipe de referência, anualmente, antes da campanha de vacinação do idoso estavam reforçando o tema com os agentes comunitários (*“... a gente já quer que os agentes comunitários já vão passar nas casas, eles já comuniquem do tratamento, para passar no dentista para fazer a avaliação do câncer bucal, e eles já vão estar a par do que é, do que faz, o que precisar fazer...”*).

- Comunicação e Coordenação das Ações

Com a organização da rede interna para abordagem do problema do câncer bucal e com a assistente social coordenando o cuidado dos pacientes diagnosticados no município, a regulação do acesso ao tratamento dos pacientes passou do DRS7 direto ao hospital de referência do PAIM-Boca e, segundo a coordenadora de saúde bucal, tornou-se mais eficiente (*“A gente ligava e eles já colocavam na mesma semana, não tinha... esperar mais o papel, mandar na esperar, nunca teve isso a gente sempre foi atendido no PAIM.”*).

A partir da implantação do Programa no município, os profissionais da equipe municipal de referência destacaram o conforto em saber que os pacientes tinham acesso garantido ao tratamento e que seu trabalho estava amparado e compartilhado com outros profissionais (*“O Mário Gatti dava um certo conforto, a gente sabia o que a equipe e o paciente iriam encontrar, a gente sabia quais profissionais ele iria passar e a gente ia ter um contato mais próximo da gente. Se sentia mais confortável por saber que tinha um projeto, que tinha alguém para amparar o paciente que a gente estava encaminhando.”*).

Segundo a coordenadora de saúde bucal, durante o funcionamento do Programa a relação do município com a equipe do hospital de referência era *“tranquila”*, os profissionais tinham mais contato e sabiam quem procurar no serviço de referência (*“... a gente sabia pra onde ligar... com quem falar. Já sabia os horários... então assim, era tudo muito rápido...”*).

Com os profissionais da atenção básica mais atentos ao problema do câncer bucal, com acesso prioritário para a avaliação diagnóstica e com acesso ao tratamento garantido no hospital de referência, segundo a coordenadora de saúde bucal, o tempo decorrido entre a suspeição até o início do tratamento dos pacientes com diagnóstico de câncer era de aproximadamente 40 dias (*“O paciente passou no Posto hoje, encaminha pro dentista da equipe de referência... ele acha que há uma necessidade de biópsia ele encaminha pra ele no Núcleo pra fazer a biópsia... leva em média 30 dias....”*). O acesso no hospital

do Programa para início do tratamento era no máximo em 10 dias (“... já marcava para semana seguinte, ou no máximo em dez dias.”).

Além de garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, para o adequado manejo do paciente com câncer bucal no município, os profissionais da equipe municipal afirmaram que a contra-referência dos pacientes encaminhados para tratamento era essencial (“*Dividir com os municípios é fundamental para o crescimento de ambos. Este intercâmbio periódico é primeiramente saudável.*”). Os profissionais afirmaram manter boa relação com os profissionais do PAIM-Boca, através de canais diretos de comunicação com os profissionais do Programa (“*A relação que eu tinha quando encaminhava os casos era muito boa, nunca encontramos obstáculos... era imediato, já pegava o caso, fazia o contato, conversava com o profissional e agendava rapidinho. O relacionamento com eles é muito bom.*”). A assistente social que assumiu a coordenação do cuidado dos pacientes no município relatou ter estabelecido bom relacionamento com a equipe do hospital de referência do Programa, mas afirmou que a comunicação era sempre ativa por ela.

A coordenadora de saúde bucal e alguns profissionais queixaram-se da falta de contra-referência dos casos encaminhados para tratamento (“... a gente fazia, não voltava, não volta, é difícil este fluxo tanto interno com externo. Quando você liga, eles são bem abertos solícitos, como a assistente social falou, porém não existe a contra-referência.”).

Os profissionais da equipe municipal relataram que entre algumas especialidades a contra-referência funcionava melhor, como no caso da fonoaudiologia e psicologia. As profissionais relataram que essa relação foi fortalecida principalmente após a realização do estágio observacional no serviço (“*O meu contato é mais terapêutico, é mais acompanhamento. Eu fico em contato com a fono de lá. Para mim tem funcionado muito bem. Tem chegado paciente. Não sei se é por que ela é fono de lá tem um vínculo assim. Tanto que mandar e-mail saber contato dos pacientes está bem tranquilo. Tem alguns contatos que*

estão bem tranquilos... Depois deste estágio que nós fizemos com o Hospital Mário Gatti... nós procuramos estabelecer, respeitar a contra-referência que para nós é tremendamente importante para mantermos estas pessoas sobre avaliação, daí na mediada que percebermos alguma mudança fazer o contato e encaminhar imediatamente.”).

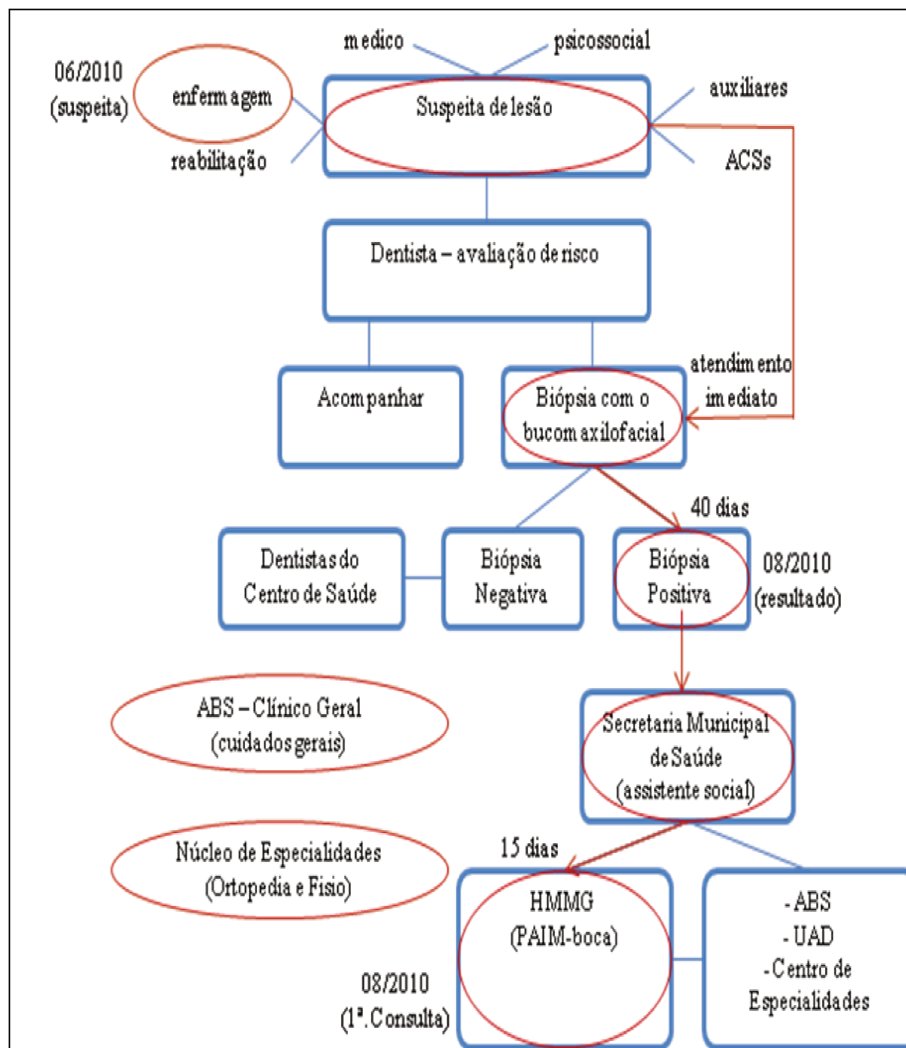
Durante o período analisado de implantação do PAIM-Boca (março de 2009 - março de 2011) foram identificados no registro do hospital de referência do Programa seis pacientes encaminhados do município para tratamento. A maioria dos casos encaminhados de Americana foram diagnosticados em fases iniciais da doença: 04 casos diagnosticados ainda como carcinoma *in situ*, 01 caso em estadio I e somente 01 caso em estadio III. Proporção inversa, se comparada aos dois anos anteriores à implantação do Programa, onde mais de três quartos dos casos foram diagnosticados em fases avançadas da doença.

Com a realização de diagnósticos mais precoces, os tratamentos realizados pelos pacientes foram muito menos agressivos e mutilantes. Apenas um paciente necessitou realizar tratamento cirúrgico e radioterapêutico combinados e, um ano após o tratamento, apresentou remissão parcial da doença. Os outros pacientes realizaram apenas o procedimento ambulatorial de exérese e um ano após, não apresentaram sinais de evidência da doença.

Para realização da entrevista prevista no estudo foi possível o contato com apenas quatro pacientes do município (Pacientes A, B, C e D). A seguir apresenta-se uma síntese da trajetória terapêutica desses pacientes:

⇒ Paciente A (Figura 6): A paciente contou que em 2010 ao aplicar própolis sobre uma lesão na boca teve grande sangramento (“*No que eu espirrei aquele negócio, acho que a pele estava fina estourou...*”). A filha imediatamente a levou ao Centro de Saúde do bairro, onde estancaram o sangramento e a encaminharam para avaliação no Núcleo de Especialidades, onde um dentista bucomaxilofacial a atendeu e realizou a biópsia. Após quarenta dias, o diagnóstico foi confirmado e a paciente foi encaminhada à Secretaria

Municipal de Saúde para conversar com a assistente social. A profissional orientou a paciente e a família sobre o programa para câncer de boca, agendou uma consulta no HMMG em 15 dias e ofereceu transporte da prefeitura. Como a consulta era no período vespertino e o transporte da prefeitura saía de Americana pela manhã, a filha levava a paciente até Campinas com carro próprio. No HMMG a paciente descreveu ter sido avaliada por um dentista, que realizou nova biópsia, mas como a ferida já estava cicatrizada o profissional teve dificuldade para localizar o local da lesão (“... *eles olhava, olhava e falava: mas não tem nada, não tem sinal de nada. Eu falei é que já sarou [risos]*”). Como havia recebido o diagnóstico de câncer, mãe e filha passaram por uma consulta com a psicóloga da equipe do hospital de referência do PAIM-Boca. A paciente ainda voltou mais algumas vezes ao hospital, mas como os profissionais não encontraram mais sinais da lesão ela não retornou para acompanhamento. De modo geral, a entrevistada demonstrou satisfação com o atendimento recebido no Centro de Saúde e queixou-se apenas da demora na marcação de consulta com médicos especialistas na cidade. Em relação à lesão bucal, julgou o atendimento que recebeu no município e no hospital ágil e de qualidade. Apesar da paciente ser usuária do Centro de Saúde e demonstrar bom relacionamento com os profissionais do serviço, ela não informou o problema ocorrido à médica, nem ao dentista do Centro de Saúde, mesmo reconhecendo que esses profissionais poderiam auxiliá-la. O caso da Paciente A foi relativamente simples (lesão *in situ*), pois tratava-se de um tumor em estágio inicial e ao que tudo indica, o rompimento da lesão e o próprio procedimento da biópsia incisiva removeram o tecido lesionado. Porém, o caso evidencia a centralidade do cuidado no nível terciário que não fez nenhuma contra-referência aos profissionais do município e nem mesmo informou a falta da entrevistada nas consultas de acompanhamento agendadas.

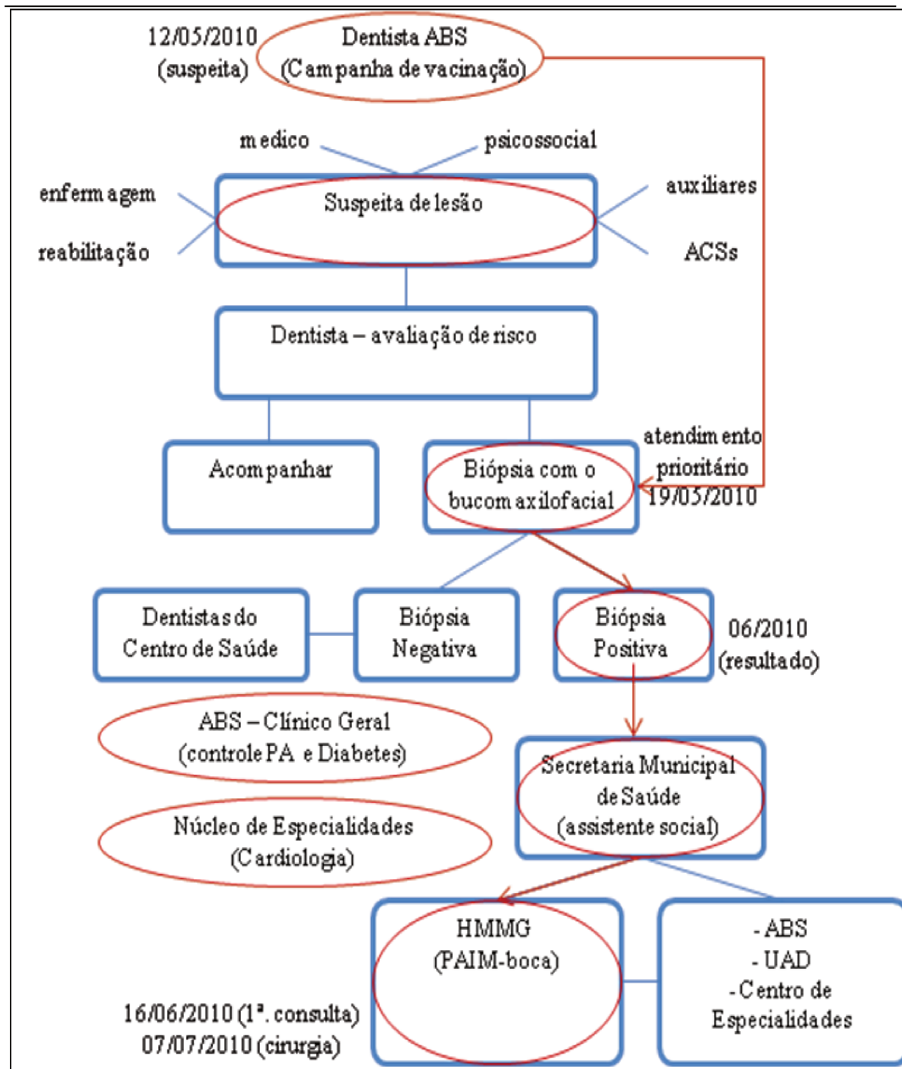


Legenda: — Fluxo organizado no município — Trajetória terapêutica do paciente Busca ativa do paciente pelo cuidado.

Figura 6- Fluxo síntese da trajetória terapêutica do Paciente A.

⇒ Paciente B (Figura 7): a suspeita da doença ocorreu durante a campanha de vacinação do idoso, em maio de 2010, na qual o Paciente B passou por uma avaliação com o dentista. Na semana seguinte o paciente foi reavaliado pelo dentista bucomaxilofacial do Núcleo de Especialidades para confirmação diagnóstica do câncer bucal. A biópsia foi realizada na semana seguinte, no Hospital Municipal, e assim que o diagnóstico foi confirmado o dentista já o

encaminhou para tratamento no HMMG. No dia 20 de junho de 2010, o paciente passou pela primeira vez no Mario Gatti, e dia 7 de julho realizou o procedimento de exérese para ressecção do tumor (“... *operou deu lá uns pontinhos, tirou os pontinhos, olhou: não precisava tirar, mas precisou, mas tá bom. Graças a Deus não apareceu mais nada.*”). O Paciente B afirmou que tudo foi muito rápido e o atendimento recebido foi muito bom (“*Ah eu achei que, por Deus, ter encontrado isso, né... tão rápido daquele jeito, no comecinho e tudo rápido já tirou tudo fora...*”). O paciente relatou que no hospital foi atendido pelo médico, por um dentista e pela psicóloga. No município, além de ser atendido pelos dentistas, também, foi auxiliado pela assistente social que ajudou a organizar toda a documentação para fazer os exames, marcar a cirurgia e agendar o transporte. Com queixa de dor no período pós-operatório, o paciente foi até o Núcleo de Especialidades e uma médica do serviço receitou antibiótico. No momento da entrevista (março de 2012), o paciente realizava acompanhamento com o clínico do Centro de Saúde e com o cardiologista do Ambulatório de Especialidades do município, para controle da pressão arterial e diabetes. O caso do Paciente B demonstra que o fluxo pactuado no município orientou o encaminhamento do paciente aos serviços de referência, porém evidencia a dificuldade do nível terciário em relacionar-se com o restante da rede, diante da falta de contra-referência.

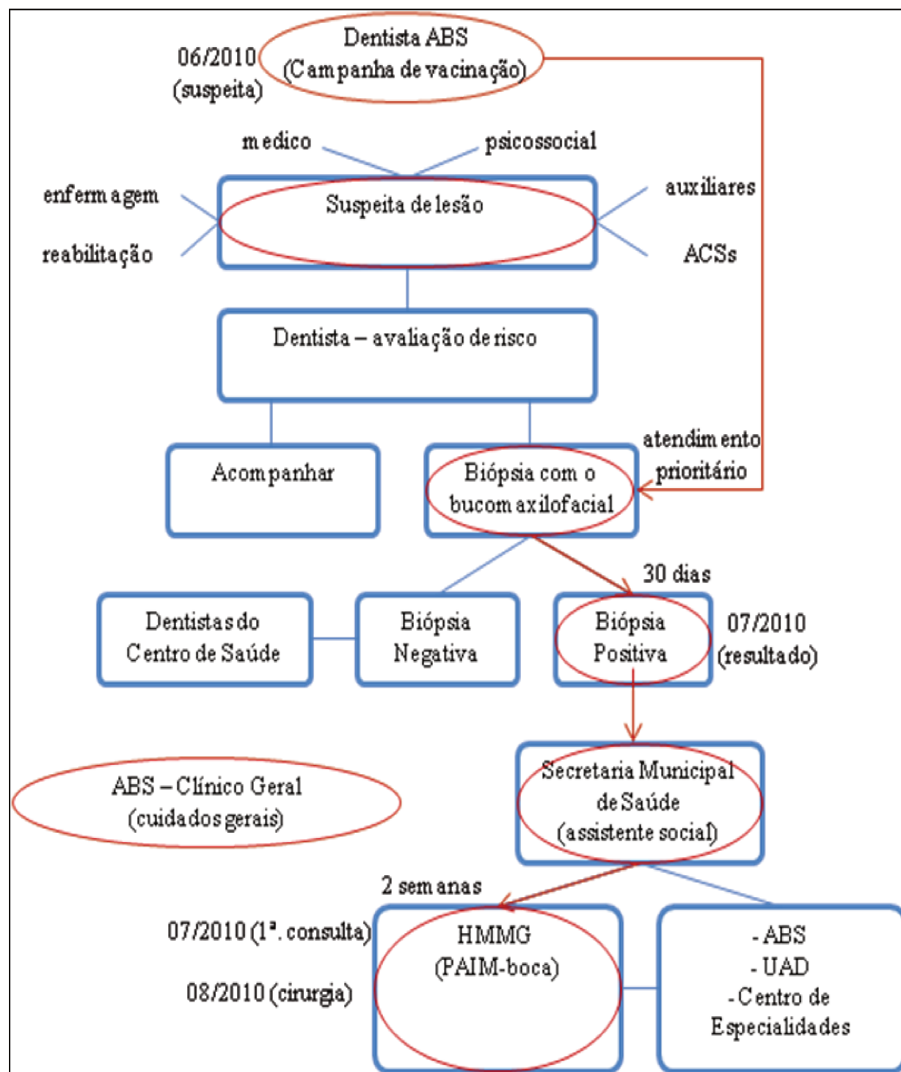


Legenda: — Fluxo organizado no município — Trajetória terapêutica do paciente Busca ativa do paciente pelo cuidado.

Figura 7- Fluxo síntese da trajetória terapêutica do Paciente B.

⇒ Paciente C (Figura 8): Em junho de 2010, durante a campanha de vacinação do idoso, o Paciente C foi avaliado por uma dentista do Centro de Saúde que suspeitou do problema e o encaminhou para avaliação do bucomaxilofacial do Núcleo de Especialidades. No Núcleo realizaram uma biópsia e após 30 dias o paciente recebeu o diagnóstico de câncer e foi orientado a procurar a

assistente social da equipe de referência municipal que arrumou a documentação para iniciar o tratamento no HMMG e agendou o transporte da prefeitura, que o paciente usou apenas no início do tratamento, depois utilizou transporte coletivo por ser mais rápido (“... *a perua passa pelo bairro inteiro e demora.*”). No hospital, os médicos explicaram que o seu problema não era muito complicado (tratava-se de um carcinoma *in situ*), mas foi orientado a parar de beber e fumar. A primeira consulta foi em julho e realizou o procedimento de exérese no mesmo mês, não necessitando realizar outros tratamentos. O Paciente C foi atendido por médicos, dentistas, pela psicóloga e pela fonoaudióloga no hospital (“... *passei com o buco, depois com o médico cirurgião de cabeça e pescoço, tudo no mesmo dia, ai já passei com a psicóloga e a fono.*”). O paciente estava satisfeito com o atendimento recebido e durante a entrevista citou o nome de vários profissionais, também, relatou que não encontrou nenhuma dificuldade para agendar as consultas e que “*tudo foi rápido*”. Em relação aos exames afirmou que conseguiu realizar todos os necessários no próprio HMMG, ou em serviços municipais de Americana, sem dificuldades. Com a rede de saúde organizada, com referências e protocolos definidos, o acesso ao diagnóstico e tratamento em Americana estava a fluir bem, a única dificuldade apontada pelo entrevistado foi a condição de transporte oferecido pela prefeitura. Outro aspecto que, também, foi observado foi a inexistência de comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços de saúde que percorreu.



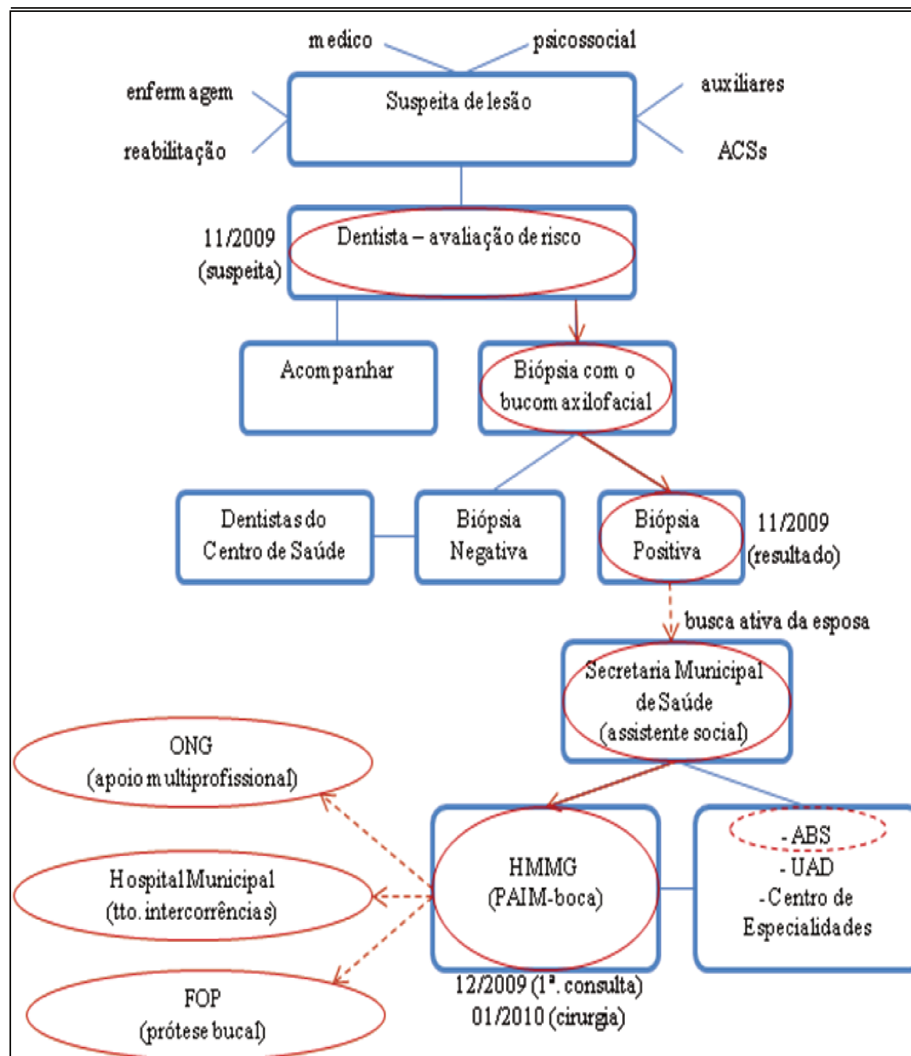
Legenda: — Fluxo organizado no município — Trajetória terapêutica do paciente Busca ativa do paciente pelo cuidado.

Figura 8- Fluxo síntese da trajetória terapêutica do Paciente C.

⇒ Paciente D (Figura 9): No final de 2009, o Paciente D procurou o dentista do Centro de Saúde queixando-se de dor na boca e acreditava tratar-se de algum problema no dente. O dentista o examinou e suspeitou de uma lesão localizada na língua, encaminhando o paciente para avaliação no Núcleo de Especialidades do Município. O dentista bucomaxilofacial avaliou a lesão e

imediatamente realizou uma biópsia. Com a confirmação diagnóstica, o bucomaxilofacial encaminhou ao paciente à uma consulta com o otorrinolaringologista do município. Como a consulta iria demorar, sua esposa que era técnica de saúde bucal do Centro de Saúde, contatou a coordenação de saúde bucal do município que a informou sobre a parceria estabelecida entre o município e o HMMG (“... descobriu no finalzinho de dezembro né? Foi quando ela abriu a biópsia que eu lembro que foi perto do natal, e já encaminhou, em janeiro a gente já foi pro Mario Gatti... Vinte e sete de janeiro foi a cirurgia”). Como o Programa ainda estava na fase inicial de implantação no município e o fluxo de referência para o encaminhamento de pacientes com câncer de boca no município ainda não estava estabelecido, foram os profissionais da equipe municipal que estavam participando das ações de aprimoramento no hospital do Programa que facilitaram o acesso do Paciente D ao tratamento. Através de um telefonema, o dentista da equipe municipal conseguiu agendar uma consulta no HMMG e a assistente social agilizou a documentação para o encaminhamento. O procedimento cirúrgico foi bastante invasivo, mas bem sucedido e durante o tratamento radioterapêutico no hospital teve apoio psicológico, recebeu orientação nutricional e iniciou o tratamento de reabilitação (fisioterapia e fonoaudiologia), mas pela distância acabou interrompendo o tratamento. Sempre que necessitou, utilizou o transporte da prefeitura. No município, o paciente recebia apoio da assistente social e da nutricionista (orientação e doação de suplemento) de uma instituição filantrópica que atende pessoas com câncer. Debilitado pela dificuldade de se alimentar, foi internado com quadro de desnutrição no Hospital Municipal, por 43 dias, onde também recebeu a visita de uma psicóloga da ONG. No momento da entrevista o Paciente D seguia em acompanhamento com o médico do HMMG e consultava com dentistas da FOP (Faculdade de Odontologia de Piracicaba), onde estavam confeccionando uma prótese bucomaxilofacial para melhorar sua condição de alimentação e comunicação. O paciente e sua esposa avaliaram ter conseguido o suporte necessário para o diagnóstico e tratamento, mas reconheceram que as coisas

foram agilizadas pelos contatos profissionais da esposa. No caso do Paciente D, a esposa do paciente foi a linha que teceu a rede que o amparou no momento de adoecimento.



Legenda: — Fluxo organizado no município — Trajetória terapêutica do paciente Busca ativa do paciente pelo cuidado.

Figura 9- Fluxo síntese da trajetória terapêutica do Paciente D.

Os quatro pacientes entrevistados acessaram somente serviços da rede pública de saúde e não apresentaram dificuldades de acesso aos cuidados necessários desde a suspeita do câncer bucal. Somente o Paciente D, que teve a doença diagnosticada antes da instituição do novo fluxo de referência e do desenvolvimento das ações de sensibilização realizadas a partir da Implantação do Programa no município, precisou que a esposa que trabalhava na rede municipal de saúde fizesse contato direto com a coordenação de saúde bucal em busca de acesso ao tratamento em tempo oportuno.

Todos os pacientes já eram usuários do SUS e utilizavam principalmente os serviços da atenção básica ao qual eram adscritos. Os pacientes demonstraram manter bom vínculo com os profissionais desses serviços, citando o nome de muitos trabalhadores e exaltando o bom relacionamento e, também, relataram ter muitas de suas necessidades de saúde atendidas na atenção básica. Para o atendimento de necessidades mais complexas os pacientes utilizavam o Núcleo de Especialidades do município, porém os Pacientes A, B e D relataram que o tempo de espera para consulta em especialidades do serviço era longo (ortopedia, endocrinologia, otorrinolaringologia). O tratamento do câncer bucal, assim grande parte dos tratamentos oncológicos era realizado apenas em serviços de referência da região, fora do município.

Nos casos analisados, a trajetória dos pacientes iniciou-se a partir da rede de atenção básica. Os Pacientes B e C tiveram a suspeita da lesão realizada por dentistas durante a campanha de vacinação do idoso e os Pacientes A e D tiveram a suspeita realizada a partir do exame bucal do dentista da atenção básica diante de outra queixa, demonstrando que esses profissionais estavam atentos ao problema do câncer bucal e capacitados para identificar lesões já na fase inicial da doença, como observado em três casos (Pacientes A, B e C).

Em todos os casos o diagnóstico foi realizado no município, pelo dentista bucomaxilofacial do Núcleo de Especialidades, que diante do resultado da biópsia positivo, a partir da pactuação do novo fluxo passou a encaminhar os

pacientes para a assistente social da equipe municipal de referência que assumiu a coordenação do cuidado dos pacientes. Somente o Paciente D não foi orientado inicialmente pela assistente social porque a atenção no município ainda não estava organizada na lógica do trabalho em rede e a esposa do paciente, que era técnica de saúde bucal de uma unidade da atenção básica foi quem acabou fazendo a gestão do cuidado nesse caso.

Mesmo os pacientes sendo acolhidos pela equipe municipal de referência e encaminhados para tratamento no hospital de referência do Programa, ainda percebemos a dificuldade do serviço terciário em compartilhar o cuidado com outros pontos da rede, como observado na trajetória dos quatro pacientes. Somente alguns profissionais do município referiram ter recebido a contra-referência dos casos encaminhados ao hospital e a comunicação no geral foi sempre ativada pelos profissionais do município, que relataram ser bem atendidos sempre que faziam alguma solicitação, ou buscavam alguma informação.

Tanto a coordenadora, quanto os profissionais da equipe municipal reconheceram a contribuição do Programa e ressaltaram que a maior ajuda foi a possibilidade de organizar a rede interna para acompanhar os casos de câncer bucal no próprio município, além da garantia de acesso rápido ao tratamento. Porém, o ressentimento com a interrupção do PAIM foi evidente, como demonstram as falas a seguir:

“... parece que quando teve o PAIM até cresceu... a gente não via os casos.”

“... a gente fez aparecer, porque começou vir aqui. A gente tinha contato com os pacientes, porque eles vinham até aqui para a assistente social explicar tudo.”

“a gente conseguiu assim, muitas vagas muito rápido, é uma organização ótima, deve ter salvado várias vidas, né.”

*“... que fique constato na ata sobre a continuidade.
A gente ficou muito triste em saber que estava acabando.”*

*“... se tivesse tido continuidade eu acho que teria sido um ótimo
Programa... ia ser excelente só que não teve continuidade.”*

Como a assistente social do município não tinha contato direto com profissionais de outros serviços de referência para tratamento do câncer bucal, com interrupção das atividades do Programa no hospital de referência, o acesso dos pacientes ao tratamento voltou a ser regulado pelo DRS7, dificultando a referência e contra-referência e impossibilitando a consolidação do trabalho em rede, que apesar de estar organizada internamente encontrava barreiras de comunicação e no acesso ao tratamento, junto aos serviços terciários.

Segundo a coordenadora de saúde bucal, o acesso dos pacientes ao tratamento realizado pela Central de Regulação do DRS7 era muito lento, não havia estimativa de tempo de espera resultando, em alguns casos, no avanço da doença enquanto o paciente aguardava uma vaga (*“Assim, agora a gente manda para regulação e a regulação vai tentar fazer esse encaminhamento, só que aí a gente não tem... a gente da coordenadoria aqui, a gente não sabe o que acontece.”*).

Quando questionados sobre o que desejam para o futuro da atenção para o câncer de boca no município, os profissionais da equipe municipal apontaram o desejo de realizar diagnósticos mais precoces e que a prevenção do câncer bucal se tornasse rotina na prática dos profissionais da saúde. Os profissionais, também, demonstraram o desejo de que o município se responsabilize pelo cuidado dos pacientes e que o trabalho fosse apoiado em rede, como foi a proposta do PAIM-Boca, que não se consolidou pela interrupção precoce do Programa no hospital de referência e pela difícil condição de acesso ao tratamento enfrentada na região, com falta de vagas e dificuldade de abertura dos serviços de referência para o trabalho articulado em rede.

4.2.2- A Implantação no Município de Artur Nogueira

Em 1904, parte do atual território de Artur Nogueira tornou-se território do estado, onde em 1907 chegaram os trilhos ferroviários e em 1916 foi construída a primeira capela. Inicialmente imigrantes estrangeiros cultivavam a terra e criavam gado, mas aos poucos o território transformou-se em grandes latifúndios cafeeiros. Com a crise do café, em 1929, o progresso da região permaneceu estagnado. Em 1948, iniciou-se o movimento para a emancipação do distrito e após requerido o plebiscito, Artur Nogueira foi emancipado da Comarca de Campinas (IBGE, 2013).

Segundo dados do IBGE (2013) a população estimada do município é de 44.177 habitantes. Atualmente a economia do município tem como base a atividade agropecuária e o rendimento nominal médio mensal per capita, em 2010, era de R\$ 934,54.

O município adota a estratégia saúde da família como modelo prioritário para organização da assistência à saúde e durante o período de implantação do PAIM-Boca, 2010, possuía 08 unidades de ESFs, 01 Hospital Geral, 01 Pronto Socorro Odontológico, 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Centro de Referência em Saúde Infantil, 01 Centro de Especialidades, 01 Farmácia Central, 01 Laboratório de Análises Clínicas, 01 Centro de Vigilância Epidemiológica, 01 Centro de Vigilância em Saúde e 01 Centro de Controle de Zoonoses.

O município de Artur Nogueira é um município de pequeno porte que conta com uma rede de saúde com serviços básicos para atendimento das necessidades da população. Para atender as necessidades de saúde mais complexas, o município utiliza os recursos existentes na região, sejam eles referências formais para o município, ou informais (estabelecidos através das relações interpessoais), como acontecia no caso do câncer bucal.

- A implantação do PAIM-Boca no município

Em 2009, quando o PAIM-Boca iniciou o processo de articulação com os municípios da região, o coordenador de saúde bucal do município considerou a proposta adequada e apoiou a implantação do Programa. A expectativa do município com a implantação era, principalmente, conseguir acesso para tratamento dos pacientes com diagnóstico de câncer bucal em tempo oportuno.

O dentista que era coordenador de saúde bucal durante a implantação do PAIM-Boca (2009-2010) mais tarde tornou-se secretário de saúde. Este foi o grande apoiador da implantação inicial do Programa e também o responsável pela interrupção das ações de implantação, retomada somente na fase de capilarização nos municípios.

O gestor relatou que sentiu-se desestimulado a implantar o Programa no formato proposto pelo hospital de referência e mesmo sem discutir a situação com a equipe envolvida interrompeu a participação dos profissionais nas atividades de aprimoramento. Durante a realização do grupo focal, os profissionais da equipe do município, de fato, demonstraram desconhecer o motivo pelo qual sua participação foi interrompida (*“Então ai é que está, não sei se foi superficial, ou se foi o projeto que acabou... se encerrou ou se foi o município que interrompeu... a gente não se reuniu aqui”*).

Inicialmente a equipe de gestão do município alegou dificuldades para liberar os profissionais para participar das atividades de aprimoramento sem comprometer a rotina de atendimento à população, mas o antigo coordenador de saúde bucal e secretário de saúde afirmou que a interrupção ocorreu por ele discordar da forma como o hospital estava conduzindo tais atividades.

O antigo coordenador de saúde bucal e secretário de saúde relatou que durante as atividades de aprimoramento profissional foi negada a distribuição do material didático utilizado pelos facilitadores, além de relatar insatisfação com o conteúdo do curso e com a formatação do curso, como observa-se no seu discurso:

“É porque na verdade a primeira vez que eu pedi pro profissional que eu queria que ele replicasse aquelas informações pra minha equipe, ele falou que não que era dele. O slide é dele, ué então... enfim.”

“... eu falei com ele que eu queria aquelas informações, se eu poderia copiá-las pra poder replicar aqui no município e ele disse que “não”. Disse que teria um momento pra isso, eu falei: “quando?” Ele respondeu: “Não sei. Vai ter um momento.”

“Eu acho que se o interesse é chegar lá dez pessoas ou meia dúzia de pessoas, ou oito pessoas para serem facilitadores e multiplicadores de um serviço você tem que dar treinamento pra essas pessoas. Eu acho que se ele mostrou alguns slides, no mínimo era pra disponibilizar pro município, pra replicar essas informações para os outros, sempre para os outros colegas que nós temos nas mesmas áreas aqui. Então, acho que nada mais do que o normal, isso ai nada mais é do que um caderno que você vai passar para os outros. Eu não posso tirar 100 profissionais e mandar 100 pra lá. Eu tiro 5 e os 5 vão replicar aqui, que foi o intuito do curso, isso não foi uma vez. A primeira... eu pedi duas vezes... a terceira vez eu nem fui mais na aula. Eu acho que isso é um absurdo. Eu acho que uma coisa dessa não pode crescer. Então não convida ninguém, né.”

“Eu achei que estava muito teórico o curso, também foi muito quadradinho o curso, faltou um pouco mais de relação entre o pessoal, faltou algumas coisinhas, alguma... formatação do curso eu achei que não foi muito interessante. Poderia ser um pouco mais prático.”

“Tiramos todo mundo do atendimento, foi todo mundo lá passar o dia inteiro pra montar essa equipe, e essa equipe não vingou porque o projeto não vingou... hoje se me pedir pra tirar toda a equipe eu não tiro, eu não tiro como secretário.”

Após certo período - na fase de capilarização do PAIM-Boca nos municípios - o mesmo gestor novamente apoiou o desenvolvimento das ações de matriciamento e sensibilização no município de Artur Nogueira, entretanto a implantação do Programa foi mais uma vez comprometida, dessa vez, devido a interrupção dos trabalhos da equipe do hospital de referência.

Diante de todas as dificuldades encontradas para implantação do PAIM-Boca nesse município, descritas em documentos do Programa, no relato observacional, na narrativa do grupo focal dos profissionais de saúde e na entrevista do gestor, pode-se dizer que o processo de implantação não se desenvolveu de forma a promover mudanças significativas para organização da atenção à saúde relacionada ao problema do câncer bucal.

- Constituição da Equipe de Referência e Qualificação Profissional

Na perspectiva de favorecer o diagnóstico precoce do câncer bucal e garantir acesso ao tratamento em tempo oportuno aos pacientes do município, foi constituída uma equipe de referência para abordagem do problema do câncer bucal com 02 dentistas que atendiam na rede de atenção básica; 01 enfermeira que era coordenadora de assistência da Secretaria de Saúde; 01 médica que atuava na rede de atenção básica; 01 fisioterapeuta e 01 fonoaudióloga do Centro de Especialidades, 01 psicóloga que trabalhava no Ambulatório de Saúde Mental; 01 assistente social que realizava atendimentos exclusivos na área da saúde.

Os profissionais da equipe de referência do município participaram de alguns encontros de aprimoramento profissional no HMMG, mas após o terceiro encontro foram impedidos de participar das atividades, por decisão do antigo coordenador de saúde bucal e secretário de saúde pelos motivos citados anteriormente - dificuldades para liberar os profissionais sem comprometer a rotina de atendimento à população e por discordar da forma como o hospital estava conduzindo as atividades de aprimoramento profissional.

Apesar dos profissionais da equipe do município sentirem a necessidade de maior conhecimento sobre o problema do câncer bucal, os mesmos não puderam participar de todas as ações de aprimoramento do PAIM-Boca e não conseguiram disseminar o conhecimento sobre o tema na rede local de saúde.

Ao analisar a participação dos profissionais do município nas ações de aprimoramento e avaliar a implantação do PAIM-Boca em Artur Nogueira fica evidente que o Programa merecia ajustes, e várias sugestões e alterações foram feitas ao longo do seu desenvolvimento, mas a gestão municipal acabou interrompendo as ações de implantação precocemente e, mais tarde, quando tentou retomar o processo de implantação do PAIM-Boca esbarrou com a descontinuidade das ações no hospital de referência.

- Organização do Fluxo Municipal de Referência para encaminhamento dos pacientes

O município de Artur Nogueira não possui recursos tecnológicos para diagnosticar e tratar o câncer bucal. Dessa forma, para garantir o cuidado necessário ao problema do câncer bucal o município contava com apoio de profissionais de outros serviços da região. A suspeição do câncer bucal era realizada por profissionais do próprio município, principalmente pelos dentistas durante a campanha de vacinação do idoso. Diante da suspeita, os casos eram encaminhados para um dentista de um município vizinho que solidariamente realizava a confirmação diagnóstica e nos casos positivos buscava o acesso para o tratamento em serviços especializados da região, valendo-se principalmente de seus contatos pessoais.

Os profissionais da equipe municipal relataram que nenhuma ação formal de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca era realizada no município, além das ações de promoção de saúde bucal nas escolas e da triagem de lesões bucais durante a campanha de vacinação do idoso

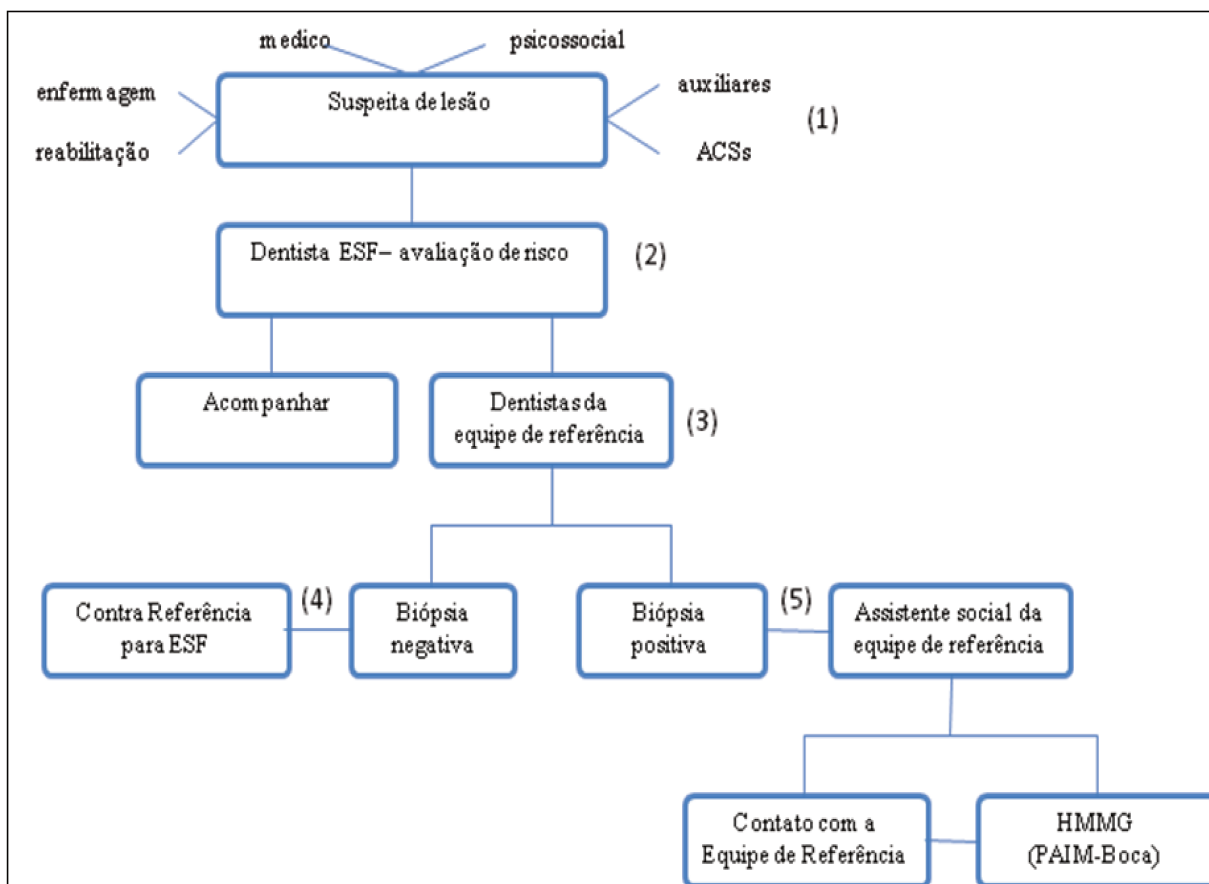
(“... tem um dentista e um auxiliar de odonto, mas todos os pacientes são encaminhados para sala de odonto para avaliação bucal.”). Os profissionais ainda apontaram algumas dificuldades para diagnosticar e assistir os casos de câncer bucal *(“... a gente tem algumas dificuldades em conseguir algumas referências, inclusive alguns exames, só se lutar bastante, mas consegue, mas a gente também tem toda a logística aí, do transporte em relação a isso.”)* e relataram que não conseguiam acompanhar a evolução dos pacientes após o diagnóstico, além de apontarem a falta de capacitação profissional para o adequado manejo desses pacientes nos serviços locais de saúde.

Mesmo com a breve participação dos profissionais da equipe de referência do município nos encontros de aprimoramento profissional e diante da dificuldade inicial encontrada para replicar as informações no município, os gestores concordaram em retomar as atividades de implantação do Programa e com apoio matricial da equipe do hospital de referência, em março de 2010, novamente reuniram os profissionais da equipe do município na tentativa de melhorar a atenção relacionada ao problema do câncer bucal.

A partir dos encontros de apoio matricial, os profissionais e gestores reconheceram o potencial do município e fizeram algumas sugestões para organizar a atenção a partir da ampliação do fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos casos suspeitos e/ou diagnosticados com câncer bucal. O novo fluxo buscava aproximar o cuidado dos pacientes utilizando o máximo dos recursos disponíveis na rede local de saúde.

O novo fluxo (Figura 10) proposto para o atendimento e encaminhamento dos casos do município sugeria que a suspeita do câncer bucal poderia ser feita em qualquer serviço de saúde e por qualquer profissional (1), com garantia de atendimento prioritário para avaliação dos dentistas das unidades de saúde da família (2). Após a avaliação odontológica, se a suspeita de lesão maligna fosse mantida, o caso deveria ser encaminhado, com atendimento prioritário, aos dentistas da equipe de referência para avaliação e se necessário

realização de biópsia, com kits para realização do exame adquiridos pelo próprio município (3). Nos casos onde o resultado da análise anátomo-patológica fosse negativo, os pacientes deveriam seguir em acompanhamento com o dentista da ESF (4). Se positivo o resultado da biópsia, o paciente deveria ser encaminhado para a assistente social da equipe de referência que identificaria suas necessidades iniciais, o orientaria sobre atendimentos realizados no município (apoio psicossocial, reabilitação, acompanhamento médico e odontológico) e o encaminharia para tratamento do câncer no hospital de referência do PAIM-Boca (5). A assistente social seria a responsável pela coordenação do cuidado desses casos, tentando atender o máximo das necessidades de saúde no próprio município e compartilhando o cuidado com os profissionais do hospital de referência.



Fonte: Relatório de atividade de apoio matricial realizada no município de Artur Nogueira, 2010.

Figura 10- Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Artur Nogueira.

Ao organizar o novo fluxo de referência, o grupo, também, sugeriu o desenvolvimento de ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca dirigidas a grupos mais vulneráveis à doença, como palestras de orientação e busca ativa junto a grupos de tabagistas e etilistas.

- Capilarização do PAIM-Boca na rede municipal de saúde

Durante os encontros de apoio matricial, após construir o novo fluxo de referência, os profissionais da equipe de referência e o antigo coordenador de saúde bucal e secretário de saúde sugeriram que outros profissionais da saúde, além de dentistas, deveriam ser capacitados para suspeitar do problema (*“Geralmente o profissional que atende o paciente, ele não suspeita de uma lesão. Na verdade ele nem questiona, a não ser o profissional dentista mesmo, mas os outros profissionais também podem fazer uma avaliação referente a uma lesão. É de boca, não se atentam a isso.”*).

Diante disso e com o objetivo de instituir o novo fluxo de referência na rotina de trabalho dos profissionais de saúde foram planejadas ações para divulgar o trabalho da equipe de referência do município e sensibilizar os profissionais da rede, pública e privada, de saúde sobre o adequado manejo do problema do câncer bucal.

Segundo o antigo coordenador de saúde bucal e secretário de saúde, o município poderia organizar-se internamente para atender os pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal (*“... o que precisa a gente pode fazer. Inclusive a primeira aula que teve estavam colocando uma série de coisas que seriam importantes. Nós compramos kits para fazer as biópsias no município, comprei tudo.”*), mas necessitava da retaguarda do hospital de referência para garantir o atendimento a todas as demandas dos pacientes, deixando evidente a dependência do município de outros pontos da rede com maior concentração tecnológica para a continuidade da atenção.

- Sensibilização dos Profissionais da Rede Saúde

Os gestores de saúde, com apoio dos profissionais da equipe de referência do município fizeram uma tentativa de organização a rede interna de saúde para enfrentar o problema do câncer bucal. A equipe de referência foi

constituída, um fluxo de referência mais ampliado foi desenvolvido, ações de divulgação e sensibilização foram propostas, mas sem o apoio direto dos profissionais da equipe do hospital de referência, as ações propostas não se efetivaram na prática.

O objetivo inicial das ações propostas era divulgar o novo fluxo e o trabalho da equipe de referência. E, através da realização de palestras sensibilizar os profissionais da rede de saúde sobre a organização do trabalho em rede e sobre os principais fatores de risco e sinais e sintomas do câncer bucal. Porém, registros do Programa demonstram que apenas uma palestra sobre “a organização do trabalho em rede”, realizada na semana da saúde, foi desenvolvida no município em conjunto com a apoiadora de implantação do PAIM-Boca.

Com a interrupção das atividades do Programa no hospital de referência, incluindo a atividade de apoio matricial, os profissionais da equipe municipal relataram que não reuniram-se mais no município e as atividades propostas para implantação do PAIM-Boca cessaram. Os profissionais da equipe de referência do município ainda apontaram que não sentiam-se capacitados para desenvolver as ações de sensibilização com autonomia (*“...a gente nem estava com a formação necessária.... em termos de aprendizado, para poder passar esse conhecimento...”*).

Com a necessidade de maior capacitação dos profissionais da equipe de referência e o curto período de apoio matricial, aproximadamente seis meses, a capacidade de capilarização do Programa no município foi baixa, praticamente nula.

- Comunicação e Coordenação das Ações

O município de Artur Nogueira era totalmente dependente de outros pontos da rede com maior concentração tecnológica para garantir a assistência básica necessária ao problema do câncer bucal. Porém, a rede instituída para

atender as necessidades da população, não era aquela sugerida pelo DRS7 e sim uma rede constituída a partir das relações interpessoais.

Segundo o antigo coordenador de saúde bucal e secretário de saúde do município, a rede formal, sugerida pelo DRS7, era muito burocrática e pouco resolutive (“... *pelo DRS você não pode mandar pro destino, tem que mandar pra central de vaga e a central de vaga vai achar um destino. Enfim era confuso demais, era confuso demais, tentamos achar uma saída, não foi encontrado essa saída, então fizemos uma saída que é a tradição, entendeu hoje a gente não tem mais tanto problema.*”). Pelo DRS7 o acesso ao tratamento era o nó crítico da rede, podendo demorar alguns meses.

O próprio gestor reconheceu a fragilidade dessa rede (“*É a rede” ching ling. É tudo informal... de fio de bigode. É uma rede frágil.*”), mas diante da dificuldade de acesso pela regulação formal e sensível ao sofrimento dos pacientes (“... *perdi meu pai de câncer há pouco tempo. Eu sei o quanto é difícil isso... é muito difícil como ser humano. Você vê a necessidade do paciente, sabe que ele vai morrer e não tem o que fazer.*”) preferia utilizar as vias informais, no caso o dentista do município vizinho fazia o diagnóstico de câncer bucal e facilitava o acesso ao tratamento por ter contato pessoal com profissionais de serviços de referência da região.

Dessa forma, o tempo médio decorrido entre a suspeição, a confirmação diagnóstica e o início do tratamento era de aproximadamente 40 dias (“*uns 20 dias para fazer a biópsia, mais 4 dias para fazer os exames complementares e para acesso ao tratamento, a partir da biópsia, levam mais uns 20 dias.*”), muito mais ágil que a via formal de regulação. Com a questão do acesso equacionada, os profissionais da equipe de referência do município relatam que a única dificuldade do município era a contra-referência dos casos encaminhados (“... *perdemos o seguimento desses pacientes e não sabem como os casos evoluíram.*”). O gestor reconheceu, também, que o município perdia o seguimento dos pacientes, principalmente pela falta de comunicação com os serviços de referência para tratamento (“... *daí pra frente o tratamento segue com*

outros... com o outro lado e não chega para nós, nunca chegou.”). Apesar da rede informal garantir acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, a rede não tinha potência para produzir o cuidado compartilhado.

Diante dessa realidade, o PAIM-Boca surgiu para os gestores do município como uma possibilidade de ampliar o acesso aos cuidados necessários ao problema do câncer bucal, capacitar a rede local de saúde para o adequado manejo do problema e compartilhar do cuidado em rede, o que não se concretizou em Artur Nogueira (*“Educação continuada, uma educação permanente, a gente quer isso.”*). A única mudança observada após a implantação do Programa foi a organização do município para realização do diagnóstico do câncer bucal, com os dentistas da equipe de referência fazendo a confirmação diagnóstica, utilizando kits adquiridos pelo próprio município.

Os profissionais e gestores do município informaram que encaminharam um paciente, que teve o diagnóstico realizado pelo dentista do município vizinho já em fase avançada da doença (estadio III), porém relataram que não houve nenhuma contra-referência. O antigo coordenador de saúde bucal e secretário de saúde, ainda relatou que o paciente encaminhado faleceu antes mesmo de realizar o procedimento cirúrgico para ressecção do tumor, enquanto aguardava a realização do exame de tomografia, que estava com tempo médio de espera de três meses no hospital. O gestor queixou-se da falta de comunicação, pois se o município fosse informado sobre a necessidade de realização do exame poderia tê-lo viabilizado num período aproximado de uma semana.

Apesar das dificuldades encontradas na tentativa de implantar o PAIM-Boca, os profissionais da equipe de referência do município demonstraram valorizar a proposta (*“... o espírito, a alma do Programa foi boa, o problema foi que não deu continuidade, por algumas coisinhas.”*). Os profissionais ainda demonstraram o desejo de participar, pertencer a algo, tanto para garantir o cuidado aos pacientes, quanto para organizar a atenção no município (*“Então, insisto em dizer que uma referência para gente é muito importante.”*), porém destacaram a necessidade de planejar as ações de forma conjunta.

Para o antigo coordenador de saúde bucal e secretário de saúde, o Programa não correspondeu às expectativas para articulação do trabalho em rede e destacou a necessidade da construção de propostas que se desenvolvam a partir das necessidades e realidades locais (“... *precisa de uma proposta que não venha de cima para baixo... é preciso ver as necessidades e as carências dos municípios...*”).

Ao final da avaliação no município, os responsáveis pela organização da assistência à saúde informaram que continuavam conduzindo os casos de câncer bucal utilizando a rede informal (“*rede ching ling*”, “*rede de fio de bigode*”), centrada basicamente na odontologia do município, na solidariedade do dentista de referência do município vizinho e na regulação profissional para garantia do acesso.

4.2.3- A Implantação no Município de Cosmópolis

A região do Funil, como se chamava originalmente o município de Cosmópolis, surgiu por volta de 1892, com a construção de uma estrada de ferro e a formação de uma colônia Suíça, com a chegada das primeiras famílias em 1898. Como algumas famílias suíças não se adaptaram ao território, o governo permitiu a entrada de outros imigrantes, como alemães, austríacos, russos, portugueses, entre outros na colônia. Fato que modificou a denominação do distrito para Cosmópolis, por abrigar ampla gama de cidadãos de diferentes nacionalidades. Tendo como principal atividade sócio-econômica a lavoura de cana de açúcar, o território foi elevado à categoria de município em 1945 (IBGE, 2013).

De acordo com os dados do Censo de 2010 o município possui uma população de 58.827 habitantes, com um rendimento médio per capita de R\$ 870,98, representando o segundo menor rendimento da região (IBGE, 2013).

Durante o período de estudo, o município apresentava uma rede de saúde estruturada com 08 UBS, 01 Hospital Geral, 01 Farmácia Central, 01 Centro de Reabilitação, 01 CAPS, 01 Centro de Vigilância Epidemiológica, 01 Centro de

Vigilância em Saúde e 01 Centro de Controle de Zoonoses. Em junho de 2012 foi inaugurado no município o Centro de Especialidade Odontológica, através do Programa Brasil Sorridente, em uma parceria entre administração municipal e governo federal.

Cosmópolis é um município de pequeno porte, com uma rede de saúde constituída por serviços de baixa e média complexidade, necessitando recorrer a serviços de referência da região para realização de procedimentos de maior complexidade, como é o caso do tratamento do câncer bucal.

- Implantação do PAIM-Boca no município

A proposta do PAIM-Boca foi acolhida pela equipe de gestão do município de Cosmópolis (secretário de saúde, diretor de saúde, coordenadora de educação permanente, coordenador de saúde bucal), mas só foi implantada com apoio de um dentista da rede local de saúde, que por sua formação profissional - especialista em estomatologia e patologia oral - e sua dedicação ao problema do câncer bucal, já realizava o diagnóstico diferencial e acompanhamento dos casos, sendo inclusive referência “informal” para alguns municípios vizinhos.

Como Cosmópolis já tinha uma “microrrede” que funcionava pela regulação profissional, centrado na figura de um dentista que coordenava o cuidado dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal, a equipe de gestão do município optou por manter a organização da atenção da maneira como funcionava tradicionalmente, mas fez a tentativa de ampliar o apoio ao dentista envolvendo outros profissionais no cuidado aos pacientes e tentou encaminhar alguns casos para tratamento no hospital de referência do Programa.

Valorizando o trabalho desenvolvido pelo dentista que já era referência para a questão do problema do câncer bucal, a equipe de gestão do município fez questão de incluí-lo em todas as discussões do PAIM-Boca, sendo este o grande apoiador da implantação Programa em Cosmópolis. Reconhecendo sua

qualificação e experiência profissional, segundo documentos oficiais do Programa o dentista, também, foi convidado para participar das ações de capacitação desenvolvidas no hospital de referência, como facilitador da discussão sobre “Diagnóstico do câncer de boca e o papel dos diferentes níveis de atenção à saúde”.

Esse profissional demonstrou sentir-se reconhecido pelo seu trabalho, satisfeito com a possibilidade de compartilhar o cuidado com profissionais de outras áreas da rede de saúde e desejoso em relacionar-se com um serviço de referência para tratamento capaz de garantir acesso qualificado e em tempo oportuno aos casos diagnosticados, o que não se consolidou após a implantação do Programa.

- Constituição da Equipe de Referência e Qualificação Profissional

Ao aderir à proposta do PAIM-Boca, a equipe de gestão do município apontou o restrito quadro de recursos humanos da Secretaria de Saúde como uma dificuldade para implantação do Programa e, principalmente, para constituição e qualificação da equipe de referência. Por exemplo, não havia no município profissional da área da nutrição e da saúde mental com disponibilidade para integrar a equipe, assim como encontraram dificuldades para liberar os profissionais para participar das ações de aprimoramento sem comprometer o atendimento à população.

Mesmo assim, na tentativa de ampliar o trabalho desenvolvido pelo dentista de referência, o coordenador de saúde bucal convidou profissionais de diferentes áreas a compor uma equipe multiprofissional de referência para atendimento dos pacientes com câncer bucal do município e conseguiu reunir um grupo disposto a trabalhar a questão do câncer bucal composto por: 01 enfermeira, da mesma UBS onde atuava o dentista; 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga e 01 terapeuta ocupacional do Centro de Reabilitação;

e 01 técnica de saúde bucal que trabalhava na mesma UBS do dentista e da enfermeira.

Esses profissionais não participaram dos encontros promovidos no HMMG, mas reuniram-se duas vezes no município, durante as atividades de apoio matricial. Nessas atividades os profissionais tiveram a oportunidade de conhecer o trabalho dos outros profissionais e discutir como poderiam contribuir para oferta do cuidado integral nos casos de pacientes com câncer de boca. Os profissionais reconheceram a importância de atender, o máximo possível, das necessidades de saúde dos pacientes em serviços próximos de suas residências, desde a suspeição, passando pelo diagnóstico, tratamento e reabilitação (*“muito importante na parte do câncer de boca porque existe sequelas e precisa fazer o paciente voltar a mastigar, comer”... “E aí a gente fica naquela coisa, de que a gente vai fazer e... pra família...”*) e identificaram o potencial do município para garantir o cuidado a algumas necessidades (*“a reabilitação poderia ser realizada aqui, mas os pacientes não são encaminhados, né.”*).

A partir da análise das atas das atividades de apoio matricial, observamos que os profissionais da equipe constituída no município pactuaram os atendimentos que poderiam ser oferecidos na rede local de saúde e se organizaram para trabalhar de forma conjunta com o dentista de referência, ampliando as ações já desenvolvidas no município. Porém, os profissionais relataram que apenas a técnica de saúde bucal e a enfermeira, que atuavam na mesma UBS onde trabalhava o dentista, conseguiram trabalhar de forma conjunta.

Na avaliação da implantação do Programa no município, os profissionais sugeriram a inclusão de um profissional da saúde mental e do serviço social na equipe para coordenar os casos diagnosticados com câncer bucal e facilitar a comunicação entre os diferentes pontos do sistema de saúde (*“Se tivesse uma pessoa... fazendo essa parte de referência, contra-referência, setor de problemas, retornos... às vezes ia ser diferente.”*).

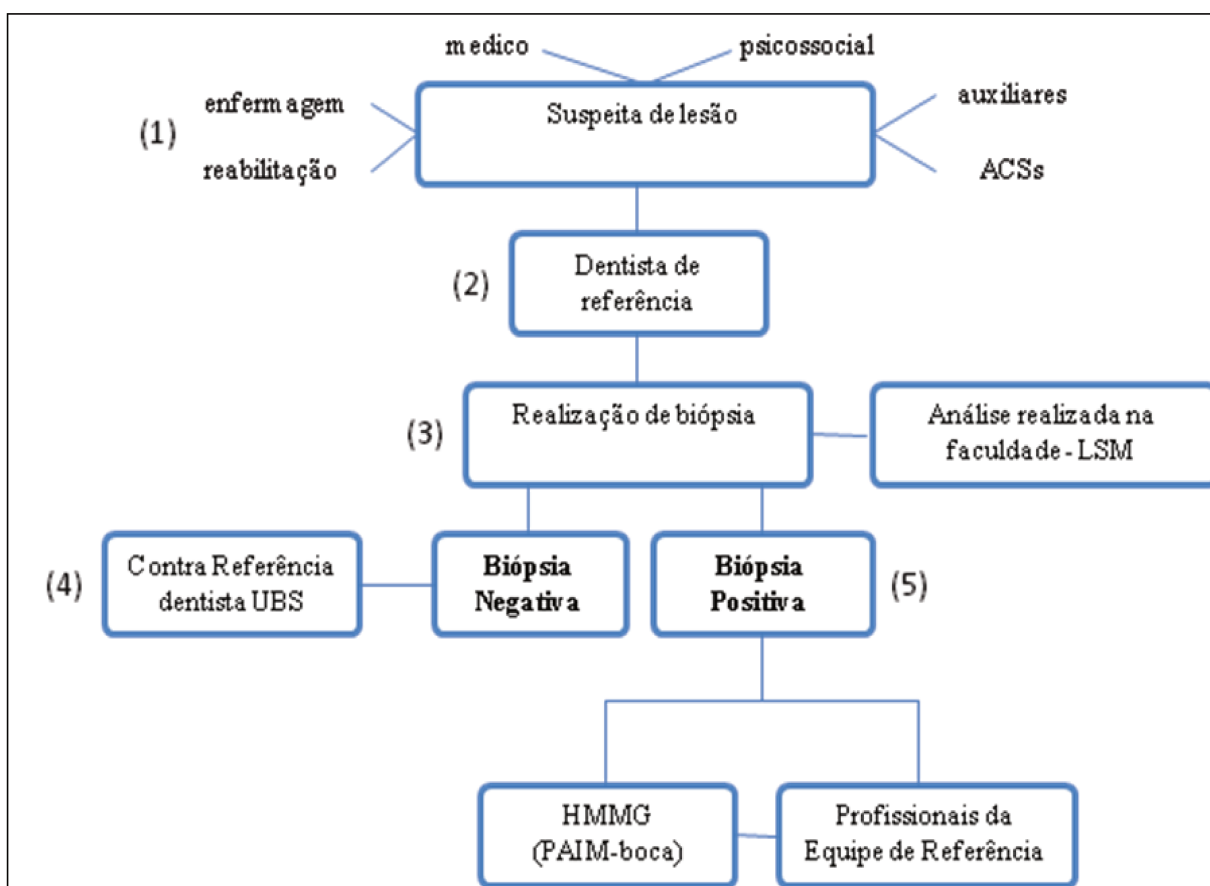
Ao analisar as informações sobre o processo de implantação do PAIM-Boca no município de Cosmópolis percebemos que com o quadro reduzido de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, os profissionais da equipe de referência tiveram dificuldades para participar das atividades de aprimoramento profissional e para trabalhar de forma conjunta em rede.

- Organização do Fluxo Municipal de Referência para encaminhamento dos pacientes

O dentista de referência descreveu que normalmente os dentistas da rede básica de saúde do município lhe encaminhavam os casos suspeitos de câncer bucal, ele reavaliava cada caso e, se necessário, realizava a biópsia. As biópsias realizadas no município eram analisadas pelo laboratório anátomo-patológico de uma faculdade da região (São Leopoldo Mandic - SLM), onde o dentista lecionava (*“Então eu tenho facilidade e acabo eu mesmo levando os exames também. Eu faço a biópsia e eu mesmo levo lá pra análise, e o diagnóstico sai muito rápido... uma semana...”*), além de solicitar antecipadamente exames pré-cirúrgicos (*“E outra coisa que eu tenho feito, não sei se isso é ético ou anti-ético, mas quando eu tenho certeza que é tumor ... já peço pra fazer Raio-X de tórax de várias posições, para levar o eletrocardiograma para ver a conduta do cardiologista, exames todos para operar. Até então deu certo e por isso que eu falo...se o cirurgião tiver lá uma foto no centro cirúrgico sabe o que faz.”*). Com a confirmação diagnóstica e exames em mãos pré-cirúrgicos, o próprio profissional buscava uma vaga para tratamento em serviços da região através de seus contatos profissionais (*“... encaminhamos até para Paulínia... é tem esse canal que não é nada oficial.”*). Durante a após o tratamento o dentista seguia acompanhando os pacientes no município.

Porém, mesmo com todo esforço desse profissional, o cuidado ficava restrito à área odontológica e nem sempre era possível atender a todas as necessidades de saúde dos pacientes (*“Não tinha esse fluxo estabelecido.*

Esse aí é um dos pontos que precisam ser melhorados. É... para onde encaminhar, referenciar esses pacientes e receber as contra-referências, além de criar um fluxo interno para a reabilitação.”). Dessa forma, durante a atividade de apoio matricial do PAIM-Boca, o dentista e os profissionais da equipe de referência do município reconheceram a necessidade de ampliar a organização da atenção e sugeriram um fluxo de referência (Figura 11) para o atendimento e encaminhamento dos casos suspeitos e/ou diagnosticados com câncer de boca, envolvendo profissionais de outros pontos da rede de saúde.



Fonte: Relatório de atividade de apoio matricial realizada no município de Cosmópolis, 2010.

Figura 11- Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Cosmópolis.

O fluxo proposto não alterou a configuração da rede local para o cuidado aos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal, apenas a referência de outras especialidades, disponíveis no município, foram incorporadas ao atendimento já realizado pelo dentista de referência. Qualquer profissional da rede de saúde poderia fazer a suspeição de lesão bucal maligna (1) e encaminhar os casos suspeitos para o dentista de referência, com atendimento prioritário (2). O dentista de referência avaliava cada caso e, se necessário, realizava a biópsia que era analisada no laboratório da faculdade SLM (3). Se a hipótese diagnóstica fosse descartada, o paciente era contra-referenciado para acompanhamento com o dentista da UBS de origem (4) e diante da confirmação diagnóstica, o paciente era encaminhado para tratamento, podendo utilizar a referência do hospital do PAIM-Boca e, se necessário, solicitar o atendimento de outro profissional da equipe de referência do município (5). Durante e após o tratamento o dentista de referência continuava acompanhando os pacientes no município.

Segundo os profissionais da equipe municipal e o coordenador de saúde bucal, o Núcleo de Educação e Saúde (NUES) era responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no município, dentre as quais desenvolvia o “Projeto Boquinha”, dirigido a crianças em idade escolar onde abordavam questões de higiene bucal, hábitos saudáveis e orientavam sobre os malefícios do tabaco e do álcool, além do “Projeto para Tabagistas” no qual o problema do câncer bucal era diretamente abordado.

O coordenador de saúde bucal ainda relatou que em todas as ações de promoção da saúde bucal organizadas pela Secretaria Municipal dentistas realizavam o rastreamento de lesões malignas, além da prevenção realizada durante a campanha de vacinação do idoso pelos dentistas da atenção básica.

- Capilarização do PAIM-Boca na rede municipal de saúde

No segundo encontro de apoio matricial, ao conhecer o trabalho desenvolvido pelo dentista de referência, refletir sobre a possibilidade de ampliar as ações desenvolvidas por esse profissional e desenvolver um fluxo mais ampliado para o atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal, a equipe constituída no município identificou a necessidade de capacitar os técnicos de reabilitação para o atendimento desses casos, assim como a necessidade de sensibilizar os profissionais da rede de atenção básica sobre o problema do câncer bucal.

Segundo o coordenador de saúde bucal, devido ao trabalho desenvolvido pelo dentista de referência, os dentistas da rede de saúde (21 dentistas), já estavam capacitados para realizar a suspeição do câncer bucal. Porém, concordou que outros profissionais da rede de saúde poderiam auxiliar na prevenção do câncer bucal, além dos dentistas (*"... enfermeiro e médico dificilmente olham boca. O médico quando ele passa pela boca, ele olha a garganta, né."*) e reconheceu a necessidade de orientar outros profissionais sobre o problema.

Nesse sentido, foram desenvolvidas no município algumas ações com o objetivo de orientar os profissionais da rede pública de saúde sobre o problema do câncer bucal e sobre o impacto do diagnóstico precoce na cura da doença e manutenção da qualidade de vida dos pacientes.

- Sensibilização dos Profissionais da Rede

Os profissionais da equipe municipal, junto com a equipe de gestão e com apoio da equipe do hospital de referência do PAIM-Boca planejaram a realização de palestras de sensibilização sobre a suspeição e a importância do diagnóstico precoce do câncer bucal envolvendo agentes comunitários, técnicos de saúde bucal, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem e médicos da rede de atenção básica à saúde do município.

Durante a atividade de apoio matricial do PAIM-Boca, em fevereiro de 2010, a apoiadora de implantação do Programa e a técnica de saúde bucal do hospital de referência foram facilitadoras numa palestra de orientação, dirigida a agentes comunitários, técnicos de saúde bucal e de enfermagem, sobre os principais fatores de risco, sinais e sintomas da doença e sobre a importância de promover a saúde bucal junto à população. Simultaneamente a esta ação, um dentista da equipe do hospital do Programa, orientou dentistas, enfermeiros e médicos do município sobre o diagnóstico diferencial do câncer bucal.

Segundo o coordenador de saúde bucal essa ação foi pontual e não resultou em mudanças no encaminhamento de casos suspeitos (*“Foi muito pontual. Foi muito pontual, não usou aquilo pra levar a diante. Sumiram. Às vezes foi até uma falha nossa. Falta de interesse, não sei.”*) e afirmou que em 2011, a Secretaria Municipal de Saúde estava capacitando os agentes comunitários sobre temas de saúde bucal e poderia retomar a questão do câncer bucal (*“a gente agora que está fazendo uma capacitação para os agentes comunitários... pra elas poderem entender, também, a saúde bucal dos pacientes, né.”*).

- Comunicação e Coordenação das Ações

Devido ao trabalho realizado pelo dentista de referência do município e a “microrrede” constituída através de seus contatos profissionais, o tempo médio decorrido entre a suspeição, confirmação diagnóstica e início do tratamento do câncer bucal era em média de 45 dias (*“... desde que suspeitam leva no máximo 2 semanas para ter o diagnóstico... para iniciar o tratamento leva um mês, no máximo.”* - coordenador de saúde bucal). Essa forma de encaminhamento se consolidou no município por ser considerada mais resolutiva que o encaminhamento feito pela Central de Regulação do DRS7.

O trabalho do dentista de referência garantia o acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, porém segundo o profissional a comunicação entre os diferentes pontos da rede era quase nula e o cuidado não era compartilhado com os profissionais de outras especialidades no município (*“... muito difícil um paciente que volta com contra-referência. Acho que eu nunca peguei. O paciente que dá a notícia.”*).

Para esse profissional, nos serviços de referência para tratamento e nos municípios deveria existir uma pessoa responsável pela referência e contra-referência dos casos (*“A gente profissional, não tem este tempo para ficar no telefone fazendo contato. Se tivesse uma pessoa... uma psicóloga fazendo essa parte de referência, contra-referência, setor de problemas, retornos... às vezes ia ser diferente... ou jogar para o serviço social, né... coitada... eu acho que nós não damos conta de todos esses serviços. Deveria ter uma pessoa só para isso. Por que a gente não tem tempo, né... eu às vezes não faço, também, por falta de tempo...”*).

Apesar da constituição da equipe de referência municipal e da instituição de um fluxo de referência mais ampliado para o cuidado dos pacientes no município, durante o grupo focal realizado no município ficou evidente que o cuidado não foi compartilhado a partir da implantação do Programa, pois nenhum paciente foi referenciado ou contra-referenciado para atendimento de outro profissional da equipe, que não o dentista (*“... não encaminham para gente... é encaminhado para outro lugar e ai vai fazer todo tratamento lá.”*), demonstrando a dificuldade de comunicação interna no município e, também, externa com os profissionais dos serviços de referência para o tratamento.

O coordenador de saúde bucal, informou que diante de algumas dificuldades, principalmente de comunicação, encontradas no encaminhamento de pacientes ao hospital de referência do Programa, o dentista de referência do município preferiu voltar a forma anterior de encaminhamento, utilizando seus contatos profissionais, como observa-se nas falas abaixo citadas:

“... o dentista, por um tempo tentou pelo PAIM e segundo o relato dele estava mais difícil do que ele conseguia fazer extra oficialmente...” (coordenador de saúde bucal).

“... foi por isso que o dentista reclamou, porque quando veio o PAIM, que era justamente para a gente mandar esse paciente... encaminhar esse paciente... e teve um paciente que já estava com estadiamento III para IV e depois de três meses não tinham feito nada com ele. Ele falou, se fosse aqui, em 2 semanas ele já estava operado por Paulínia.” (coordenador de saúde bucal).

“... aí ele não ficou muito contente não e até voltou para o velho esquema que tinha aqui, porque funcionava. E continua funcionando.” (coordenador de saúde bucal).

O dentista de referência do município encaminhou dois pacientes para tratamento no hospital de referência do Programa, um de um município vizinho (Artur Nogueira) e outro do próprio município, mas mostrou-se insatisfeito nas duas tentativas, como relatado a seguir.

No caso do paciente do município vizinho, o dentista de Cosmópolis foi o responsável pela confirmação diagnóstica e o encaminhou para tratamento no hospital de referência do PAIM-Boca, porém soube pela família do paciente que o mesmo morreu sem realizar o tratamento cirúrgico. No hospital foi solicitado um exame de tomografia para planejamento do procedimento cirúrgico, mas como o aparelho do hospital estava quebrado, a espera foi superior a três meses e o paciente acabou evoluindo para óbito, antes mesmo de realizar o exame. O dentista pontuou que em nenhum momento a equipe do hospital fez contato com o município para tentar agilizar a realização do exame e acrescentou que se soubesse do problema teria conseguido agendar o exame rapidamente pelo município (*“... eu fiquei sabendo depois que travou a fichinha dele, porque eu mandei tudo como eu falei para você, tudo pronto, não sei porque travou.*

Travou porque o cirurgião pediu uma tomografia e o tomógrafo do hospital estava quebrado. Se eles tivessem me dado uma contra-referência eu tinha ligado pro secretário daqui e falava “olha está faltando uma tomografia para ele operar, vamos providenciar”. Providenciava e estava resolvido o problema. Só que se você não tem a contra-referência e fica sabendo depois de um tempão que o paciente ficou dependendo da tomografia para fazer a cirurgia. Falta de comunicação.”).

O dentista relatou que, dias antes da realização do grupo focal, havia encaminhado um paciente do município de Cosmópolis ao hospital de referência do PAIM-Boca, mas que não foi possível realizar o tratamento neste serviço (*“Então o paciente de 82 anos ele tem uma lesão grande e eu encaminhei ele primeiro para o antigo hospital do PAIM e não deu certo.”*). O dentista ainda fez uma tentativa de encaminhar o paciente ao HC/Unicamp, para um colega do serviço, mas mais uma vez o paciente não conseguiu acesso ao tratamento e o dentista estava bastante preocupado com sua condição de saúde (*“... ai eu encaminhei para a Unicamp porque ele já tinha o registro do HC/Unicamp, porque já tinha feito a campanha preventiva de próstata, né. Então como ele já tinha um HC aberto, falam: “ah então vai ser fácil”. Já voltou o paciente também... e a família me ligou dizendo que ele esta com dor, não está conseguindo comer. Eu falei até que ia deixar o telefone ligado se caso precisasse e mandei ele vir pra cá hoje.”*).

Foi a partir do acesso negado ao paciente do município, que o dentista soube da interrupção das atividades do PAIM-Boca no hospital de referência e mostrou-se bastante chateado com a falta de comunicação, que acabou comprometendo o acesso dos dois casos encaminhados ao serviço.

Cosmópolis se diferencia dos demais municípios da região por ter no quadro de colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde um profissional, o dentista de referência, qualificado e bastante dedicado ao problema do câncer bucal. O próprio profissional realizava o diagnóstico e, através de seus contatos

profissionais, constituiu uma “microrrede” que facilitava o acesso dos pacientes ao tratamento.

Para o futuro da atenção aos pacientes com câncer de boca, os profissionais da equipe do município apontaram a necessidade de maior investimento em prevenção, principalmente em campanhas anti-tabagismo e anti-etilismo. E, em relação ao tratamento, desejavam que o tempo de acesso ao tratamento cirúrgico e radioterápico fosse reduzido e que o cuidado se aproximasse mais dos pacientes, evitando o deslocamento à serviços muito distantes.

4.2.4- A Implantação no Município de Jaguariúna

O município surgiu às margens do rio Jaguari, nas proximidades de uma estação da Estrada de Ferro. O território era propriedade particular e com a construção de uma igreja em 1889 o núcleo urbano progrediu. A princípio era considerado um distrito de Mogi Mirim, apenas em 1953 foi elevado à categoria de município.

Conforme informações do censo de 2010, a população se constitui por 43.462 habitantes e apresenta o segundo maior o rendimento per capita (R\$ 1.155,15) da região (IBGE, 2013).

Jaguariúna é um município de pequeno porte e sua rede de saúde no período avaliado era composta por 06 Unidades Básicas de Saúde, 01 Ambulatório de Odontologia, 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Ambulatório de Especialidades Clínicas, 01 Hospital Geral, 01 Serviço de Fisioterapia, 01 Serviço de Fonoaudiologia, 01 Farmácia Central, 01 Centro de Vigilância Epidemiológica, 01 Centro de Vigilância em Saúde e 01 Centro de Controle de Zoonoses.

Durante a realização do estudo, observamos a potência do município de Jaguariúna para atender a maioria das necessidades de saúde de seus munícipes, contando com boa estrutura física e recursos humanos disponíveis na rede pública de saúde. Entretanto como a atenção primária não seguia o modelo da Estratégia de Saúde da Família, os profissionais acompanhavam apenas os pacientes que compareciam para atendimento nos serviços e a integração do Hospital Geral com o restante da rede de saúde era incipiente.

- Implantação do PAIM-Boca no município

A gestão do município garantia suporte aos munícipes quando necessário (transporte, alimentação, medicamentos), mas no caso dos pacientes com câncer o cuidado era centralizado no hospital de referência para tratamento, dificultando o atendimento de necessidades de saúde possíveis de serem atendidas no município.

Acreditando no potencial da rede municipal de saúde, a coordenadora de saúde bucal apresentou a proposta à secretária de saúde, que contando com o envolvimento de profissionais interessados em melhorar o cuidado aos pacientes com câncer bucal aderiu à proposta de implantação do PAIM-Boca.

A coordenadora de saúde bucal foi a grande apoiadora da implantação do Programa no município e, com apoio da gestão, identificou e convidou profissionais de diferentes áreas e serviços da rede municipal de saúde para compor uma equipe de referência para o atendimento de pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal. A coordenadora participou ativamente de todas as atividades de implantação do PAIM-Boca, liderando a equipe do município e estabelecendo bom vínculo com a equipe do hospital de referência.

Mesmo com a interrupção das atividades do PAIM-Boca no hospital de referência, a organização interna relacionada ao problema do câncer bucal, instituída a partir da implantação do Programa, continuou em funcionamento no município.

- Constituição da Equipe de Referência e Qualificação Profissional

Além da coordenadora de saúde bucal que atuava como dentista do Ambulatório de Odontologia Municipal, a equipe de referência constituída contava com mais uma dentista que trabalhava no mesmo serviço; uma médica que atendia numa UBS e no Serviço de Atendimento Domiciliar; um enfermeiro que coordenava uma UBS; uma assistente social que atuava no Ambulatório de Saúde Mental; uma nutricionista que apoiava os serviços de saúde do município; uma psicóloga que apoiava as unidades de atenção básica; uma fonoaudióloga do Serviço de Fonoaudiologia; e uma fisioterapeuta que atendia os servidores da prefeitura.

A equipe de referência constituída participou das ações de aprimoramento profissional, elaborou e divulgou o fluxo de atendimento e encaminhamento dos pacientes do município, além de oferecer suporte local para o cuidado dos pacientes. A equipe se organizou de forma coesa e participativa, sendo capaz de propor e executar ações para melhorar as condições do cuidado a pacientes com câncer de boca.

Para o grupo, as ações de aprimoramento contribuíram para o adequado manejo dos pacientes (*“Foi fundamental para a gente renascer das cinzas... você tem outro olhar hoje, né. Assim, para um acolhimento, receptividade, né. A gente não tinha aquela noção da gravidade, então assim, quando eles chegam desesperados e nos procuram, eles têm uma necessidade especial, né: “eu tô com uma feridinha na boca... tô preocupada”*) e, também, para a valorização dos profissionais, que não trabalham junto à tecnologia mais densa dos equipamentos, mas que estão mais próximos aos pacientes e conhecem a realidade local (*... ficou muito mais profissional mesmo... eu acho que nós conseguimos abrir... transparecer nosso profissionalismo.”*).

O grupo de profissionais reconheceu a relevância do Programa, mas salientou a importância da sua manutenção, continuidade (*“O projeto não pode morrer, não pode. Ele é muito importante.”*) e considerou que o tempo de estágio,

contato com a prática junto com os profissionais do hospital de referência deveria ser maior e ampliado para todas as áreas técnicas envolvidas no cuidado aos pacientes, pois somente os dentistas, médicos, psicólogos e fonoaudiólogos realizaram estágio. O grupo, ainda, apontou que a discussão de casos clínicos, identificados nos municípios, deveria ser permanente e mostraram-se interessados em conhecer outras realidades para partilhar as formas de organização do cuidado (*“... há muitos anos a gente trabalha na prefeitura e está sendo muito importante e interessante a gente conhecer os outros municípios. Nem sempre a gente tem a oportunidade de fazer essa troca...”*).

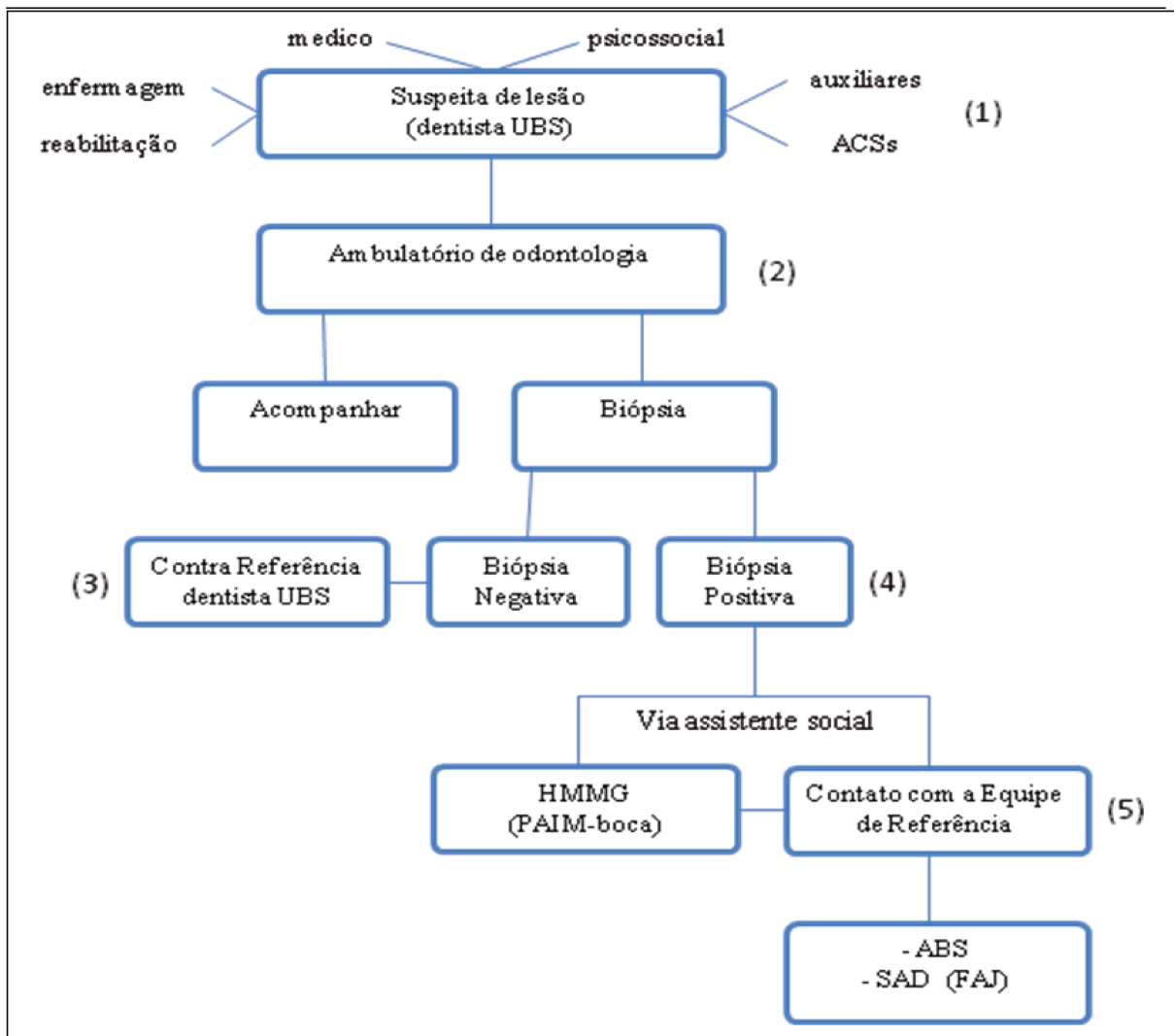
- Organização do Fluxo Municipal de Referência para encaminhamento dos pacientes

Segundo os profissionais da equipe municipal, em Jaguariúna, antes da implantação do PAIM-Boca, não havia um fluxo pactuado para o encaminhamento e atendimento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer de boca. Os casos suspeitos eram encaminhados para diagnóstico e tratamento nos serviços de referência, via central de regulação do próprio município, que encaminhava os pacientes para o primeiro serviço que ofertasse uma vaga, isso porque a central de regulação do DRS7, muitas vezes, tinha dificuldades para garantir o acesso dos pacientes em tempo oportuno.

A partir das ações de aprimoramento profissional do PAIM-Boca, as dentistas da equipe de referência relataram que começaram a realizar o exame de biópsia no próprio município, utilizando kits para realização do exame adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde, dependendo dos serviços de referência somente para avaliação dos casos mais complexos (*“ chamou a atenção e então a gente ficou com o olhar mais preparado para o diagnóstico diferencial, daí pra frente não são todas as biópsias que nós encaminhamos... as pequenas nós realizamos aqui. Claro que biópsias maiores a gente não tem condições, procedimento cirúrgico, mas assim, todas que nós tivemos, 99,99%, a gente conseguiu o objetivo esperado.”*).

Durante a atividade de apoio matricial, os profissionais da equipe do município e a apoiadora de implantação do PAIM-Boca, organizaram um fluxo de referência (Figura 9) para o encaminhamento e atendimento dos casos do município, indicando também o acompanhamento e retorno desses pacientes para o cuidado possível de ser garantido no próprio município. A coordenadora ressaltou que o fluxo foi organizado buscando garantir acesso prioritário aos casos suspeitos, com vistas a agilizar o acesso ao diagnóstico e tratamento (*“E a gente, também, tem horário de imediato pra quem está com lesão suspeita, lá no Centro de Odontologia. Ele entra como caso de urgência e ele é examinado no momento que ele chegou, não tem a espera.”*).

Após a construção do fluxo (Figura 12) o mesmo foi divulgado, pelos profissionais da equipe, aos serviços da rede local de saúde e sugeria que os casos suspeitos de câncer bucal fossem encaminhados por qualquer profissional para avaliação dos dentistas das UBSs (1). O casos em que os dentistas mantivessem a suspeita tinham atendimento prioritário no Ambulatório de Odontologia Municipal, onde as duas dentistas da equipe de referência avaliavam a lesão e, se necessário e possível (exceto lesão muito extensa e/ou de difícil acesso e que necessitasse de procedimento em centro cirúrgico), realizavam a biópsia na mesma ocasião (2). No caso de diagnóstico negativo o paciente voltava para o acompanhamento na atenção básica de saúde (3), se o diagnóstico fosse confirmado o mesmo era encaminhado para a assistente social da equipe de referência, que identificava as necessidades do paciente e coordenava o cuidado (4), incluindo o encaminhamento para tratamento no hospital de referência do Programa. Dependendo das necessidades de cada paciente, durante o tratamento o mesmo e seus familiares poderiam ser acompanhados no município pelos profissionais da equipe de referência, ou pela equipe do Serviço de Atendimento Domiciliar (5).



Fonte: Relatório de atividade de apoio matricial realizada no município de Jaguariúna, 2010.

Figura 12- Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Jaguariúna.

As ações de promoção de saúde bucal e prevenção do câncer de boca, também, foram intensificadas no município. Segundo os profissionais da equipe de referência, a partir da implantação do PAIM-Boca, a ação chamada “Mutirão da Saúde nos Bairros”, onde dentistas orientavam a população sobre

higiene oral e realizavam o exame bucal, que acontecia semestralmente tornou-se mensal. A médica e psicóloga da equipe, também, passaram a abordar o tema do câncer bucal nos grupos de tabagismo, orientando os participantes sobre os fatores de risco e sinais e sintomas da doença. Ainda, nas campanhas de vacinação infantil, a exemplo da campanha de vacinação do idoso, os dentistas da rede de atenção básica à saúde começaram a realizar o exame bucal nos acompanhantes adultos.

- Capilarização do PAIM-Boca na rede municipal de saúde

Após a formação da equipe de referência e da instituição do fluxo de referência para o problema do câncer bucal, a coordenadora sugeriu que as ações deveriam ser capilarizadas no município (*“Acho que deveria... levar palestras pra cidade... Divulgar pra todos os dentistas da cidade. Uma maior divulgação.”*).

Os outros profissionais da equipe municipal concordaram com a coordenadora de saúde bucal e durante as atividades de apoio matricial, refletiram sobre a organização da rede local de saúde e quais estratégias seriam necessárias para tornar a questão do câncer bucal conhecida pelos profissionais da saúde.

A coordenadora de saúde bucal afirmou que a médica da equipe de referência ficou mais atenta à suspeição do câncer bucal e que a mesma multiplicou as informações sobre o problema do câncer bucal e sobre o trabalho da equipe de referência nas reuniões de médicos do município (*“... ela passou pro pessoal, pros médicos, que existe um programa, que se existe uma lesão e que é pra encaminhar pra gente... mesmo que ele não seja apto pra diferenciar, se ele suspeitou de alguma forma que está diferente, ele manda pra odontologia...”*). O enfermeiro, também, se prontificou a divulgar o trabalho da equipe, apresentar o fluxo instituído e alertar os colegas sobre o problema do câncer bucal numa reunião de coordenadores de UBS e a própria coordenadora

de saúde bucal, informou o otorrinolaringologista, do Ambulatório de Especialidades Clínicas do município, sobre as ações desenvolvidas relacionadas ao problema do câncer bucal.

No município uma faculdade (Faculdade de Jaguariúna - FAJ) era parceira da prefeitura para oferta de atendimento ambulatorial de fisioterapia, psicologia e cuidado de feridas, além de atendimento domiciliar. Dessa forma, a equipe de referência, também, considerou importante sensibilizar os professores e alunos dos cursos da área de saúde da faculdade sobre a organização do trabalho em rede e sobre o problema do câncer bucal.

- Sensibilização dos Profissionais da Rede Saúde

Com o objetivo de divulgar o trabalho da equipe de referência na rede local e orientar os profissionais de saúde do município sobre o adequado manejo dos casos suspeitos e/ou diagnosticados com câncer bucal, durante as atividades de apoio matricial foram organizadas, em parceria com o Centro de Ciências da Saúde da faculdade municipal, ações de sensibilização sobre o tema.

As ações aconteceram durante a semana de saúde da faculdade, em junho de 2010, onde alunos e professores da faculdade, além de profissionais da rede municipal de saúde foram convidados a participar de palestras nas quais profissionais da equipe do hospital de referência do Programa e outros profissionais convidados foram facilitadores de oficinas que abordaram os seguintes temas: “Integralidade do Cuidado e Redes de Atenção Integral”, “Integralidade do Cuidado em Oncologia”, “Cuidados Paliativos em Oncologia” e “Prevenção de Câncer de Boca”. Ao envolver os alunos na sensibilização, a expectativa era promover um olhar mais atento e ampliado para esse tipo de problema e para o trabalho em rede multiprofissional durante a fase de formação.

A coordenadora reconheceu a contribuição do PAIM-Boca e destacou que as ações desenvolvidas na linha da Educação Permanente ajudaram a

qualificar a rede local de saúde e defendeu a continuidade das ações (*“... foi de extrema importância pra gente, eu acho que abriu as portas pra gente. Uma conscientização melhor. Conseguimos mudar o fluxo que nós não tínhamos... Nós não temos a experiência depois do Programa, mas durante o Programa o paciente foi muito bem acolhido sim... A educação deveria ser continuada.”*).

Os profissionais da equipe, também, relataram que com a interrupção do trabalho da equipe do hospital de referência e, conseqüentemente, do apoio matricial as ações de sensibilização no município cessaram, ressaltando a potência do apoio matricial e seu papel indutor na organização e tessitura da rede.

- Comunicação e Coordenação das Ações

Com a organização interna do município para acompanhar os pacientes durante e após o tratamento e com a assistente social fazendo a coordenação do cuidado, muitas necessidades dos pacientes poderiam ser atendidas pela rede local de saúde. A equipe salientou que o município tinha capacidade de atender muitas necessidades dos pacientes, apontando o Ambulatório de Odontologia Municipal, o Hospital Geral e o Serviço de Atendimento Domiciliar como pontos estratégicos de apoio e afirmaram que a prefeitura tinha condições de atender as outras necessidades, além das necessidades de saúde (*“Assim, se precisar de transporte, carro especial... Seja lá o que for a cidade está muito bem suprida... A prefeitura tava fazendo até cartão de crédito pra dar para os pacientes [risos...] eles dão remédio... o aluguel... sabe eles dão uma assistência... É um paternalismo muito grande. Sabe, a prefeitura carrega no colo.”*).

Após a implantação do Programa no município, a coordenadora de saúde bucal afirmou que o acesso dos pacientes com lesão bucal suspeita ao diagnóstico e tratamento foi facilitado. Com os profissionais da rede atentos ao problema e orientados sobre como conduzir os casos suspeitos, a coordenadora

afirmou que o tempo médio decorrido entre a suspeição e confirmação diagnóstica era no máximo de 15 dias (*“Biópsia, 15 dias... 15 dias no máximo. Menos até, de 10 a 15 dias.”*), já o tempo médio decorrido entre o diagnóstico e o tratamento no hospital era de aproximadamente uma semana (*“Então depois do projeto também melhorou bastante, porque a gente tem também dois dias, segunda a tarde e quarta de manhã que está aberto para as pessoas chegarem com mais rapidez, porque antes demorava... iam para um sistema geral ver onde tinha vaga.”*), com encaminhamento direto da regulação municipal ao hospital de referência do PAIM-Boca.

A coordenadora ainda destacou a relevância do Programa para a prefeitura identificar e aproximar o cuidado dos pacientes (*“Você pode oferecer mais serviços próximos, pessoas de idade, não tem recursos, não tem... Embora a prefeitura traga, eles já vieram uma vez, espera o dia inteiro pra recolher todo mundo de volta, não é um taxi individual pra cada um. É complicado, né? O idoso passar o dia inteiro fora. Então, a partir do momento que você consegue fazer até a biópsia, isso fica mais fácil... Economizamos bastante... Economizamos, porque mandava o paciente pra cá, é uma economia também. Tempo pro paciente, porque muitas vezes eles não vinham.”*) e afirmou que a proposta de trabalho do PAIM-Boca otimizou a utilização dos recursos já existentes no município (*“Não precisou juntar recursos nenhum. A gente já tinha profissionais, era uma questão só de organizar.”*).

O fato de pertencer a um sistema capaz de responder as demandas impostas pela doença, também, foi valorizado pela equipe de referência do município (*“... é importante e a gente sabendo que esté pertencendo a alguma coisa... com drenagem, faz você se estimular a estar organizado, fazer diagnósticos e estar capacitados. E pertencer ao PAIM-Boca, sabe... ter participado foi muito bom.”*) e os profissionais demonstraram-se satisfeitos com a possibilidade de trabalhar em rede, de pertencer a um sistema, estarem ligados a serviços especializados e a outros municípios. O trabalho parece fazer mais sentido, se os profissionais não estiverem isolados no mundo do trabalho.

A coordenadora ainda relatou que com a experiência positiva da organização da atenção a pacientes com câncer de boca, a equipe de referência do município ampliou o cuidado a pacientes com outros tipos de câncer (*“Até nós já vimos outros tipos de câncer pra procurar...”*), porém demonstrou certa preocupação com a garantia do acesso ao tratamento diante da interrupção do Programa (*“Agora, eu não sei se eles veem agora isolados. Se o Programa de câncer de boca existe, se ele vai voltar, abrir as portas ou não.”*) e afirmou que até o momento da entrevista, dois pacientes com tumores benignos tinham sido encaminhados para tratamento, mas que a equipe do município ainda não tinha recebido o retorno de nenhum caso (*“... nós não pudemos testar essa equipe ainda, né? Foi até o dentista e parou.”*).

Apesar de estabelecer bom vínculo com os profissionais do hospital, a coordenadora avaliou a relação como regular, diante de algumas dificuldades de comunicação, principalmente na contra-referência dos casos encaminhados para tratamento (*“É muito boa, mas no sentido desse paciente estar voltando, nós não tivemos uma comunicação... eles teriam que te dar essa comunicação... Faltou a contra-referência... para avaliar... seria regular...”*). Segundo os profissionais da equipe de referência, para o município atender as necessidades dos pacientes possíveis no nível local, prescindia da boa comunicação com os serviços de referência, o que não ocorreu nos poucos casos encaminhados ao hospital de referência do PAIM-Boca.

Como desejos para o enfrentamento do problema do câncer de boca no futuro, o grupo de profissionais do município apontou o desenvolvimento de algumas ações educativas como primordiais. Desde a conscientização da população sobre tal problema, ações educativas para prevenção, capacitação dos profissionais da rede de saúde e inserção do tema na formação dos profissionais da área da saúde, possibilitando a formação de profissionais com a prática do trabalho em rede (*“... abramger também as faculdades que nós temos aqui, como a FAJ... desde quando sai da faculdade, também, já sai com a visão do câncer bucal, né.”*). Considerando a questão da comunicação interpessoal como forma

catalisadora das boas práticas em saúde e consolidadora do trabalho em rede, outro desejo, apontado pela coordenadora e pelos profissionais da equipe de referência do município, foi a contra-referência dos casos encaminhados para tratamento.

O desejo de continuidade das ações de sensibilização e aprimoramento profissional, especialmente de ampliação do estágio observacional no hospital de referência, além da garantia de acesso ao tratamento, também, foram apontados, demonstrando a dependência da retaguarda do serviço de referência e certa fragilidade da rede municipal em continuar a se fortalecer.

Apesar da interrupção das atividades da equipe do hospital de referência, o fluxo instituído no município para o atendimento de pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer de boca foi mantido, assim como a comunicação entre os profissionais da equipe municipal. Porém a equipe parou de se reunir no município para refletir sobre o trabalho em rede e discutir casos clínicos. Mesmo sem o apoio do serviço de referência, o município esforçou-se para garantir o atendimento integral aos pacientes, mantendo a organização interna para atendimento das necessidades possíveis no nível local.

4.2.5- A Implantação no Município de Nova Odessa

Território inicialmente habitado por quilombolas, mais tarde foi colonizado por imigrantes portugueses, russos, ietos e americanos, estes últimos intensamente fixados em Americana, município do qual inicialmente Nova Odessa era distrito. Em 1907, a construção de uma estação ferroviária promoveu o desenvolvimento, estimulando a cultura de cereais, frutas, algodão, avicultura e laticínios. A partir de 1940 houve um surto industrial, completando a prosperidade econômica da antiga colônia, conduzindo à sua emancipação em 1959 (IBGE, 2013).

Segundo o Censo Populacional de 2010, Nova Odessa possui uma população de 55.321 habitantes, com renda per capita de R\$ 938,17. Sua rede de saúde está estruturada em serviços de atenção primária e alguns de atenção secundária, dependendo dos serviços de referência da região para garantir atendimento das necessidades de saúde mais complexas de seus municípios (IBGE, 2013).

No período do estudo, a rede pública de saúde do município era composta por: 04 UBS, 01 Ambulatório de Especialidades, 01 Centro de Odontologia, 01 Centro de Reabilitação, 01 Hospital Geral, 01 Farmácia Central, 01 Unidade Móvel de Saúde, 01 Centro de Vigilância Epidemiológica, 01 Centro de Vigilância em Saúde.

- Implantação do PAIM-Boca no município

No caso do câncer bucal o município apenas realizava a suspeição da doença na rede pública de saúde e a proposta de implantação do PAIM-Boca foi acolhida pelos gestores e profissionais do município na perspectiva de organizar a rede interna para o adequado manejo do câncer bucal e, também, garantir acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.

O secretário de saúde aderiu à proposta de implantação do PAIM-Boca, mas a grande apoiadora do Programa foi a diretora de saúde que participou ativamente das ações realizadas durante o processo de implantação no município.

A coordenadora municipal de saúde bucal, também, apoiou a implantação do Programa, mas diante do protagonismo da dentista, convidada a integrar a equipe de referência constituída no município, deixou que essa profissional assumisse a coordenação das ações dirigidas ao problema do câncer bucal (*“... eu falei você acompanha que fica mais fácil do que você passar pra mim e volta pra você tal. Então, dei essa autonomia pra ela. Ela faz a biópsia, ela manda, logicamente, se precisar de alguma coisa que precisa de alguma*

interferência, ou de alguma coisa mais complexa daí ela vai entrar em contato pra gente estar conseguindo pra ela, né. Mas se é só fazer a biópsia e acompanhar o paciente daí ficou a cargo dela.”).

- Constituição da Equipe de Referência e Qualificação Profissional

Para reorganizar a rede interna de saúde, visando ampliar a atenção relacionada ao problema do câncer bucal o município não precisou fazer grandes investimentos. Reconhecendo a potencialidade de talentos locais, a diretora de saúde convidou alguns profissionais para compor uma equipe de referência para atendimento dos casos suspeitos e/ou diagnosticados no município.

Aceitaram o convite da diretora de saúde uma assistente social da área da saúde, uma dentista, da atenção básica; uma enfermeira de UBS; uma fisioterapeuta do Centro de Reabilitação; a fonoaudióloga, a nutricionista e a psicóloga do Ambulatório de Especialidades. Essas profissionais participaram das atividades de aprimoramento desenvolvidas no hospital de referência do Programa e demonstraram sentirem-se valorizadas diante do estímulo da gestão à qualificação profissional e, também, reconheceram a importância da intervenção multiprofissional no cuidado aos pacientes com câncer bucal (*“... esta sensibilização, este curso serviu mesmo para abrir a visão... Esta parte é do dentista, a gente tem aquela visão. Só dentista que tem que fazer isto. Só ele que tem que olhar a boca.”*).

A coordenadora de saúde bucal afirmou que a partir do aprimoramento profissional, a dentista da equipe passou a realizar o exame de biópsia e, assim, tornou-se referência para confirmação diagnóstica e acompanhamento dos casos do município (*“Hoje sim. A dentista é a responsável, a profissional de referência para os encaminhamentos dos casos.”*). A dentista da equipe assumiu a coordenação do cuidado dos pacientes no município e durante a atividade de apoio matricial demonstrou-se satisfeita e empoderada para trabalhar em rede

(“... o paciente saiu a partir de mim, mas se eu precisar de um auxílio dos clínicos ou de outros profissionais, também tem”).

De modo geral, as profissionais da equipe constituída no município reconheceram a contribuição das ações de aprimoramento, mas identificaram algumas falhas e fizeram sugestões para melhor desempenho do Programa, como a ampliação das discussões teóricas e acesso ao “*material didático*”, “*uma apostila*”, “*alguma bibliografia*”. Durante a realização do grupo focal, as profissionais aguardavam com grande expectativa a realização do estágio observacional, que se concretizou somente para a dentista, fonoaudióloga e psicóloga, devido a interrupção do trabalho da equipe do hospital de referência.

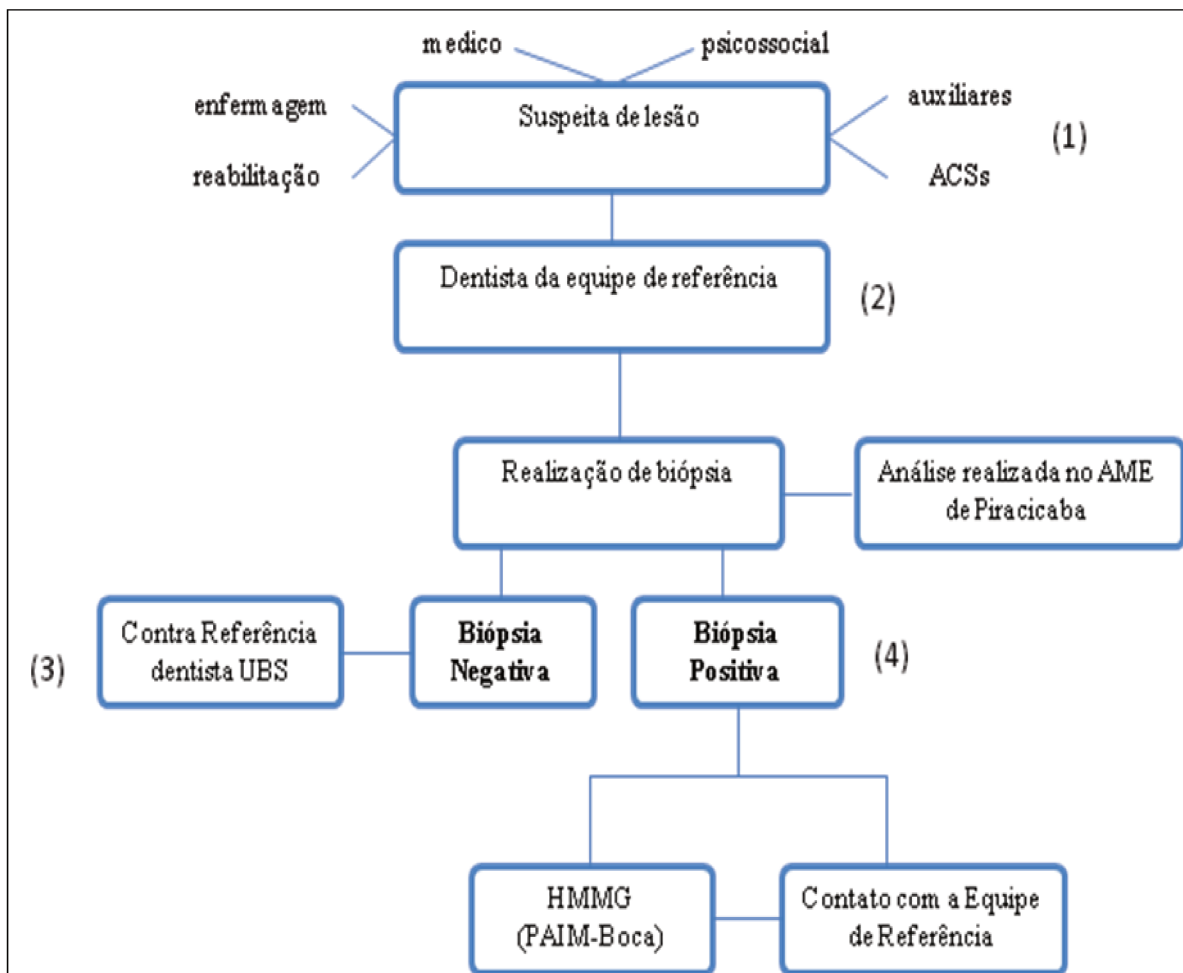
- Organização do Fluxo Municipal de Referência para encaminhamento dos pacientes

Segundo relato da coordenadora de saúde bucal e da dentista da equipe, antes da implantação do PAIM-Boca município tradicionalmente promovia a saúde bucal juntamente com as demais ações de promoção da saúde e fazia a prevenção do câncer bucal durante a campanha de vacinação do idoso. Diante de algum caso suspeito de câncer bucal, os pacientes eram encaminhados para avaliação diagnóstica na FOP (Faculdade de Odontologia de Piracicaba) que, também, realizava a exérese das lesões *in situ*. Nos casos de lesões mais avançadas o encaminhamento era feito para o HC/Unicamp, via DRS7.

Após a implantação do PAIM-Boca a rede interna foi reorganizada com o objetivo de ampliar a atenção relacionada ao câncer bucal no município, aproximar o cuidado possível aos pacientes, garantir acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno. Deste modo, os profissionais da equipe, com apoio da gestão municipal, pactuaram um novo fluxo (Figura 13) no qual os casos suspeitos eram encaminhados por toda a rede de saúde à UBS de atendimento da dentista da equipe de referência (1), que passou a encaminhar os

pacientes para o diagnóstico no Ambulatório de Especialidades Médicas (AME) de Piracicaba (2), nos casos de resultado negativo o paciente voltava para acompanhamento na UBS, a qual o paciente era adstrito (3). Diante da confirmação diagnóstica, o paciente era encaminhado para tratamento no HMMG e durante o tratamento o paciente era acompanhado pela dentista da equipe de referência, que diante de alguma necessidade solicitava encaminhamento para outros especialistas da equipe de referência (4).

Os profissionais da equipe afirmaram que no município não era realizada nenhuma ação específica de tratamento do câncer bucal, mas que a equipe auxiliava o paciente e sua família durante todo o processo de tratamento (*“... o paciente tem dúvida, ele vem e esclarece... às vezes a família. Eu tenho um paciente que está em tratamento e a família tem alguma dúvida... às vezes, não é nem dúvida é aquela questão de atenção de querer ter alguém como uma retaguarda. Eles passam por lá conversam”*).



Fonte: Relatório de atividade de apoio matricial realizada no município de Nova Odessa, 2009.

Figura 13- Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Nova Odessa.

Segundo a coordenadora de saúde bucal do município, o exame bucal passou a ser realizado em todas as ações de promoção da saúde (“... na campanha da gripe e em todas as ações de promoção... nós temos diversas campanhas que nós mandamos a Unidade Móvel e vai um dentista pra estar fazendo exame de câncer bucal.”) e foi incluído na programação da Unidade Móvel de Saúde (“Na primeira sexta é a vez é só câncer de boca. Segunda é outro tipo de câncer.”). A dentista da equipe, também,

relatou que passou a realizar a prevenção em grupos de tabagistas, hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros organizados na rede de saúde (“... *sempre que os Centros de Saúde e o Hospital têm algum grupo que vai ser formado, eles solicitam pra gente, né.*”).

A equipe do município, inclusive, produziu um DVD com vídeos de orientação de higiene bucal, de prevenção do câncer bucal e auto-exame da boca, além de outros temas da saúde para ser transmitido nas salas de espera dos serviços de saúde da rede municipal, pois todos os serviços possuíam TV e aparelho de DVD na sala de espera (“*É colocado, o DVD, como material educativo. É bem caseiro nos tiramos do Youtube.*”).

- Capilarização do PAIM-Boca na rede municipal de saúde

Durante a atividade de apoio matricial os profissionais da equipe de referência, junto com a apoiadora de implantação do PAIM-Boca refletiram sobre possíveis estratégias para orientar os profissionais da rede local de saúde sobre o adequado manejo dos pacientes com suspeita de câncer bucal, na perspectiva de atentar sobre o problema e evitar casos de diagnóstico tardio por falta de conhecimento.

Os profissionais da equipe de referência do município elaboraram uma carta de apresentação do trabalho da equipe e divulgaram o novo fluxo nos serviços da rede local de saúde, inclusive nos consultórios odontológicos da rede privada (“... *nós fomos em cada unidade falar do projeto, divulgar... Inclusive a gente pediu pros dentistas de clínicas particulares: suspeita manda, encaminha pra nós que nós temos quem faz essa avaliação... na dúvida encaminha pra ela.*”).

Outra estratégia adotada foi o desenvolvimento de palestras de sensibilização sobre os principais fatores de risco e sinais e sintomas da doença, desenvolvidas de forma conjunta com profissionais do hospital de referência.

- Sensibilização dos Profissionais da Rede Saúde

Em fevereiro de 2010, uma ação de sensibilização foi organizada no município pelos profissionais da equipe de referência, com apoio da gestão, onde um dentista do hospital de referência orientou dentistas, enfermeiros e médicos, assim como uma técnica de saúde bucal do hospital orientou técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes de saúde da rede municipal sobre “Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal”.

A ação foi amplamente divulgada na rede local de saúde e noticiada pela imprensa. Os profissionais da equipe do município estavam otimistas com o desenvolvimento da ação e esperavam que os demais profissionais da rede se atentassem para o problema do câncer bucal, sendo capazes de identificar lesões suspeitas e encaminhar rapidamente os pacientes para avaliação diagnóstica com a dentista de referência. As falas abaixo demonstram a expectativa dos profissionais do grupo a partir da sensibilização:

“... este médico que fez essa sensibilização ele, de uma certa forma, pode ser multiplicador para a classe médica. Porque de médico para médico tem uma adesão maior. Por isso, a proposta mesmo que fosse um. Pensa, ele provavelmente vai conseguir aos poucos... vai conscientizar os demais”.

“(...) eu já vou ficar contente se mandar para mim (dentista). Eu vou ficar contente. A minha preocupação é aquele que olha e não vê o que tá olhando (...). O que não pode é deixar de olhar, deixar passar”.

Durante a realização do grupo focal, realizado dois meses após a ação de sensibilização, a dentista da equipe de referência do município relatou ter notado algumas mudanças positivas no encaminhamento de casos suspeitos de lesão bucal (*“Depois da capacitação/sensibilização os profissionais têm*

encaminhado mais. Os casos suspeitos são encaminhados pelos serviços... depois da sensibilização que teve, até os outros profissionais que participaram tiveram um outro olhar... já melhorou, já tem alguém que está conseguindo olhar, já ficou alguma coisa”).

As profissionais da equipe do município demonstraram-se satisfeitos com o resultado das ações desenvolvidas, mas ainda destacaram a importância de sensibilizar os gestores sobre o problema e de garantir a continuidade das ações no município (“... os gestores só veem o número... números que eles entendam. Muda governo... a falta de continuidade.”).

- Comunicação e Coordenação das Ações

A partir da constituição da equipe municipal, da instituição do novo fluxo de referência e da sensibilização da rede local de saúde, houve aumento no número de casos suspeitos encaminhados para avaliação diagnóstica e como os casos suspeitos tinham prioridade no atendimento, a coordenadora de saúde bucal relatou que o tempo médio decorrido até a confirmação diagnóstica era de aproximadamente duas semanas (*Se for suspeito já é marcado, praticamente se tiver condições no mesmo dia, no máximo no dia seguinte. A gente dá prioridade sim, prioriza o que vem com a indicação. O tempo da biópsia quando é colhida, vai no mesmo dia pro laboratório e no máximo uma semana volta.”*). Quanto ao tratamento, a coordenadora de saúde bucal e as profissionais da equipe não souberam informar qual o tempo médio para acesso, mas afirmaram ser rápido no hospital de referência do Programa.

A coordenadora de saúde bucal, ainda informou que para realização do tratamento, o município disponibilizava transporte e uma auxiliar de enfermagem para acompanhar os pacientes, pelo menos na primeira consulta (*“a gente manda um auxiliar na primeira consulta junto, pra estar acompanhando, para a pessoa não chegar perdida lá também.”*). Além disso, a coordenadora afirmou que com a

capacitação da dentista da equipe, durante o tratamento os pacientes, também, eram acompanhados por ela e diante de alguma necessidade buscava supri-las no próprio município (“... aqui é um município pequeno, é fácil. Se você precisar de uma ajuda do psicólogo, do nutricionista, como é um caso ou outro que pode estar aparecendo, então daí é fácil de você conseguir...”).

Até a realização do grupo focal, as profissionais da equipe ainda não tinham recebido a contra-referência de nenhum caso, mas estavam ansiosas para trabalhar em rede e ver como o fluxo pactuado funcionaria na prática, como demonstram as falas abaixo:

“(...) a gente não teve um caso e viu. É interessante mesmo a gente ter a prática, a gente estar atuando, vivenciando, ver como é... é diferente.”

“(...) vai ficar mais fácil da gente atuar... às vezes é uma coisa básica que dava para resolver aqui. Não precisa deslocar o paciente até lá, doente”.

“(...) eles vão lá, mas vão voltar para cá para ter uma supervisão nossa”.

“Eu sei que estou aqui, se precisar”.

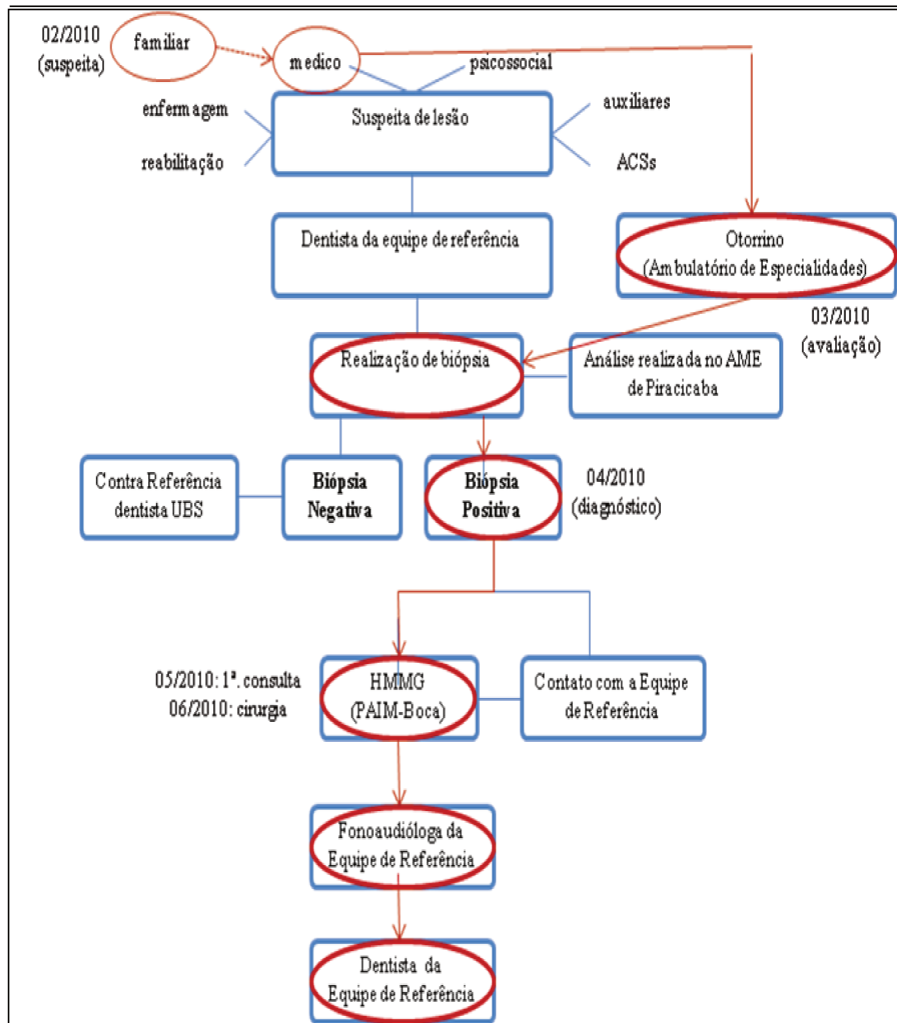
A dentista da equipe considerou o fato de conhecer pessoalmente os profissionais do hospital de referência e a possibilidade de estabelecer canais diretos de comunicação com outros serviços, como a principal vantagem da implantação do Programa para organização do trabalho em rede (“Esta foi, para mim a principal vantagem. Foi, além de todo conhecimento: é a gente ver para quem a gente manda, ter este contato com quem a gente manda, ter este retorno. Às vezes, a gente encaminhava para o lugar e o paciente não voltava. Você não sabia dele o que aconteceu. Agora a gente consegue conversar até com o profissional que está cuidando.”).

Pelo relato das profissionais da equipe, da coordenadora de saúde bucal do município e observando a organização interna para abordagem do câncer bucal, é evidente que a implantação do PAIM-Boca contribuiu para a formação da equipe de referência e principalmente estimulou talentos locais para o trabalho em rede. Além disso, as ações de sensibilização e divulgação do fluxo para a rede local favoreceram o olhar de outros profissionais da rede de saúde sobre o problema do câncer bucal.

Durante o período avaliado, março de 2009 a março de 2011, dois pacientes de Nova Odessa foram identificados na relação de pacientes encaminhados para tratamento no hospital de referência do Programa. Um deles foi diagnosticado já em fase avançada da doença (estadio IV), realizou intervenção cirúrgica e radioterapia, mas o paciente acabou evoluindo para óbito. O outro paciente foi diagnosticado em fase inicial da doença (estadio II), realizou uma cirurgia para ressecção do tumor, foi acompanhado por profissionais da equipe de referência do município e seguia em acompanhamento no hospital, sendo possível o contato para realização da entrevista prevista no estudo. A seguir apresenta-se uma síntese da trajetória terapêutica construída a partir da entrevista realizada com o Paciente E.

⇒ Paciente E (Figura 14): tinha histórico familiar de câncer de cabeça e pescoço (irmão), havia deixado de beber a alguns anos e parou de fumar ao receber o diagnóstico do câncer. No início do ano de 2010, o paciente relatou que sentiu algo raspar do lado esquerdo da língua e como ele e a família eram usuários do Centro de Saúde, a filha imediatamente marcou uma consulta para o pai, já desconfiando do problema (havia lido sobre a doença num folheto informativo - *“... toda vez que vai no posto de saúde, ela fica olhando aqueles papéis e ali o que mais mostra é doença na língua..”*). O médico do Centro de Saúde examinou a lesão e o encaminhou para avaliação com o otorrinolaringologista, do Ambulatório de Especialidades, que avaliou a lesão, realizou o exame de biópsia e, após quase 1 mês, confirmou o diagnóstico de câncer bucal (*“...sai chorando lá do consultório, do jeito bruto dele falar,né... E eu não morri porque o coração está meio bom ainda.”*).

O otorrino encaminhou o paciente para o HMMG e já adiantou o pedido de alguns exames pré-cirúrgicos. Demorou quase 2 meses até a primeira consulta no hospital, onde o paciente foi atendido primeiramente pelo dentista, juntamente com a técnica de saúde bucal, que explicaram que a lesão estava em fase inicial (*“Nossa vida e eu cheguei querendo morrer lá e eu sai numa animação. Mas uns cara, sabe aqueles cara que sabe conversar com a gente... tal e foi animando eu.”*). O dentista orientou sobre a importância de parar de fumar e o encaminhou para avaliação do oncologista e cirurgião de cabeça e pescoço. Após 15 dias foi avaliado pelo médico, que o orientou sobre o procedimento cirúrgico e solicitou a realização dos exames pré-cirúrgicos. Como os exames foram solicitados com urgência, em 2 semanas o paciente estava com todos eles em mãos, somente a tomografia não foi realizada no município. No dia 21 de junho levou os exames ao médico e no dia seguinte foi internado para realização da cirurgia para retirada da lesão. No dia após a cirurgia já estava em casa e não foi necessário realizar quimioterapia nem radioterapia, apenas foi orientado a fazer reabilitação fonoaudiológica no município. Durante o atendimento, a fonoaudióloga notou uma *“manchinha”* na boca do paciente e o encaminhou para a dentista de referência da equipe do município que identificou resíduos de antigas extrações e então fez a adequação necessária para que o paciente pudesse usar a prótese dentária, sem incômodo. Em março de 2012 o paciente seguia em acompanhamento no HMMG, com os profissionais da equipe de cirurgia de cabeça e pescoço (*“depois que eles saíram - profissionais do PAIM-Boca - quando ia lá era médicos variados. Agora é sempre o doutor da cirurgia de cabeça e pescoço.”*). O paciente relatou que usava o transporte da prefeitura para se deslocar até o hospital de referência, sempre acompanhado pela filha (*“... o microônibus vai catando gente de todo os lado ai das vila. É eles levam lá na Unicamp a turma e... daí da Unicamp a gente vai pro Mario Gatti.”*). O paciente e sua filha consideraram que o acesso ao diagnóstico e tratamento foi rápido, afirmaram que todas as necessidades de saúde do paciente foram atendidas e avaliaram como bom o atendimento recebido no município e no hospital.



Legenda: — Fluxo organizado no município — Trajetória terapêutica do paciente Busca ativa do paciente pelo cuidado.

Figura 14- Fluxo síntese da trajetória terapêutica do Paciente E.

Ao observar a trajetória terapêutica percorrida pelo Paciente E percebemos que os profissionais da rede local de saúde estavam atentos ao problema do câncer bucal, porém o novo fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos casos do município não foi seguido pelo médico da atenção básica, que encaminhou o paciente para avaliação com o especialista em otorrinolaringologia e não à dentista de referência. O otorrinolaringologista,

também, não acionou os profissionais da equipe e encaminhou diretamente o paciente para tratamento no HMMG. Foi somente a partir do encaminhamento do médico da equipe do hospital à fonoaudióloga do município que o paciente foi identificado e acolhido pela equipe municipal, sendo acompanhado pela fonoaudióloga e pela dentista.

Acredita-se que se fluxo de referência tivesse orientado a conduta dos médicos do município, o acesso do paciente ao diagnóstico e tratamento teria ocorrido mais rapidamente. Os profissionais da equipe municipal de referência, além de capacitados para abordar o problema de forma qualificada e humanizada, também tinham a possibilidade de acelerar o acesso ao diagnóstico e tratamento através dos contatos pessoais que estabeleceram com profissionais de outros pontos da rede de atenção à saúde a partir da implantação do PAIM-Boca.

Segundo a coordenadora de saúde bucal e a equipe de constituída no município, após a interrupção da atividade de apoio matricial, a equipe não se reuniu mais para refletir sobre as questões práticas do cuidado aos pacientes, nem desenvolveu novas atividades de sensibilização junto à rede local de saúde. Porém, informaram que o fluxo instituído a partir do PAIM-Boca continuava como referência, assim como as profissionais da equipe continuavam atendendo os pacientes no município.

A única preocupação apontada foi a garantia do acesso ao tratamento diante da interrupção do trabalho da equipe do hospital do Programa (“... *pra onde eu mando agora que o PAIM acabou? Não existe mais. E daí pra onde eu vou mandar?*” - coordenadora de saúde bucal), pois o município manteve a organização interna para atender as necessidades possíveis no nível local, mas ainda dependia dos serviços de alta complexidade para realização do tratamento e para garantia do atendimento a todas as necessidades dos pacientes.

4.2.6- A Implantação no Município de Santa Bárbara d'Oeste

Santa Barbara d'Oeste constituiu-se conjuntamente com o atual município de Piracicaba. A partir de 1867, com a chegada de sobreviventes americanos da Guerra de Secessão e outros colonos de origem europeia, organizaram-se oficinas contribuindo para aprimorar as atividades artesanais na região. O município desenvolveu-se economicamente, com a intensificação das atividades agropecuárias e a instalação de usinas de açúcar, emancipando-se em 1869 (IBGE, 2013).

Atualmente o município abriga importantes indústrias fabris e a população, conforme a pesquisa do Censo de 2010 é constituída por 180.148 habitantes e o rendimento per capita é de R\$ 924,99 (IBGE, 2013).

No período de implantação do PAIM-Boca, a rede de saúde do município era constituída por 12 UBS, 01 CEO, 01 Centro de Especialidades, 01 Pronto Socorro, 01 Farmácia Central, 01 Unidade Móvel de Saúde, 01 Centro de Vigilância Epidemiológica, 01 Centro de Vigilância em Saúde e 01 Centro de Controle de Zoonoses.

Santa Bárbara d'Oeste é um município de médio porte e oferta à população, além da estrutura da atenção básica, serviços especializados, incluindo o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que garantia o acesso ao diagnóstico do câncer bucal no próprio no próprio território.

- Implantação do PAIM-Boca no município

Santa Barbara d'Oeste já tinha tradição na abordagem do problema do câncer bucal, devido ao trabalho de uma dentista muito envolvida com a causa que atuava no CEO do município, desde 1994. Essa profissional coordenava ações para prevenção do câncer bucal e garantia acesso ao diagnóstico, além de acompanhar os pacientes durante e após o tratamento no município.

Diante da proposta do PAIM-Boca a dentista vislumbrou a possibilidade de trabalhar conjuntamente e compartilhar o cuidado com profissionais de outros pontos da rede de atenção à saúde.

Com grande conhecimento sobre o problema do câncer bucal e reconhecimento das dificuldades locais, a dentista foi a grande apoiadora do processo de implantação do Programa, com aval da equipe de gestão do município.

Porém, durante o período de implantação do PAIM-Boca, o município enfrentou a troca de dois secretários de saúde o que impactou diretamente na organização da rede local de saúde. Nenhum gestor se opôs ao desenvolvimento do Programa, porém com o remanejamento de profissionais de cargos e postos de trabalho o desenvolvimento das ações de capacitação e sensibilização, previstas inicialmente, foram comprometidas.

- Constituição da Equipe de Referência e Qualificação Profissional

Reconhecendo o trabalho da dentista, que já cuidava dos casos de câncer bucal e verificando a possibilidade de ampliar o cuidado aos pacientes no município, o secretário de saúde, a coordenadora de saúde bucal e a coordenadora de educação permanente identificaram alguns profissionais da rede local de saúde que foram convidados a compor uma equipe multiprofissional de referência para trabalhar conjuntamente com a dentista.

Além da dentista que já era referência no município, aceitaram compor a equipe outra dentista do CEO; uma enfermeira que trabalhava no do Pronto Socorro Municipal, ao lado do CEO; uma assistente social, uma fonoaudióloga, uma nutricionista e uma psicóloga que apoiavam as algumas unidades da atenção básica de saúde.

As profissionais da equipe constituída no município participaram das ações de aprimoramento desenvolvidas no hospital de referência do Programa, mas pelo fato de atuarem em diferentes serviços da rede de saúde e pelas mudanças ocorridas na esfera da gestão, o trabalho em equipe não evoluiu no município e o cuidado continuou centrado apenas no atendimento odontológico, como observa-se nas falas extraídas do grupo focal realizado com as profissionais:

“Apesar de formar e capacitar uma equipe multiprofissional, o atendimento ficou comprometido por esses profissionais pertencerem a diferentes territórios e não possuírem um local comum para atendimento dos pacientes com câncer de boca.”

“A gente até tentou formar quando começou o PAIM-Boca, mas foi diluído rapidinho. Muda o secretário, a assistente social ela já está em outro serviço, ela já não poder fazer aquilo que foi combinado... e assim vai. Foi diluído rapidinho, sem nada.”

“O pessoal fez o treinamento, mas não foi feito o trabalho aqui na cidade.”

Mesmo com todas as dificuldades encontradas no processo de implantação do Programa, as profissionais relataram que participar do PAIM-Boca foi construtivo, possibilitou o conhecimento sobre o trabalho de outros profissionais da rede interna e estimulou o encaminhamento entre diferentes áreas (*“O que foi bom no PAIM foi a informação. Foi até conhecer o serviço nosso aqui. Foi encontrar o serviço onde eles podem estar encaminhando.... Olha, tô encaminhando o paciente assim - assim. Daí ela já sabe.”*). Além disso, a dentista que já era referência para a questão do câncer bucal no município afirmou que o Programa deu uma *“reavivada”* no atendimento realizado pelos dentistas do CEO e, principalmente, favoreceu o relacionamento interpessoal e a comunicação entre as profissionais da equipe.

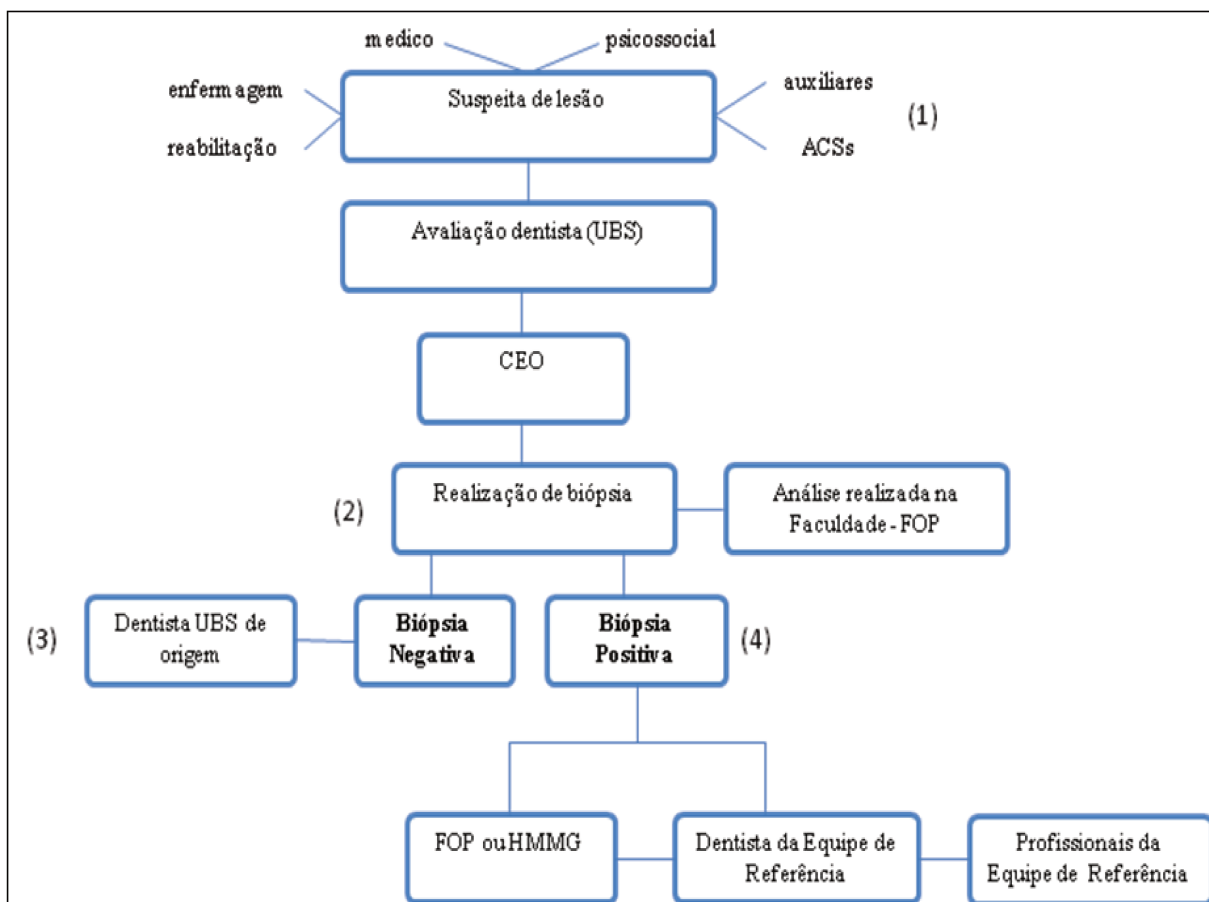
Apesar dos acontecimentos, a narrativa do grupo de profissionais deixa evidente o desejo de trabalhar em rede e a satisfação diante do reconhecimento e conhecimento do trabalho do outro e da possibilidade de ofertar o cuidado integral e humanizado. Por outro lado, foi notória a falta de protagonismo das profissionais que mostraram-se desmotivadas e engessadas pela gestão da saúde no município.

- Organização do Fluxo Municipal de Referência para encaminhamento dos pacientes

A dentista que já trabalhava com o câncer bucal no município relatou que constantemente participava de cursos na Faculdade de Odontologia da Unicamp e, com auxílio de alguns profissionais da instituição, organizava palestras para orientação dos dentistas da rede municipal de saúde sobre o problema (*“A gente aprende direto fazer a prevenção, faz palestra direto...”*). Assim, considerava que os dentistas da atenção básica eram capazes de identificar lesões suspeitas e os dentistas do CEO tinham total condição de fazer a avaliação diagnóstica (*“Desde 94 tem paciente que vem anualmente fazer a prevenção, em 6 meses... se tem algum problema de afta de alguma coisa.”*).

A Faculdade, também, realizava o exame de radiografia panorâmica e garantia o tratamento de lesões em fase inicial da doença, através de procedimento ambulatorial para ressecção de pequenos tumores, com bordas regulares e não vascularizados. Diante de lesões mais graves, o município encaminhava os casos para a Central de Regulação de Vagas do DRS7 e normalmente os pacientes realizavam tratamento no HC/Unicamp, ou no Hospital Estadual de Sumaré. Durante o tratamento, a dentista ainda relatou que continuava acompanhando os pacientes (*“... sempre fico sabendo o que tá fazendo e o que ele tá precisando... ele não vai embora, ele continua fazendo o acompanhamento, né. Quando ele é encaminhado pra tratamento, ele já passou pelo dentista do Posto, já fez a adequação da boca pra começar o tratamento.”*).

Com a implantação do PAIM-Boca, na tentativa de ampliar a atenção dirigida ao problema do câncer bucal e envolver outros profissionais no cuidado dos pacientes no município, as profissionais da equipe elaboram um novo fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos casos suspeitos e/ou diagnosticados com câncer bucal (Figura 15). O novo fluxo manteve a premissa de que os casos suspeitos deveriam ser avaliados pelos dentistas das atenção básica (1) e se mantida a suspeita deveriam ser encaminhados para avaliação com as dentistas do CEO, que realizariam a biópsia e as encaminhariam para análise Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Unicamp - FOP (2). Se o resultado da biópsia fosse negativo, o paciente seguiria em acompanhamento com o dentista da unidade de origem (3). Entretanto, se confirmado o diagnóstico, o paciente era encaminhado para tratamento na Faculdade de Odontologia, ou, no Hospital de Referência do Programa (HMMG) e as dentista do CEO continuariam acompanhando o paciente durante todo o tratamento, encaminhando a outros profissionais da equipe, se necessário (4).



Fonte: Relatório de atividade de apoio matricial realizada no município de Santa Bárbara d'Oeste, 2010.

Figura 15- Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Santa Bárbara d'Oeste.

Com as dificuldades enfrentadas durante a implantação do Programa, as dentistas da equipe optaram por manter o fluxo de referência já instituído no município, contando com os colegas da Faculdade de Odontologia, que de maneira simples e barata apresentava resultados positivos.

Os dentistas do município já desenvolviam ações de promoção da saúde bucal junto com a Escola de Saúde do município (... o programa que é o

“Sorriso Legal” que é de zero a quatorze anos.”) e faziam a prevenção do câncer bucal durante as consultas odontológicas nas UBSs e no CEO (*“... a gente tá fazendo exame e conversa com o paciente e esclarece.”*), além da campanha de vacinação do idoso. Durante a implantação do PAIM-Boca a equipe fez sugestões de ampliar as ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca, mas devido as dificuldades de implantação do Programa no município e pela interrupção das atividades no Hospital de referência as ações não foram desenvolvidas.

- Capilarização do PAIM-Boca na rede municipal de saúde

Diante do tenso momento político vivenciado pelos profissionais do município, muitas ações de apoio matricial foram canceladas e a equipe de referência não teve a oportunidade de organizar ações na tentativa de capilarizar o Programa na rede local de saúde.

Ainda durante a primeira gestão, a coordenadora de educação permanente se propôs a ajudar no desenvolvimento de ações locais e sugeriu que as profissionais da equipe constituída no município poderiam divulgar o trabalho que estavam desenvolvendo e transmitir noções básicas sobre o cuidado a pacientes com câncer bucal a outros profissionais da rede municipal de saúde. Porém, com as trocas da equipe de gestão as ações não tiveram seguimento.

No último encontro de apoio matricial as dentistas da equipe municipal, sugeriram o desenvolvimento de ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca, através de palestras dirigidas a grupos de maior risco (como grupos de tabagistas e motoristas da prefeitura), além da divulgação sobre o problema do câncer bucal durante as ações desenvolvidas com a Unidade Móvel de Saúde. Entretanto, durante o grupo focal as dentistas informaram que após o último encontro de apoio matricial nenhuma ação foi desenvolvida e os profissionais da equipe não se reuniram mais no município.

- Sensibilização dos Profissionais da Rede Saúde

Durante a implantação do PAIM-Boca, nenhuma ação de sensibilização foi realizada no município. Porém a dentista que já era referência para o cuidado de pacientes com câncer bucal no município informou que constantemente realizava palestras de orientação com os dentistas da rede local, através da parceria estabelecida com os profissionais da Faculdade de Odontologia da Unicamp.

- Comunicação e Coordenação das Ações

O coordenador de saúde bucal do município não soube informar qual era o tempo médio decorrido entre a suspeição e o diagnóstico, até o acesso ao tratamento dos pacientes com câncer bucal, mas a dentista que cuidava dos casos de câncer bucal há mais de 15 anos afirmou que através da regulação profissional, utilizando o contato com os profissionais da Faculdade de Odontologia, o tempo médio desde a suspeição até o início do tratamento dos pacientes do município era, aproximadamente, de um mês (*“Suspeitou tem atendimento prioritário, vem pra cá, faz a biópsia, pega o tal exame, em 2 semanas.. depois vai umas 2 ou 3 semanas, pra iniciar o tratamento lá”*).

A partir do trabalho desenvolvido pela dentista que cuidava dos casos de câncer bucal, o acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento era adequado, porém o cuidado ficava centrado na odontologia e a contra-referência dos casos encaminhados para tratamento não ocorria, como observa-se na falas da dentista apresentadas abaixo:

“Na verdade é assim, é feito este encaminhando direto, do centro de especialidade e vai para central. Então a gente não tem participação, na maioria dos casos, não tem intercâmbio, não tem esta integração”.

“... a gente não mantém contato, só quando o paciente tem alguma dúvida. Daí a gente liga, a gente entra em contato. Eu só entro em contato com o que está acontecendo com o paciente, porque eu sempre marco retorno mensal. O paciente vem ou os familiares vem para informar o que está acontecendo e se está precisando de alguma coisa”.

“Mais informação do que está sendo feito com o paciente, é isto que eu sinto falta e contra-referência. Se a gente precisa de alguma informação a gente depende do que paciente... vem e vê pelo exame ou algum familiar fala, nos informa o que está acontecendo. Um documento do que está sendo feito a gente não tem”.

“E a contra referência que o pessoal pra onde eu mando, eles não informam o que esta acontecendo com o paciente. Eu sei do paciente conforme o paciente vem no retorno ou o familiar me trás de exames, de: “Ah, ele tá fazendo isso, ele tá fazendo aquilo.”

“Tá faltando alguém... há necessidade de ter alguém pra fazer essa gestão.”

A verticalidade das decisões tomadas no nível central (DRS7), como a definição das referências para tratamento, limitação do número de vagas de acesso e formas de encaminhamento, também incomodavam a dentista do município (*“... sempre tem um negócio fechado: “Que a gente decidiu, que a gente decidiu.” Eu falei: “Se vocês decidiram, eu não tô sabendo de nada.” Você me chamou pra dizer o que vocês decidiram?”*).

Durante o período de duração do PAIM-Boca nenhum paciente do município foi encaminhado à equipe do hospital de referência do Programa. Segundo as dentistas da equipe do município preferiram continuar o trabalho da maneira como já funcionava (*“Durante muito tempo, que a gente vem fazendo este*

trabalho. Fica tão fácil que para você chegar e mudar, fica complicado. A gente vai no que já está dando certo.”).

Durante o grupo focal, as profissionais da equipe constituída no município apontaram o desejo de intensificar as ações de prevenção e de sensibilizar a população sobre o problema, na tentativa de inverter o atual quadro de diagnóstico tardio do câncer bucal. Ainda sugeriram que para melhorar a atenção aos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer no município seria interessante que a equipe trabalhasse de forma conjunta, apoiando a atuação da odontologia e julgavam necessário o apoio de um profissional para fazer “*a gestão do cuidado*” dos pacientes, alguém que acompanhe os casos, orientasse os pacientes e se comunicasse com os profissionais dos diferentes pontos da rede. Papel que há mais de 15 anos a dentista de referência exercia solitariamente.

Através da análise do processo de implantação do PAIM-Boca no município de Santa Bárbara d’Oeste fica evidente o potencial dos talentos do município e o desejo das profissionais de saúde em fazer parte de uma rede comunicativa, de pessoas que compartilham o cuidado dos pacientes e apoiam o trabalho dos colegas. Assim foi possível observar o quanto os problemas de gestão podem comprometer o desempenho da rede de saúde e o quanto as redes informais, construídas a partir das relações interpessoais podem ser eficientes.

4.2.7- A Implantação no Município de Santo Antônio de Posse

O município de Santo Antônio de Posse surgiu como um povoado de Mogi Mirim no final do século XIX. Em 1892, a construção de uma Igreja estimulou o desenvolvimento local e como consequência, em 1893 alcançou a categoria de distrito, tornando-se município apenas em 1953.

Conforme informações do Censo de 2010, a população do município é de 21.247 habitantes. Sua economia é baseada na atividade agrícola e comercial, apresentando o rendimento per capita médio mais baixo da região, no valor de R\$ 772,85.

Santo Antônio de Posse é um município de pequeno porte e, durante a realização do estudo, sua rede de atenção básica à saúde estava estruturada com 04 unidades do modelo tradicional de UBS e 01 unidade rural do modelo ESF. O município ainda contava com 01 Centro Odontológico Municipal, 01 Ambulatório de Especialidades, 01 Centro de Reabilitação, 01 CAPS I, 01 Pronto Atendimento e 01 Central de Vigilância em Saúde.

- Implantação do PAIM-Boca no município

Atuando há 15 anos na rede pública de saúde, a coordenadora de saúde bucal do município conhecia as dificuldades de trabalhar numa rede com baixa capacidade assistencial especializada, mas também reconhecia as facilidades de atuar num território onde as pessoas se conhecem e se vinculam umas as outras (profissionais - profissionais/profissionais - pacientes).

A coordenadora de saúde bucal apresentou a proposta ao município e apoiou todas as atividades desenvolvidas, mas grande apoiadora da implantação do Programa foi a secretária de saúde, que participou de várias reuniões e encontros, indicou e motivou profissionais da rede de saúde para compor a equipe de referência do município.

Reconhecendo a necessidade e o potencial do município para ampliar a atenção ao problema do câncer bucal, a secretária de saúde reuniu um grupo de profissionais de diferentes áreas da saúde que estavam dispostos a compartilhar o cuidado dos pacientes diagnosticados com câncer bucal no município.

Diante do envolvimento e apoio da gestão, os profissionais da equipe constituída no município sentiram-se valorizados com a possibilidade de aprimorar seus conhecimentos e pertencer a um Programa que buscava atender as necessidades dos pacientes, mas também responder as demandas dos profissionais de saúde para ofertar um atendimento de qualidade. Como a atenção ao problema do câncer bucal ainda era incipiente no município (*“Então, essas lesões sempre foram deixadas de lado...”*), a implantação do

PAIM-Boca representou a possibilidade de aproveitar ao máximo o potencial da rede de saúde para ampliar as ações voltadas ao problema (“... possibilitou maior integração e até uma formação de rede e uma maior troca entre os profissionais, conhecimento, integração e interação...”).

O mais importante foi que encontrou-se em Santo Antônio de Posse gestores e profissionais com o desejo de assumir a responsabilidade pelo cuidado dos pacientes, não apenas garantindo transporte para o tratamento e medicação básica, mas buscando atender todas as necessidades possíveis no território local.

- Constituição da Equipe de Referência e Qualificação Profissional

Antes da implantação do PAIM-Boca, os dentistas da rede local de saúde, mais especificamente o dentista bucomaxilofacial do Ambulatório de Especialidades, era o profissional que avaliava os casos suspeitos de câncer de boca e fazia o encaminhamento para confirmação diagnóstica. Após a implantação do Programa, foi constituída uma equipe municipal de referência para abordagem do problema do câncer bucal, composta por dois dentistas que atendiam em UBS; um médico da atenção básica; uma assistente social da Secretaria Municipal de Saúde; uma psicóloga do CAPS; uma nutricionista cedida pela Secretaria Municipal de Educação; uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional do Centro de Reabilitação.

A equipe participou das atividades de aprimoramento profissional no hospital de referência do Programa e somente o profissional médico interrompeu sua participação por desligar-se da rede municipal de saúde (“*Única falta que nem a gente falou no começo, que a gente sente é realmente a interação com os médicos que ficava muito difícil... Eles estavam sem médico para participar da rede*”). A secretária de saúde tentou envolver outro profissional, mas pela dificuldade de contratar e fixar esse profissional em período integral na rede, não foi possível vincular um médico à equipe.

Os profissionais afirmaram que as ações de aprimoramento contribuíram para desmistificação do problema do câncer bucal e ampliaram o olhar sobre o problema, na perspectiva da atuação multiprofissional. As falas abaixo demonstram algumas observações dos profissionais sobre essas ações:

“Você olhar para essas palestras... Você muda o seu olhar completamente você sai de lá podia ser alguém da minha família. Foi uma viagem super forte, que a gente teve lá, nossa! Mutilação. Muda completamente o olhar.”

“... para mim foi muito bom as aulas com as fonoaudiólogas, professores me esclareceu muito.”

“Para mim a fisioterapia foi muito importante, tive maior conhecimento que na minha graduação...”

“Você tem a visão do que outro profissional faz, independente do seu campo. É interessante...”

“... agora depois de todas estas reuniões e capacitações mudou até o foco. Mudou... cada um está fazendo também a sua parte. Eu já olho o meu paciente diferente, já avalio de uma forma diferente.”

“A gente trabalha cada um num local, cada dentista num centro diferente, bem longe da gente. Os médicos em outros locais. Esta capacitação serviu para isto, para cada um conhecer e até ter esta visão global.”

“O importante disto foi a integração multidisciplinar, normalmente os profissionais trabalham isolados, eu avalio como ponto positivo.”

Porém, durante a realização do grupo focal, os profissionais da equipe do município cobraram continuidade do apoio e a realização do estágio observacional no hospital de referência, que até o momento não havia iniciado (“... *eu ainda preciso de um respaldo da turma do Mário Gatti. Preciso de um estágio... Achei muito interessante, mas falta o estágio para complementar.*”) e mais tarde concretizou-se apenas para os profissionais da área de odontologia, fonoaudiologia e psicologia.

Capacitados para abordagem do problema do câncer bucal e organizados para trabalhar em rede, os profissionais da equipe de referência pactuaram um novo fluxo para o atendimento e encaminhamento de casos suspeitos e/ou diagnosticados no município e organizaram ações para sensibilizar outros profissionais da rede local de saúde sobre o adequado manejo desses pacientes.

- Organização do Fluxo Municipal de Referência para encaminhamento dos pacientes

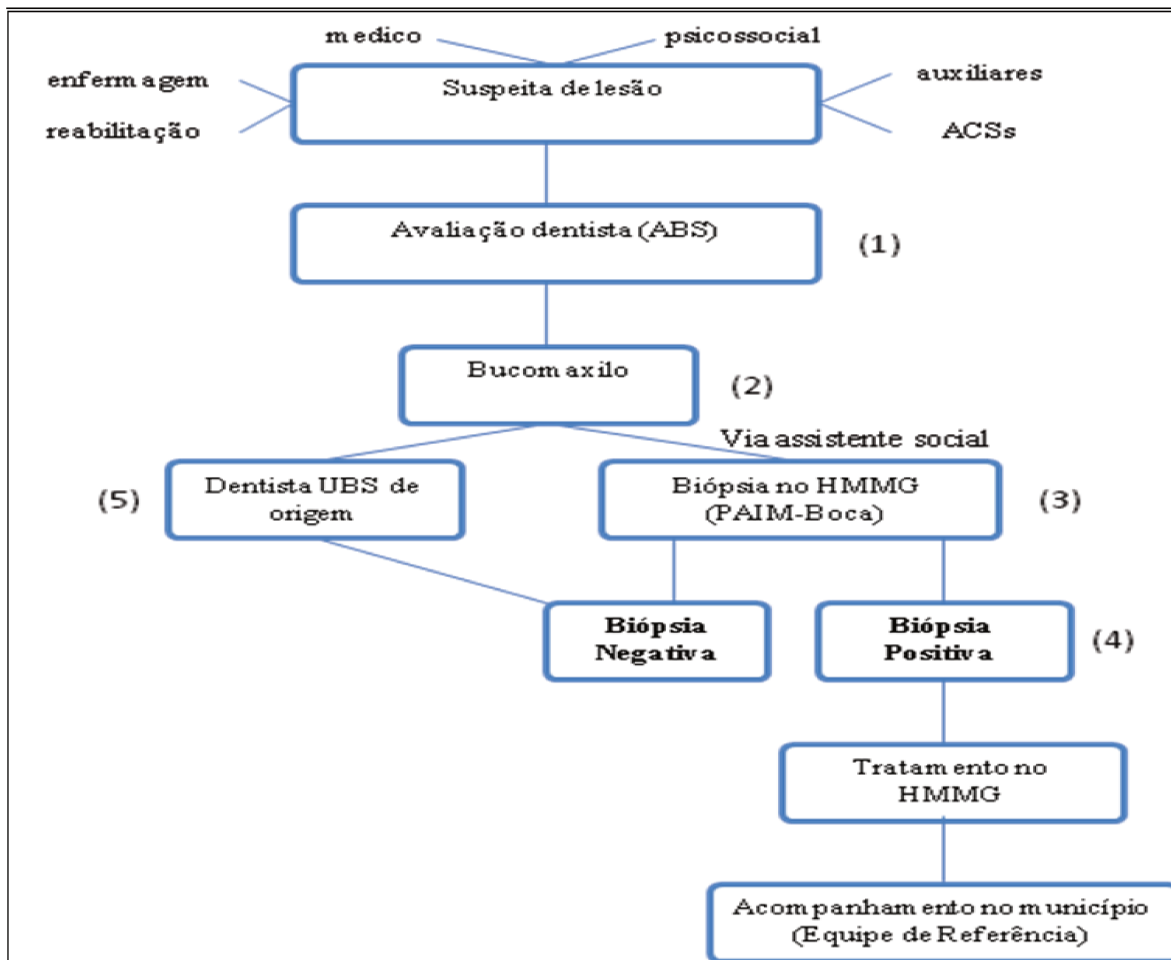
O município estava minimamente organizado para cuidar dos pacientes com suspeita e ou diagnóstico do câncer bucal. Segundo a coordenadora municipal de saúde bucal, além da prevenção realizada durante a campanha de vacinação do idoso, a população tinha acesso direto aos dentistas da atenção básica, diante de qualquer queixa de lesão bucal (“... *ela não dependem só e exclusivamente de campanha, elas podem ir até o dentista da unidade...*”).

Se os dentistas da rede suspeitassem de câncer bucal, o paciente era encaminhado para avaliação com o bucomaxilofacial do Centro de Odontologia e a confirmação diagnóstica era realizada pelo dentista estomatologista de um município vizinho, que solidariamente auxiliava alguns municípios da região (“... *um profissional que tem um trabalho muito bom, em Cosmópolis.*”). Confirmado o diagnóstico de câncer, a própria Secretaria Municipal de Saúde

buscava uma vaga para tratamento em algum serviço de referência da região, já que a via de acesso regulada pelo DRS7 estava com dificuldades para garantir vagas a todos os pacientes da região. Segundo os profissionais da equipe de referência, o encaminhamento dos pacientes era pouco organizado, muitas vezes sendo encaminhado diretamente ao serviço de referência, sem acompanhamento no município (*“Estava faltando um pouco era de organização, para quem encaminhar. O profissional pegava... e já encaminhava direto. Então já encaminhava direto, sem uma consulta prévia.”*).

Durante a atividade de apoio matricial, juntamente com a apoiadora de implantação do PAIM-Boca, os profissionais equipe de referência do município reestruturaram o fluxo para atendimento e encaminhamento dos casos suspeitos e/ou diagnosticados de câncer bucal.

No novo fluxo (Figura 16), diante de uma lesão suspeita qualquer profissional da rede de saúde poderia encaminhar o caso para a avaliação dos dentistas da atenção básica da saúde (1). Se a suspeita fosse mantida, o paciente deveria ser encaminhado ao bucomaxilo do Ambulatório de Especialidades, que realizava uma avaliação clínica mais acurada da lesão (2) e se a hipótese diagnóstica não fosse descartada acionava a assistente social da equipe de referência municipal que coordenava o caso, encaminhando-o inicialmente para realização de biópsia no hospital de referência do Programa (3). Caso o diagnóstico se confirmasse, o paciente iniciava o tratamento no hospital e deveria ser contra-referenciado para acompanhamento com a equipe municipal (4). Nos casos de lesão benigna, os pacientes seguiam em acompanhamento com os dentistas da rede de atenção básica do município (5).



Fonte: Relatório de atividade de apoio matricial realizada no município de Santo Antônio de Posse, 2009.

Figura 16- Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Santo Antônio de Posse.

Após participar das atividades de aprimoramento e reestruturar o fluxo para atendimento e encaminhamento dos casos suspeitos e/ou diagnosticados de câncer bucal, os profissionais da equipe de referência do município sugeriram a organização e desenvolvimento de algumas ações de promoção do câncer bucal e prevenção do câncer de boca, como por exemplo: *“Um trabalho mais preventivo... educar para promoção...”*, *“Talvez começando com as crianças nas escolas.*

Ai foca bem nas crianças... Porque o que ouvem falam com os pais”, “Iniciar o trabalho com tabagismo... com alcoolismo”, (...), talvez uma política.”

A coordenadora municipal de saúde bucal afirmou que após o encerramento das atividades de apoio matricial, os profissionais da equipe de referência do município não se encontraram mais para discutir casos clínicos e refletir sobre as condições de trabalho, mas o fluxo de referência proposto a partir da implantação do PAIM-Boca foi mantido. Entretanto, com interrupção do trabalho da equipe no hospital de referência do Programa e sem a garantia de acesso ao diagnóstico e tratamento nesse serviço, a confirmação diagnóstica voltou a ser realizada pelo dentista parceiro do município vizinho e o encaminhamento ao tratamento voltou a ser realizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

- Capilarização do PAIM-Boca na rede municipal de saúde

Na perspectiva de divulgar o trabalho da equipe de referência constituída no município e o novo fluxo para atendimento e encaminhamento de casos suspeitos e/ou diagnosticados, com vistas a melhorar a condição de diagnóstico e cuidado no município, durante o apoio matricial foi sugerido o desenvolvimento de ações de orientação sobre o problema dirigido aos profissionais da rede local de saúde e à população.

Para orientar os profissionais dos serviços municipais de saúde sobre o problema do câncer bucal e sobre a organização do trabalho em rede, a equipe de referência do município, com apoio da gestão local e da apoiadora de implantação do Programa organizaram palestras de sensibilização para promoção de saúde bucal, prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca.

Segundo a coordenadora municipal de saúde bucal, após a implantação do Programa, visando orientar a população que apresenta maior risco de desenvolver a doença, os dentistas da equipe municipal de referência passaram a realizar palestras de orientação de saúde bucal e a prevenção do câncer de boca nos grupos de tabagistas, etilistas, dependentes químicos e idosos do município.

- Sensibilização dos Profissionais da Rede Saúde

Durante a atividade de apoio matricial, em fevereiro de 2010, os dentistas da equipe municipal de referência, um dentista e uma técnica de saúde bucal do hospital de referência do Programa, atuaram como facilitadores em palestras de sensibilização sobre o problema do câncer bucal no município.

Todos os dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem e de saúde bucal foram convidados pela Secretaria Municipal de Saúde a participar das palestras que, para não comprometer o atendimento à população, foram oferecidas em duas opções de data e horário.

Um dentista da equipe municipal, junto com o dentista da equipe do hospital orientaram dentistas, enfermeiros e médicos sobre a suspeição do câncer bucal e o diagnóstico precoce. Enquanto o outro dentista da equipe municipal e a técnica de saúde bucal do hospital orientaram técnicos de enfermagem e de saúde bucal sobre a importância da promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca.

A secretária de saúde abriu as atividades e fez uma breve discussão sobre integralidade do cuidado e organização do trabalho em rede, além de apresentar a equipe formada no município e novo fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos casos suspeitos e/ou diagnosticados de câncer bucal.

- Comunicação e Coordenação das Ações

A partir da formação da equipe de referência no município e da instituição do novo fluxo, a assistente social da equipe ficou responsável por auxiliar no encaminhamento dos pacientes e pela identificação das suas necessidades (*É agora a nossa assistente social está bem em cima disto. É ela quem está questionando inclusive o Mario Gatti. É ela quem está entrando em contato com as famílias para ver o que faltava e agora a gente tem que*

resolver aqui.”). Essa profissional assumiu papel central no seguimento dos casos, auxiliando na comunicação entre os profissionais da rede local e do serviço especializado e fazendo contato direto com o paciente e familiar, assim como os profissionais da rede local durante todo o processo, agilizando o atendimento e diminuindo a burocracia dos tramites estabelecidos pela DRS7.

Com a reorganização do fluxo de referência para encaminhamento de casos suspeitos e garantia de acesso ao diagnóstico e tratamento no HMMG, os profissionais relataram maior agilidade no atendimento dos pacientes e facilidade na comunicação com os profissionais do serviço especializado. (*“Agora eu estou gostando, a nossa colega, principalmente ela fala que é assistente social, de início ela teve dois casos, e ela conseguiu agendar. Já conseguiu agendar para o outro dia...”*).

Com a implantação do Programa no município, segundo a coordenadora de saúde bucal o tempo médio entre a suspeição do câncer bucal, a confirmação diagnóstica e o tratamento era de 55 dias (*“... até janeiro desse ano, quando o bucomaxilo estava trabalhando, levava uns 15 dias para os dentistas dos PSFs encaminharem para ele e dele para fazer o diagnóstico no município vizinho levava uns 20 dias... ai para o tratamento de 20 à 30 dias.”*). A coordenadora ainda relatou que o PAIM-Boca facilitou o acesso ao tratamento (*“Antes com o PAIM era super fácil...”*) e que diante da sua interrupção, o município estava encontrando barreiras no acesso dos pacientes (*“... hoje está tudo tão difícil.”*).

A coordenadora citou que a relação com os profissionais do Programa era muito boa e que após a interrupção, o único profissional de referência que o município tinha contato era o dentista estomatologista do município vizinho, que voltou a realizar a confirmação diagnóstica dos casos suspeitos do município. Segundo a coordenadora, o acesso aos serviços de referência para tratamento pela via formal de encaminhamento, a Central de Regulação do DRS7, estava fechado, sem vagas naquele momento (*“... agora está muito difícil... a porta está fechada...”*).

Os profissionais da equipe formada no município ainda destacaram que a relação entre os profissionais da rede municipal, principalmente da equipe de referência, havia melhorado (*“Nesta capacitação, até o fato de sair daqui no mesmo carro para ir para Campinas, já é algo que ajuda no estreitamento de relações... possibilitou maior integração e até uma formação de rede e uma maior troca entre os profissionais, conhecimento, integração e interação...”*). Além disso, consideraram que o acompanhamento dos casos pela assistente social também facilitou a comunicação entre os diferentes pontos da rede (*“Hoje com assistente social está mais fácil.”*).

A coordenadora de saúde bucal valorizou a contribuição do PAIM-Boca para organização da rede local, mas diante da dependência do nível terciário para garantir acesso ao tratamento dos pacientes e da atual dificuldade para inserir os pacientes nos serviços de referência, a coordenadora sugeriu que os dentistas da rede local poderiam ser capacitados para realizar o tratamento de lesões iniciais no próprio município (*“... poderia habilitar os dentistas da rede para o tratamento de lesões menores”*).

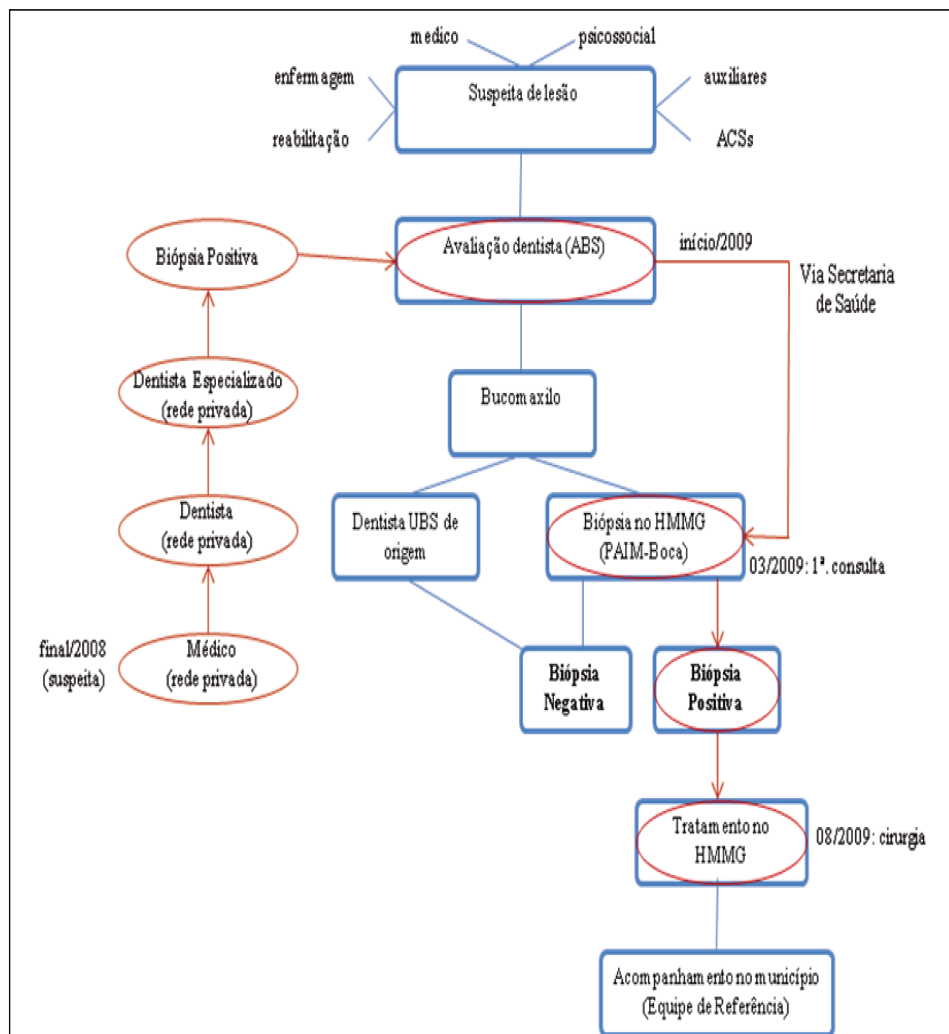
Até o momento da realização do grupo focal nenhum paciente atendido na rede local de saúde havia recebido o diagnóstico de câncer bucal, apenas dois casos suspeitos foram encaminhados ao HMMG, mas não foram diagnosticados com câncer. A equipe do município estava com grande expectativa para acompanhar possíveis nos casos de câncer e demonstraram satisfeitos com a possibilidade de trabalhar em equipe multiprofissional e principalmente por ter garantia de acesso no hospital de referência do Programa para encaminhamento dos pacientes e acesso facilitado aos profissionais para esclarecimento de dúvidas e troca de informações (*“Não sei como vai estar, agora que está iniciando o projeto, a contra transferência era um dos problemas maiores... não tinha notícias.”*).

Através da consulta ao registro dos pacientes encaminhados ao hospital de referência do Programa para tratamento de câncer bucal, durante o período de estudo, apenas dois casos do município foram identificados.

Um paciente foi encaminhado com diagnóstico avançado da doença (estadio IV), realizou tratamento cirúrgico, radioterapêutico e quimioterapêutico, mas evoluiu para o óbito em poucos meses. O outro paciente (Paciente F) foi encaminhado durante a fase inicial de implantação do Programa e a síntese da sua trajetória terapêutica segue descrita abaixo:

⇒ Paciente F (Figura 17): o paciente relatou que durante mais de vinte e cinco anos conviveu com uma ferida na boca (*“inflamação que... não sarava de jeito nenhum.”*) e que, por recomendação dos profissionais do Centro de Saúde, tinha utilizado várias pomadas e usava protetor labial na tentativa de curar a lesão. Incomodado com o problema, no final de 2008, resolveu procurar um médico da rede privada de saúde que o encaminhou à um dentista (*“É particular, ai eu paguei aquela consulta, ele olhou, viu tudo, ai ele falou que não resolvia o problema, sabe. Que isso já não era da parte dele, né. Daí ele me encaminhou com um cirurgião dentista”*). Da mesma forma, o dentista também o encaminhou para outro profissional capacitado que realizou a biópsia e diagnosticou um câncer de pele localizado no lábio, segundo o paciente: *“um câncer mínimo”*. Com o resultado da biópsia o paciente procurou o Centro de Saúde e foi encaminhado para tratamento no HMMG. Em março de 2009 foi avaliado pelos profissionais do hospital, que realizaram nova biópsia incisional e indicaram a realização de procedimento cirúrgico para ressecção da lesão. O paciente julgou que a própria biópsia amenizou o problema e por priorizar o trabalho, diante do tempo despendido para se deslocar até o hospital (com transporte da prefeitura) não compareceu as consultas pré agendadas no serviço. Com a ajuda de um vereador do município, que disponibilizou transporte particular para levá-lo até o hospital, o Paciente F retomou o tratamento e realizou a cirurgia em agosto de 2009. Depois da cirurgia, priorizando o trabalho, interrompeu o acompanhamento no hospital após algumas consultas de retorno (*“...Dava pra ter ido, mas ai eu vi que já estava melhor, não apareceu mais problema nenhum, ai eu deixei de ir. Não fui mais, não marquei mais nada e não fui mais pra lá.”*). O paciente afirmou que todos os exames necessários para realização

da cirurgia foram feitos no próprio hospital e considerou o atendimento do serviço muito bom, diferente do atendimento do Centro de Saúde (“A se for pela parte do Posto de Saúde essas coisas é complicado aqui viu, se bem que não é só aqui né. Mas aqui, se a pessoa tiver como pagar a consulta é bom pagar, porque o Posto aqui é muito lento. Médico, às vezes não tem médico. Sabe e aqui, também, é muita pouca coisa que se resolve, né. Que nem esse caso meu mesmo, aqui no Posto não resolvia não passar pelo médico.”).



Legenda: ___ Fluxo organizado no município ___ Trajetória terapêutica do paciente Busca ativa do paciente pelo cuidado.

Figura 17- Fluxo síntese da trajetória terapêutica do Paciente F.

A trajetória do Paciente F permite uma visão de como a rede de atenção básica era despreparada para abordagem do problema do câncer bucal, antes da implantação do PAIM-Boca, e retratou a baixa organização da rede municipal e falta de comunicação entre os diferentes pontos da rede, uma vez que no município o dentista cirurgião bucomaxilofacial, do Ambulatório de Especialidades, já era referência para avaliação de lesões bucais suspeitas de malignidade. A partir da realização da intervenção cirúrgica no hospital de referência, em agosto de 2009, também, fica evidente a dificuldade desse serviço em se abrir para a rede. Mesmo com a proposta de trabalhar de forma articulada com os profissionais das equipes municipais, a contra-referência ou mesmo a comunicação do nível hospitalar com a rede municipal de saúde, diante das desistências do paciente ao tratamento não foi observada.

4.2.8- A Implantação no Município de Sumaré

O município de Sumaré foi fundado em 1868 por imigrantes italianos e portugueses, como uma pequena vila na região do Ribeirão Quilombo pertencente ao território de Campinas. A vila desenvolveu-se ao redor da Estação de Ferroviária Rebouças e em 1953 tornou-se independente com a instalação de diversas indústrias que impulsionaram o desenvolvimento do município (IBGE, 2013).

Sumaré desenvolveu-se rapidamente, atraindo muitos migrantes em busca de trabalho. Em 30 anos, a população do município saltou de aproximadamente 10.000 habitantes para mais de 220.000 habitantes, período de 1960 à 1990 (Prefeitura de Sumaré, 2013). Em 2010, a população do município era de 241.311 habitantes (IBGE, 2013), representando a segunda maior população da região metropolitana, atrás somente de Campinas.

Apesar de Sumaré apresentar uma das médias de renda per capita mais baixas dentre os municípios analisados (R\$ 917,85), o município apresentava uma ampla rede de serviços de saúde, sendo alguns desses,

referência para outros municípios da região, como o caso do CEO e do Hospital Estadual (IBGE, 2013).

No período de implantação do PAIM-Boca (março de 2009 a março de 2011), a rede de saúde do município era composta por 12 UBSs, 02 ESFs, 01 CIS (Centro Integrado de Saúde: unidade de saúde com três equipes de estratégia de saúde da família e com pronto-atendimento), 01 SIADH (Serviço de Internação e Atendimento Domiciliar Humanizado), 01 CEO, 01 CAPS, 01 Ambulatório de Especialidades, 01 Pronto Socorro, 01 Hospital Geral (estadual), 01 Farmácia Central, 01 Centro de Vigilância Epidemiológica, 01 Centro de Vigilância Sanitária e 01 Centro de Controle de Zoonoses.

Mesmo com tal estrutura de serviços de saúde à disposição, segundo os profissionais da equipe de referência e gestores do município a população encontrava algumas dificuldades de acesso, mais especificamente a consultas e exames especializados e algumas terapias disponíveis somente nos centros de referência de alta complexidade, como no caso do tratamento oncológico (cirúrgico, radioterapêutico e quimioterapêutico).

- Implantação do PAIM-Boca no município

Diante da dificuldade para garantir acesso ao tratamento dos pacientes com câncer de boca diagnosticados no município, o PAIM-Boca representou uma nova possibilidade de acesso aos olhos do coordenador de saúde bucal que foi o grande apoiador da implantação do Programa. O coordenador participou ativamente no planejamento e organização das ações desenvolvidas no município.

Acreditando no potencial do trabalho em rede e na possibilidade de ampliar o acesso ao tratamento, o coordenador apresentou a proposta de trabalho do PAIM-Boca à equipe de gestão que apoiou a implantação do Programa no município. Os coordenadores de Educação Permanente, da Central de Regulação e do CEO, contribuíram no planejamento das ações desenvolvidas no município.

Apenas o diretor de assistência e um representante da central de regulação questionaram a perenidade das ações desenvolvidas, considerando a característica de iniciativa piloto do Programa, e alertaram na primeira reunião realizada no município: “(...) se não é o convenio, vai acabar sempre. Ele não será permanente.”/“... é um projeto que pode acabar.” (coordenador de saúde bucal - reproduzindo comentários de alguns gestores).

Acreditando no potencial da implantação do PAIM-Boca como uma experiência exitosa, o coordenador de saúde bucal, com apoio da gestão municipal, formou uma equipe de referência e com o protagonismo desses profissionais, de diferentes áreas de atuação, muitas ações foram desenvolvidas no município para enfrentamento do problema do câncer bucal e organização do trabalho em rede.

Durante o período de implantação do PAIM-Boca, houve uma mudança na gestão da saúde, com a troca do secretário de saúde, mas esse interveniente não comprometeu o desenvolvimento das ações.

- Constituição da Equipe de Referência e Qualificação Profissional

Para garantir atendimento e acompanhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal e trabalhar de forma articulada com outros pontos da rede de saúde foi composta uma equipe multiprofissional de referência no município.

A convite dos gestores e por motivação profissional e pessoal, integraram a equipe de referência do município três dentistas, um que realizava atendimentos no CEO e dois que atendiam a população em unidades da atenção básica; uma assistente social, que trabalhava no CRAS (Centro de Referência da Assistência Social); uma enfermeira, do ambulatório municipal de especialidades; um fisioterapeuta, que atendia no ambulatório de reabilitação; uma nutricionista, do SIADH (Serviço de Internação e Atendimento Domiciliar Humanizado); e uma psicóloga, da equipe de referência de saúde mental do município.

Os profissionais da equipe de referência participaram das ações de aprimoramento profissional desenvolvidas no HMMG, se prontificaram em acompanhar os pacientes diagnosticados no município e atuaram como facilitadores no processo de disseminação do conhecimento, junto à rede municipal de saúde, acerca do problema do câncer bucal. Os profissionais, principalmente os dentistas, relataram que a partir da implantação do PAIM-Boca sentiram-se reconhecidos pelo trabalho desenvolvido e conseguiram estimular a suspeição do câncer bucal e agilizar o diagnóstico dos pacientes encaminhados para avaliação no CEO (*“No CEO conseguimos mesmo uma conquista com status profissionais...”*). Além disso, os profissionais valorizaram a oportunidade de trabalhar de forma multiprofissional em equipe (*“Pelo menos a equipe se reconhece. De fato é verdade, a gente se reconhece como equipe.”*).

Os profissionais da equipe de referência do município mostraram-se dispostos a trabalhar de forma articulada com profissionais de outros serviços de saúde buscando aproximar o cuidado dos pacientes, através do reconhecimento e atendimento das suas necessidades no território mais próximo possível do local de residência (*“... A gente teve uma vontade política... vontade profissional muito grande de ter uma equipe aqui, no entendimento que o paciente precisa mesmo deste cuidado e de que ele é nosso.”*).

- Organização do Fluxo Municipal de Referência para encaminhamento dos pacientes

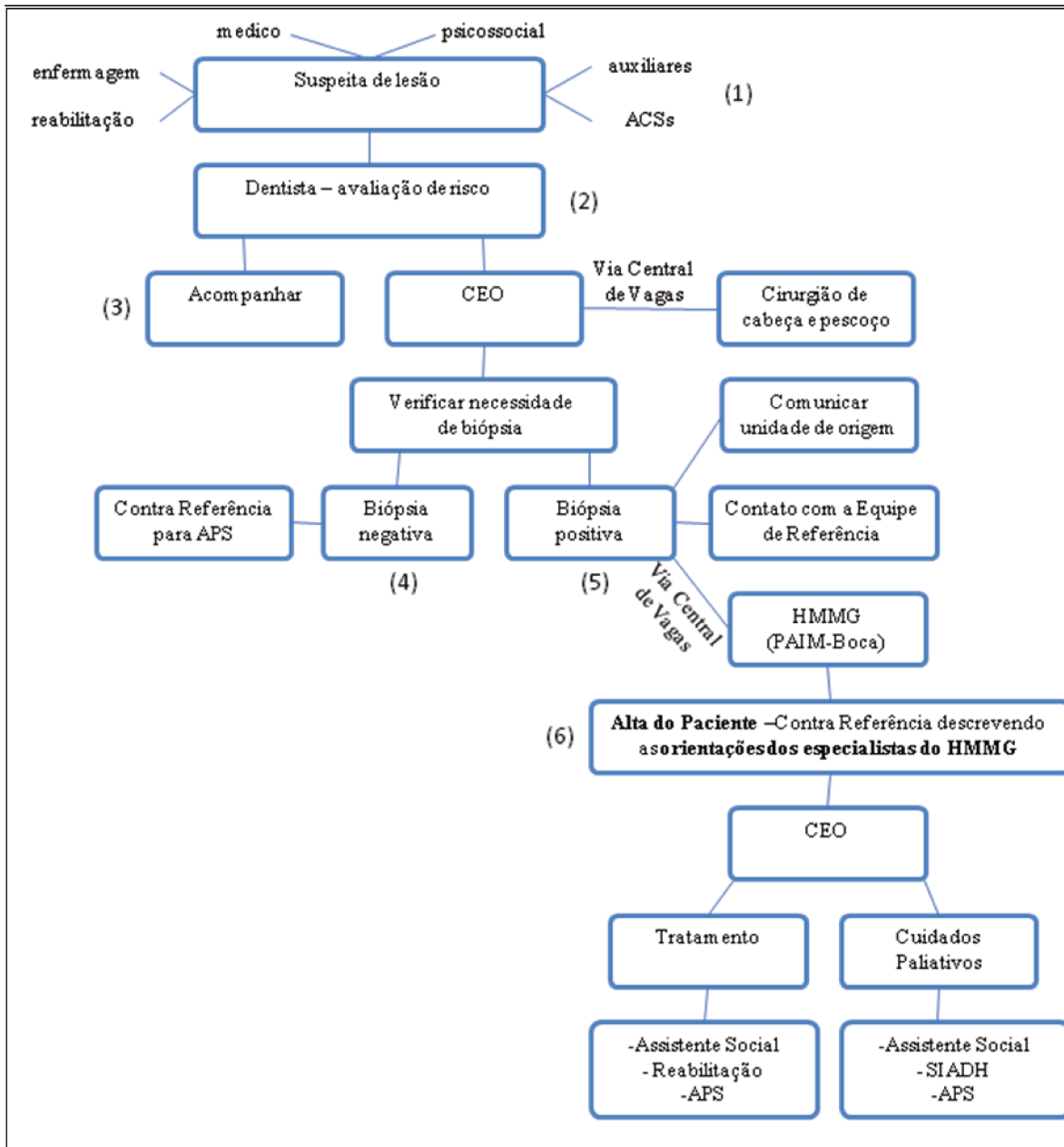
A partir de discussões sobre as necessidades e potencialidades do município para garantir a atenção adequada ao problema do câncer bucal, durante a atividade de apoio matricial, os profissionais reconheceram a necessidade de organizar a rede interna para diminuir a sobrecarga do hospital de referência e aumentar o conforto do paciente, considerando o potencial da rede de serviços instalada e da competência dos trabalhadores da rede local de saúde. Assim, a equipe de referência do município, com apoio da central de regulação do

município, propôs um fluxo de referência mais ampliado, envolvendo diferentes pontos da rede. Esse fluxo foi divulgado na rede municipal de saúde e a equipe organizou ações de sensibilização para orientar e alertar dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos de saúde bucal, sobre a prevenção e suspeição do câncer bucal, além de apresentar o novo fluxo pactuado.

Antes da implantação do PAIM-Boca, segundo relato dos profissionais da equipe de referência e do coordenador de saúde bucal do município, o fluxo de referência do município baseava-se na realização de campanhas de prevenção do câncer bucal durante as campanhas de vacinação dos idosos, encaminhamento de casos suspeitos para avaliação e diagnóstico no CEO e tratamento nos hospitais de referência da região.

O novo fluxo, construído pela equipe de referência do município durante a atividade de apoio matricial do PAIM-Boca, ampliou as ações desenvolvidas para promoção da saúde bucal e prevenção do câncer que antes eram restritas aos grupos de tabagismo da atenção básica (UBSs, PSFs e no CIS), à campanha de vacinação do idoso e orientação de saúde bucal nas escolas. A partir da implantação do PAIM-Boca no município, as ações de promoção e prevenção passaram a ser desenvolvidas no CRATOD (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas), no CAPS e na semana de saúde do homem, além da triagem realizada durante a campanha de vacinação do idoso. No novo fluxo, qualquer profissional da área da saúde, até mesmo o agente comunitário de saúde, poderia fazer a suspeição de lesões bucais malignas e encaminhar os casos (1), com atendimento prioritário, para avaliação inicial do dentista do serviço de atenção básica do território (2). Caso o dentista da atenção básica mantivesse a suspeita, o paciente deveria ser encaminhado, com atendimento prioritário, para avaliação diagnóstica realizada no CEO (3). Caso o diagnóstico não se confirmasse, o paciente era reencaminhado para acompanhamento com o dentista da atenção básica (4). Diante da confirmação do diagnóstico, o resultado era informado ao dentista da atenção básica e o paciente era encaminhado à equipe do hospital de referência do Programa para iniciar o

tratamento, com acompanhamento da equipe de referência do município que se responsabilizaria pela coordenação do cuidado, na expectativa de atender as necessidades possíveis, no território mais próximo do paciente (5). No momento de alta do tratamento hospitalar, o paciente deveria ser contra referenciado ao CEO do município para o devido acompanhamento e realização de outros encaminhamentos necessários (6). A Figura 18 apresenta o fluxo estabelecido no município.



Fonte: Relatório de atividade de apoio matricial realizada no município de Sumaré, 2010.

Figura 18- Fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal do município de Sumaré.

O coordenador informou que o novo fluxo instituído organizou a rede interna e facilitou o acesso dos pacientes ao tratamento, porém a equipe de referência do município teve uma atuação pontual e com a interrupção do Programa, o fluxo pactuado já não era mais praticado, somente o agendamento para confirmação diagnóstica no CEO ainda era prioritário (“... *hoje não tem demanda para paciente com qualquer tipo de lesão suspeita...*”).

Apesar da organização interna para garantir a atenção necessária ao problema do câncer bucal, a equipe constituída no município relatou ter encontrado dificuldades para atender as algumas necessidades dos pacientes em consequência da falta de contra-referência dos profissionais dos hospitais de referência, inclusive do hospital de referência do Programa.

- Capilarização do PAIM-Boca na rede municipal de saúde

O relato dos encontros de apoio matricial realizados no município mostra que nesses espaços os profissionais da equipe de referência e o coordenador de saúde bucal do município tiveram a oportunidade de refletir sobre a condição de cuidado aos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal e identificaram as principais necessidades e dificuldades, assim como a capacidade da rede municipal de saúde para garantir a integralidade do cuidado relacionada ao problema do câncer bucal.

Além de estabelecer o novo fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos casos, aproveitando ao máximo a estrutura do município, os profissionais da equipe de referência e o coordenador de saúde bucal do município, também, identificaram a necessidade de mobilizar os profissionais da rede municipal de saúde, principalmente da atenção básica, para incluir o novo fluxo no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde. Dessa forma, a equipe do município, com apoio da gestão e da apoiadora de implantação do PAIM-Boca, planejaram e desenvolveram algumas ações para favorecer a implantação do Programa no município.

Através de ações de sensibilização, dirigidas aos profissionais da atenção básica, os profissionais da equipe municipal divulgaram o novo fluxo de referência para atendimento e encaminhamento dos casos suspeitos e/ou diagnosticados com câncer bucal no município, pactuaram ações para o adequado manejo desses pacientes e atuaram como facilitadores na disseminação do conhecimento acerca do problema. Em alguns momentos, a convite da equipe municipal, profissionais da equipe do hospital de referência auxiliaram em discussões sobre promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca, conforme descrito abaixo.

- Sensibilização dos Profissionais da Rede Saúde

Como a maioria dos profissionais da equipe de referência atuavam em serviços especializados do município (CEO, CRAS, SIADH, ambulatório de especialidades, ambulatório de reabilitação e equipe de referência de saúde mental), os mesmos relataram ter divulgado a proposta de trabalho, estabelecida a partir da implantação do PAIM-Boca, assim como discutido qual o papel desses serviços no cuidado ao paciente oncológico. Para divulgar a proposta do Programa e abordar a temática do câncer bucal com os profissionais da rede de atenção básica foram realizadas algumas ações conjuntas e específicas de sensibilização sobre o tema. Segundo o coordenador, essa foi a primeira vez que a saúde bucal desenvolveu ações dirigidas a profissionais de outras áreas da saúde, que não a odontologia.

Primeiramente os dentistas da equipe do município afirmaram que incluíram a questão do câncer bucal nas discussões de saúde bucal promovidas com os profissionais da atenção básica. No ano de 2010, um dentista da equipe de referência fez uma apresentação sobre os principais fatores de risco e principais sinais e sintomas do câncer bucal no encontro anual de saúde bucal da atenção básica.

Posteriormente foram organizadas algumas palestras de sensibilização para profissionais da atenção básica, conduzidas por profissionais da equipe do hospital de referência do Programa. Num encontro dirigido a dentistas, enfermeiros e médicos, um dentista do hospital orientou sobre os principais fatores de risco, principais sinais e sintomas e sobre o diagnóstico diferencial do câncer oral. Em outro encontro dirigido a auxiliares e técnicos de saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, a técnica de saúde bucal da equipe do hospital orientou sobre a manutenção da saúde bucal nas diferentes fases da vida (gestação, infância, vida adulta e posteridade), sobre higienização oral, alertou sobre os principais fatores de risco e sinais e sintomas do câncer bucal.

O coordenador mostrou-se muito satisfeito e motivado com o resultado dessas ações: *“O Projeto para gente, eu achei que ele foi muito bacana. Enquanto ele aconteceu, porque no município a gente se mobilizou bastante, na época, a gente já estava no início do processo. A gente chamou os agentes de saúde, uma pessoa muito importante dentro do processo, que atentam para importância disto, os alcoólatras, tabagistas. Começou com o processo com os agentes, depois gente fez a capacitação com os profissionais eu queria ter levado mais profissionais, foram cento e poucas pessoas. O que achei interessante por ser um evento da saúde bucal levar tantas pessoas. Por que normalmente quando o evento é da saúde bucal os dentistas vão em peso mesmo, eles não costumam faltar, mas a gente conseguiu levar médico e enfermeiro. Nas unidades aconteceram alguns eventos dos dentistas com os agentes comunitários.”*

Os profissionais da equipe de referência do município identificaram os benefícios da organização do trabalho articulado em rede, envolvendo diferentes profissionais, de diferentes pontos da rede do município. Nesse sentido, consideraram o envolvimento dos agentes comunitários de saúde de extrema importância para abordagem do problema do câncer bucal (*“A gente entende que o agente de saúde é uma peça superimportante, porque o paciente nem vai até o Centro de Saúde, mas o agente tem contato na casa, no bar.”*).

As ações de sensibilização desenvolvidas com a rede municipal de saúde a partir da implantação do PAIM-Boca favoreceram a atenção ao problema do câncer bucal no município e foram capazes de impactar na condição de acesso da população ao diagnóstico precoce, como pode-se observar através dos casos encaminhados para tratamento, no período de implantação do Programa.

- Comunicação e Coordenação das Ações

Através da observação das ações desenvolvidas no município de Sumaré, da análise da trajetória terapêutica dos pacientes encaminhados ao hospital de referência e do relato dos profissionais da equipe de referência e dos coordenadores de saúde bucal do município, fica evidente o esforço do município para constituir a equipe de referência, com profissionais de diferentes áreas de atuação que se capacitaram, que se organizaram enquanto equipe multiprofissional e se responsabilizaram por coordenar o atendimento das necessidades de saúde de pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer bucal. Buscando aproximar o cuidado dos pacientes, ainda foram desenvolvidas ações de sensibilização com os profissionais da atenção básica à saúde e a equipe de referência tentou amparar cada paciente utilizando todos os recursos disponíveis na rede de saúde.

Apesar do esforço do município para organizar a rede interna de saúde para trabalhar de forma articulada em rede, algumas dificuldades foram encontradas para garantir a integralidade da atenção. Segundo o coordenador de saúde bucal, o fluxo funcionou bem internamente, mas a relação com os profissionais do hospital de referência apresentou falhas de comunicação (*“Rolou legal no município... o problema está do diagnóstico para frente.”* - *“Com o PAIM tinha o encaminhamento, mas não tinha a contra-referência.”*). Os profissionais da equipe municipal, também, afirmaram que o fluxo pactuado não foi cumprido pelos profissionais do hospital (*“... se a proposição é capacitar os municípios para dividir o trabalho com o serviço especializado, é preciso que haja compartilhamento dos casos”*).

Mesmo com a boa relação estabelecida entre os profissionais da equipe do município e os profissionais da equipe do PAIM-Boca, todos os profissionais da equipe do município queixaram-se da falta de contra-referência e destacaram que o Programa tinha o viés da capacitação para que o acompanhamento fosse feito na rede local, mas sem contra-referência isso ficou inviável. Segundo o coordenador de saúde bucal, a relação com a equipe do hospital era interpessoal e que os profissionais da equipe municipal estabeleceram bom vínculo principalmente com os dentistas, a técnica de saúde bucal e a fisioterapia do hospital, que prontamente atendiam os casos referenciados do município, mas a dificuldade na contra-referência comprometeu o seguimento dos pacientes e atendimento de suas necessidades de saúde no município.

Os profissionais da equipe de referência de Sumaré citaram vários casos nos quais a contra-referência não ocorreu e afirmaram que fizeram um esforço para rastrear os pacientes do município após o atendimento especializado (*“... durante o ano de 2010, 40 pacientes foram enviados para biópsia... 8 deu resultado e foram encaminhados para tratamento e destes 5 foram para o Mário Gatti... Todos estes pacientes estão monitorados até hoje. Alguns fizeram cirurgia e estão lá. E tem gente que ainda está esperando. Teve 2 casos que foram e voltaram e ficou este tumulto”*).

Para os profissionais da equipe de referência do município e para o coordenador de saúde bucal, os serviços especializados precisam entender que quem coordena o cuidado é a atenção básica e, que as necessidades de saúde dos pacientes devem ser compartilhadas (*“... muito se pode fazer na atenção básica, mas precisa de um fluxo formulado e construído junto com a equipe do município.”*). Na opinião do grupo a contra-referência é necessária para potencializar o tratamento e atender as necessidades para além do acesso.

Apesar da falta de contra-referência dos casos encaminhados para tratamento durante a implantação do PAIM-Boca, os profissionais da equipe do município e do coordenador de saúde bucal consideravam que as vias informais

de regulação, principalmente aquelas estabelecidas a partir das relações interpessoais entre profissionais de saúde, eram mais efetivas do que as vias formais de regulação, pelo menos para garantia do acesso qualificado.

Com a interrupção do PAIM-Boca e a constante dificuldade de garantir acesso ao tratamento em tempo oportuno, o grupo descreveu a busca ativa dos profissionais da central de regulação do município à procura por vagas extra oficiais para garantir o acesso dos pacientes ao tratamento no menor tempo possível. Segundo o coordenador de saúde bucal, a relação com a central de regulação regional de saúde era muito dura, porque o número de vagas era limitado e negociado arduamente entre os municípios da região. Assim, a regulação do município contactava diretamente os serviços de referência para tratamento oncológico e o paciente era encaminhado ao primeiro local que oferecesse uma vaga (*“Hoje a gente tá numa coisa que a gente tenta evitar, a solidariedade, o boca a boca. O otorrino leva, ele pede para o pessoal do Mário Gatti, médico regulador tenta uma Unicamp. Quem conseguir leva pela mão...”*). A busca do município por vagas nos serviços de referência era como um *“leilão de vagas”*, o serviço que ofertasse a vaga mais rápido, levava o paciente.

A partir da implantação do PAIM-Boca e da constituição da equipe de referência do município, a rede interna foi organizada de forma a garantir a assistência pertinente à sua esfera, contudo, permanecia imobilizada diante da dependência dos serviços terciários para atender as necessidades de saúde mais complexas dos pacientes, como o tratamento oncológico.

Com organização da rede interna para abordagem do problema do câncer bucal, o número de diagnósticos realizados no CEO do município aumentou criando-se um *“gargalo”* diante da dificuldade de acesso ao tratamento com a interrupção do Programa (*“... se a gente começa a procurar, vamos achar e então temos que tratar ... isso não pode ser informal.”*). Segundo os profissionais da equipe do município e o coordenador de saúde bucal, o diretor de saúde *“cantou a bola”*: alertou que o Programa ia suspender em algum momento (Disse: *“Vai criar demanda e vai acabar. Quem vai cuidar depois?”*).

O coordenador de saúde bucal do município referiu ter conversado com o coordenador nacional de saúde bucal sobre a interrupção do PAIM-Boca e que o mesmo disse: *“Ah! Tá parado! E? Nada impede você de ter as ações no seu município.”* Diante dessa afirmação o coordenador do município disse que respondeu: *“Ah, o município fez de tudo, mandou os profissionais, capacitou os agentes comunitários, fez tudo... meu problema é a cirurgia, o município não tem como fazer a cirurgia. Este é o problema da gente: da alta complexidade, é a questão do gargalo. Todo o mundo faz a sua parte, você consegue diagnóstico.... você consegue diagnosticar um monte e daí para de novo não conseguir acesso no hospital?”*

Diante dos relatos dos profissionais da equipe e do coordenador de saúde bucal de Sumaré, constatamos que apesar do objetivo de compartilhar o cuidado em rede, a integração dos profissionais do hospital de referência do PAIM-Boca com a equipe organizada no município para esse trabalho ficou apenas no discurso. A partir do acesso dos pacientes ao hospital o cuidado seguia, quase que exclusivamente, neste serviço devido à dificuldade deste ponto da rede em compartilhar o cuidado com os serviços municipais.

Os profissionais da equipe de referência e gestores de saúde de Sumaré, também, queixaram-se por não terem sido comunicados sobre a interrupção do Programa (*“... o Programa foi suspenso e nós não fomos avisados... aí fomos atrás pra saber, aí que veio a fala: “Não podemos dar uma informação oficial, porque estamos tentando retoma...”*). Os organizadores do Programa não falaram nada, mas a gente achou que iam dar uma ligada. Depois teve um silêncio...”). O grupo de Sumaré foi o que mais questionou a organização do PAIM-Boca, o que mais ressentiu-se com a interrupção do Programa e com a constante falta de comunicação dos profissionais do hospital de referência, que permaneceu silenciosa até mesmo para informar a interrupção das atividades no serviço. A reação do grupo é justificada pelo grande empenho dos mesmos em organizar a rede municipal de saúde na lógica do trabalho em rede.

Na visão do grupo o paciente com câncer bucal está em uma situação difícil de vida e as coisas devem ser facilitadas pelos profissionais da rede. Além disso, destacaram que a questão do tempo é crucial para que o tratamento seja bem sucedido. Diante de tal realidade da experiência de implantação do PAIM-Boca, os profissionais e gestores de Sumaré apontaram o desejo de ampliar a suspeição e principalmente a detecção precoce do câncer bucal no município e, também, afirmaram desejar pertencer a um programa capaz de garantir o acesso ao tratamento em tempo oportuno, com boa comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais. Ou seja, fazer parte de uma rede de saúde na qual as pessoas dos diferentes pontos de atenção se relacionam com reciprocidade e com condições de suprir as demandas necessárias ao cuidado dos pacientes, em tempo oportuno e no território mais adequado.

Durante a implantação de análise da PAIM-Boca no município, 07 pacientes com diagnóstico confirmado de câncer bucal foram encaminhados para tratamento no hospital de referência do Programa, outro caso foi encaminhado ao hospital de referência após a interrupção do Programa e por esse motivo não foi considerado na análise do estudo. A partir da análise do prontuário hospitalar dos casos encaminhados do município observou-se que 05 pacientes foram diagnosticados em fase inicial da doença (estadio 0, I e II) e 02 pacientes em fase tardia (estadio III e IV), situação oposta aos registros da FOSP, em período anterior à implantação do Programa (2007 e 2008), quando apenas um quarto dos casos foi diagnosticado em fase inicial da doença.

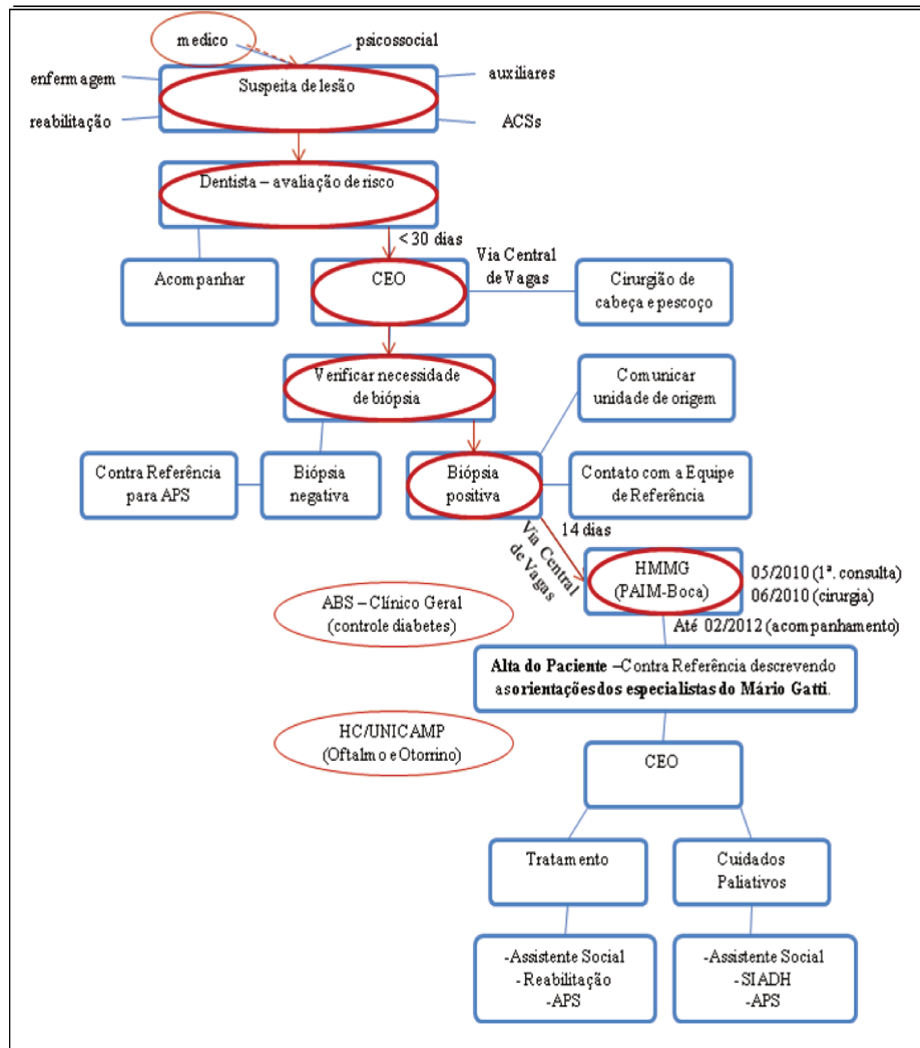
Com a realização de diagnósticos mais precoces, o tratamento inicial necessário para adequada condução dos casos, também, foi menos agressivo e mutilante, sendo que 01 paciente realizou a ressecção da lesão através de uma exeresse ambulatorial, 03 pacientes necessitaram realizar intervenção cirúrgica para retirada da lesão, 02 pacientes realizaram o tratamento radioterápico e 01 paciente necessitou realizar o tratamento inicial associando a radioterapia após a intervenção cirúrgica.

Como a maioria dos pacientes do município foram diagnosticados em fase inicial da doença e necessitaram de tratamentos iniciais menos agressivos e mutilantes, o estado da doença após um ano de início do tratamento também apresentou dados otimistas. Dos sete casos analisados do município, 04 casos não apresentaram sinais de evidência da doença, 02 casos estavam estáveis e 01 paciente apresentou remissão parcial da doença e posteriormente necessitou realizar outros tratamentos.

Durante o período de estudo foi possível o contato, para realização de entrevistas, com 04 pacientes encaminhados do município para tratamento no hospital de referência do Programa (Pacientes G, H, I e J). A análise da trajetória terapêutica desses quatro casos, construídas a partir da narrativa das entrevistas, ilustram o impacto da implantação do Programa para o atendimento das demandas de cuidado dos pacientes do município, como apresentado abaixo:

⇒ Paciente G (Figura 19): no início do ano de 2009 a paciente percebeu um “*espinho na língua*” e procurou o clínico geral, que sempre lha atendia no Centro de Saúde, que a examinou e imediatamente a encaminhou para avaliação com o dentista do serviço. O dentista retirou a pele que cobria a lesão bucal algumas vezes, mas após um ano de acompanhamento sem observar melhora da lesão, decidiu encaminhá-la para avaliação no CEO. O agendamento da consulta com o dentista do CEO demorou menos de 1 mês e o resultado da primeira biópsia foi normal. A paciente contou que “*nasceu outro machucadinho*” e que ao fazer uma nova biópsia o resultado comprovou que tratava-se de uma lesão maligna. Diante da confirmação diagnóstica, o dentista do CEO à encaminhou para tratamento no HMMG, levando cerca de 2 semanas para realizar a primeira consulta com o médico do Hospital (maio de 2010). A cirurgia no HMMG foi realizada em junho de 2010. Após recuperar-se da cirurgia a paciente passou por uma avaliação com o dentista protesista da equipe do hospital de referência, mas não necessitou realizar nenhuma intervenção de reabilitação. No momento da entrevista (fevereiro de 2012) a paciente fazia acompanhamento de rotina no HMMG,

a cada 60 - 90 dias, e realizava exames de ultrassom a cada seis meses. De modo geral a Paciente G foi atendida com qualidade e agilidade em todos os pontos da rede de saúde, porém em sua narrativa fica evidente que os profissionais dos diferentes pontos da rede não se comunicavam, apenas à referenciaram para realização de consultas, exames e procedimentos necessários. A paciente representou possuir bom vínculo com o médico da atenção básica que sempre à acompanhou, reconhecendo e valorizando seu trabalho (“... *ele atende melhor do que médico particular e que além de bom, ele é bonito!*”). A paciente ainda ressaltou que toda equipe do Centro de Saúde era atenciosa e que não tinha queixa nenhuma do atendimento dos profissionais. Também, deu nota 10 para o atendimento recebido no HMMG e afirmou não tinha nenhuma reclamação a fazer do atendimento que recebeu no hospital, além de demonstrar-se muito segura e confiante com toda orientação e atenção que recebeu dos profissionais de saúde.



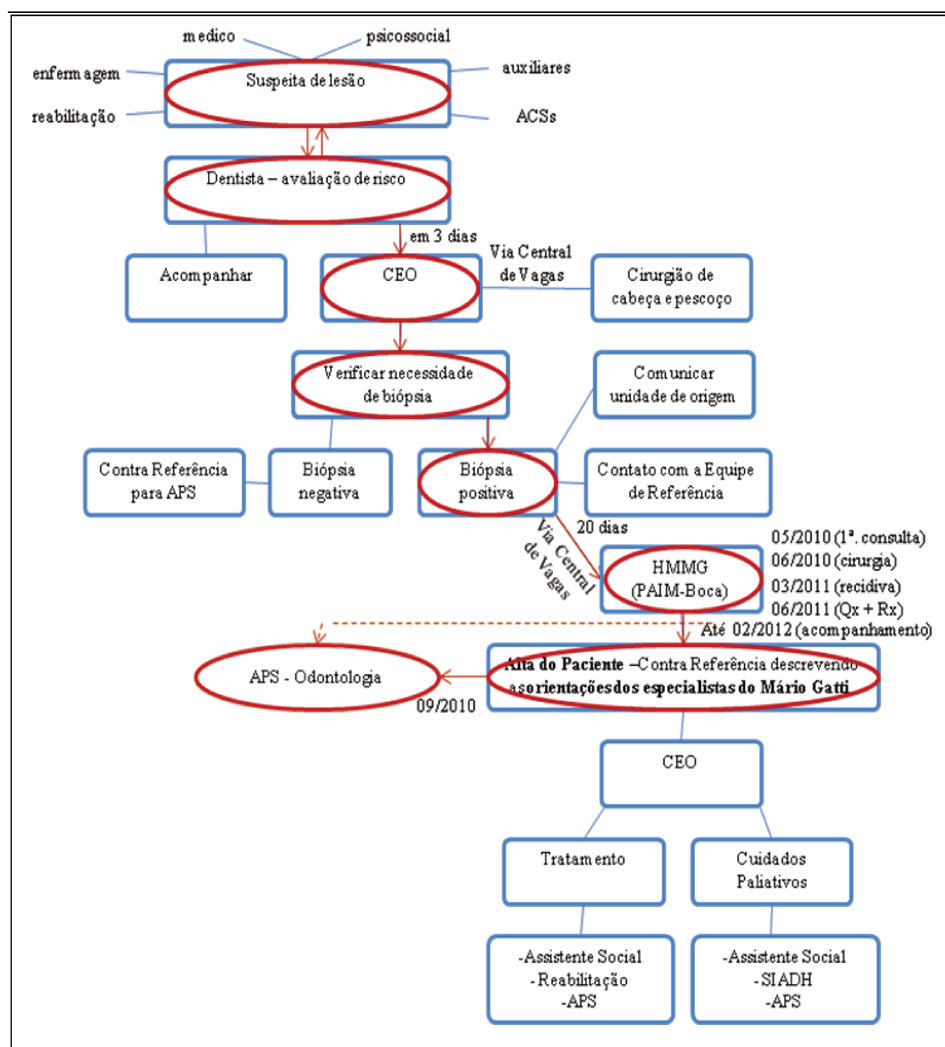
Legenda: ___ Fluxo organizado no município ____ Trajetória terapêutica do paciente Busca ativa do paciente pelo cuidado.

Figura 19- Fluxo síntese da trajetória terapêutica da Paciente G.

⇒ Paciente H (Figura 20): em maio de 2010, o paciente procurou o dentista do Centro de Saúde porque estava com um dente quebrado. O dentista suspeitou do problema e o encaminhou diretamente, através de uma carta, ao CEO (“... o dentista do postinho nem mexeu no dente e nada, ele fez uma carta mandou eu lá para Sumaré, para a especialidade.”) onde foi atendido em 3 dias. No CEO, um dentista o examinou e realizou a biópsia e após cerca de

20 dias, com a confirmação diagnóstica o encaminhou para tratamento no HMMG. No hospital de referência foi avaliado pelo médico, fez os exames pré-cirúrgicos e, em junho de 2010, realizou a cirurgia para ressecção do tumor, permanecendo internado por três dias. Durante o tratamento no hospital foi atendido pelo médico, dentista e pela psicóloga antes e após a cirurgia e pela fonoaudióloga após a cirurgia. Após 3 meses, o médico o encaminhou para extrair o dente na atenção básica (o paciente comentou que o dentista do Centro de Saúde ficou feliz por vê-lo bem e por saber que já havia realizado a cirurgia). Em março de 2011, procurou o médico do hospital com dificuldades para se alimentar e com edema na região do pescoço, foi hospitalizado e o médico optou por não fazer uma nova cirurgia, pois os efeitos colaterais seriam muitos e indicou tratamento quimioterapêutico e radioterapêutico combinado, que foi iniciado na semana seguinte. Antes de iniciar o tratamento recebeu orientação do médico oncologista, da nutricionista e da assistente social. Durante o tratamento deslocava-se diariamente à Campinas, utilizando a ambulância do município, acompanhado sempre por sua irmã. O paciente, também, relatou receber apoio emocional e financeiro dos membros da igreja que frequentava. No momento da entrevista (fevereiro de 2012) seguia em acompanhamento no HMMG e diante da indicação para realizar uma extração dental, afirmou que preferia fazer o procedimento com o dentista do Centro de Saúde que já conhecia, demonstrando grande confiança no trabalho desse profissional. O paciente avaliou o atendimento recebido nos serviços do município e no hospital de referência como ótimo (*“... lá do Mario Gatti? Ótimo. E de Sumaré? Ótimo também.”*) e destacou que não houve grande espera em nenhum dos serviços em que foi atendido (*“... não demorou muito não, porque foi rápido.”*). Após a interrupção das atividades do PAIM-Boca no hospital (março de 2011), passou a ser atendido por outro médico, mas relatou preferência pelo atendimento recebido anteriormente (*“Tem assim... doutores que a gente sente assim mais facilidade por estar com eles, né. Tem uns que já são assim: tipo se você não pegar no ar ele já saiu da sala, né.”*). O Paciente H teve acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo

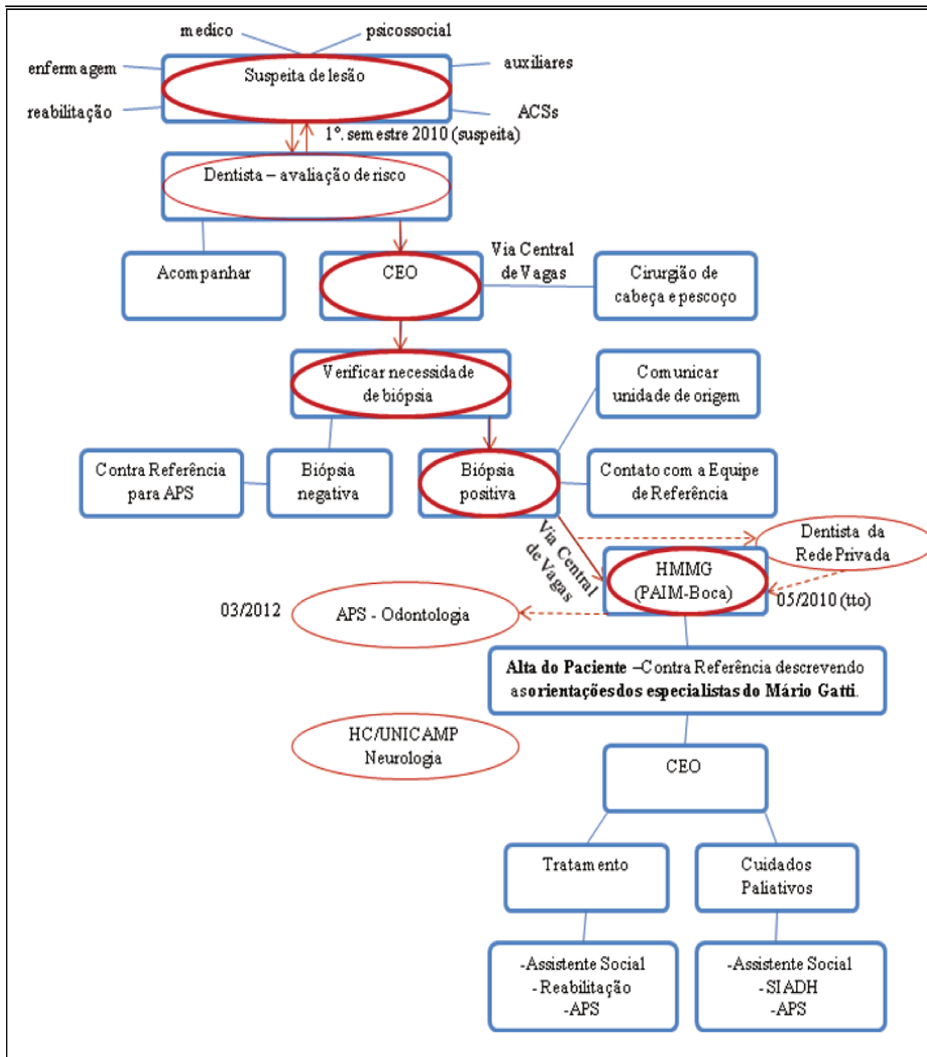
oportuno, porém em sua trajetória percebe-se grande centralidade do cuidado na atenção terciária, como observado quando por conta própria decide realizar a extração dentária com o dentista da atenção básica.



Legenda: — Fluxo organizado no município — Trajetória terapêutica do paciente Busca ativa do paciente pelo cuidado.

Figura 20- Fluxo síntese da trajetória terapêutica do Paciente H.

⇒ Paciente I (Figura 21): o paciente apresentava problemas neurológicos (fazia tratamento no HC/Unicamp), fazia uso de álcool e tabaco e tinha histórico familiar de câncer bucal (irmão-Paciente J). Em 2010, procurou o Centro de Saúde por queixa de dor de dente e a dentista identificou uma lesão suspeita (*“Eu comecei a sentir dor, aí ela falou assim: você não está com dor de dente, você está com alguma coisa na boca.”*), encaminhando-o para avaliação no CEO. Ao confirmar o diagnóstico de bucal *in situ* foi encaminhado para tratamento no hospital de referência do PAIM-Boca e para certificar-se do diagnóstico consultou um dentista da rede privada de saúde que manteve a conduta dos dentistas anteriores. Ao chegar ao hospital foram realizadas duas biópsias e um procedimento de exérese para retirada da lesão (*“... só limparam a boca... tiraram a mancha da boca”*). No HMMG foi atendido pelo médico, dentistas e pela psicóloga do Programa, sendo orientado quanto à necessidade de cessar o uso de álcool e tabaco, porém até o momento da entrevista continuava bebendo e fumando. O paciente não soube precisar as datas, mas afirmou ter conseguido acesso rápido ao diagnóstico e tratamento. Para se locomover até o hospital pegava carona com o irmão que também realizava tratamento no serviço. O Paciente I considerou o atendimento recebido no hospital, assim como no município, bom, devido à agilidade nos encaminhamentos e rapidez no acesso aos serviços de saúde. Contudo, até o momento da entrevista ainda não havia retornado para acompanhamento na rede de saúde do município. A dentista do Centro de saúde responsável pela suspeição da lesão bucal havia agendado um retorno para o mês de março, mas durante toda a entrevista não foi possível perceber nenhuma comunicação entre os profissionais do município com os profissionais do serviço de referência.

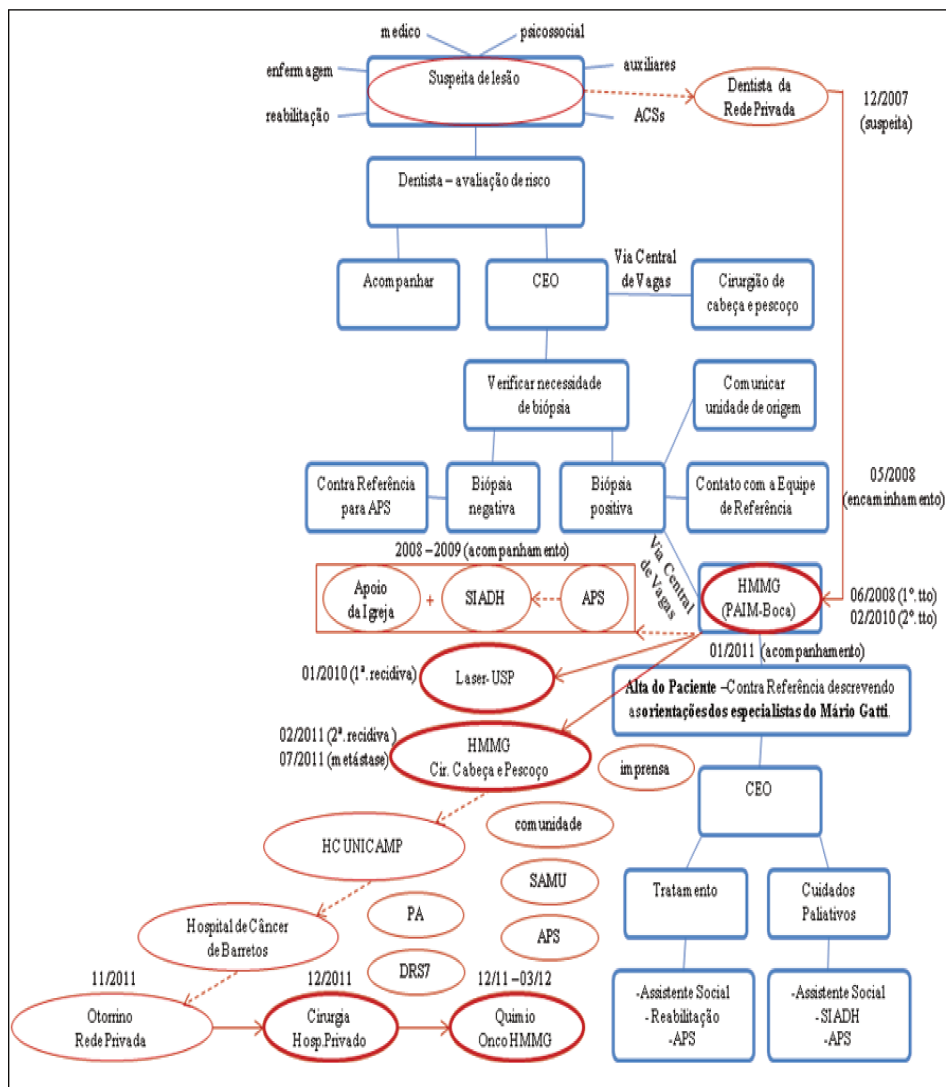


Legenda: — Fluxo organizado no município — Trajetória terapêutica do paciente Busca ativa do paciente pelo cuidado.

Figura 21- Fluxo síntese da trajetória terapêutica do Paciente I.

⇒ Paciente J (Figura 22): O paciente relatou ter procurado tratamento em 2007, para suas queixas, dor de dente e de ouvido. Por alguns meses realizou tratamento com uma dentista da rede privada de saúde, até que em maio de 2008 a profissional o encaminhou para o HMMG, suspeitando de lesão bucal maligna. No hospital inicialmente passou por uma consulta com o dentista bucomaxilofacial e estomatologista, que realizou uma biópsia da lesão e o encaminhou para

avaliação médica. Em junho de 2008, o Paciente J foi submetido a uma intervenção cirúrgica e iniciou tratamento radioterapêutico. Durante esse período realizou tratamento fisioterapêutico e fonoaudiológico, além de ser acompanhado pela psicóloga da equipe do hospital e no município recebeu auxílio dos profissionais do Serviço de Internação e Atendimento Domiciliar (enfermagem e médico). O paciente demonstrou ter ótimo relacionamento com os profissionais do hospital, principalmente com o dentista e médico oncologista (*“o doutor, o dentista do PAIM não era nem como médico, mas era como um amigo mesmo assim, né. Sempre acolheu nós, né. O doutor da quimioterapia, também é muito bom. Ele é um médico que a gente conversa bastante agora e ele dá muita atenção assim pra gente e trata assim ele... assim, levanta o astral dele... assim, que ele tem força, conversa bastante com a gente.”*). Em janeiro de 2010, enquanto realizava o tratamento para descolamento da língua na USP, foi observado o crescimento de uma lesão, sendo confirmada a recidiva da doença após a realização de nova biópsia no HMMG. Em fevereiro de 2010, o paciente foi submetido a nova cirurgia resultando na extração parcial do osso maxilar e total da língua. Após um ano foi detectada a segunda recidiva e o paciente foi tratado clinicamente por alguns meses e em julho de 2011 foi constatada nova recidiva da doença, com metástase no pulmão. Diante desse resultado, a equipe de cirurgia de cabeça e pescoço, que passou a atender o paciente após a interrupção do trabalho da equipe do PAIM-Boca no hospital, informou a família sobre a evolução da doença e agravamento do estado de saúde do paciente. Diante de tal situação, a família buscou a opinião de especialistas de outros serviços de referência da região e encontrou o atendimento desejado (mais humanizado) na rede privada de saúde. Duas intervenções cirúrgicas foram realizadas e indicado tratamento quimioterapêutico, sendo o último realizado na UNACON/HMMG. Nesse período a família enfrentou dificuldades financeiras para pagar o tratamento e relatou dificuldade para receber apoio no município (remédios, material para curativo e atendimento domiciliar). Durante a entrevista o Paciente J seguia em acompanhamento com o cirurgião da rede privada e com o oncologista da UNACON/HMMG.



Legenda: — Fluxo organizado no município — Trajetória terapêutica do paciente Busca ativa do paciente pelo cuidado.

Figura 22- Fluxo síntese da trajetória terapêutica do Paciente J.

Os quatro pacientes entrevistados do município de Sumaré tiveram a doença diagnóstica em fase inicial (estadio I e II) e todos mostraram-se satisfeitos com o atendimento ofertado a partir da implantação do PAIN-Boca. A Paciente G e o Paciente H acessaram somente serviços da rede pública de saúde e não apresentaram nenhuma dificuldade de acesso aos cuidados necessários desde a

queixa inicial relacionados ao problema do câncer bucal. Os Pacientes I e J procuraram orientação na rede privada de saúde, porém foi na rede pública de saúde do município que receberam a confirmação diagnóstica e foram encaminhados para tratamento no hospital de referência do PAIM-Boca.

Os Pacientes G, H e I demonstraram manter bom vínculo com profissionais da atenção básica, especialmente do centro de saúde próximo de suas residências, citando inclusive os nomes desses profissionais e valorizando o atendimento recebido. Nos três casos, os serviços da atenção básica à saúde representaram a porta de entrada no sistema de saúde, onde foi realizada a suspeição da doença e garantido o acesso ao diagnóstico e tratamento, assim como o local de preferência para acompanhamento de outras demandas relacionadas à saúde, demonstrando seu papel estratégico para desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, e coordenar a atenção a partir das necessidades de saúde apresentadas pelos pacientes.

O Paciente J, que foi encaminhado diretamente da rede privada de saúde para o hospital, demonstrou ter estabelecido maior vínculo com os profissionais dos serviços especializados, especialmente com o dentista da equipe do hospital de referência do PAIM-Boca e médico oncologista. Nesse caso, o centro de saúde auxiliou no fornecimento de insumos para realização dos curativos pós-cirúrgicos e no acesso ao serviço de atendimento domiciliar, apesar desses auxílios terem falhado em alguns momentos por falta de materiais e recursos humanos capazes de suprir toda a demanda do município. Os dentistas da equipe municipal de referência, na tentativa de acompanhar os casos do município, rastrearam o Paciente J e sugeriram que o paciente poderia ser acompanhado no CEO, porém sem a contra-referência dos profissionais do hospital o paciente manteve-se vinculado ao hospital.

Apesar da doença do Paciente J ter sido diagnosticada precocemente (estadio II) e tratada em tempo oportuno, o paciente apresentou recidiva da doença após o primeiro e segundo tratamento. Diante da notícia da terceira

recidiva com metástase pulmonar e da troca de médico, após a interrupção do Programa no hospital, o paciente acabou recorrendo a outros serviços de referência da região em busca de atendimento mais humanizado e encontrou na rede privada de saúde um profissional que o acolheu e acabou fazendo uma conjugação com a rede pública para buscar a atenção necessária e desejada.

A doença do Paciente H, também, foi diagnosticada em fase inicial, porém houve recidiva da doença após o primeiro tratamento, mas o paciente sentiu-se satisfeito com o tratamento recebido. A irmã do paciente, que sempre o acompanhava, comparou o segundo tratamento realizado com o tratamento do ex presidente Lula, que realizou o protocolo de radioterapia combinado com a quimioterapia porque teria menos efeitos colaterais.

Apesar do esforço da equipe de referência e dos gestores do município para organizar a atenção relacionada ao problema do câncer bucal de forma articulada em rede, fica evidente na trajetória assistencial dos pacientes que o compartilhamento dos casos pelo hospital de referência com a rede local de saúde não aconteceu, deixando evidente a dificuldade de comunicação entre os diferentes pontos da rede, como relatado pelos profissionais e gestores.

O fluxo de referência para o encaminhamento de casos suspeitos construído no município não funcionou em sua completude: os profissionais do município encaminhavam os pacientes segundo o fluxo proposto. Porém, a partir da análise da trajetória terapêutica dos pacientes observa-se que não houve compartilhamento do cuidado entre todos os diferentes profissionais da equipe, centralizando o cuidado basicamente na odontologia (da atenção básica e do CEO); segundo informações dos profissionais da equipe de referência e do coordenador de saúde bucal do município os profissionais do hospital de referência em nenhum momento fizeram a contra-referência dos pacientes, dificultando a identificação de possíveis necessidades que poderiam ser atendidas no município.

Mesmo decepcionados com a dificuldade de trabalhar de forma conjunta com os profissionais do hospital de referência e com a interrupção do Programa, a equipe do município e o coordenador de saúde bucal reconheceram a potencialidade das ações, principalmente de organização interna, desenvolvidas durante a implantação PAIM-Boca e a experiência foi considerada como exemplo para abordagem de outros agravos de saúde de forma articulada em rede.

Os profissionais da equipe constituída no município o coordenador de saúde bucal do município foram os participantes do estudo que mais questionaram a organização do PAIM-Boca e que mais ressentiram-se com sua interrupção, inclusive afirmaram que gostariam de saber qual o impacto das ações, ter uma avaliação do que aconteceu durante e após a implantação do Programa na região. Essa reação justifica-se pelo grande empenho dos mesmos no planejamento e desenvolvimento das ações na lógica do trabalho em rede.

5- DISCUSSÃO

*"Se procurar bem, você acaba encontrando não a explicação (duvidosa) da vida,
mas a poesia (inexplicável) da vida."*

(Drumond de Andrade, 1998)

Os achados do estudo e que foram desenvolvidos no capítulo anterior, apresentam-se nas ações planejadas e implementadas para a constituição da rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca na Região de Saúde Oeste VII, da Macrorregião de Campinas. Os desdobramentos do processo de organização da rede que constituiu a partir da implantação do PAIM-Boca, por sua vez, apontaram evidências que permitiram a compreensão e discussão das potências e limites das ações desenvolvidas, tendo como eixo norteador a questão da gestão do cuidado em rede e do acesso à atenção integral. Ainda, apontam as dificuldades para a organização de redes de atenção que tenham por objetivo acolher pacientes e famílias, dar suporte aos profissionais de saúde e gestores e colocar os diferentes implicados em ações comunicativas que caracterizem processos horizontais e inclusivos.

5.1- O PAIM-Boca e a Organização do Trabalho em Rede

O PAIM-Boca foi implantado como uma experiência piloto induzida pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Além de garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de boca no hospital especializado de referência, o Programa buscou estimular o desenvolvimento de ações voltadas ao enfrentamento do problema do câncer bucal nas redes locais de saúde, através da constituição de uma rede de atenção integral.

Considerando que a organização do trabalho em rede pressupõe o acolhimento dos pacientes em suas trajetórias terapêuticas, com apoio aos profissionais de saúde com adequados meios tecnológicos para que possam oferecer atenção de qualidade, estabelecendo relações comunicativas com

usuários, famílias, serviços e instituições de saúde e redes sociais de suporte (Santiago e Andrade, 2008), a implantação do PAIM-Boca nos municípios da Região Oeste VII de Saúde de Campinas considerou as necessidades dos pacientes com câncer bucal para o desenvolvimento de ações na lógica da Educação Permanente que pudessem apoiar o trabalho dos profissionais de saúde e colocar diferentes pontos da rede em contato.

Apesar de ser inicialmente implantado num hospital de referência para tratamento de pacientes com câncer, o PAIM-Boca avançou na oferta de atenção integral no momento no qual ampliou suas ações junto aos municípios da região, estimulando a gestão do cuidado em rede de forma mais horizontalizada, avançando em relação à regulamentação da atenção oncológica em vigor no período (Portarias: GM/MS nº 2439 de 08/12/2005 e SAS/MS nº 741 de 19/12/2005) que centralizava o cuidado nos serviços de alta complexidade.

Segundo Milton Santos (2006) *“Uma inovação é um caso especial de evento, caracterizada pelo aporte a um dado ponto, no tempo e no espaço, de um dado que nele renova um modo de fazer, de organizar ou de entender a realidade.”* Para o autor a análise do funcionamento de redes a partir de suas manifestações locais ou regionais é indispensável para entender como operam as redes em escala ampliada (*“à escala do mundo”*). Nesse sentido, a análise da implantação do PAIM-Boca através da identificação das dificuldades encontradas e dos ajustes pertinentes às ações pode amparar as discussões sobre outras intervenções na área da saúde na lógica do trabalho em rede, bem como ampliar o entendimento sobre as limitações observadas no sistema de saúde como um todo.

O legado da experiência do PAIM-Boca para a constituição de uma rede de atenção integral foi o reconhecimento e a valorização do potencial das redes locais de saúde. A identificação de profissionais de saúde qualificados para a atenção e dispostos a colaborar com o nível hospitalar e mais, fazer parte de uma rede que aproxima as diferentes esferas da atenção. Os municípios como

nodos de uma rede viva, constituída de pessoas que se articulam, se relacionam e constroem vínculos (Capra, 2002; Santos, 2006; Rovere, 2010; Fleury e Ouverney, 2007), se organizaram buscando aproximar os serviços e seus profissionais do cuidado aos pacientes (Cecílio, 2001; Santiago e Andrade, 2008). Os profissionais das redes locais, com apoio dos gestores, estabeleceram e divulgaram fluxos de referência para o atendimento e encaminhamentos dos pacientes, criaram novos canais de comunicação que favoreceram a circulação da informação facilitando trajetórias percorridas pelos pacientes em busca do cuidado.

A composição de uma equipe multiprofissional e a organização da atenção no hospital de referência garantiu o acesso dos pacientes com câncer bucal ao tratamento com qualidade, mas foi o reconhecimento das redes locais de saúde como parceiras e o desenvolvimento de ações conjuntas entre os profissionais do hospital e dos municípios (ações de aprimoramento profissional, desenvolvimento de fluxos de referência, sensibilização dos profissionais das redes municipais de saúde) que ampliou as ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca, além de favorecer o acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno na região.

As redes de saúde dos municípios analisados, apesar de ainda não disporem de toda a informação necessária e do financiamento suficiente, contam com disposição para ampliar suas atividades assistenciais e razoável aporte tecnológico, que já lhes permite estabelecer parcerias com os serviços hospitalares especializados. Num paralelo com as discussões sobre os espaços urbanos feitas por Santos (1998), podemos considerar o hospital de referência do PAIM-Boca, onde estava concentrada grande parte dos recursos tecnológicos e econômicos, como um *“espaço luminoso”* da rede, enquanto os serviços municipais de saúde representavam os *“espaços opacos”* da rede de saúde. Porém, o estudo apontou que a capacidade de organização, resolução de problemas e trabalho em rede, ocorreu exatamente nas redes municipais de saúde e, como vai transcorrendo na discussão de Milton Santos, os pontos

luminosos vão se mesclando de opacidade como os mais periféricos e, ao mesmo tempo, o brilho ou luminosidade destes últimos vai sendo ressaltada. No processo de constituição da rede, a riqueza do território local, ou municipal sobressaiu-se.

Para Santos (2006) é no nível local que fragmentos da rede ganham uma dimensão única e socialmente concreta, pela ocorrência de fenômenos sociais baseados num acontecer solidário. Segundo o autor, decisões de instancias superiores interferem sobre os níveis inferiores, mas somente em cada lugar ganham real significação. Ou seja, as decisões de níveis superiores são as “*forças centrífugas*”, que poderíamos chamar de propagadoras de informações e que conduzem ao processo de verticalização e que agem sobre as “*forças centrípetas*”, ou agregadoras, que tendem a conduzir a processos mais horizontais nos níveis locais. É neste espaço que pode haver partilha de ações, conhecimentos, da vida, democratizando os processos de trabalho e de atenção.

Durante a implantação do PAIM-Boca, cada município organizou-se segundo o seu contexto, sua estrutura, o desejo e as condições dos profissionais de saúde para tratar do problema do câncer bucal. Os fluxos de referência estabelecidos para atendimento e encaminhamento dos casos suspeitos e/ou diagnosticados assumiram diferentes configurações em cada localidade, mas foi nesse processo que a rede foi assumindo uma forma mais transversal e os “*espaços opacos*” foram se iluminando ou apresentando sua qualificação.

Considerando que as redes são interconectadas e interdependentes (Capra, 2002; Santos, 2006), formadas de pessoas que se relacionam, se vinculam umas as outras (Rovere 2010; Lima e Rivera, 2009; Franco, 2008; Pescosolido, 2006), a proposta de organização do trabalho em rede através da implantação do PAIM-Boca, que inicialmente vinha trabalhando de forma tradicional e vertical, a partir da interferência e intercessão com as redes municipais de saúde se reconfigurou de forma a apontar para uma horizontalidade ainda incipiente, com a instituição de uma linha de cuidado mais complexa, que perpassava inúmeros serviços de saúde (Cecílio e Merhy, 2003).

A ampliação das ações do PAIM-Boca e sua integração com os municípios da região na intenção de constituir uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca, ocorreu a partir do papel desenvolvido por um dos membros da equipe do hospital especializado que assumiu a tarefa de apoiar a organização do trabalho em rede, auxiliando no desenvolvimento das ações na lógica da Educação Permanente e no apoio matricial realizado nos municípios. Este profissional trabalhou como um “animador” do trabalho em rede, integrando as equipes de saúde de diferentes pontos da rede de cuidados oncológicos.

Ao analisar as relações entre os profissionais das redes locais de saúde e os profissionais do hospital de referência pode-se afirmar que o vínculo estabelecido entre esses atores, a partir da parceria estabelecida e das ações de Educação Permanente, atingiu o nível da *colaboração* e, parcialmente, da *cooperação*, passando pelos níveis do *reconhecimento* e *conhecimento* (segundo a gradação proposta por Mario Rovere, 2010).

O nível do *reconhecimento* foi atingido a partir do momento em que os profissionais aceitaram participar das ações desenvolvidas de forma conjunta. Já o nível do *conhecimento* ocorreu nos primeiros encontros, onde os profissionais dos municípios demonstraram interesse em conhecer os protocolos e as condutas adotadas no serviço hospitalar, da mesma forma que os profissionais do hospital tomaram conhecimento do potencial das redes locais para promover atenção integral.

O nível da *colaboração* foi alcançado a partir do momento em que o hospital se abriu para a rede, garantindo o acesso ao tratamento para os casos suspeitos e/ou diagnosticados nos municípios. Pode-se dizer que o nível da *cooperação* ou *operação conjunta*, foi atingido parcialmente, pois somente alguns municípios desenvolveram conjuntamente ações de sensibilização das redes locais durante a atividade de apoio matricial (Americana, Cosmópolis, Jaguariúna, Nova Odessa, Santo Antônio de Posse e Sumaré) e poucos foram os municípios

nos quais os profissionais das equipes relataram a partilha do cuidado dos casos clínicos, com construção conjunta de processos terapêuticos (Americana, internamente à equipe e conjuntamente com os profissionais do hospital; Jaguariúna, Nova Odessa e Sumaré, somente na rede interna). No entanto, esta análise parte sempre de um olhar para o município e seus movimentos e pode-se observar muitas ações de protagonismo no aprofundamento do trabalho em rede. Já pelo lado do serviço hospitalar, a postura foi de maior passividade, ou de pouco entendimento sobre as redes municipais e suas necessidades.

A análise da implantação do PAIM-Boca demonstrou que as ações desenvolvidas para constituir uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca não foram potentes o suficiente para suscitar o vínculo mais profundo entre os profissionais, o nível da *associação*. Esse nível, segundo Rovere (2010), é caracterizado pela confiança e onde recursos ou atividades não são apenas partilhados, mas objetivos e projetos comuns, que nenhum dos pontos poderia encarar sozinho, são pactuados.

Através das entrevistas realizadas com os gestores municipais, dos grupos focais realizados com as equipes constituídas nos municípios e da análise das trajetórias dos pacientes atendidos pelo Programa, ficou evidente que o cuidado permaneceu centralizado no serviço hospitalar. Apesar das ações desenvolvidas conjuntamente e da pactuação de papéis para os diferentes níveis de atenção à saúde, enquanto os municípios, em sua maioria, ampliaram as ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca, foram capazes de realizar diagnósticos mais precoces e se organizaram na expectativa de compartilhar o cuidado dos casos encaminhados para tratamento (oferecendo apoio local através do apoio da equipe multiprofissional de referência), os profissionais do hospital especializado de referência não realizaram a contra-referência da maioria dos casos, mantendo-se como um ponto de interrupção do fluxo na rede constituída. Essa foi a maior crítica dos gestores e profissionais de saúde dos municípios ao Programa: a incapacidade do serviço especializado em comunicar-se com os serviços municipais, nem ao

menos através da contra-referência dos casos, que permitisse uma atenção mais qualificada nas redes locais.

Na prática, a dificuldade do nível hospitalar para comunicar-se ativamente com outros pontos da rede comprometeu o grau de distribuição de conexões da rede constituída, assim, segundo Paul Baran, a rede aproximou-se mais da topologia de *redes centralizadas* com nuances de *redes descentralizadas*, na medida em que os municípios foram se capacitando e se auto-regulando para fazer a gestão do cuidado dos casos identificados (Franco, 2008). Para Inojosa (1999), a relação estabelecida entre o hospital de referência e as redes locais de saúde permitiu a constituição de uma rede com características de *redes tuteladas*, onde os parceiros normalmente são tratados como partes singulares, mas articulam-se sob a égide de uma organização, no caso o serviço hospitalar.

Apesar do desejo dos envolvidos no processo de implantação do PAIM-Boca e do reconhecimento do potencial dos municípios para compartilhar a atenção relacionada ao problema do câncer bucal, a rede não se constituiu de forma dinâmica e horizontal, com articulação voluntária entre os diferentes pontos da rede e com apoio das esferas de gestão (Cecílio, 2001; Santiago e Andrade, 2008). Observou-se que não há espontaneidade na constituição e permanência de uma rede horizontal e vibrante, reforçando que um indutor ou animador da rede é sempre necessário. Este identifica as dificuldades e pode desencadear movimentos para solucioná-las. No entanto, o trabalho do apoiador da rede esteve voltado preferencialmente para as redes municipais e muito menos ao serviço especializado. O que se observou foi a dificuldade do hospital de referência se articular com o restante da rede através da comunicação ativa, pois a ausência de estratégias do Programa para desenvolvimento de um trabalho interno de Educação Permanente, impediram a reconfiguração das práticas no serviço hospitalar, que continuou efetivamente operando na lógica hegemônica.

Os hospitais, em geral e os serviços especializados em particular, historicamente não são organizados para compartilhar a atenção, para a relação e comunicação com outros pontos da rede e, na dependência desses para resolução de problemas mais complexos de saúde, profissionais e gestores de saúde raramente questionam a forma de organização e a qualidade da atenção prestada por estes serviços. No sentido romper com a tradição do modelo hospitalocêntrico, Cecílio (2000) e Feuerwerker (2005) apontam a necessidade de implantação de iniciativas e implementação de ações significativas (como constituição de grupo apoiador, criação de espaços coletivos, avaliação das práticas e do serviço) para promover mudança tecnológica nos processos de cuidado e à construção de uma nova ética de trabalho no interior desses serviços.

Apesar da proposta de implantação do PAIM-Boca pautar-se na lógica do trabalho articulado em rede, o hospital permaneceu como aquele que faz a oferta que deseja e define qual o tipo e intensidade de relação que vai estabelecer com as outras instituições, estabelecendo parcerias verticais. Porém, os representantes dos municípios de implantação do Programa sinalizaram negativamente essa atitude, como uma barreira para trabalhar em rede e ainda destacaram a ausência da regulação da gestão estadual (DRS VII) para intermediar essa relação.

Para Franco (2008) o genótipo de toda rede é o da distribuição máxima, com conexão entre todos os pontos, mas o que se observa na realidade são fenótipos da distribuição combinada com a centralização e certa descentralização pela grande dificuldade em romper com os mecanismos de poder e formas hierárquicas que orientam as fruições segundo um padrão recorrente e de pouco alcance, como foi o caso da rede constituída a partir do PAIM-Boca.

Mesmo não se constituindo como um modelo ideal de organização do trabalho em rede, o coordenador nacional de saúde bucal considerou o PAIM-Boca como uma “*experiência exitosa*” no sentido de unir os três níveis de

atenção à saúde, envolvendo a formação e aprimoramento dos profissionais como equipe eminentemente multidisciplinar e interdisciplinar. A coordenadora regional de saúde bucal valorizou a experiência do Programa principalmente por desmistificar o “*tabu*” da abordagem do paciente oncológico fora do centro especializado e por estar orientado pela multiprofissionalidade. A gestora regional ainda apontou para importância da continuidade das ações desenvolvidas pelo Programa e sugeriu que o DRS VII poderia discutir a gestão do cuidado em rede nos colegiados gestores e apoiar o desenvolvimento de Ações de Educação Permanente em Saúde sobre o problema do câncer bucal.

Ressalta-se que, do ponto de vista do financiamento, nenhuma instância de gestão, tanto federal ou regional, faz referência ao financiamento das ações nos municípios, apenas nos serviços especializados. Os municípios seguem utilizando seus poucos recursos para o desenvolvimento de ações como as propostas para a constituição de uma rede de atenção integral do PAIM-Boca.

Na percepção dos gestores e dos profissionais de saúde dos municípios, a constituição das equipes multiprofissionais de referência facilitou o manejo dos casos e o reconhecimento dos recursos e das possibilidades existentes para o enfrentamento do problema do câncer bucal. As redes locais de saúde ampliaram a capacidade de identificar e atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, além de se responsabilizarem pela coordenação dos casos. Apesar da dificuldade de trabalhar de forma conjunta com os profissionais do hospital especializado de referência e com a descontinuidade da rede devido à interrupção do Programa, esses atores reconheceram as potencialidades das ações desenvolvidas durante a implantação do PAIM-Boca, principalmente para organização interna das redes locais de saúde, sendo que muitos consideraram a experiência como exemplo para construção de outras linhas de cuidado.

Os pacientes e seus familiares são parte importante do processo de cuidado, uma vez que com seu “*agir leigo*” são capazes de fazer a auto-regulação/auto-gestão do cuidado, na medida em que fazem suas escolhas

e traçam o próprio caminho para conseguir o atendimento das suas necessidades (Cecílio et al., 2012). Ao analisar as trajetórias terapêuticas dos pacientes entrevistados foi possível perceber a satisfação com a atenção recebida em quase todos os pontos da rede constituída a partir da implantação do PAIM-Boca. Além disso, os usuários demonstraram manter bom vínculo com os profissionais dos serviços da atenção básica, local que representou a principal porta de acesso dos usuários aos cuidados necessários, mas em alguns casos outras formas de acesso, incluindo serviços da rede privada, foram utilizadas. As informações fornecidas pelos pacientes, também, retratam a centralidade do cuidado no serviço hospitalar durante o tratamento do câncer bucal.

Na organização do trabalho em rede todos os atores podem compartilhar interesses e objetivos, podem promover a cooperação e trocar recursos entre si, além disso, e para que estes propósitos se cumpram, todos os pontos da rede devem operar de forma cooperativa e interdependente. Segundo Franco (2008), a rede não predetermina o que vai acontecer, mas combina e recombina, continuamente, eventos e relações já existentes com novos eventos e novas relações introduzidas pelas mudanças endógenas e exógenas, buscando torná-las adequadas à conservação da adaptação, ou seja, a rede aprende e evolui.

O estudo empreendido a partir da análise da implantação PAIM-Boca como uma ação indutora para constituição de uma rede de atenção integral, conforme sugere Fleury e Ouvermey (2007), aponta o valor da reflexão sobre as práticas e propostas de novas modelagens para o planejamento, gestão e desenvolvimento do SUS. Porém, o estudo evidencia o limite de programas, projetos e ações pontuais, sem garantia de continuidade para a consolidação de políticas verdadeiramente transformadoras.

5.1.1- Apoio da Gestão e os Atores-Chave: elemento primordial para Constituição da Rede

O termo apoio indica uma ação externa, alguém que sustenta e empurra ao outro, mas que, ao mesmo tempo, é sustentado e empurrado pelos outros. Na metodologia Paidéia (Campos, 2003), a função apoio baseia-se em ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produzir novos modos de operar nas organizações de saúde. Para Inojosa (1999), a resistência das redes parece estar relacionada ao processo de mobilização para a participação e para a ação. Assim, o autor defende a importância do papel do “reeditor”, como aquele ator que ao longo do tempo ajuda reformular e disseminar a ideia mobilizadora, ganhando e mantendo adesões.

A implantação do PAIM-Boca, assim como a implantação de programas e projetos de modo geral, dependeu de vontade política, apoio das equipes de gestão, adesão dos trabalhadores de saúde e aceitação dos usuários a quem são dirigidas as ações. Nesse sentido, o Programa em estudo surgiu como uma iniciativa de ampliar as ações da Coordenação Nacional de Saúde Bucal para o enfrentamento do problema do câncer bucal no país e teve apoio da Coordenação Regional de Saúde Bucal e dos gestores municipais de saúde, em geral representados pelos coordenadores de saúde bucal.

Os coordenadores de saúde bucal da esfera municipal valorizaram a iniciativa do gestor federal e apoiaram a implantação do Programa localmente. Esses foram os atores que possibilitaram a concretização da proposta na medida em que apoiaram o desenvolvimento das ações de implantação, identificaram e mobilizaram outros atores-chave para executar as ações que deram concretude à rede. Esses atores-chave foram os profissionais das equipes de referência constituídas nos municípios, especialmente os dentistas e as assistentes sociais, que se responsabilizaram pela coordenação do cuidado dos pacientes e fizeram os fluxos da rede funcionar (em sua completude ou não), colocando as pessoas em contato a partir de necessidades reais.

A adesão voluntária dos profissionais de saúde convidados a compor as equipes municipais de referência e participar das ações desenvolvidas durante o processo de implantação foi surpreendente em quantidade e qualidade (pela multiprofissionalidade, pela qualificação técnica e pela disposição para trabalhar em rede). O Programa, também, conseguiu atingir a população alvo e os pacientes atendidos na rede que se constituiu demonstraram satisfação com o atendimento recebido e valorizaram a atenção recebida e os vínculos estabelecidos ao longo de suas trajetórias terapêuticas.

No hospital de referência do PAIM-Boca, o coordenador geral do Programa foi o responsável pela implantação da iniciativa no serviço, mas quem apoiou e acompanhou ativamente o processo nos municípios e a organização do trabalho em rede, através da atividade de apoio matricial (Campos, 2007), foi um membro da equipe especializada, a fisioterapeuta da equipe, como já mencionado a animadora ou apoiadora da rede.

A apoiadora do processo de implantação nos municípios e da organização do trabalho em rede ajudou a reformular e disseminar a ideia mobilizadora, ganhando e mantendo adesões. Prova disso é que após a interrupção das atividades de apoio matricial, as equipes não se reuniram mais nos municípios para refletir sobre o problema do câncer bucal, nem repensar a rotina de trabalho. Isso, também, mostra que as ações foram interrompidas precocemente, sem que houvesse tempo hábil para consolidar a rede naquele território e um *modus operandi*.

Considerando que o “*trabalho vivo em ato*” traz em si uma grande potência para criar redes (Franco e Merhy, 2009), interconectadas e interdependentes (Capra, 2002; Santos, 2006; Pescosolido, 2006; Franco, 2008), que nos encontros de seus nós geram imenso potencial de energia-criativa de produção (Cecílio, 2009), pode-se dizer que foi o apoio dos atores-chave e o processo de mobilização dos profissionais de saúde, que se vincularam e se conectaram em torno de um objetivo comum, que possibilitou vislumbrar-se que

há um grande potencial para a constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer em geral e bucal, em particular na Região Oeste VII de Saúde de Campinas.

Assim como alguns atores foram estratégicos para a constituição da rede de atenção empreendida, outros dificultaram essa empreitada. Foi o caso de alguns gestores do serviço hospitalar que não se envolveram no processo de implantação do Programa e até impuseram barreiras ao desenvolvimento das ações de implantação (por exemplo, técnicos do setor financeiro do hospital), além de alguns profissionais que atuavam no serviço de referência e mantiveram suas práticas de forma unidisciplinar e sem qualquer articulação com outros pontos da rede (por exemplo, profissionais do departamento de cirurgia de cabeça e pescoço), evidenciando a necessidade de maior mobilização interna ao serviço hospitalar na perspectiva de alterar seu tradicional funcionamento sustentado pelo modelo biomédico e pela cultura gerencial hegemônica (Campos e Amaral, 2007; Cecílio, 2003).

5.1.2- Constituição das equipes de Referência Multiprofissionais: os profissionais de saúde como base de sustentação da Rede

A organização do trabalho em rede pressupõe a resolução dos problemas de saúde com uso de toda a tecnologia disponível e necessária, processos de gestão que possibilitam e potencializam a agregação de outros saberes e práticas (Merhy, 1997; Cecílio, 2001; Campos e Domitti, 2007). Nessa perspectiva, Campos e Domitti (2007) consideram a constituição de equipes de referência, compostas por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto, como um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar.

Outra questão relevante para o desenvolvimento do trabalho articulado em rede foi a configuração de equipes de referência municipais. Essas equipes foram constituídas com composições variadas, em geral de forma multiprofissional, com o objetivo de atender as necessidades dos pacientes ao alcance do nível local. Observou-se, a partir da constituição das equipes um reconhecimento dos municípios por seus pacientes, gerando maior responsabilização e favorecendo uma aliança entre os profissionais de saúde, pacientes e famílias, o que serviu como um importante pilar de sustentação da rede constituída a partir da implantação do PAIM-Boca.

A composição das equipes foi variada nos oito municípios, mas com a surpreendente participação de inúmeros profissionais e de diferentes áreas de atenção dos municípios (odontologia, assistência social, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia e terapeuta ocupacional). A participação e o envolvimento dos dentistas merecem destaque (geralmente mais de um por equipe), assim como a dificuldade de envolver profissionais da área médica no desenvolvimento das ações, também, vale ser ressaltada (segundo os gestores pela dificuldade de fixar esses profissionais na rede pública de saúde). Alguns profissionais tiveram maior ou menor participação, dependendo do apoio da gestão e interesse do próprio profissional. Em alguns municípios (Artur Nogueira, Cosmópolis e Santa Bárbara d'Oeste), por motivos específicos, as equipes constituídas não conseguiram organizar-se na lógica do trabalho integrado.

Para identificar as necessidades de saúde dos pacientes, os profissionais das equipes de referência buscaram estabelecer vínculos com os pacientes e familiares, principalmente o profissional responsável pela coordenação do cuidado (dentistas e assistentes sociais). Segundo alguns autores, a integração interdisciplinar possibilita que os profissionais, no decorrer do tempo, transcendam seu próprio saber, conhecendo e valorizando o saber do outro. Essa interação entre os sujeitos e troca de saberes permite às equipes ampliar a capacidade de resolver problemas e identificar com mais

sensibilidade e precisão as necessidades de cada caso (Campos e Domitti, 2007; Campos, Paulo e Santana, 2012).

Ao identificarem as necessidades dos pacientes, os profissionais das equipes de referência buscavam atendê-las e para isso utilizavam os recursos disponíveis no município, mas, para o tratamento, necessitavam do contato com os profissionais do nível especializado, por não disporem de todos os recursos necessários no território local (tratamento cirúrgico, radioterapêutico, quimioterapêutico e reabilitação protética).

Através da articulação interna e externa (Lima e Rivera, 2009; Santiago e Andrade, 2008; Fleury e Ouverney, 2007; Feuerwerker et al., 2000), alguns profissionais conseguiram fazer rizoma (Franco, 2006; Cecílio, 2011), permitindo fazer a gestão do cuidado de forma interdisciplinar. Mas muitos ainda são os obstáculos (estruturais, políticos, culturais, epistemológicos e relacionais) que dificultam o trabalho integrado em saúde (Campos e Domitti, 2007; Campos, Paulo e Santana, 2012).

De modo geral, os profissionais das equipes de referência mostraram-se entusiasmados com a possibilidade de trabalhar em rede, principalmente por identificarem potencial de resolutividade na organização do trabalho em rede (Cecílio, 2001; Campos, 2007; Santiago e Andrade, 2008; Mendes, 2010; Silva e Magalhães Junior, 2011). Os profissionais demonstraram satisfação com a construção de fluxos mais eficientes de referência para encaminhamento dos casos e, principalmente, com o apoio da gestão no desenvolvimento de ações locais, que permitiram mudar a visão e a realidade do problema do câncer bucal. A troca de experiência interna no município, também, foi mencionada. Os profissionais chegaram a citar nos grupos focais que antes do PAIM-Boca muitos desconheciam o trabalho do outro e que agora o câncer de boca tornou-se um problema de todos.

5.1.3- Educação Permanente em Saúde: uma estratégia importante para constituição da Rede

A noção de aprendizagem significativa e participativa (Freire, 1967) é a base para um processo permanente de educação, assim, a estratégia da Educação Permanente em Saúde é entendida como aprendizagem no trabalho (Haddad et al., 2008; Davini, 2009), onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, propiciando a democratização institucional, desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de trabalho, trabalho em equipes matriciais, melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde, e constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

Considerando a estratégia da Educação Permanente em Saúde como um dispositivo potente para promover mudanças na gestão e nas práticas em saúde, favorecendo a organização do sistema em rede (Brasil, 2009; Davini, 2009; Campos, et al, 2006; Ceccim e Feuerwerker, 2004), o processo de implantação do PAIM-Boca nos municípios pautou-se, fundamentalmente no uso desse dispositivo.

No processo de constituição da rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca, foram desenvolvidas ações conjuntas, tais como a realização de encontros para discussão sobre o problema do câncer de boca na região, o planejamento e a avaliação das ações; oficinas de capacitação e estágio observacional no hospital; apoio matricial às equipes de referência e ações de sensibilização sobre o problema do câncer bucal organizadas nos municípios, amparadas por processos de co-gestão. Nesse processo, a qualificação técnica e a capacidade para o diálogo entre os distintos pontos da rede foram consideradas como premissas absolutas para o compartilhamento do cuidado e para a qualificação do acesso.

As atividades de aprimoramento profissional, realizadas a partir da discussão teórica com temas sugeridos pelos profissionais durante os encontros de planejamento e avaliação das ações, da discussão de casos clínicos e da realização do estágio observacional no hospital de referência permitiram o conhecimento interpessoal e o início do estabelecimento de relações entre os profissionais. Ainda, permitiram que os profissionais dos municípios conhecessem o trabalho do serviço especializado, configurando-se como um dispositivo importante para abrir esse ponto da rede de atenção que habitualmente mantém seus processos de trabalho fechados (Cecílio 2000; Feuerwerker, 2005).

O apoio matricial (Campo e Domitti, 2007) significando um apoio às ações em rede, potencializou o manejo seguro dos pacientes com câncer pelos profissionais dos municípios e ampliou a comunicação entre serviços. Porém, esse arranjo organizacional não significou a instituição de um espaço permanente de co-gestão na rede, que após a interrupção das atividades e sem a animação da apoiadora da implantação do Programa não se manteve em nenhum dos municípios. A gestão da rede é um espaço no qual as necessidades dos parceiros e suas potencialidades podem ser colocadas na ampliação do acesso à atenção integral. Este é um espaço de poder potente para favorecer a constituição e consolidação da rede. Foi a partir do apoio matricial que foram organizadas as atividades de sensibilização das redes locais de saúde, com grande enfoque na sensibilização da rede de atenção básica, contribuindo para o fortalecimento das ações de promoção da saúde bucal, prevenção e suspeição do câncer de boca.

Essas foram as ações que permitiram aos gestores e profissionais dos municípios reconhecerem que têm tarefas a desenvolver com relação ao problema do câncer bucal e que muitos consideram estar capacitados a fazê-las. O desenvolvimento das ações de Educação Permanente permitiu maior liberdade nas redes locais de saúde para o acolhimento dos pacientes com câncer de boca, mas, antes de tudo, conheceram quem eram seus pacientes e reconheceram o que era possível fazer para apoiá-los.

Ainda que a menor parcela do recurso financeiro do Programa tenha sido empregada no desenvolvimento das ações de Educação Permanente e na relação com as redes locais de saúde (aproximadamente 10% do total do recurso), além do curto tempo de duração, tais ações produziram bons efeitos. A valorização das tecnologias leves constituiu-se no ponto mais significativo para o estabelecimento de vínculos entre os envolvidos, qualificação do acesso através da coordenação das ações (Cecílio, 2001; Merhy, 1997).

A ampliação da responsabilização das redes locais de saúde com relação ao problema do câncer bucal ocorreu conforme a circulação de conhecimento técnico foi acontecendo, na medida em que as relações entre os serviços foram tornando-se mais próximas e que os profissionais dos municípios foram mais proativos na gestão do cuidado. Pode-se afirmar que foi a partir do desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde que os municípios puderam apresentar seu lado mais luminoso (Santos, 2006) na rede constituída a partir da implantação do PAIM-Boca.

Ao analisar as principais características da vertente educacional de Educação Permanente (Davini, 2009) pode-se fazer uma crítica em relação à curta duração das ações desenvolvidas pelo Programa, uma vez que essas foram interrompidas diante da indisponibilidade de recurso financeiro para sua continuidade e da incapacidade da rede para garantir a manutenção e a sustentabilidade.

Outra questão a ser considerada foi que, enquanto as redes locais de saúde se organizaram para o trabalho conjunto e contribuíram significativamente para ampliação do acesso à atenção integral dos pacientes com câncer bucal, o hospital de referência não conseguiu responder a todas as demandas para a gestão do cuidado em rede, principalmente em seu aspecto mais relacional, com grande dificuldade para comunicar-se com a rede externa e mesmo internamente. O trabalho mostrou como pode ser estratégica a abordagem e desenvolvimento de ações de Educação Permanente no interior dessas

instituições, na perspectiva de transformar a tradicional cultura de centralidade e isolamento desse ponto da rede de atenção à saúde (Cecílio, 2000; Feuerwerker, 2005).

5.1.4- Comunicação: a conexão dos diferentes pontos da rede

A organização do trabalho em rede implica em apoiar e sustentar as atividades das equipes de saúde e os pacientes em suas trajetórias terapêuticas, considerando o estabelecimento de relações comunicativas com usuários, famílias, serviços e instituições de saúde e redes sociais de suporte (Santiago & Andrade, 2008). Conforme propõe Lima e Rivera (2009), uma rede de conversações é o componente central da coordenação e da integração em serviços e sistemas de saúde. O conceito de rede de conversações implica num conjunto de relações ou interações mediadas pela conversa (fenômeno essencialmente linguístico) entre os atores de um sistema interdependente.

Ao analisar o processo de implantação do PAIM-Boca pode-se considerar que o vínculo entre os gestores, os profissionais e os pacientes envolvidos na rede constituída foi favorecido, porém a efetiva comunicação entre os profissionais das equipes municipais de referência e da equipe de referência do hospital especializado, sobretudo no sentido da relação desta organização com os municípios, caracterizou-se como importante barreira para o trabalho integrado em rede e para oferta do acesso à atenção integral.

Além de contribuir com o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico do câncer bucal, as redes locais de saúde demonstraram a capacidade e o desejo de contribuir no manejo dos pacientes durante a fase de tratamento, mas diante da falta de proatividade dos profissionais do serviço hospitalar para interagir com as redes locais, até mesmo para fazer a contra-referência, o acompanhamento compartilhado dos casos foi limitado (Fleury e Ouverney, 2007; Lima e Rivera; 2009). Alguns profissionais,

que realizaram estágio observacional no hospital especializado de referência, relataram que conseguiram estabelecer boa relação com seus pares (dentistas, fonoaudiólogos e psicólogos) e que a comunicação e a troca de informações ocorreram de forma fluída, além das assistentes sociais, que mesmo sem realizar o estágio, não relataram dificuldades de comunicação.

Apesar de dispostos a compartilhar o cuidado dos pacientes com as redes locais de saúde e da organização da rede ter ocorrido neste sentido, os profissionais do hospital de referência do Programa não estabeleceram comunicação ativa com os profissionais de saúde dos municípios. Segundo o relato dos gestores e profissionais de saúde dos municípios, antes do desenvolvimento das ações de Educação Permanente, a comunicação com esse ponto da rede era praticamente nula e após o desenvolvimento das ações foi facilitada, mas no geral ativada pelos profissionais dos municípios.

Todavia, considerando que a produção do cuidado passa pelos aspectos normativos, pela implantação de estruturas e mecanismos reguladores, mas também pela *micropolítica* existente nas organizações, percebe-se que o hospital especializado de referência manteve-se operando de forma tradicional, isolado do restante da rede, o que predomina neste ponto da rede de saúde e compromete a garantia da atenção integral (Merhy, 1997; Cecílio, 2000). Assim, pode-se dizer que uma deficiência do Programa foi não ter previsto uma abordagem mais intensa do gestor e dos profissionais de saúde do serviço especializado para o trabalho voltado ao território do qual é referência e para a relação estratégica com os profissionais dos municípios. Por outro lado, a responsabilidade de coordenação do cuidado, assumida por um profissional da equipe de referência de cada município, fazendo os devidos encaminhamentos, conforme as necessidades de cada paciente, foi uma estratégia que favoreceu o funcionamento da rede constituída.

Outra evidencia da análise realizada foi que, diante da impotência da *regulação governamental* para prover acesso às redes pactuadas nas esferas formais de gestão, a *regulação profissional*, aquela estabelecida pelos

profissionais de saúde via contatos pessoais e pelas relações de conhecimento e confiança, é frequentemente utilizada para garantir o acesso dos pacientes aos cuidados necessários (Cecílio, 2012). Segundo Fleury e Ouverney (2007), canais informais de comunicação, baseados nas relações interpessoais, costumam ser de grande utilidade no desenvolvimento da coordenação do cuidado.

No que concerne à comunicação entre os profissionais, os pacientes e seus familiares, nenhuma dificuldade foi observada. De modo geral, os usuários demonstraram compreender as orientações recebidas nos diferentes serviços de saúde e obter todo o esclarecimento necessário sobre a doença e os cuidados de saúde. Esses, também, relataram manter bons vínculos com os profissionais de saúde, especialmente com as equipes de atenção básica onde buscavam o atendimento para a maioria de suas queixas de saúde e com o dentista e/ou médico que os atendia no serviço especializado. Ao analisar as trajetórias terapêuticas dos pacientes, a ausência da comunicação dos profissionais do hospital especializado de referência para com os outros pontos da rede de saúde, fica evidente, reforçando o ônus da barreira de comunicação entre os profissionais ao acesso a todos os cuidados necessários e possíveis na rede de saúde.

A integralidade em saúde só é possível de ser alcançada através da organização do trabalho em rede, onde pessoas se comunicam e se vinculam uma às outras. Nesta configuração é necessário garantir meios eficazes de comunicação, que vão muito além dos instrumentos de referência e contra-referência. A instituição de espaços de co-gestão, com participação de representantes de diferentes áreas do conhecimento e diferentes esferas de gestão em saúde, pautados na reflexão sobre os processos de trabalho e tendo como foco as necessidades dos usuários do sistema, apresenta-se como uma possibilidade de superação das barreiras impostas à comunicação fluída numa rede.

5.2- Acesso à Atenção Integral a partir da implantação do PAIM-Boca

A capacidade para garantir o acesso qualificado a todos os cuidados necessários frente ao crescente aumento das doenças crônicas na população brasileira tem representado um desafio ao atual modelo de atenção à saúde (Brasil, 2005; Mendes, 2010). Diante deste cenário, a implantação do PAIM-Boca na Região de Saúde Oeste VII de Campinas-SP buscou favorecer o acesso da população aos cuidados relacionados ao problema do câncer bucal, através da constituição de uma rede de atenção integral.

Em consonância com a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2008), com a Política de Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2010) e avançando em relação a Política Nacional de Oncologia (Brasil, 2005), a implantação do PAIM-Boca nos municípios da região buscou organizar os processos de trabalho no hospital de referência do Programa e nas redes locais de saúde de forma articulada em rede para favorecer o acesso à atenção integral.

Apesar da política de saúde bucal e da portaria de redes de atenção à saúde (Brasil, 2004 e 2010) estabelecerem diretrizes para organização do trabalho em saúde na perspectiva da construção de redes horizontais, as redes oficiais de serviços especializados de alta complexidade, ainda têm se configurado de forma isolada do restante do sistema de saúde. Os hospitais notadamente têm representado enormes vazios de comunicação e integração na rede de saúde, dificultando o atendimento às necessidades de saúde dos usuários (Cecílio, 2000; Mattos, 2004; Feuerweker, 2005).

No caso do hospital de referência do PAIM-Boca esta situação não era diferente. O Programa caracterizou-se, inicialmente, apenas como um ponto de acesso na rede regional de saúde, concentrando alta tecnologia para o tratamento de pacientes com câncer de boca. Foi somente após a ampliação de suas atividades junto às redes locais de saúde que o hospital ensaiou conectar-se à rede.

Entende-se que há momentos em que no serviço especializado encontram-se os recursos de que o usuário necessita, mas em outros os serviços da atenção básica, os ambulatorios e centros de especialidades da rede de atenção à saúde podem oferecer os cuidados mais apropriados e aproximados dos territórios onde vivem os usuários, facilitando o acesso. O despreparo dos serviços especializados para o trabalho em rede tem reflexos na atuação das equipes municipais de saúde que, por vezes, mostram insegurança na condução de demandas dos usuários com agravos complexos, mesmo aquelas que poderiam ser atendidas nas redes locais, desincentivando a oportunidade do usuário percorrer uma linha de cuidados mais adequada às suas necessidades (Cecílio, 2001; Mattos, 2004; Santiago e Andrade, 2008; Silva e Magalhães Junior, 2011).

Uma das solicitações da Coordenação Nacional de Saúde Bucal para implantação do PAIM-Boca foi que este, também, desenvolvesse ações articuladas com as redes locais de saúde na perspectiva de favorecer a prevenção e suspeição do câncer bucal, de orientar sobre o diagnóstico precoce e favorecer o seguimento dos casos na interface entre os distintos pontos da rede de atenção. Com apoio do Projeto OncoRede, em 2009, tiveram início as atividades de implantação do Programa nos municípios visando, também, o compartilhamento do cuidado dos pacientes durante o tratamento.

Como discutido anteriormente, o apoio de atores-chave, a constituição de equipes de referência, o desenvolvimento de ações na lógica da Educação Permanente em Saúde e o estímulo à comunicação entre os envolvidos na rede foram estratégias utilizadas que, em maior ou menor amplitude, favoreceram a constituição de uma rede de cuidado integral a pacientes com câncer de boca, a partir da implantação do PAIM-Boca nos municípios da região analisada.

As ações desenvolvidas durante a implantação do PAIM-Boca nos municípios, oportunizaram qualificar as redes locais de saúde não só para a atenção a pacientes com câncer, mas, também, para outras ocorrências que

necessitam do trabalho solidário e complementar dos profissionais de saúde. Os profissionais estabeleceram relações com vínculos mais profundos (Rovere, 2010), o acesso da população as ações de promoção e prevenção nos municípios foram ampliadas, observou-se aumento na capacidade de suspeição diagnóstica localmente, promovendo diagnósticos e tratamentos em fase mais precoces da doença.

O prognóstico e a sobrevida de pacientes com câncer bucal estão fortemente relacionados ao estadiamento do tumor. Quanto mais avançada a doença ao diagnóstico, menores são as chances de cura e maior é o impacto na qualidade de vida dos pacientes, seja em decorrência da própria doença e/ou pelos efeitos colaterais dos tratamentos realizados (INCA, 2008b; Andrade et al., 2012). Assim, para além das recomendações de protocolos e dos prazos definidos em leis (Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece o prazo máximo de 60 dias para acesso ao tratamento, após o diagnóstico), a espera para acessar os serviços de saúde caracteriza-se, no geral, em angústia e sofrimento para os pacientes e seus familiares.

O trabalho desenvolvido por Cecílio et al. (2012), aponta para a existência de uma *disjunção* entre o tempo dos gestores que preocupam-se em racionalizar os recursos em relação à demanda, dos profissionais de saúde que através de seus saberes buscam o tempo adequado para a oferta do cuidado e o tempo dos usuários que diante do sofrimento causado pela doença desejam o atendimento de suas necessidades rapidamente. Nesta concepção, as necessidades dos usuários devem orientar a organização dos serviços de saúde para que o cuidado seja oferecido de modo oportuno e contínuo, no espaço mais adequado possível. Neste sentido, pode-se afirmar que a rede constituída a partir da implantação do PAIM-Boca foi potente para promover o acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno e para aproximar o cuidado dos pacientes.

Diante da organização da rede, a partir das necessidades de saúde dos pacientes, com grande protagonismo dos profissionais das redes locais de saúde e com a retaguarda do hospital de referência do PAIM-Boca, o tempo decorrido entre a suspeição da doença, a confirmação diagnóstica e o início do tratamento dos casos atendidos pelo Programa e analisados no estudo foi inferior a 60 dias. Algo que não se manteve após a interrupção das atividades no hospital, quando os municípios necessitaram voltar a buscar o acesso para tratamento de novos casos diagnosticados com câncer de boca junto a Central de Regulação de Vagas do DRS VII.

O encontro de diagnósticos mais precoces entre os casos encaminhados ao hospital de referência do Programa pelos municípios estudados, evidenciou a melhora da capacidade de suspeição do câncer de boca, diagnósticos mais precoces e, em consequência, cumprimento de protocolos de tratamento que comprometem menos a qualidade de vida dos pacientes (Andrade et al., 2012; Abouzeid et al., 2009; Schliephake et al., 1995), agilizam a atenção e colaboram para a redução dos custos da assistência (Ferreira et al., 2008).

Adotando as necessidades de saúde como um analisador da intervenção e das práticas em saúde para alcance da integralidade do cuidado, como propõe Cecílio (2001), observou-se que as ações desenvolvidas pelo PAIM-Boca permitiram atuação mais eficaz sobre a *criação de vínculos* efetivos e afetivos entre o usuário e profissional e/ou equipe de saúde e, também, favoreceram o *acesso e consumo de tecnologias* necessárias a cada paciente no momento do adoecimento.

Compreendendo que acesso não é apenas a entrada dos usuários nos serviços de saúde, mas um modo de organização da atenção capaz de identificar e atender de forma qualificada e oportuna as necessidades de saúde dos usuários nos vários pontos da rede (Jesus e Assis, 2010; Giovanella e Fleury, 1996) e utilizando o conceito operacional de integralidade composto pelas

dimensões primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência; articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; abordagem integral do indivíduo e famílias (Giovannella et al., 2002), a discussão a seguir aborda a contribuição do PAIM-Boca para a oferta do acesso segundo tal perspectiva.

5.2.1- Promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca: ações além do campo da odontologia

A partir do desenvolvimento das ações conjuntas com as redes locais de saúde e do contato com gestores e profissionais de saúde observou-se que poucas ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer bucal eram realizadas nos municípios. Apesar do baixo custo das ações de promoção e da simples prevenção (Andreotti et al., 2006; Carvalho et al., 2004), em geral as ações eram limitadas às campanhas de vacinação de idosos.

Ampliando a promoção de saúde bucal há impacto direto na prevenção do câncer de boca. Nesse sentido, a rede de atenção básica é estratégica, por estar amplamente distribuída e conhecer a realidade de cada território (INCA, 2009b; Brasil, 2008). Segundo o coordenador nacional de saúde bucal “*Melhorando a promoção de saúde bucal, agimos preventivamente sobre o câncer de boca*” (INCA, 2009b). Nesse sentido, as ações de Educação Permanente, desenvolvidas no processo de implantação do PAIM-Boca nos municípios, buscaram trabalhar questões sobre promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca, principalmente durante o apoio matricial, quando os profissionais das equipes de referência municipais, juntamente com alguns profissionais do serviço especializado sensibilizaram profissionais da rede de atenção básica sobre o assunto.

Dentre as ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de boca, discutiu-se e implementou-se a realização de ações individuais e coletivas de caráter educativo, direcionadas ao controle dos fatores e condições de risco,

ampliando o estabelecimento de políticas públicas municipais saudáveis através da articulação entre os setores governamentais e não governamentais (Brasil, 2008; Torres-Pereira et al., 2012).

Os municípios já desenvolviam ações de prevenção do câncer de boca, mas em geral, limitadas às campanhas de vacinação de idosos e à avaliação e a orientação do dentista no consultório. Com a implantação do PAIM-Boca, as ações de prevenção se intensificaram na rotina de trabalho dos profissionais, novas tecnologias foram incluídas (vídeos em salas de espera, unidades móveis, visitas a asilos) e outros grupos de risco foram abordados (tabagistas, alcoolistas, dependentes químicos). Em todas as ações de prevenção desenvolvidas nos municípios, a promoção as saúde bucal era trabalhada com a população (hábitos de vida saudáveis e higiene bucal).

Pode-se afirmar que o Programa contribuiu para a diversificação de ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca de forma intersetorial, buscando superar a fragmentação na gestão das políticas públicas saudáveis (Westphal, 2006; Torres-Pereira et al, 2012). Essas ações, também, buscavam ampliar a capacidade da rede local para a suspeição e diagnóstico de novos casos, melhorando o acesso ao cuidado do câncer de boca.

Nos municípios (Americana, Cosmópolis, Jaguariúna, Nova Odessa, Santo Antônio de Posse e Sumaré) onde foi desenvolvido o trabalho de sensibilização com os profissionais da atenção básica á saúde, observou-se um aumento da capacidade de suspeição de lesões bucais e sua inclusão na rotina dos serviços de saúde. Segundo os coordenadores de saúde bucal e os profissionais das equipes de referência municipais, a percepção foi que, antes do PAIM-Boca, o câncer de boca era apenas assunto dos dentistas e, a partir das ações desenvolvidas, tornou-se assunto de toda rede de saúde.

Em todos os municípios foi instituído que diante de qualquer lesão suspeita, os casos seriam avaliados, com atendimento prioritário, pelos dentistas da rede de atenção básica que tinham os dentistas das equipes constituídas nos

municípios como referência para discussão e encaminhamento dos casos. Conforme recomendação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2008), a detecção precoce do câncer de boca é papel da atenção primária, mas o nível secundário de atenção à saúde, através da estrutura dos Centros Especializados em Odontologia (CEOs) deve garantir a retaguarda para realização de biópsia e confirmação diagnóstica.

Mesmo diante da ampliação e diversificação das ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer bucal, gestores e profissionais de saúde apontaram a dificuldade para conscientizar a população a procurar os serviços de saúde diante de sinais e sintomas iniciais da doença. Esta barreira cultural certamente traduz a falta histórica de acesso de várias ordens a cuidados de saúde e que tem impacto na atenção ao câncer de boca.

O impacto das ações de promoção de saúde bucal e de prevenção de tumores orais é positivo e pode mudar o quadro atual de incidência da doença. Todavia, ao organizar as ações de promoção de saúde bucal e prevenção do câncer de boca, envolvendo a rede de atenção básica à saúde é necessário avançar na articulação para o seguimento do paciente diagnosticado, na interface entre todos os pontos da rede de saúde (INCA, 2009b).

5.2.2- Acesso ao diagnóstico: a organização dos municípios para realização de diagnóstico precoce

A Política Nacional de Saúde Bucal determina que a detecção precoce de lesões da mucosa bucal seja priorizada e inclui na atenção básica a realização de exames para a confirmação do diagnóstico do câncer e ao mesmo tempo, estrutura os Centros Especializados em Odontologia (Brasil, 2008; INCA, 2009). Contudo, o diagnóstico do câncer bucal no Brasil é, em geral, realizado tardiamente (Carvalho et al., 2004; Andrade et al., 2012), comprometendo a qualidade de vida dos pacientes, os resultados do tratamento e as chances de cura (Abouzeid et al., 2009; Schliephake et al., 2008; Ferreira et al., 2008).

Em 2009, segundo informações do DRS VII, a Região de Saúde analisada possuía dois CEOs em funcionamento, além disso, faculdades e universidades da região, também, realizavam a confirmação diagnóstica de biópsias de lesões bucais realizadas em outros serviços da região (ambulatórios de especialidade odontológica e rede de atenção básica). Todos os centros de referência da região para o tratamento do câncer bucal, também, admitiam pacientes com lesão suspeita, realizavam a confirmação diagnóstica, além de oferecer o tratamento. Porém, gestores e profissionais da região relataram dificuldades na comunicação com os profissionais desses serviços, principalmente na contra-referência dos casos para acompanhamento nas redes municipais de saúde.

A partir da implantação do PAIM-Boca, as redes locais de saúde que tinham dificuldades para inserir seus pacientes nos serviços de referência passaram a contar com uma nova possibilidade de fluxo para o encaminhamento dos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer de boca, representada pelo hospital especializado de referência do Programa. Este foi o maior motivador para os gestores e profissionais de saúde dos municípios que aderiram à proposta de implantação.

No período analisado (março de 2009 a março de 2011), 19 pacientes com lesão bucal maligna ou pré-maligna foram encaminhados dos municípios para tratamento no hospital de referência do Programa. Entre os 19 casos analisados observa-se maior precocidade de diagnóstico quando comparado ao perfil de estadiamento do total de casos procedentes dos mesmos municípios registrados na FOSP (2012), em período anterior à implantação do PAIM-Boca (janeiro de 2007 - janeiro de 2009).

Antes da implantação do PAIM-Boca, a situação de diagnóstico do câncer bucal nos municípios estudados mostrava-se grave, tendo em vista que apenas 10 de um total de 53 casos foram diagnosticados em fases iniciais da doença (lesão pré-maligna, estadio I e II), enquanto a maior concentração foi de

39 casos diagnosticados em fases mais avançadas (estadio III e IV). Quando se analisa isoladamente os 19 casos desses municípios encaminhados ao hospital de referência do PAIM-Boca, observa-se uma inversão do perfil de estadiamento, com 12 casos diagnosticados em fases iniciais e 7 casos avançados. Essa oportunidade de maior organização das redes locais de saúde para a atenção em saúde bucal também facilitou a identificação de situações de risco para câncer, que puderam ser corrigidas mais precocemente.

A questão do diagnóstico do câncer de boca e de outros cânceres prevalentes tem sido preocupação frequente dos municípios, que têm investido recursos próprios para garantir acesso ao diagnóstico utilizando vários arranjos na região, que nem sempre desembocam em acesso ao tratamento numa UNACON ou CACON. A partir do Programa, ampliou-se a capacidade de diagnóstico nos municípios, incluindo a experiência de realização de biópsia por dentistas da rede de atenção básica, ainda que a maior parte dos diagnósticos tenha se mantido em serviços com especialidade odontológica (CEOs e ambulatórios de especialidade odontológica).

O acesso qualificado foi ampliado considerando que os municípios passaram a utilizar seus recursos assistenciais para suspeitar da doença mais precocemente e muitas vezes fazer o diagnóstico no território, representando maior agilidade e conforto ao paciente. Diante do aumento da capacidade de suspeição pela rede local e garantia de acesso prioritário à avaliação odontológica, o tempo decorrido entre a suspeição e o diagnóstico dos casos encaminhados ao serviço especializado de referência foi, em média, de 20 dias. Não havia registros nos municípios dos tempos de espera a que ficavam submetidos os pacientes anteriormente ao Programa, mas os relatos dos gestores e profissionais de saúde foram de grande demora e angústia de pacientes, famílias e para os próprios profissionais.

Apesar do PAIM-Boca ter melhorado as condições de diagnóstico e acesso aos serviços especializados, os gestores e profissionais de saúde participantes do estudo destacaram que algumas barreiras ainda dificultam o

diagnóstico precoce do câncer bucal na região. Uma das dificuldades identificadas refere-se às características culturais da população que levam, muitas vezes, a uma busca tardia por atendimento exigindo um trabalho intenso e de longo prazo para conscientização sobre os fatores de risco e os sinais e sintomas da doença.

Outra dificuldade está na centralidade da atenção nos serviços de referência para o tratamento do câncer, demonstrando a necessidade de maior articulação com os outros níveis de atenção, além de maior abertura para as necessidades de cada município utilizando as potencialidades dos serviços pertencentes às redes locais e microrregionais de saúde.

5.2.3- Acesso ao tratamento do câncer: a dura realidade de disputa por vagas

Os municípios vêm ampliando sua capacidade diagnóstica para várias neoplasias, porém, barreiras de várias naturezas impõem dificuldades para o acesso ao tratamento nos tempos oportunos, como aponta o Relatório de Auditoria Operacional realizada pelo do Tribunal de Contas da União sobre a Política de Nacional de Atenção em Oncologia (TCU, 2011).

Nos municípios analisados no estudo a realidade não era diferente. O acesso ao tratamento apresentava-se como a maior dificuldade, anteriormente ao Programa, em razão da limitação de vagas oferecidas através da Central de Regulação de Vagas do DRS VII, gerando grande angústia em pacientes, familiares e profissionais de saúde, fazendo com que fluxos informais, sobretudo entre dentistas, fossem utilizados para garantir o acesso dos pacientes ao tratamento.

Diante desta realidade, um papel destacado da proposta do PAIM-Boca foi a garantia de acesso ao tratamento, o que sensibilizou os coordenadores de saúde bucal e as equipes locais. A dificuldade de acesso foi contornada por uma via direta de encaminhamento dos casos diagnosticados nos municípios ao

hospital especializado de referência do Programa com o conhecimento, mas sem a interveniência da regulação regional.

Com a organização do trabalho em rede, a partir da implantação do PAIM-Boca, a condição de acesso dos pacientes ao tratamento melhorou significativamente, à medida que ofereceu uma nova porta de entrada na rede de atenção oncológica, agilizando o início do tratamento que, em média, ocorreu em 30 dias. Além disso, com a realização de diagnóstico em fases iniciais da doença e garantia do acesso ao tratamento em tempo oportuno, os casos encaminhados exigiram intervenções menos complexas e mutilantes, propiciando maior chance de cura e qualidade de vida durante e após o tratamento, além de menores custos ao sistema de saúde, como defendido por Andrade et al. (2012).

Exemplo disso foi que diante do aumento de diagnóstico em fases mais precoces da doença na maioria dos casos (13 casos) foi necessário apenas a realização de procedimento ambulatorial ou cirúrgico para ressecção de lesões não infiltrativas, ou seja, foram aplicados protocolos de tratamento menos agressivos e mutilantes para os pacientes e menos onerosos para o sistema de saúde (Rapoport et al., 2001; INCA, 2008; Andrade et al., 2012; Brasil, 2005).

Outra evidencia do estudo foi que diante da realização do diagnóstico e do tratamento em tempos mais oportunos, a evolução da doença, após um ano de início do tratamento, em mais da metade dos casos encaminhados dos municípios não apresentava sinais de evidência da doença, em contraste com os dois casos de diagnóstico avançado (estadio IV) que evoluíram para o óbito.

Entende-se que esta talvez não seja a melhor alternativa para solucionar o problema de acesso, mas aponta para a necessidade do desenvolvimento de modelos tecnológicos de atenção à saúde baseados na organização do trabalho sincrônico, co-responsabilizado, partilhado e efetivo em rede entre os distintos pontos de atenção à saúde (OPAS, 2011; Brasil, 2005; Cecílio, 2001). A experiência mostrou a possibilidade de otimizar a utilização dos recursos do serviço especializado à medida que a rede municipal assume maiores responsabilidades em relação aos casos de câncer.

Apesar das conquistas, no que concerne à ampliação e qualificação do acesso, a partir das ações desenvolvidas para a constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca, diante da interrupção do PAIM-Boca, principalmente das atividades desenvolvidas no hospital especializado de referência do Programa, o acesso dos pacientes ao tratamento foi comprometido, gerando mal estar entre gestores e profissionais de saúde da região.

Com a ampliação da capacidade de suspeição e diagnóstico nos municípios observou-se um aumento do número de casos diagnosticados, principalmente em fases mais precoces da doença, porém sem a garantia do acesso ao tratamento foram obrigados a voltar a utilizar os antigos meios para garantir vagas aos pacientes nos serviços especializados da região. Alguns municípios voltaram a utilizar a Central de Regulação de Vagas do DRS VII, mas diante da conhecida burocratização e ineficiência desse sistema, em outros municípios os próprios profissionais voltaram a utilizar fluxos informais em busca do acesso, baseados em suas relações pessoais (*regulação profissional*). Segundo os profissionais das equipes de referência constituídas nos municípios esse processo parecia um “*leilão de vagas*”, o serviço que ofertasse a primeira vaga levava o paciente.

Em uma das trajetórias terapêuticas analisadas no estudo foi possível observar o sofrimento do paciente e seus familiares. Após a interrupção do PAIM-Boca, o paciente teve dificuldades em se vincular com os profissionais dos serviços especializados que percorreu em busca de cuidado e em manter o vínculo com profissionais dos serviços municipais.

Tal evidencia demonstra a fragilidade de ações pontuais (programas, projetos e ações), sem avaliação pelos órgãos indutores, proposição de continuidade e/ou sugestão de outras formas para sustentabilidade dos resultados alcançados. Por outro lado, aponta que, normalmente, essas atividades só ocorrem a partir de estímulos externos e não conseguem ser incorporadas à rotina das atividades dos serviços de saúde.

5.2.4- Acompanhamento compartilhado: a responsabilização pelos pacientes

A responsabilização pela saúde dos outros pressupõe a construção de vínculos no espaço individual e coletivo, envolvendo relações de poder, interesses e diferentes saberes. A criação de vínculos requer o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, com escuta atenta às necessidades do outro e na busca conjunta por soluções aos problemas apresentados (Campos, 2003; Cecílio, 2001).

Na perspectiva de avançar na articulação para o seguimento dos casos diagnosticados, na interface entre todos os pontos da rede de saúde, as atividades desenvolvidas durante a implantação do PAIM-Boca nos municípios da região buscaram estimular a responsabilização desses por seus munícipes, apostando na articulação do trabalho em rede (Santiago e Andrade, 2008) como uma possibilidade para alcance da atenção integral relacionada ao problema do câncer bucal.

Desta forma, a implantação do PAIM-Boca, possibilitou a constituição de uma rede de pessoas, que se conheceram e se vincularam (Capra, 2002; Santos, 2006; Pescosolido, 2006; Rovere, 2010; Fleury e Ouverney, 2007). Através dos encontros estimulados pelo Programa formou-se uma rede (Cecílio, 2001; Santiago e Andrade, 2008; Lima e Rivera, 2009) permitindo aos gestores e profissionais de saúde identificar, elaborar e negociar as propostas para ampliar e qualificar o acesso na região.

No processo de constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca, a coordenação do cuidado assumiu diferentes configurações na rede constituída, dependendo do contexto de cada município, do desejo e condições dos profissionais de saúde para assumir essa responsabilidade, como defendido por alguns autores (Cecílio et al., 2012). Nesse processo, a qualificação técnica foi considerada uma premissa absoluta para o compartilhamento do cuidado, sendo as ações de Educação Permanente (Brasil, 2009; Davini, 2009; Campos e Domintti, 2007) estratégicas para garantir a

qualidade do acesso. A ampliação das responsabilidades dos profissionais das redes municipais com relação aos casos de câncer de boca se deu conforme a circulação de conhecimentos técnicos foi acontecendo, ou conforme o nível local pode apresentar-se mais proativo e luminoso na rede constituída (Santos, 2006).

Desse modo, o Programa facilitou o acesso dos pacientes aos cuidados necessários relacionados ao problema do câncer bucal. Porém, ele não representou a superação de todas as barreiras existentes para o acesso aos cuidados necessários. Os coordenadores de saúde bucal e profissionais das equipes de referência municipais consideraram estarem organizados para atender as necessidades de saúde dos pacientes, mas relataram que, após realizadas a suspeição e a confirmação diagnóstica dos casos e feito o encaminhamento para tratamento, os pacientes não retornavam para acompanhamento nas redes locais de saúde. Em muitos casos, a comunicação ocorreu quando ativada pelos profissionais dos municípios, ou através dos próprios pacientes.

Auxiliar na fase do tratamento com os recursos multiprofissionais locais era uma das possibilidades concretas da maioria dos municípios participantes do projeto. Contudo, o compartilhamento dos pacientes demandaria um esforço de comunicação que não foi feito pelo hospital especializado de referência do Programa. Tal fragilidade reforça a constatação de que os serviços especializados não têm a prática de se integrarem com o território do qual são referência e para o trabalho em rede, de forma descentralizada e horizontalizada (Cecílio, 2000; Feuerwerker, 2005), comprometendo a possibilidade de utilização de todo o potencial e dos recursos da região para o atendimento das necessidades relacionadas ao problema do câncer bucal.

Apesar de apontada em recentes discussões como a ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de redes temáticas (Brasil, 2010; OPAS, 2011; Mendes, 2011), a rede de atenção básica muitas vezes não consegue ser o ponto de apoio que garanta acesso aos outros níveis de atenção à saúde (Cecílio et al., 2012), como demonstrou o estudo. Mesmo diante do

protagonismo dos municípios, especialmente da atenção básica à saúde, não se pode prescindir da retaguarda de serviços especializados para garantir o acesso à atenção integral à saúde. Mas, de que tipo de serviço especializado a rede como um todo necessita? Certamente daquele que se disponha a trabalhar em parceria e ter seus processos de trabalho mais transparentes e abertos às considerações de seus potenciais parceiros.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

“(...) mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam.”

(Paulo Freire, 1996)

Diante da observação da dificuldade do sistema de saúde em garantir acesso à população a todos os cuidados necessários para o enfrentamento do câncer e da alta incidência de casos de câncer bucal diagnosticados em fases avançadas da doença, apesar de sua fácil suspeição e confirmação diagnóstica, foi implantado o Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca), como uma iniciativa piloto do Ministério da Saúde na perspectiva de ampliar e qualificar o acesso ao cuidado.

Considerando que a integralidade do cuidado só pode ser alcançada através da organização do trabalho em rede, o Programa buscou desenvolver de forma articulada, entre o hospital especializado e os municípios da região, ações na lógica da Educação Permanente em Saúde com o objetivo de constituir uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca numa região de saúde de Campinas-SP (RRAS XV/SP).

Durante o desenvolvimento de tais ações, alguns aspectos facilitaram e outros dificultaram a gestão do cuidado em rede. Aponta-se como aspectos que facilitaram o trabalho a aprovação e o apoio da proposta pela coordenação nacional e regional de saúde bucal, o provimento financeiro para o desenvolvimento das ações com a rede de saúde e para a garantia da assistência aos pacientes com diagnóstico de câncer no serviço de referência. Outra contribuição foi o apoio do Projeto OncoRede no planejamento das ações e desenho da proposta de intervenção em consonância com os princípios do SUS e com políticas e diretrizes indutoras da atenção integral em oncologia e gestão do cuidado em rede. Outro aspecto importante foi a adesão e apoio de grande parte

dos gestores municipais de saúde à proposta e o envolvimento dos coordenadores de saúde bucal e profissionais de saúde no planejamento e desenvolvimento das ações. O fato das ações serem planejadas com base nas principais necessidades e dificuldades apontadas para o cuidado a pacientes com câncer de boca na região, também, facilitou a realização das ações propostas.

As ações desenvolvidas pelo PAIM-Boca na lógica da Educação Permanente em Saúde oportunizaram qualificar as redes locais de saúde não só para a atenção a pacientes com câncer, mas, também, para outras ocorrências que necessitam do trabalho solidário e complementar dos profissionais de saúde. Os envolvidos nas ações estabeleceram relações com vínculos mais profundos, o acesso da população as ações de promoção e prevenção nos municípios foi ampliado, também, observou-se aumento na capacidade de suspeição diagnóstica localmente, suscitando a realização de diagnósticos e tratamentos em fase mais precoces da doença.

As redes locais de saúde se prepararam para o trabalho em rede, se ancoraram na realidade da atenção individual e nas carências assistenciais do território e se responsabilizaram pela gestão do cuidado dos casos diagnosticados com câncer bucal. Assim, os municípios foram se caracterizando como pontos mais luminosos no espaço da rede constituída. Porém, mesmo diante desse protagonismo, especialmente da atenção primária à saúde, os municípios não podem prescindir da retaguarda de serviços especializados capazes de garantir acesso para os casos suspeitos e/ou diagnosticados com câncer bucal à cadeia de procedimentos de confirmação diagnóstica, estadiamento e tratamento necessários à cada caso. Apesar de apontada em recentes discussões como a ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de redes temáticas, a atenção primária muitas vezes não consegue ser o ponto de apoio que garanta acesso aos outros níveis de atenção à saúde.

Neste sentido, o hospital especializado de referência, durante o funcionamento do PAIM-Boca, garantiu o acesso dos casos diagnosticados na região ao tratamento, contudo, mesmo diante da proposta de trabalhar de forma

articulada em rede, a integração desse ponto com o restante da rede não foi suficiente para romper com a tradicional centralidade das ações neste ponto da rede, comprometendo o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes, de forma integral e humanizada.

A dificuldade da partilha das atribuições do serviço especializado com as redes locais de saúde, muitas vezes, rouba suas energias para o que o restante do sistema necessita dos serviços especializados: diagnóstico final dos casos com o estadiamento e tratamento de qualidade em tempo oportuno. Muito se otimizaria em uso de recursos e qualidade da atenção com trabalho articulado entre os serviços especializados e as redes municipais de saúde, favorecendo o atendimento das demandas da população em território e tempos mais adequados.

Outra dificuldade observada para a constituição de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer bucal na região, foi a dificuldade do hospital especializado de referência se abrir para o restante da rede, de forma a estabelecer uma ação comunicativa, favorecedora do trabalho em rede. Numa reflexão de Santiago et al. (2013) em outro trabalho em desenvolvimento: *“... o isolamento desse ponto da rede concorre para o reforço e perpetuação da ideia de que os serviços especializados são mais preparados tecnicamente para a solução de quaisquer problemas de saúde, concentradores de tecnologias de toda ordem, definidores do manejo de um agravo e da produção de conhecimento de forma hegemônica, condicionando a subordinação dos outros pontos da rede”*. Esta é uma fragilidade do sistema de saúde que precisa ser enfrentada e transformada.

A garantia da atenção integral depende da articulação de todos os pontos da rede de saúde, do reconhecimento e do respeito às realidades locais como uma base forte e um ponto estratégico para a constituição de uma rede viva, solidária e acolhedora. Nesse sentido, pode-se afirmar que a rede constituída a partir das ações desenvolvidas durante a implantação do PAIM-Boca promoveu avanços no que concerne ao trabalho em rede, mas evidenciou a necessidade de

maior investimento em ações para ampliar a integração dos serviços especializados nesse processo.

Apesar das dificuldades encontradas no processo de constituição da rede e das dificuldades impostas para sua consolidação, a experiência favoreceu o acesso à atenção integral relacionada ao problema do câncer bucal e foi valorizada pelos pacientes, familiares, profissionais e gestores de saúde envolvidos. Diante da interrupção do Programa, evidenciou-se o desejo e a necessidade da continuidade de ações desenvolvidas por programas como o que foi estudado e a implantação e implementação de políticas públicas capazes de garantir acesso oportuno ao cuidado, adequado às necessidades de saúde individuais e coletivas.



7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abouzeid MW, Mokhtar SA, Mahdy NH, Kwsy FSE. Quality of Life of patients with Oral and Pharyngeal Malignancies. Egypt Public Health Assoc [serial on the Internet]. 2009; 84 (3-4). Disponível em: <http://www.eph.eg.net/pdf/0013-2446%20v84%20n3,4%202009/u1a1a4.pdf>

Andrade MGG, Santiago SM, Chone CT, Sommerfeld CE, Carvalho GM, Aquino Y, et al.. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.41, nº 4, p. 172-177, outubro/novembro/dezembro 2012. Disponível em: <http://sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasileira_sccp/article/viewFile/653/507>. Acesso em: mai. 2013.

Andreotti M, Rodrigues NA, Cardoso LMN, Figueiredo RAO, Eluf Neto J, Wünsch Filho V. Occupational status and cancer of the oral cavity and oropharynx. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: ago. 2011.

Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Editora UNESP: São Paulo, 2003.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Revista Saúde e Sociedade. v.13, n.3, p.16-29, setembro - dezembro de 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>. Acesso em: ago. 2011.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997.

Bertaux D. Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos. Tradução: Zuleide Alves Cardoso Cavalcante, Denise Maria Gurgel Lavallée. EDUFRN: Natal; Paulus: São Paulo, 2010.

Beveridge W. Social insurance and allied service. The Beveridge report in brief. London: H M Stationery Office, 1942. Disponível em: <www.fordham.edu/halsall/mod/1942beveridge.html>. Acesso em: ago. 2011.

Biazevic MGH, Castellanos RA, Antunes JLF, Michel-Crosato E. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000016&lng=&nrm=iso>. Acesso em: set. 2011.

Bognato MHS, Cocco MIM, Sordi MRL. Educação, Saúde e Trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Alínea, 1999.

Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bos MLM, Mercado FJ (org). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

Brasil Ministério da Saúde. Primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil Ministério da Saúde. Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

Brasil Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde 2006. v. 9. Brasília: Editora MS, 2009.

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica. v. 17. Brasília: Editora MS, 2008.

Brasil Ministério da Saúde. Portaria MS nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2007.

Brasil Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

Brasil Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Editora MS, 2006.

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Política Nacional de Atenção Oncológica - Portaria nº 2439/GM de 19 de dezembro de 2005.

Brasil Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Editora MS, 2004.

Brasil Ministério da Saúde. Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde. Resolução MS/CNS nº 335 de 27 de novembro 2003.

Brasil Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/01. Portaria MS/GM 95, de 26/01/01. Diário Oficial da União 2001.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

Britten N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope C, Mays N. (org). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. ed. 2. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Cambi F. A história da pedagogia. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Revista Ciência & Saúde Coletiva. v. 12, p. 301-306, 2007. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/rras/sustentabilidade_do_sus_2007_artigo_dr_gastao_wagner.pdf>. Acesso em: mar. 2013.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed Hucitec; 2003. 185p.

Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO. (org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Revista Ciência e Saúde Coletiva - 12 (4): 849-859, 2007.

Campos GWS, Campos RO. Ciências e políticas públicas em saúde: relações perigosas. Revista Saúde em Debate. a. 24, n. 55, p. 82-91, 2000. Disponível em: Acesso em: <http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/cat_view/6-artigos?limit=100&limitstart=0&order=date&dir=DESC>. Acesso em: jan. 2011.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007, p. 399. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: mai, 2013.

Campos AV, Paulo GR, Santana LM. Interdisciplinaridade no cuidado: um estudo de caso. In: Pinto S, et al. (org). Tecendo redes no SUS: os planos de educação, cuidado e gestão na construção do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

Campos FE, Pierantoni CR, Viana ALA, Faria RMB, Haddad AE. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. Cadernos Recursos Humanos em Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, 2006, p. 39-51.

Capra F. As Conexões Ocultas: Ciência para uma vida sustentável. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. Título do original: The Hidden Connections.

Editora Cultrix, 2002. São Paulo.

Capra F. A Teia da Vida: Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. Tradução Newton Roberval Eicheberg. Editora Cultrix, 1996. São Paulo.

Carta de Paris. Cumbre mundial contra el cancer para el nuevo milenio. Paris, 2001. Disponível em: <http://www.charteragainstcancer.org/media/charter_spanish.pdf> Acesso em: set. 2009.

Carvalho AL, Singh B, Spiro RH, Kowalski LP, Shah JP. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. Head Neck. New York, 2004. v. 26, p. 31-38.

Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2004. v. 14, n. 1. p. 41- 65.

Cecílio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al.. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciênc. saúde coletiva [periódico da internet]. 2012 [acessado 2012 Dez]; 17 (11): 2893-2902. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: mar. 2013.

Cecílio LCO, Merhy EE. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. (org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.

Cecílio LCO. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? Revista Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.280-289, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a03v21n2.pdf>>. Acesso em: Mac. 2013.

Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface. Botucatu, v.13, supl.1, p.545-55, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283200900050000_7&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2011.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113-126.

Cecílio LCO. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. Espaço para a Saúde (Online). Londrina, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=19946>>. Acesso em: mar. 2013.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 13(3): 469-478, julho - setembro, 1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>> Acesso em: set 2011.

Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contrandriopoulos AP, Denis JL. A Análise da Implantação. In: Brousselle. (org) Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

Collet HG. Educação Permanente - uma abordagem metodológica. Serviço Social do Comércio/Departamento Nacional. Rio de Janeiro, 1976.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: Avanços e Desafios. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS: Brasília, 2006.

Conil EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/38.pdf>. Acesso em: set. 2011.

Coralina C. **Saber viver**. In: Coleção Melhores Poemas. Cora Coralina. Denófrío, DF. Global: São Paulo, 2004.

Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Brasil, Ministério da saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Editora MS, 2009.

Deleuze G, Guattari F. Mil platôs (v. 1). São Paulo: Editora 34, 2000.

Delors J, et al.. Educação: Um Tesouro a Descobrir. São Paulo: Cortez, UNESCO, MEC, 1998.

Deslandes SF, Assis SG. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF. (org.) Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Elias PE. Estado e saúde os desafios do Brasil contemporâneo. Revista São Paulo em Perspectiva. v.18, n.3: 41-46, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>. Acesso em set. 2011.

Faure E, et al.. Aprender a ser. Lisboa: Bertrand, UNESCO, 1974.

Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Annals of Oncology. March 2007, v.8, n.3. p.581-592. Disponível em: <<http://pt.wkhealth.com/pt/re/anon/abstract.00002352-200703000-00028.htm>>. Acesso em: set. 2009.

Ferreira FT. Rizoma: um método para as redes? Liinc em Revista, v.4, n.1, março 2008, Rio de Janeiro, p.28-40. Disponível em: <<http://www.ibict.br/liinc>>. Acesso em: Nov. 2011.

Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface - Comum. Saúde Educ. 2005;18:489-506.

Feuerwerker LCM, Costa HOG, Barbosa N, Khalil ME. O processo de construção

e de trabalho da Rede Unida. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 92-103, maio/ago. 2000.

Fleury SM, Ouverney ALM. Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

Franco TB, Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analíticos.pdf>. Acesso em: set. 2011.

Franco A. O poder nas redes sociais. Escola de Redes, 2009. Disponível em: <<http://escoladeredes.net/group/bibliotecaaugustodefranco>>. Acesso em mai, 2013.

Franco A. Novas visões sobre a sociedade, o desenvolvimento, a internet, a política e o mundo glocalizado. Curitiba: Escola de Redes, 2008.

Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho. In: Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESCIMS/UERJABRASCO, 2006.

Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 36 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

Freire P. Pedagogia da Conscientização: teoria e prática da libertação. São Paulo: Centauro, 2001.

Freire P. Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1967.

Fundação Oncocentro de São Paulo. Registro Hospitalar de Câncer. São Paulo, 2007 e 2008. Disponível em: <<http://200.144.1.68/cgi-bin/dh?rhc/rhc-geral.def>>. Acesso em: Nov. 2012.

Fundação Oncocentro de São Paulo. Dados câncer. São Paulo, 2010. Disponível

em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/html/fr_servicos.html>. Acesso em jun. 2011.

Furter P. Educação e Vida: uma contribuição à definição de educação permanente. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1970.

Gadotti M. Perspectivas Atuais da Educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Giovanella L, Lobato L, Carvalho AL, Connil EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate. 2002. 26:37-61. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.26%2C+N.60++jan.%2Fabr.+2002&pesq=&x=70&y=14>. Acesso em: ago. 2011.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.

Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997.

Goss PE, et al.. The Lancet Oncology Comissão: Planejamento do controle do câncer na América Latina e no Caribe. Lancet Oncology. 2013; 14: 391-436. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/tlo-commission/tlo-commission-series-portuguese.pdf>>. Acesso em jun. 2013.

Grembowski D. The practice of health program evaluation. London: Sage Publications, 2001.

Habermas J. A unidade da razão na multiplicidade de suas vozes. Filosofia Brasileira. 1989. v4, 53-81. Rio de Janeiro, Editora da UFRJ.

Haddad AE, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Política Nacional de Educação na Saúde. Revista Baiana de Saúde Pública. v.32, supl.1, p.89-97. out. 2008. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/issue/view/51>>. Acesso em: jan. 2012.

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos de Saúde Pública. 2004, vol.20, S331-S336. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: set, 2011.

Hennessey PT, Westra WH, Califano JA. Human Papillomavirus and Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Recent Evidence and Clinical. Implications. Journal of Dental Research. April 2009. v. 88, n. 4. p. 300 - 306. Disponível em: <<http://jdr.sagepub.com/>>. Acesso em: ago. 2011.

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Administração. Disponível em: <<http://www.hmmg.sp.gov.br>>. Acesso em: mai. 2013.

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Produção Hospitalar - Referente 2012. Disponível em: <<http://186.215.174.4/sitenovo/wp-content/uploads/2012/02/prod1211.pdf>>. Acesso em: mai. 2013.

Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, jun. 2001. v. 35, n.2, p.115-21.

Inojosa RM. Redes de compromisso social. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro. (5) 115.41, set - out. 1999. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7628/6155>>. Acesso em fev. 2013.

Instituto Nacional de Câncer. Câncer de Boca. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/>>. Acesso em: jun. 2013.

Instituto Nacional de Câncer. Ensino em atenção oncológica no Brasil: carências e

oportunidades. Inca: Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ensino_atencao_oncologica_brasil.pdf>. Acesso em: dez. 2012.

Instituto Nacional de Câncer(a). Mapeamento da incidência de câncer no Brasil subsidia ações de vigilância, prevenção e controle da doença no país. In: Rede Câncer. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, mai, 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/22037a804eb6935088fe9af11fae00ee/rede_rrc13.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: jun. 2013.

Instituto Nacional de Câncer(b). Educação: Todos por um. In: Rede Câncer. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, mai, 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/1e5dfc804eb6932c88a59af11fae00ee/educacao_rrc13.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: jun. 2013.

Instituto Nacional de Câncer(c). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2011/>>. Acesso em: jun. 2013.

Instituto Nacional de Câncer. Tecnologia, uma aliada da saúde: Telecomunicações levam conhecimento e até diagnósticos a profissionais da medicina em pontos distantes. In: Rede Câncer. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, ago, 2010. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/d97ea8004eb693b58a549af11fae00ee/RC11_34_35educacao.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: jun. 2013.

Instituto Nacional de Câncer(a). Educação: Política visa qualificar profissionais para a rede de atenção oncológica. In: Rede Câncer. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, Nov, 2009. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/8661bb00420c1179a8c3acce655ae979/Rede_Cancer_9.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: jul. 2011.

Instituto Nacional de Câncer(b). A saúde diante de novo mapa. In: Rede Câncer. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, fev, 2009. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/52d1aa004eb6929386a896f11fae00ee/11_politica.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: jun. 2013.

Instituto Nacional de Câncer(c). Prevenção e consultas periódicas ao dentista: estratégias poderosas no controle do câncer de cavidade oral. In: Rede Câncer. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, Nov, 2009. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/8661bb00420c1179a8c3acce655ae979/Rede_Cancer_9.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: jun. 2013.

Instituto Nacional de Câncer(a). Ensino de qualidade na base do controle do câncer. In: Rede Câncer. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, set, 2008. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/32f1b4804eb6929a86bc96f11fae00ee/educacao.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: jun. 2013.

Instituto Nacional de Câncer(b). Câncer de boca. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324>. Acesso em: oct. 2010.

Instituto Nacional de Câncer. Formação de Recursos Humanos e Educação Permanente em Oncologia. In: A situação do câncer no Brasil. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/>>. Acesso em: jul. 2011.

Instituto Nacional de Geografia e Estatísticas. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: abr. 2013.

Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc. saúde coletiva [periódico da internet]. 2010 [acessado 2012 Mar]; 15 (1): 161-170. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>

Johnson NW. In: Global Epidemiology. Shah JP, Batsakis JG. Oral Cancer. New York: Health Care, 2003.

Kantorski LP, et al.. A integralidade na gestão à saúde na perspectiva da gestão no município. Revista Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-441, jul-set. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a07.pdf>. Acesso em: set. 2011.

Kaplan RJ. Cancer and Rehabilitation. Medical Textbooks, 2006. Disponível em: <http://www.emedicine.com/pmr/topic226.htm#section~cancer_rehabilitation>. Acesso em: set. 2009.

Kitzinger J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: Pope C, Mays N. (Org). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. ed. 2. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Kligerman J. Desafios Para a Oncologia Brasileira no Novo Milênio. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 45, n. 4. out/nov/dez. 1999. Disponível em: <www.inca.gov.br/rbc/n_45/v04/sumario.html>. Acesso em: set. 2009.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(5):2307-2316, 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232_010000_500006&script=sci_arttext. Acesso em: set. 2011.

Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. ed. 3. São Paulo: Atlas, 1996.

Legrand P. Introducción a la educación permanente. Paris: UNESCO, 1970.

Lima JC, Rivera FJU. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. Cad. Saúde Pública [periódico da internet]. 2010 [acessado 2012 Mar]; 26 (2): 323-336. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200011>.

Ludke M, André MED. A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Revista Ciências e Saúde Coletiva*. v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: set. 2011.

Marchioni DML, Fisberg RM, Góis Filho JF, Kowalski LP, Carvalho MB, Abrahão A, et al.. Fatores dietéticos e câncer oral: estudo caso-controle na região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3. p. 553-564. mar. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/14.pdf>. Acesso em: mai. 2011.

Magalhães Junior HM, Silva SF. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: *Redes de atenção no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*; Silvio Fernandes da Silva, organizador. ed. 2. Campinas: Saberes, 2011.

Martínez MJC. *Educación Permanente y Educación Social*. Málaga: Aljibe, 2002.

Martinho Cássio. *Redes: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização*. Brasília: WWF Brasil, 2003.

Matsumoto NF. *A operacionalização do Plano de Atendimento a Saúde de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde*. 1999. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/37.pdf. Acesso em: set, 2011.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UFRJ/ABRASCO. 2001, p. 39-64.

Matus C. Fundamentos da planificação situacional. In: Rivera FJU. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

Mello GA. A integralidade do cuidado: uma perspectiva a partir do atendimento à criança na rede pública de saúde de Campinas sob a ótica da atenção básica. Dissertação de Mestrado apresentada à Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, 2004.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [periódico da internet]. 2010 [acessado 2012 Mar]; 15 (5): 2297-2305. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: Nov. 2011.

Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M. (org.) Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

Merhy EE. A Saúde Pública como Política: um estudo dos formuladores de políticas. Hucitec, São Paulo, 1992.

Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Revista Saúde em Debate. v. 27, p. 316-323, 2003.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. ed. 9. São Paulo: Hucitec, 2006.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: Minayo, MCS. (org.): Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, Técnicas e Relações em Triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. (org). Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? Cadernos de Saúde Pública. v. 09, n. 03, pag: 239-262, jul/set - 1993.

Organização Panamericana da Saúde. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia básica. Tradução e revisão científica. Cesar JÁ, ed.2. Editora Santos: São Paulo, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9788572888394_por.pdf>. Acesso em: set. 2011.

Organização Panamericana da Saúde. Educação Permanente de Pessoal de Saúde na Região das Américas. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n.78, 1987.

Organização Panamericana da Saúde. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Publicación Científica. n. 93. Washington, 1964. Disponível em: < <http://www.fundacionaequs.com.ar/Biblioteca/infodawson-parte1.pdf>>. Acesso em: ago. 2011.

Paiva VHR, Rattner H. Educação Permanente e Capitalismo Tardio. Campinas: Cortez, 1985.

Parkin M, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. Cancer Journal for Clinicians. 2005. v. 55, n. p. 74-108. Disponível em: <<http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/55/2/74>>. Acesso em: out. 2009.

Perussi MR, Denardin OVP, Fava AS, Rapoport A. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. Rev. Assoc. Méd. Brás. 2002. 48(4):341-344.

Pescosolido BA. Of pride and prejudice: The role of sociology and social networks

in integrating the health sciences. *Journal of Health and Social Behavior*. sep. 2006. v. 47. p. 189-208.

Pinheiro R. Integralidade e prática social. Rio de Janeiro: 2005. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>>. Acesso em: ago. 2011.

Pinheiro R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. *Boletim ABEM*. Rio de Janeiro: 2003 31:8-11. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno1/roseni_final.pdf>. Acesso em: jun. 2011.

Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. ed. 6. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

Poupart J. A entrevista do tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

Rapoport A, Kowalski LP, Herter NT, Brandão LG, Walder F. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca. In: *Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*, 2001.

Rovere M, Avruj L, Ferreyra Díaz MP, Molineri MF, Laub C, Lebram E. Redes para analizar, para comprender, para organizar... *Redes. Por el equipo de Planificación estratégica y Redes de El Agora (Pla-Net)*. *Revista POSIBLES: Política, Salud Internacional e Desarrollos Sustentables*. n. 5, p. 33-44, 2010. Buenos Aires – Argentina.

Santiago SM. Unicamp cria rede de atenção ao câncer: depoimento. Publicados em: 28 de maio a 10 de junho de 2007. Campinas: *Jornal da Unicamp*. Entrevista concedida a Luiz Sugimoto.

Santiago SM, Andrade MGGA. Redes sociais, rede de saúde e integralidade do cuidado: experiência de trabalho e investigação na atenção a pacientes com

câncer. In: Ateliê do cuidado: trabalhos completos/VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde; Roseni Pinheiro e Rubens Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS: CEPESC: ABRASCO, 2008.

Santiago SM, Andrade MGGA, Sommerfeld CE, Peroni FMA. Ampliação e Qualificação do Acesso em Saúde: a Experiência do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a Pacientes com Câncer de Boca (artigo no prelo). 2013.

Santos M. A natureza do espaço: espaço e tempo, razão e emoção. 4. ed. Editora da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2006.

Santos M. Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e meio técnico-científico informacional. 4. ed. Hucitec: São Paulo, 1998.

Santos FP, Merhy EE. La regulación pública de la salud en el Estado brasileño - una revisión. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, v.10, n.19, p. 25-41, jan/jun 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a03v1019.pdf>>. Acesso em: set. 2011.

Schliephake H, Neukam FW, Schmelzeisen R, Varoga B, Schneller H. Long-term quality of life after ablative intraoral tumor surgery. J Cranio Maxillo-Facial Surgery [serial on the Internet]. 1995 [cited 2012 mar]; 23 (4) [about 6 p.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S101051820580215X>.

Scriven MS. The methodology of evaluation. In: Stake RE. Curriculum Evaluation. Chicago: Rand McNally, 1967.

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Regionais de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>>. Acesso em: jun. 2011

Silva LC. Vozes que contam a experiência de viver com câncer. Psicologia Hospitalar. v.3, n.1, p.1-17. São Paulo, jul. 2005. Disponível em:

<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092005000100002&lng=pt&nrm=iso>ISSN 1677-7409>. Acesso em: set. 2009.

Sommerfeld CE, Santiago SM, Andrade MGG, Peroni FMA. Impacto do trabalho integrado em rede no diagnóstico precoce do câncer bucal. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça Pescoço*, v.42, nº 1, p. 1-7, janeiro/fevereiro/março 2013. Disponível em: <http://sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/viewFile/667/516>. Acesso em: mai. 2013.

Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria Operacional: Política Nacional de Atenção Oncológica. [acessado 2012 Mar]. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes_noticias?noticia=3898750.

Torres-Pereira CC, et al.. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública* [periódico da internet]. 2012 [acessado 2011 Mar]; 28, suppl. pp. 30-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005>.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. ed. 4. Petrópolis: Vozes, 2010.

Vincent PS. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. *Revista Brasileira de cancerologia*. 2007, v. 53, n. 1, p. 79-85.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, et al.. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 635-667.

World Health Organization. *World Cancer Report 2008*. Lyon: International Agency for Research on Cancer Publications, 2008.

Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente; 2004.

Wünsch-Filho V. Fatores dietéticos e câncer oral: estudo caso-controle na região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3. p. 553-564. Mar. 2007.

Wünsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncology*. 2002; v. 38, n. 8. p. 737-746. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1368837502000660>. Acesso em: set. de 2009.

8- ANEXOS

CARTA DE APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DO HMMG



O Comitê de Ética em Pesquisa deste hospital, que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CNS/MS sob o registro 25000.061914/2005-91 analisou:

Projeto nº CEP: 009/09

Título: AVALIAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A IMPLANTAÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADOS PROGRESSIVOS A PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA

Pesquisadores Responsáveis / Orientadores: Sílvia Maria Santiago
Pesquisadores Executantes: Caroline Evelyn Sommerfeld
Instituição de Origem: Hospital Municipal "Dr. Mário Gatti".
Instituição de Pesquisa: Hospital Municipal "Dr. Mário Gatti".
Classificação Temática: grupo III; Área de conhecimento: Medicina.

Este trabalho foi avaliado pelos relatores do CEP e discutido em plenária no dia..., tendo sido reavaliado após correções em ... e considerado APROVADO, conforme parecer consubstanciado em anexo, seguindo as diretrizes e normas nacionais e internacionais, especialmente as resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto de pesquisa poderá ser iniciado a partir deste momento. Toda e qualquer alteração ou qualquer evento adverso verificado em decorrência de seu desenvolvimento deverão ser documentados e enviados imediatamente ao CEP-HMMG.

O pesquisador se compromete ainda a encaminhar a este CEP os relatórios de acompanhamento da implantação deste projeto, sendo o primeiro deles dentro de seis meses a partir desta data. 09/07/2009

Dra. Lenita Nogueira Martins
Presidente do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEP - H.M.M.G.

Presidente do CEP-HMMG

Ciência do pesquisador:

Declaro que recebi este documento em _____ e me comprometo a cumprir as determinações contidas nas normas de ética em pesquisa, bem como a apresentar de relatórios periódicos de acompanhamento deste projeto.

Pesquisador / data

Av. Prefeito Faria Lima, 340
Parque Itália, Campinas, SP
(19) 3772-5894 (19) 3772-5745
hmmg.cep@campinas.sp.gov.br
www.hmmg.sp.gov.br

PROGRAMAÇÃO DAS REUNIÕES PARA DISCUSSÃO SOBRE O PROBLEMA DO CÂNCER DE BOCA NA REGIÃO

Evento: 1º. Simpósio de Câncer de Boca da Região de Campinas - DRS VII.

Data: 06 de abril de 2009.

Programação:

09h - Princípios e conceitos do SUS (Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite - Sec. Estadual de Saúde);

10h - Programa Brasil Sorridente (Gilberto Alfredo Pucca Júnior - Coordenação Nacional de Saúde Bucal);

11h - Projeto OncoRede e PAIM-Boca (apresentação com os coordenadores dos programas);

→ Somente Região de Saúde Oeste (1ª. região de implantação do PAIM-Boca);

12h - Intervalo (almoço);

14h - Redes de Cuidados: conceitos e utilização de redes para gestão do cuidado (Silvia Maria Santiago e Maria da Graça Garcia Andrade - Projeto OncoRede);

16h - Formação de equipes de gestão do cuidado a pacientes com câncer de boca (coordenadores do Projeto OncoRede e do PAIM-Boca);

17h - Encerramento.

Evento: Reuniões Municipais (realizadas com secretários de saúde, coordenadores de saúde bucal e demais interessados em aprimorar as condições de atendimento a pacientes com câncer de boca).

Data: abril e maio de 2009.

Programação:

1º) situação do cuidado a pacientes com câncer de boca nos municípios e sugestões estratégias de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de boca;

2º) apresentação do programa PAIM-Boca;

3º) apresentação da proposta de Educação Permanente;

4º) organização e desenvolvimento das ações;

5º) contrapartida dos municípios;

6º) sugestão para formação das equipes de gestão do cuidado (2 dentistas, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 psicólogo, 1 fonoaudiólogo, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista e 1 assistente social).

Evento: 2º. Simpósio de Câncer de Boca da Região de Campinas - DRS VII.

Data: 15 de abril de 2010.

Programação:

13:30h - Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca: Avanços e desafios: (Eder Magno Oliveira - Coordenador do PAIM-Boca);

14:30h - Política Nacional de Saúde Bucal e o Câncer de Boca (Gilberto Alfredo Pucca Júnior - Coordenação Nacional de Saúde Bucal);

15:30h - Intervalo (coffee break);

16:00h - Mesa Redonda: Integralidade do cuidado em oncologia (representantes da atenção primária, secundário e terciária em saúde);

17:00h - Debate: Ações e estratégias para o enfrentamento do câncer de boca na Região de Campinas (representantes do Ministério da Saúde, Departamento Regional de Saúde, Gestores Municipais e Projeto OncoRede);

18:00h - Encerramento.

Evento: Debate sobre Atenção odontológica ao paciente com câncer.

Data: 17 de novembro de 2009.

Programação:

17:30h - Recepção dos convidados (com coffee break);

18:00h - Atendimento odontológico ao paciente com câncer (Mark M. Schubert);

18:45h - O trabalho do PAIM-Boca (Eder Magno Ferreira de Oliveira);

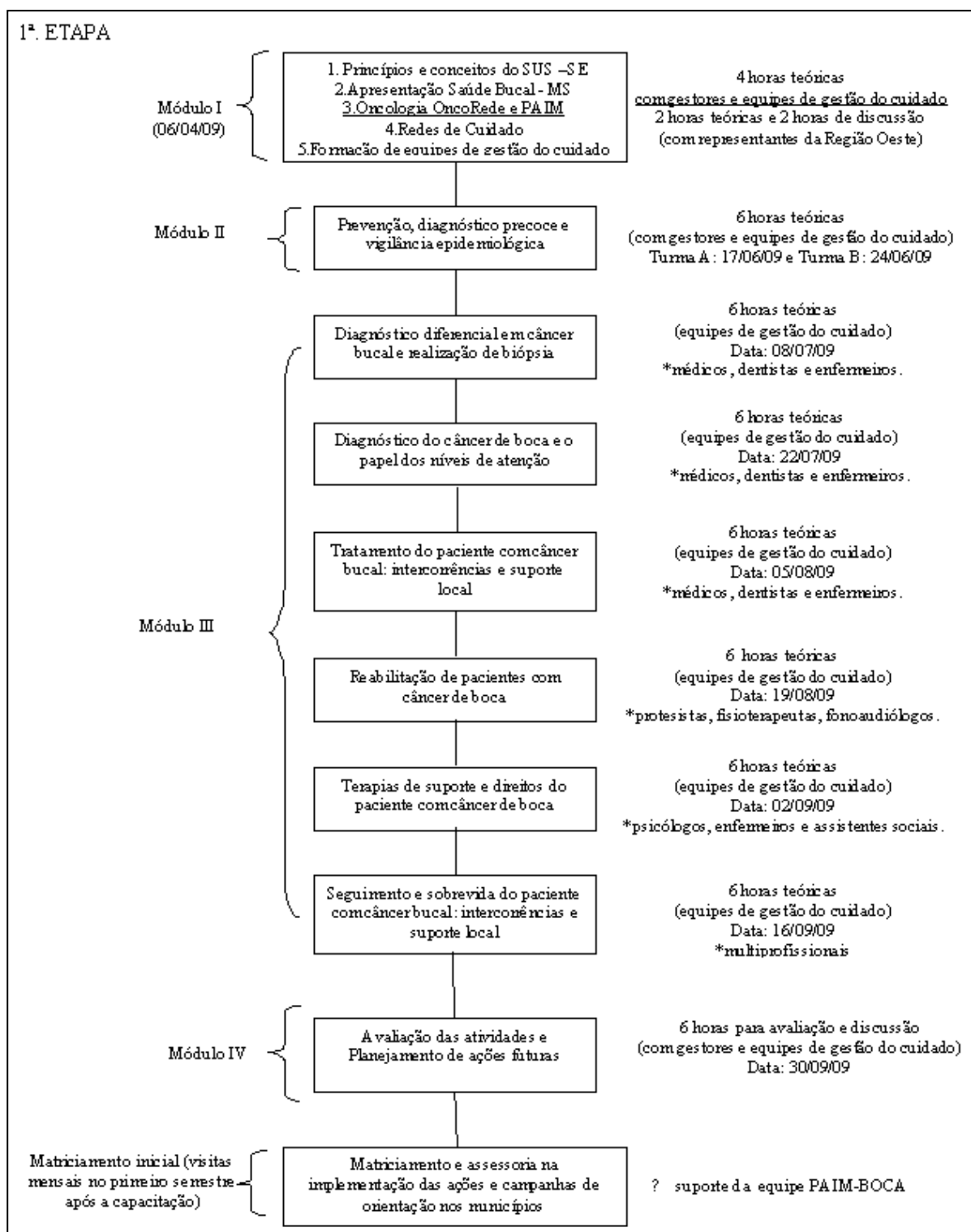
19:15h - Debate (mesa: profissionais convidados e platéia);

20:00h - encerramento das atividades.

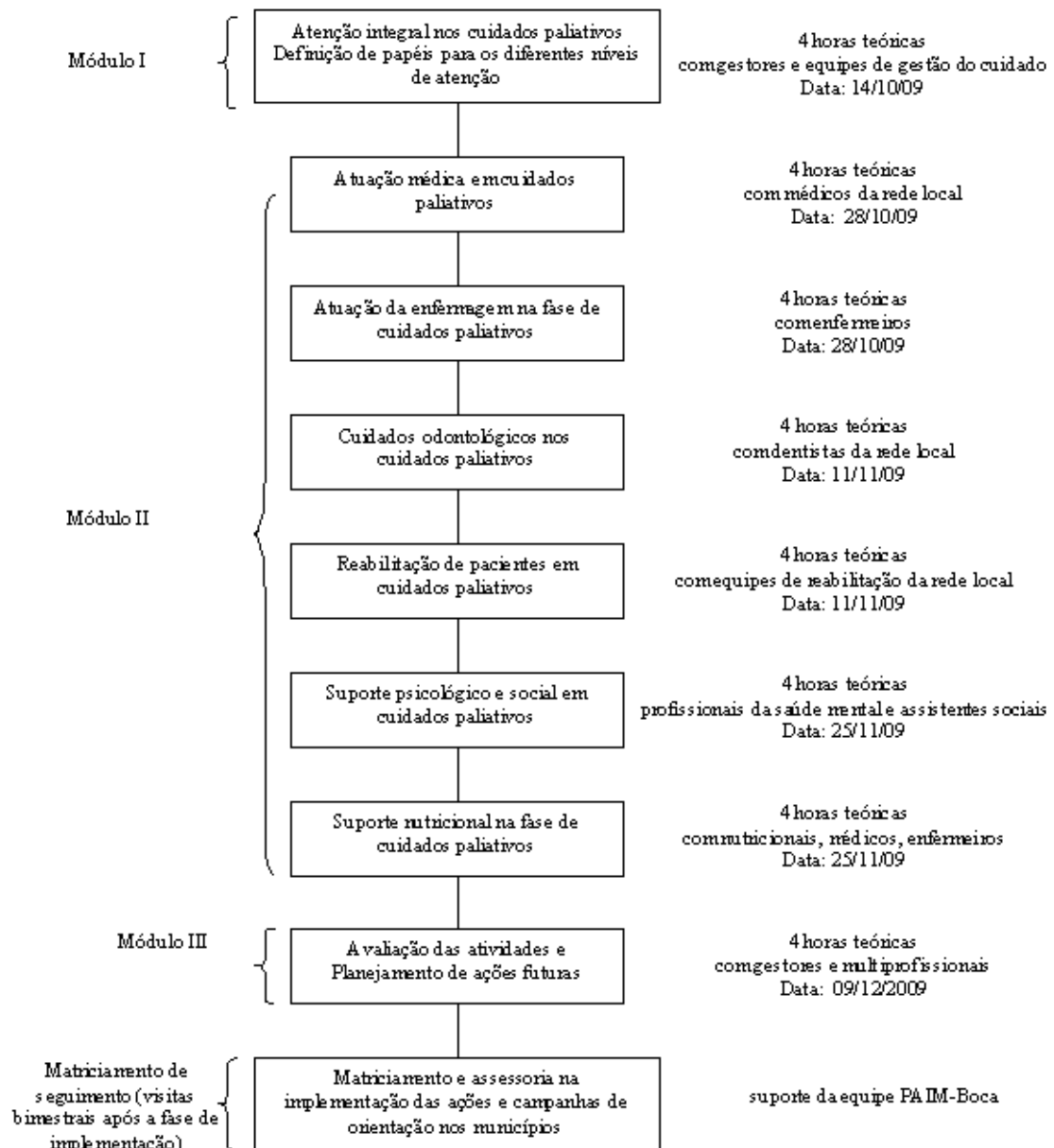
**COMPOSIÇÃO INICIAL DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE
REFERÊNCIA CONSTITUÍDAS NOS MUNICÍPIOS DE
IMPLANTAÇÃO DO PAIM-BOCA**

MUNICÍPIO	EQUIPE CONSTITUÍDA
Americana	02 dentistas, 01 assistente social, 01 enfermeira, 01 psicóloga e 01 fonoaudióloga.
Artur Nogueira	02 dentistas, 01 enfermeira, 01 médica, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga, 01 psicóloga, 01 assistente social.
Cosmópolis	01 dentista, 01 enfermeira, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga, 01 terapeuta ocupacional e 01 técnica de saúde bucal.
Jaguariúna	02 dentistas, 01 médica, 01 enfermeiro, 01 nutricionista, 01 psicóloga, 01 fonoaudióloga e 01 fisioterapeuta.
Nova Odessa	01 dentista, 01 enfermeira, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga, 01 nutricionista e 01 psicóloga.
Santa Bárbara d'Oeste	02 dentistas, 01 enfermeira, 01 assistente social, 01 fonoaudióloga, 01 nutricionista e 01 psicóloga.
Santo Antônio de Posse	02 dentistas, 01 médico, 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga e 01 terapeuta ocupacional.
Sumaré	02 dentistas, 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta.

PROGRAMAÇÃO DAS OFICINAS DE APRIMORAMENTO DESENVOLVIDAS COM OS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES MUNICIPAIS DE REFERÊNCIA



2ª. ETAPA



Total de 88 horas/aula e 48 horas de matriciamento para cada município.

*Sugere-se que as capacitações sejam realizadas com grupos de até 45 profissionais.

**QUADRO SÍNTESE DAS VISITAS DE APOIO MATRICIAL REALIZADAS NOS
MUNICÍPIOS DE IMPLANTAÇÃO DO PAIM-BOCA**

Americana (4 visitas de apoio matricial)
Artur Nogueira (4 visitas de apoio matricial)
Cosmópolis (3 visitas de apoio matricial)
Jaguariúna (4 visitas de apoio matricial)
Nova Odessa (6 visitas de apoio matricial)
Sta. Bárbara d'Oeste (3 visitas de apoio matricial)
Sto. Antônio de Posse (6 visitas de apoio matricial)
Sumaré (4 visitas de apoio matricial)

SÍNTESE DAS ATIVIDADES DE SENSIBILIZAÇÃO REALIZADAS E DE INTERESSE DOS MUNICÍPIOS DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO PAIM-BOCA

<p align="center">Americana</p>	<p>- atividades realizadas (fevereiro de 2010): apresentação da equipe de gestão do cuidado do município; sensibilização para a suspeição e diagnóstico precoce do câncer de boca (dentistas, enfermeiros e médicos da rede); promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca (TSB e ASB).</p> <p>- atividades de interesse: reabilitação e terapias de suporte no cuidado a pacientes com câncer de boca; outras (buscando envolver os profissionais da rede, além de alunos da FAM/saúde).</p>
<p align="center">Artur Nogueira</p>	<p>- atividades realizadas (maio de 2010): palestra de gestão do cuidado em rede; integralidade do cuidado em oncologia e a proposta do PAIM-Boca (profissionais da rede).</p> <p>- atividades de interesse: apresentação da equipe de gestão do cuidado do município para a rede; sensibilização para a suspeição e diagnóstico precoce do câncer de boca; orientação sobre o papel da reabilitação e terapias de suporte no cuidado a pacientes com câncer de boca; outras (sempre com profissionais da rede).</p>
<p align="center">Cosmópolis</p>	<p>- atividades realizadas (março de 2010): apresentação da equipe de gestão do cuidado do município; sensibilização para a suspeição e diagnóstico precoce do câncer de boca (dentistas, enfermeiros e médicos da rede); promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca (TSB e ASB).</p> <p>- atividades de interesse: reabilitação e terapias de suporte no cuidado a pacientes com câncer de boca (profissionais da rede); outras.</p>
<p align="center">Jaguariúna</p>	<p>- atividades realizadas (maio de 2010): palestra de sensibilização da gestão do cuidado em rede; integralidade do cuidado em oncologia e a proposta do PAIM-Boca; cuidados paliativos em oncologia e casos de câncer de boca (participação da equipe de gestão do cuidado e alunos de cursos da FAJ/saúde).</p> <p>- atividades de interesse: sensibilização para a suspeição e diagnóstico precoce do câncer de boca; orientação sobre o papel da reabilitação e terapias de suporte no cuidado a pacientes com câncer de boca; outras (sempre com profissionais da rede e estudantes de cursos saúde da FAJ).</p>

<p>Nova Odessa</p>	<p>- atividades realizadas (março de 2010): apresentação da equipe de gestão do cuidado do município; sensibilização para a suspeição e diagnóstico precoce do câncer de boca (dentistas, enfermeiros e médicos da rede); promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca (TSB, ASB e recepcionistas).</p> <p>- atividades de interesse: reabilitação e terapias de suporte no cuidado a pacientes com câncer de boca; outras.</p>
<p>Sta. Bárbara d'Oeste</p>	<p>- atividades realizadas: nenhuma</p> <p>- atividades de interesse: sensibilização para a suspeição e diagnóstico precoce do câncer de boca (dentistas, enfermeiros e médicos da rede); promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca (TSB e ASB).</p>
<p>Sto. Antônio de Posse</p>	<p>- atividades realizadas (janeiro de 2010): apresentação da equipe de gestão do cuidado do município; sensibilização para a suspeição e diagnóstico precoce do câncer de boca (dentistas, enfermeiros e médicos da rede); promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca (TSB e ASB).</p> <p>- atividades de interesse: reabilitação e terapias de suporte no cuidado a pacientes com câncer de boca; outras.</p>
<p>Sumaré</p>	<p>- atividades realizadas (junho de 2010): apresentação da equipe de gestão do cuidado do município; sensibilização para a suspeição e diagnóstico precoce do câncer de boca (dentistas, enfermeiros e médicos da rede); promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca (TSB e ASB).</p> <p>- atividades de interesse: papel da saúde mental no cuidado a pacientes com câncer de boca; outras.</p>

9- APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ESTUDO

I - Dados de identificação do sujeito da pesquisa:

1- Nome do profissional:

Área de atuação:

II- Dados sobre a pesquisa científica

1- Título do protocolo de pesquisa: **ACESSO À ATENÇÃO INTEGRAL EM ONCOLOGIA E O TRABALHO EM REDE: uma análise a partir do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca)**

2- Pesquisador: **CAROLINE EVELYN SOMMERFELD**

Orientador: **SILVIA MARIA SANTIAGO**

III- Registro das informações fornecidas pelo pesquisador ao participante:

Prezado (a) Sr.(a), você está sendo convidado (a) a responder algumas perguntas, para uma pesquisa sobre acesso em saúde como parte de uma tese de doutorado acadêmico. A pesquisa será realizada através da aplicação piloto de uma proposta para o enfrentamento da situação do câncer de boca.

O câncer bucal como é um problema de saúde pública, com alto índice de morbi-mortalidade. No estado de São Paulo esse tipo de câncer é o quinto mais prevalente, apresentando em nossa região um cenário de diagnósticos tardios, reduzindo a possibilidade de cura e comprometendo a qualidade de vida dos pacientes e familiares, além reverte-se em alto custo econômico e social para o Estado e para a família, devido à dificuldade de reintegração do indivíduo mutilado na sociedade.

Diante desse cenário a presente pesquisa tem como objetivo principal avaliar os resultados de ações de Educação Permanente para implantação de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca que visa favorecer a situação do cuidado a pacientes com câncer de boca na região de Campinas.

A pesquisa foi submetida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e não coloca em risco a vida dos participantes voluntários.

As informações serão coletadas antes do desenvolvimento das ações de Educação Permanente, com gestores de saúde, profissionais de saúde e pacientes dos municípios de Americana; Artur Nogueira; Cosmópolis; Jaguariúna; Nova Odessa; Sta. Bárbara d'Oeste; Sto. Antônio de Posse; Sumaré, para estabelecer um diagnóstico situacional. Após dois anos de desenvolvimento das ações os indicadores serão reavaliados para constatação dos desdobramentos

das ações de Educação Permanente. Durante o desenvolvimento das ações serão realizadas avaliações intermediárias para acompanhamento e adequação das ações as necessidades dos participantes.

As ações serão desenvolvidas através de negociação com os gestores locais e profissionais de saúde que atuam na área de saúde bucal e oncologia. A partir da identificação das necessidades apontadas pelos participantes será organizado, de forma conjunta, um fluxo para atendimento dos pacientes da região, realizados cursos de capacitação, discussões de casos clínicos, assim como matriciamento e assessoria aos serviços de atendimento à pacientes com câncer bucal da região envolvida no estudo.

As ações serão desenvolvidas na Região Oeste de saúde do 7º. Departamento Regional de Saúde de Campinas, como projeto piloto para posterior avaliação, adequação e ampliação para as demais regiões.

Os pesquisadores garantem aos participantes qualquer esclarecimento acerca do estudo e todas as ações a serem desenvolvidas serão previamente negociadas com os participantes, com o intuito de promover benefícios e evitar qualquer transtorno aos mesmos e a comunidade atendida pela região de saúde.

O participante poderá retirar este consentimento e deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem prejuízo pessoal ou profissional. Além disso, será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações, zelando pela privacidade do participante e garantido seu anonimato nas conclusões ou publicações. Também, não terá qualquer gasto ou despesa ao participar da pesquisa.

Este documento será elaborado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o sujeito.

Contato: Caroline Evelyn Sommerfeld (pesquisadora): 19-9117-4633

Silvia Maria Santiago (orientadora): 19-3521-9248

Comitê de Ética em Pesquisa (Hospital Mário Gatti): 19-3772-5745

IV- Consentimento pós-esclarecido

Declaro ter entendido as informações sobre o estudo que me foram dadas pelo pesquisador e consinto em participar do presente protocolo de pesquisa

Data:

Assinatura do profissional

Assinatura do pesquisador e nº de registro profissional

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS COM OS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA CONSTITUÍDAS NOS MUNICÍPIOS

1. Quais ações voltadas ao problema do câncer o município realiza? A quem são dirigidas as ações? E ao problema do câncer de boca?
2. A rede local está preparada para diagnosticar e assistir pacientes com câncer de boca?
3. Como é a relação entre a rede local e o(s) serviço(s) especializado(s) no tratamento do câncer de boca? Quem ou quais são os profissionais de referência nesse(s) serviço(s)?
4. Como os serviços especializados poderiam ajudar mais as redes locais de saúde?
5. Há necessidade de melhorar as condições de diagnóstico e assistência ao paciente com câncer de boca no município? Qual ou quais pontos podem melhorar (os desejos dos profissionais de saúde da rede local em relação ao problema do câncer de boca)?
6. As capacitações oferecidas pelo PAIM-Boca contribuíram para o adequado manejo com os pacientes com câncer de boca? Se não, por quê? Alguma sugestão?
7. O que vocês desejam para o futuro na atenção ao problema do câncer de boca?

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE REFERÊNCIA CONSTITUÍDA NO HOSPITAL

1. Há quanto tempo trabalho com o cuidado a pacientes com câncer?
2. Como ingressou na equipe multiprofissional constituída no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti para realizar atendimento a pacientes com câncer bucal?
3. Quais ações voltadas ao problema do câncer de boca que você e a equipe desenvolvem? A quem são dirigidas as ações?
4. Você acredita que o serviço poderia desenvolver outras ações? Quais?
5. Como é a relação entre o serviço e as redes locais de saúde?
6. O que os municípios fazem atualmente com relação ao (problema do) câncer de boca?
7. O que você desejaria que os municípios de procedência dos pacientes em tratamento no serviço fizessem para que a atenção fosse mais eficaz?
8. O que você deseja para o futuro na atenção ao problema do câncer bucal?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE NO ESTUDO

I- Dados de identificação do sujeito da pesquisa:

1- Nome do gestor:

Local de atuação:

II- Dados sobre a pesquisa científica

1- Título do protocolo de pesquisa: **ACESSO À ATENÇÃO INTEGRAL EM ONCOLOGIA E O TRABALHO EM REDE: uma análise a partir do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca)**

2- Pesquisador: **CAROLINE EVELYN SOMMERFELD**

Orientador: **SILVIA MARIA SANTIAGO**

III- Registro das informações fornecidas pelo pesquisador ao participante:

Prezado (a) Sr.(a), você está sendo convidado (a) a responder algumas perguntas, para uma pesquisa sobre acesso em saúde como parte de uma tese de doutorado acadêmico. A pesquisa será realizada através da aplicação piloto de uma proposta para o enfrentamento da situação do câncer de boca.

O câncer bucal como é um problema de saúde pública, com alto índice de morbi-mortalidade. No estado de São Paulo esse tipo de câncer é o quinto mais prevalente, apresentando em nossa região um cenário de diagnósticos tardios, reduzindo a possibilidade de cura e comprometendo a qualidade de vida dos pacientes e familiares, além reverte-se em alto custo econômico e social para o Estado e para a família, devido à dificuldade de reintegração do indivíduo mutilado na sociedade.

Diante desse cenário a presente pesquisa tem como objetivo principal avaliar os resultados de ações de Educação Permanente para implantação de uma rede de atenção integral a pacientes com câncer de boca que visa favorecer a situação do cuidado a pacientes com câncer de boca na região de Campinas.

A pesquisa foi submetida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e não coloca em risco a vida dos participantes voluntários.

As informações serão coletadas antes do desenvolvimento das ações de Educação Permanente, com gestores de saúde, profissionais de saúde e pacientes dos municípios de Americana; Artur Nogueira; Cosmópolis; Jaguariúna; Nova Odessa; Sta. Bárbara d'Oeste; Sto. Antônio de Posse; Sumaré, para estabelecer um diagnóstico situacional. Após dois anos de desenvolvimento das ações os indicadores serão reavaliados para constatação dos desdobramentos

das ações de Educação Permanente. Durante o desenvolvimento das ações serão realizadas avaliações intermediárias para acompanhamento e adequação das ações as necessidades dos participantes.

As ações serão desenvolvidas através de negociação com os gestores locais e profissionais de saúde que atuam na área de saúde bucal e oncologia. A partir da identificação das necessidades apontadas pelos participantes será organizado, de forma conjunta, um fluxo para atendimento dos pacientes da região, realizados cursos de capacitação, discussões de casos clínicos, assim como matriciamento e acessória aos serviços de atendimento à pacientes com câncer bucal da região envolvida no estudo.

As ações serão desenvolvidas na Região Oeste de saúde do 7º. Departamento Regional de Saúde de Campinas, como projeto piloto para posterior avaliação, adequação e ampliação para as demais regiões.

Os pesquisadores garantem aos participantes qualquer esclarecimento acerca do estudo e todas as ações a serem desenvolvidas serão previamente negociadas com os participantes, com o intuito de promover benefícios e evitar qualquer transtorno aos mesmos e a comunidade atendida pela região de saúde.

O participante poderá retirar este consentimento e deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem prejuízo pessoal ou profissional. Além disso, será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações, zelando pela privacidade do participante e garantido seu anonimato nas conclusões ou publicações.

Este documento será elaborado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o sujeito.

Contato: Caroline Evelyn Sommerfeld (pesquisadora): 19-9117-4633

Silvia Maria Santiago (orientadora): 19-3521-9248

Comitê de Ética em Pesquisa (Hospital Mário Gatti): 19-3772-5745

IV- Consentimento pós-esclarecido

Declaro ter entendido as informações sobre o estudo que me foram dadas pelo pesquisador e consinto em participar do presente protocolo de pesquisa

Data:

Assinatura do gestor

Assinatura do pesquisador e nº de registro profissional

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA APLICADA AOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE BUCAL

1. Você acredita que os profissionais de saúde estão capacitados para realização do exame da boca?
2. Qual o número anual de ações realizadas no município? Quais são as ações?
3. Quais as campanhas e ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer bucal o município realiza?
4. Qual o público alvo das ações de promoção e prevenção?
5. Qual(is) é(são) o(s) profissional(is) responsável(is) pela suspeição da lesão de boca?
6. No município existe equipe multiprofissional para atendimento dos pacientes com câncer de boca? Quais profissionais integram a equipe?
7. Para onde são encaminhados os pedidos de biópsias?
8. Qual a distribuição do estadiamento das lesões ao diagnóstico de câncer (ver antes e após implantação do Programa)?
9. Qual o tempo médio decorrido entre a suspeição e a confirmação diagnóstica dos casos (ver antes e após implantação do Programa)?
10. Qual o tempo médio decorrido entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento (ver antes e após implantação do Programa)?
11. Como é o acesso dos pacientes ao tratamento (ver antes e após implantação do Programa)?
12. Quais as necessidades e dificuldades do município para o cuidado de pessoas com câncer de boca?
13. Como é a relação do município com o(s) centro(s) especializado(s) de referência para atendimento dos pacientes com câncer de boca? Por quê?
14. Existe um ou mais profissionais de referência no(s) serviço(s) especializado(s) para encaminhamento e/ou discussão dos casos? Se sim, quem?
15. A Regional de Saúde do Estado (DRS VII) faz a regulação/intermediação desse encaminhamento ao(s) serviço(s) especializado(s)? Como você avalia essa regulação/intermediação?
16. Como avalia a experiência desenvolvida através da implantação do PAIM-Boca?

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA APLICADA AO GESTOR REGIONAL DE

SAÚDE BUCAL

- 1.** Você acredita que os profissionais de saúde estão capacitados para realização do exame da boca?
- 2.** Quais as campanhas e ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer bucal a regional de saúde realiza e/ou apóia?
- 3.** Qual o público alvo dessas ações?
- 4.** Qual(is) é(são) o(s) profissional(is) responsável(is) pela suspeição da lesão de boca?
- 5.** Para onde são encaminhados os pedidos de biópsias dos municípios da região?
- 6.** Qual a distribuição do estadiamento das lesões ao diagnóstico de câncer (ver antes e após implantação do Programa)?
- 7.** Qual o tempo médio decorrido entre a suspeição e a confirmação diagnóstica dos casos (ver antes e após implantação do Programa)?
- 8.** Qual o tempo médio decorrido entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento (ver antes e após implantação do Programa)?
- 9.** Onde e como é o acesso dos pacientes ao tratamento?
- 10.** Quais as necessidades e dificuldades da região para o cuidado de pessoas com câncer de boca?
- 11.** Como é a relação da regional de saúde com os serviços municipais de saúde e os serviços especializados de referência para atendimento dos pacientes com câncer de boca? Por quê?
- 12.** A Regional de Saúde do Estado (DRS VII) faz a regulação/intermediação entre os serviços municipais de saúde e os serviços especializados? Como você avalia essa regulação/intermediação?
- 13.** Como avalia a experiência desenvolvida através da implantação do PAIM-Boca na região?

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA APLICADA AO GESTOR FEDERAL DE SAÚDE BUCAL

1. Você acredita que os profissionais de saúde estão capacitados para realização do exame da boca?
2. Como você avalia a condição de acesso da população as ações de promoção da saúde bucal e prevenção do câncer de boca?
3. E como avalia o acesso ao diagnóstico e tratamento de lesões bucais malignas?
3. Você acredita que a condição de acesso da população ao cuidado relacionado ao problema do câncer bucal poderia melhorar? Como?
4. Como você avalia a possibilidade de organização do trabalho em rede para enfrentamento do problema do câncer bucal?
5. Como avalia a experiência desenvolvida através da implantação do PAIM-Boca na região de Campinas?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DOS PACIENTES NO ESTUDO

I- Dados de identificação do sujeito da pesquisa:

1- Nome do paciente:

Município:

II- Dados sobre a pesquisa científica

1- Título do protocolo de pesquisa: **ACESSO À ATENÇÃO INTEGRAL EM ONCOLOGIA E O TRABALHO EM REDE: uma análise a partir do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca)**

2- Pesquisador: **CAROLINE EVELYN SOMMERFELD**

Orientador: **SILVIA MARIA SANTIAGO**

III- Registro das informações fornecidas pelo pesquisador ao participante:

Prezado (a) Sr.(a), você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que está sendo realizada no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti que tem como objetivo avaliar os resultados de ações de saúde desenvolvidas na região que visam favorecer o acesso da população aos cuidados referentes ao problema do câncer bucal.

O estudo foi submetido aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital que considerou que a pesquisa não coloca em risco a vida dos participantes voluntários.

As informações serão coletadas através da aplicação de questionários com pacientes procedentes dos municípios de: Americana; Artur Nogueira; Cosmópolis; Jaguariúna; Nova Odessa; Sta. Bárbara d'Oeste; Sto. Antônio de Posse; Sumaré.

A pesquisa está sendo desenvolvida na Região Oeste de saúde do 7º. Departamento Regional de Saúde de Campinas, como projeto piloto para posterior avaliação, adequação e ampliação para as demais regiões.

Os pesquisadores garantem aos participantes qualquer esclarecimento sobre a pesquisa e todas as ações a serem desenvolvidas serão previamente negociadas com os participantes, com o intuito de promover benefícios e evitar qualquer transtorno aos mesmos e aos serviços de atendimento.

O participante poderá retirar este consentimento e deixar de participar da pesquisa qualquer tempo, sem nenhum prejuízo pessoal. Além disso, será

mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações, zelando pela privacidade do participante e garantido seu anonimato nas conclusões ou publicações.

O participante não terá qualquer gasto ou despesa ao participar do estudo.

Este documento será elaborado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o sujeito.

Contato: Caroline Evelyn Sommerfeld (pesquisadora): 19-9117-4633

Silvia Maria Santiago (orientadora): 19-3521-9248

Comitê de Ética em Pesquisa (Hospital Mário Gatti): 19-3772-5745

IV- Consentimento pós-esclarecido

Declaro ter entendido as informações sobre o estudo que me foram dadas pelo pesquisador e consinto em participar do presente protocolo de pesquisa

Data:

Assinatura do paciente ou responsável legal

Assinatura do pesquisador e nº de registro profissional

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA APLICADA A PACIENTES

Data: ___/___/_____ Município: _____

Informações pessoais de identificação:

- 1) Nome completo: _____
- 2) Nome da mãe: _____
- 3) Data de nascimento: ___/___/_____ 4) Sexo: M F

Informações clínicas:

- 4) Fez ou faz tratamento no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti?
- 5) Fez tratamento para qual problema de saúde?

Condições de diagnóstico e tratamentos realizados:

- 6) Já participou de ação, ou recebeu orientação sobre saúde bucal? Se sim, qual(is)? O que achou?
- 7) Quando e por que suspeitou do problema (ex: lesão que não cicatrizou, caroço palpável, dor local, dificuldade para mastigar, deglutir e/ou respirar, outros)?
- 8) Quem suspeitou do problema (o próprio paciente ou outra pessoa)?
- 9) Em qual serviço realizou a biópsia?
- 10) Quando e quem informou o diagnóstico?
- 11) Você sabe como estava a doença (TNM)?
- 12) Como você se sentiu?
- 13) Quando e onde iniciou o tratamento?
- 14) Quais tratamentos realizou (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, outros)?
- 15) Faz acompanhamento no município? Se sim, onde?
- 17) Tem algum(s) profissional(is) de referência? Se sim, quem?
- 18) O que achou do atendimento recebido no Hospital? Por quê?
- 19) O que achou do atendimento recebido no município? Por quê?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DISPENSA DE PRONTUÁRIO HOSPITALAR DE PACIENTE

I- Dados de identificação do serviço da pesquisa:

1- Serviço de Arquivo:

Profissional responsável:

II- Dados sobre a pesquisa científica

1- Título do protocolo de pesquisa: ACESSO À ATENÇÃO INTEGRAL EM ONCOLOGIA E O TRABALHO EM REDE: uma análise a partir do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca).

2- Pesquisador: **CAROLINE EVELYN SOMMERFELD**

Orientador: **SILVIA MARIA SANTIAGO**

III- Registro das informações fornecidas pelo pesquisador ao serviço

Está sendo solicitado acesso ao prontuário hospital do paciente _____ RG: _____, para uso em uma pesquisa sobre Educação Permanente em saúde como parte de uma tese de doutorado acadêmico.

A pesquisa foi submetida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti que autorizou aos pesquisadores a realização de consulta aos prontuários dos pacientes envolvidos na pesquisa.

Os pesquisadores garantem qualquer esclarecimento acerca da pesquisa, com o intuito de evitar qualquer transtorno ao serviço e aos pacientes.

O serviço poderá retirar este consentimento e deixar de colaborar com a pesquisa a qualquer tempo. Além disso, os pesquisadores garantem que será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações, zelando pela privacidade dos pacientes e garantido seu anonimato nas conclusões ou publicações.

Este documento será elaborado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o sujeito.

Contato: Caroline Evelyn Sommerfeld (pesquisadora): 19-9117-4633

Silvia Maria Santiago (orientadora): 19-3521-9248

Comitê de Ética em Pesquisa (Hospital Mário Gatti): 19-3772-5745

IV- Consentimento pós-esclarecido

Declaro ter entendido as informações sobre o estudo que me foram dadas pelo pesquisador e consinto em participar do presente protocolo de pesquisa

Data:

Assinatura do responsável pelo serviço

Assinatura do pesquisador e nº de registro profissional