

# Rede de atenção integral em oncologia: a comunicação como elemento essencial de conexão

*Comprehensive oncology care network: communication as an  
essential element umfor the connection*

**Caroline Evelyn Sommerfeld-Ostetto**

**Silvia Maria Santiago**

**Fabiana da Mota Almeida Peroni**

**Maria da Graça Garcia Andrade**

**Resumo:** O presente estudo tem como objetivo analisar o processo de constituição de uma rede de atenção em oncologia e o papel da comunicação nesse processo, na perspectiva da integralidade do cuidado. O estudo foi desenvolvido através da avaliação por triangulação de métodos, com análise de dados quanti-qualitativos, do processo de implantação e implementação do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca) em municípios da macrorregião de Campinas/SP. Foram convidados a participar do estudo os profissionais da equipe do serviço hospitalar de referência, os profissionais das equipes constituídas nos municípios e os coordenadores de saúde bucal envolvidos no processo de implantação do 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 de análise documental. A partir da implantação do PAIM-Boca foram constituídas equipes multiprofissionais de referência em oito municípios da região que se responsabilizavam pelo acompanhamento dos casos em suas linhas de cuidado, desenvolvendo ações de sensibilização, capacitação, apoio matricial e pactuação de novos fluxos de referência. 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 organização do trabalho articulado em rede e alcance da integralidade do cuidado.

**Palavras-chave:** redes de saúde; atenção integral; comunicação; câncer.

**Abstract:** The present study analyzes the process of constituting an oncology care network and the communication involved in this process, from the perspective of comprehensive care. The study was developed through the evaluation by triangulation of methods, with analysis of quantitative and qualitative data, of the process of implantation and implementation of the Comprehensive and Multiprofessional Care Program for patients with oral cancer (PAIM-Boca) in the health region of Campinas/SP-Brazil. The professionals from the hospital service team, the professionals from the teams set up in the cities and the oral health coordinators involved in the implementation of the Program participated in the study. The analysis was based on information described in the researcher's observational report, the realization of focus groups, the application of semi-directed interviews and documentary analysis. After the implementation of PAIM-Boca, multidisciplinary reference teams were created in the eight cities that were responsible for monitoring cases in their lines of care, awareness-raising, training, matrix support and new referral flows were developed. The actions proved to be potent in the perspective of expanding the capacity for suspicion of the disease in the cities, promoting access to early diagnosis and treatment, but the active communication between hospital professionals and professionals from the cities presented itself as a difficulty imposed on the system for organizing articulated work in a network and achieving comprehensive care.

**Keywords:** care network; comprehensive health care; communication; cancer.

## INTRODUÇÃO

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. Na maioria dos países, o câncer representa uma das principais causas de morte abaixo de 70 anos de idade e atualmente é a segunda principal causa de morte em todo o mundo, sendo responsável por uma em cada seis mortes (OMS, 2020; INCA, 2020). Dados do Observatório Global de Câncer estimam a ocorrência de cerca de 18,1 milhões novos casos de câncer e 9,6 milhões de mortes decorrentes da doença, somente no ano de 2018 (BRAY et al. 2018).

O câncer apresenta maior letalidade em países de baixa e média renda, que concentram 70% das mortes pela doença (OMS, 2020). No Brasil o cenário da atenção oncológica apresenta enormes desafios para a transformação das práticas na atenção à saúde, em direção aos princípios norteadores do sistema

de saúde, dentre os quais destaca-se a dificuldade do sistema em identificar e atender adequadamente as necessidades dos usuários, de modo a garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção (MENDES, 2011; TCU, 2011).

Mesmo com a proposição de políticas públicas voltadas para melhorias do sistema de saúde e de controle do câncer que reforçam os direitos dos usuários, o modelo de atenção que ainda persiste no Brasil é centrado no atendimento médico, estruturado em ações e serviços dimensionados a partir da oferta, organizado de forma hierarquizada e centralizada (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012; BRASIL, 2018a). 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 do território, a gestão do cuidado apresenta-se potencialmente possível de ser organizada de forma a oferecer atenção integral e humanizada.

O desenvolvimento de estratégias para o controle do câncer depende da abordagem a problemas que afetam desde os mecanismos de formulação das políticas até a mobilização social, a organização e o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, incluindo 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 para controle da doença à população.

Há muito tempo o termo rede tem sido um instigante objeto de estudo de várias áreas do conhecimento, da biologia (MCCULLOCH E PITTS, 1943; HELB, 1949; ASHBY, 1952; MINSKY, 1954; VON NEWMANN, 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).

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. No campo da saúde, a primeira descrição de gestão do cuidado organizada em rede foi apresentada no Relatório Dawson, publicado em 1920 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 (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Conforme descrito no Relatório Dawson, seu objetivo só pode ser alcançado através da organização baseada na coordenação entre ações preventivas e curativas. O relatório ainda ressalta que as condições locais e a forma como a população ocupa o território devem sempre ser consideradas. Sem uma proposta final o Relatório foi engavetado e somente durante a Segunda Guerra Mundial, no âmbito da discussão de uma nova política de proteção social, apresentada no Relatório Beveridge em 1942, as indicações do Relatório Dawson voltariam a servir de base para organização do novo sistema de saúde inglês, 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; CHORNY, 2010).

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, 2001), mas foi a partir de 2006, com o Pacto pela Saúde (2006), que tal proposição teve maior repercussão.

Na tentativa de superar a fragmentação da atenção e da gestão e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do sistema de saúde brasileiro, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência, a Portaria nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização e estruturação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010). Porém, a superação dos desafios e o avanço na qualificação da atenção e alcance da integralidade, ainda requer mudanças reais através de projetos solidários, construídos a partir de ações comunicativas e coordenadas entre gestores, profissionais e usuários, além da mudança cultural nas diferentes esferas de gestão, nos diferentes níveis de atenção à saúde e na concepção de cuidar e ser cuidado.

Considerando a complexidade de organização da atenção oncológica na perspectiva do alcance da integralidade, o presente estudo tem como objetivo analisar a constituição de uma rede de atenção em oncologia e o papel da comunicação nesse processo, a partir da implantação e implementação do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca) em municípios da macrorregião de Campinas/SP.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

O estudo foi desenvolvido através de uma análise de abordagem quanti-qualitativa, embasada na triangulação de métodos (DESLANDES; ASSIS, 2002; MINAYO et al., 2005). Ao analisar o processo de implantação e implementação do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca (PAIM-Boca) em municípios da macrorregião de Campinas/SP foi possível compreender as relações entre o Programa, seus componentes e o contexto, em comparação com os efeitos produzidos, evidenciando o papel da comunicação nesse processo.

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 ação desenvolvida, além de explicar as consequências da interação entre o meio de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados.

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 de análise documental. Na busca por informações significativas e confiáveis sobre a constituição da rede de atenção integral, a partir da implantação do PAIM-Boca foram convidados a participar do estudo, de forma intencional, os coordenadores de saúde bucal envolvidos com o Programa (da gestão municipal, regional e federal) e os profissionais de saúde da equipe do hospital de referência, bem como das equipes constituídas nos municípios que aderiram à proposta de implantação.

Como o hospital de implantação do PAIM-Boca representava o serviço de referência, de nível terciário, para tratamento dos pacientes com câncer bucal dos municípios da região, esse local foi considerado importante campo de investigação para o estudo. A análise realizada no hospital permitiu a observação das ações desenvolvidas no contexto do serviço em tempo real.

Os serviços dos municípios que aderiram à proposta de implantação do Programa, que constituíram equipes municipais de referência para abordagem do problema do câncer bucal e que desenvolveram, conjuntamente com a equipe do hospital de referência, ações na linha da Educação Permanente em Saúde com vistas a organizar o trabalho em rede, também, foram considerados como campo de estudo. Tais municípios são de pequeno e médio porte, todos com população inferior a 250.000 habitantes.

Utilizou-se 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 o papel da comunicação nesse processo. Em síntese, a coleta de dados foi realizada junto a três grupos de sujeitos envolvidos no processo de implantação do programa analisado, os coordenadores de saúde bucal de diferentes esferas de gestão, os profissionais das equipes de saúde constituídas nos municípios, além da equipe do hospital de referência do PAIM-Boca.

Quadro 1 - Relação dos sujeitos participantes do estudo.

GRUPO	SUJEITOS PARTICIPANTES	N
Gestores	Coordenadores municipais de saúde bucal	08
	Coordenador regional de saúde bucal (Macrorregião de Campinas/SP)	01
	Coordenador nacional de saúde bucal (Ministério de Saúde)	01
	Coordenador geral do PAIM-BOCA	01
Profissionais das equipes dos municípios	Assistentes sociais	03
	Dentistas	12
	Enfermeiros	04
	Fisioterapeutas	04
	Fonoaudiólogos	03
	Médicos	01
	Nutricionistas	02
	Psicólogos	04
Terapeutas Ocupacionais	02	
Profissionais da equipe do hospital de referência	Dentistas	02
	Fonoaudiólogo	01
	Médico	01
	Psicólogo	01
	Técnico de Saúde Bucal	01
TOTAL		52

Fonte: elaborado pelas autoras.

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado sob o protocolo nº. 0856/2009, 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 foram orientados sobre os objetivos propostos e concordaram em participar assinando o Termo de



Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a descrição e análise dos resultados do estudo a identidade dos participantes foi preservada.

As informações quantitativas apanhadas no presente estudo foram tabuladas e analisadas de forma descritiva, utilizando o programa *Microsoft Office Excel* versão 2007, já 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 (2011), buscando explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens e a expressão deste material, a partir de critérios que permitam a inferência de conhecimentos relativos ao conteúdo das mensagens e a expressão dos mesmos.

A partir da análise do material coletado foi possível identificar o potencial e os limites das ações desenvolvidas durante a implantação do PAIM-Boca para constituição de uma rede de atenção integral em oncologia e o papel da comunicação nesse processo.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

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, em oito municípios da região de saúde de Campinas/SP e analisar o papel da comunicação nesse processo, 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.

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 (MENDES, 2011; SANTIAGO; ANDRADE, 2008), a implantação do PAIM-Boca nos municípios da região 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 (BRASIL, 2018b).

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 que centralizava o cuidado nos serviços de alta complexidade. Algo que mesmo diante de novas diretrizes e portarias ainda apresenta-se como uma dificuldade a ser superada (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; MIGOWSKI, 2018).

A partir da composição de equipes multiprofissionais de referência nos municípios da região, do encontro entre os profissionais das equipes dos municípios e profissionais do hospital de referência do PAIM-Boca, bem como do desenvolvimento das ações de qualificação profissional, abordadas na lógica da Educação Permanente (BRASIL, 2018b), 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 (2 anos), a equipe do hospital observou uma mudança no perfil dos pacientes encaminhados da região estudada e após o início das ações, quando 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 comunicação com os profissionais do hospital de referência.

Na opinião dos profissionais da equipe do hospital de referência, a organização do Programa era capaz de suprir todas as necessidades de cuidado individual dos pacientes, mas reconheceram que o cuidado permaneceu centralizado no hospital, por dificuldades de comunicação com a rede externa de saúde, como observa-se nas falas apresentadas 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 (...). (Técnico de Saúde Bucal)

Acho que na verdade falhava um pouquinho aí 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. (Psicólogo)

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)

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 dá o start inicial e depois ele tem condições de ficar no município pra dar a continuidade. (Fonoaudiólogo)

Por outro lado, algumas dificuldades de comunicação foram destacadas, inclusive internamente, entre os profissionais da equipe do PAIM-Boca com profissionais de outros setores do hospital, principalmente com o setor de cirurgia de cabeça e pescoço:

[...] o contato ia bem, mas quando fugia ali da equipe era mais complicado.” (Dentista)

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. (Técnico de Saúde Bucal).

Apesar das dificuldades de se comunicar com alguns setores internos ao serviço e, também, em fazer a contra-referência para as equipes constituídas nos 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 (CEOs) da região.

O técnico de saúde bucal foi o profissional que manifestou maior satisfação com a comunicação 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 e sinais e sintomas do câncer. Como percebe-se no discurso abaixo:

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. (Técnico de Saúde Bucal)

O Técnico de Saúde Bucal e o profissional Fisioterapeuta, foram os profissionais que mais se relacionaram com as equipes municipais, acredita-se que pelo contato pessoal estabelecido através das ações de Educação Permanente desenvolvidas de forma conjunta nos municípios.

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, buscando aproximar os serviços e seus profissionais do cuidado aos pacientes (ROVERE, 2010).

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, na lógica da Educação Permanente, 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.

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 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.

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 manteve maior centralidade 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 hospitalar 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.

Observou-se que não há espontaneidade na constituição e permanência de uma rede horizontal e vibrante, reforçando que um indutor ou apoiador 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.

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 territórios para o encaminhamento de casos suspeitos, sendo capazes inclusive de realizar a biópsia para confirmação diagnóstica nos Centros de Especialidades Odontológicas e até mesmo na Atenção Básica.

O processo de implantação de PAIM-Boca, evidenciou o papel estratégico da comunicação interpessoal para superar a impotência da regulação governamental para garantia do acesso às redes pactuadas nas esferas formais de gestão. A regulação profissional, estabelecida pelos profissionais de saúde através do contato direto, das relações de conhecimento e confiança mostraram-se mais potentes para a organização do trabalho em rede e alcance da integralidade da atenção (CECÍLIO et al., 2012).

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 de referência.

Dentre os 19 pacientes encaminhados dos municípios ao hospital de referência do PAIM-Boca, 12 casos foram diagnosticados em fases iniciais da doença (lesão pré-maligna, estágio I e II) e 7 casos em fases avançadas da doença. Quadro contrário ao observado em período anterior (2007 e 2008), quando a maior concentração de diagnósticos foi em fases avançadas da doença (estádio III e IV). 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.

Entre os 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 (estágio 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.

A partir da análise dos casos de câncer bucal encaminhados dos municípios de implantação do PAIM-Boca ao hospital de referência no período do estudo, 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 da análise documental, 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 a partir da implantação do Programa, 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, isso num período onde a legislação não determinava prazos para a garantia do acesso (BRASIL, 2012; BRASIL, 2018a, BRASIL, 2019).

Para além das recomendações de protocolos e dos prazos definidos em leis (BRASIL, 2012; BRASIL, 2019) que estabelecem o prazo máximo de 30 dias para acesso ao diagnóstico e 60 dias para acesso ao tratamento, a espera para acessar os serviços de saúde caracteriza-se, no geral, em angústia e sofrimento para os pacientes e seus familiares, considerando 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 do sistema que diante do sofrimento causado pela doença desejam o atendimento de suas necessidades rapidamente (CECÍLIO et al., 2012).

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, pois a partir da identificação das necessidades de saúde dos usuários, 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 (LOMBARDO; POPIM, 2020).

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, agilizam a atenção e colaboram para a redução dos custos da assistência. Tomando as necessidades de saúde como um analisador da intervenção e das práticas de saúde, como proposto por (ANDRADE et al., 2012), observou-se que a experiência favoreceu o alcance da integralidade do cuidado.

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 dificuldades de gestão para conseguir desenvolver ações coordenadas envolvendo todos os níveis de complexidade, como evidencia a fala do profissional citada abaixo:

[...] 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)

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 hospitalar especializado para

garantir acesso oportuno ao tratamento, após a implantação do PAIM-Boca nos municípios, o coordenador do Programa valorizou a experiência de trabalho conjunto com as redes municipais de saúde, como observa-se no discurso abaixo:

[...] 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 [...]. O que a gente precisaria realmente, no meu ponto de vista, né, é um programa contínuo e integrado, não somente aos pacientes com câncer de boca. Eu acho que a gente tem várias unidades de atenção, sejam clínicas, institutos de câncer, hospital de câncer, mas eu acho que a gente precisaria ter uma maior organização dos sistemas, tanto municipal, estadual, federal. Acho que falta um programa realmente assim com incentivo, sabe? De alguma forma uma atenção mais ao problema realmente envolvendo todos os níveis de atenção. (Coordenador Geral do PAIM-Boca)

O coordenador 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.”*). Porém, sugeriu que as ações deveriam ser contínuas e reconheceu que o órgão de gestão regional 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 e demonstrou o desejo de replicar as ações desenvolvidas pelo Programa em outras localidades:

[...] 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 [...] Olha, eu avalio como uma experiência modelo, nós inclusive queremos replicar o que nos fizemos com o PAIM-Boca. (Coordenador Nacional de Saúde Bucal)

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, por interrupção do financiamento da experiência, bem como da dificuldade observada dos profissionais desse nível assistencial se comunicarem na perspectiva do 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 as estruturas do sistema de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações desenvolvidas durante o processo de implantação do PAIM-Boca oportunizaram qualificar as redes locais de saúde, não só para a atenção a pacientes com câncer de boca, mas, também, para outras ocorrências que necessitam do trabalho articulado 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.

Mesmo diante da proposta de trabalhar de forma articulada em rede, a comunicação do hospital de referência do Programa com o restante da rede não foi potente para romper com a tradicional centralidade das ações neste ponto da rede, comprometendo o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, de forma integral. Porém, apesar das dificuldades encontradas no processo de constituição da rede e das dificuldades impostas para sua consolidação, a experiência foi valorizada pelos profissionais e gestores de saúde envolvidos.

O estudo empreendido a partir da análise da implantação PAIM-Boca, como uma ação indutora para constituição de uma rede de atenção integral, apontou o valor da reflexão sobre as práticas e propostas de novas modelagens para o planejamento e gestão em saúde. Porém, o estudo evidenciou o limite de programas, projetos e ações pontuais, sem garantia de continuidade para a consolidação de políticas verdadeiramente transformadoras.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. G. G.; SANTIAGO, S.M.; CHONE, C. T.; SOMMERFELD-OSTETTO, C. E.; CARVALHO, G. M.; AQUINO, Y. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça Pescoço**, v.41, n° 4, p. 172-177, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-658426>. Acesso em: out. 2020.
- BRASIL. **Lei nº13.896, de 30 de outubro de 2019**. Ministério da Saúde. 2019.
- BRASIL(a). **Lei nº13.685, de 25 de junho de 2018**. Ministério da Saúde. 2018.
- BRASIL(b). Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Programa para o fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde..** Brasília, DF:

- Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-FINAL.pdf>. Acesso em: nov., 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº12.732, de 22 de novembro de 2012.**
- 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. **Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS.** Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 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. **Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/01.** Portaria MS/GM 95, de 26/01/01. Diário Oficial da União 2001.
- BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R. L.; TORRE, L. A.; JEMAL, A. **Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.** *CA Cancer J Clin.* 2018; 68(6). Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492>. Acesso em: nov. 2020.
- CECÍLIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência e Saúde Coletiva.** 2012. dez; 17 (11). Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: nov. 2013.
- CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A; HARTZ Z, CONTRANDRIOPOULOS, A. P., DENIS J. L. A Análise da Implantação. In: Brousselle. (org) **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método** Elias PE. Estado e saúde os desafios do Brasil contemporâneo. *Revista São Paulo em Perspectiva.* v.18, n.3, 2004.
- FRANCO, A. **O poder nas redes sociais.** Escola de Redes, 2009. Disponível em: <http://escoladeredes.net/profiles/blogs/o-poder-nas-redes-sociais>. Acesso em mai, 2013.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2020:** Incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2019.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, aug. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: nov. 2012.
- LOMBARDO, M. S.; POPIM, R. C. Acesso do paciente à rede oncológica na vigência da “Lei dos Sessenta Dias”: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 73, n. 5, 2020. Disponível em:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020000500304&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000500304&lng=en&nrm=iso). Acesso em: nov. 2020.
- MARTINHO C. **Redes**: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização. Brasília: WWF Brasil, 2003.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed., v. 15. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2011.
- MIGOWSKI, A.; ATTY, A. T. de M.; TOMAZELLI, J. G.; DIAS, M. B. K.; JARDIM, B. C. Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2018;64 (2): 247–50.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C. 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.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Câncer**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Acesso em: nov. 2020.
- ROVERE, M.; AVRUIJ, L.; FERREYRA DÍAZ, M. P.; MOLINERI, M. F.; LAUB, C.; LEBRAM, E. Redes para analisar, para compreender, para organizar... Redes. **Revista Posibles**: Política, Salud Internacional e Desarrollos Sustentables. n. 5, p. 33-44, 2010. Buenos Aires – Argentina.
- SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G. A. 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.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de Auditoria Operacional**: Política Nacional de Atenção Oncológica. 2011. Disponível em: [http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes\\_noticias?noticia=3898750](http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes_noticias?noticia=3898750). Acesso em: out. 2013.

### **Caroline Evelyn Sommerfeld-Ostetto**

Fisioterapeuta. Especializada em Desenvolvimento Infantil. Mestra em Ciências do Movimento Humano. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Faculdade Guilherme Guimbala e coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva. [sommerfizio@gmail.com](mailto:sommerfizio@gmail.com)

### **Silvia Maria Santiago**

Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (1982) e doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de



Campinas (1997). Atualmente é professora assistente doutora da Universidade Estadual de Campinas. [santiago@fcm.unicamp.br](mailto:santiago@fcm.unicamp.br).

**Fabiana da Mota Almeida Peroni**

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. [fmaferoni@gmail.com](mailto:fmaferoni@gmail.com).

**Maria da Graça Garcia Andrade**

Médica pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. [mgraa@fcm.unicamp.br](mailto:mgraa@fcm.unicamp.br).

**Recebido em 23 de novembro de 2020.**

**Aceito em 19 de dezembro de 2020.**