

Rede de cuidado ao paciente com câncer de boca na Cidade do Rio de Janeiro

Care network for mouth cancer patients in the city of Rio de Janeiro

Elisete Casotti ^a

Resumo

Projeto que tem como objetivo a análise da organização da atenção ao portador de câncer bucal, na rede pública de saúde bucal da cidade do Rio de Janeiro. Tem como participantes da pesquisa o gestor da política municipal de saúde bucal, profissionais e chefes de unidades de referência para apoio diagnóstico e para o tratamento da doença. Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, com coleta de dados por meio de entrevista semi-estruturada, com foco nos múltiplos olhares dos atores que interagem na produção de cuidado em saúde. Foram identificados dois eixos de análise: o *cuidado desintegrado* e a *competência que reduz*. A rede apresenta elementos formais de organização, mas carece de dispositivos para a construção de uma linha de cuidado centrada no usuário, que valorize a colaboração entre os profissionais e desconstrua o falso modelo hierárquico, baseado nas competências clínicas.

Palavras chave: neoplasias bucais; assistência à saúde; atenção à saúde

Abstract

Project that aims to analyze the organization of care for patients with oral cancer in the public oral health network in the city of Rio de Janeiro. The research participants are the manager of the municipal oral health policy, professionals and heads of referral units for diagnostic support and treatment of the disease. Qualitative, descriptive and exploratory research, with data collection through semi-structured interviews, focusing

^a Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Planejamento em Saúde, Niterói, Brasil

Autor Correspondente: Elisete Casotti

E-mail: elisete.casotti@gmail.com

on the multiple perspectives of the actors who interact in the production of health care. Two axes of analysis were identified: disintegrated care and reduced competence. The network has formal organizational elements, but it lacks devices for the construction of a user-centered line of care, which values collaboration between professionals and deconstructs the false hierarchical model, based on clinical skills.

Keywords: mouth neoplasms; delivery of health care ; health care (public health).

Introdução

O câncer de boca no Brasil, pelas altas taxas de morbimortalidade é considerado um problema de saúde pública, com uma estimativa de 11.180 novos casos em homens e de 4.010 em mulheres, para cada ano do triênio 2020-2022. Na Região Sudeste, ele será o quinto mais frequente em homens e o décimo terceiro para as mulheres¹.

O cuidado ao câncer de boca foi escolhido como objeto de investigação, pois há muitos aspectos que precisam ser problematizados, não somente os dados epidemiológicos, mas principalmente como o setor público de saúde tem operado desde a organização das redes de atenção até o cuidado estrito senso, esse último expresso na relação direta do profissional com o usuário com suspeita ou caso confirmado.

O artigo assume conceitualmente que “a produção do cuidado, como um fenômeno humano privilegiado, é extremamente complexa e necessita de uma abordagem que coloque em conversação os diversos olhares que a observam”². A tentativa de captar esses olhares e dimensões de atuação, analisando os múltiplos atores que interagem na produção de cuidado em saúde - sejam gestores do sistema de saúde ou trabalhadores diretamente envolvidos com os usuários – se constituiu no objetivo geral da investigação.

O estudo foi realizado na rede de saúde pública da cidade do Rio de Janeiro, pois apresenta condições de infra-estrutura para operar uma rede de promoção de saúde, diagnóstico precoce e cuidado aos casos de câncer de boca, mas ainda assim, a realidade mostra frágil envolvimento das equipes de saúde bucal em atividades educativas/informativas sobre o tema, escassas ações para indução de exames

periódicos à usuários pertencentes a grupos de risco, realização de diagnósticos tardios e longa espera do usuário pelo tratamento³⁻⁵.

Um dos problemas mais desafiadores que o sistema público de saúde enfrenta em relação ao câncer de boca é o diagnóstico tardio associado, na maioria das vezes, à demora no acesso ao tratamento. Esse binômio exige a oferta de procedimentos complexos e atenção multiprofissional, com grandes investimentos e impactos limitados na qualidade de vida do usuário ou na sua expectativa de sobrevivência. A taxa de sobrevivência, nos casos de diagnósticos tardios, ou seja, quando o câncer já atingiu outros órgãos, é menor que 40%, seja para câncer de lábio, língua ou assoalho da boca⁶.

Como a cidade do Rio de Janeiro, pela existência da oferta de serviços em todos os níveis de atenção, apresenta uma rede capaz de coordenar toda a linha de cuidado dos usuários com câncer de boca, o presente estudo tomou-a como cenário com o objetivo de investigar a natureza dos discursos e ações produzidos por atores diretamente envolvidos com a produção do cuidado oncológico em saúde bucal na rede pública municipal de saúde do Rio de Janeiro.

Metodologia

Uma etapa inicial compreendeu a identificação das fontes documentais que estruturam o funcionamento da rede e dos serviços dos diferentes níveis de atenção ao câncer bucal no município do Rio de Janeiro. A pesquisa incluiu documentos produzidos pelos organismos oficiais como áreas técnicas das três esferas de governo

Na segunda etapa foram realizadas as entrevistas com os profissionais de diferentes pontos de atenção da assistência do município. A Tabela 2 apresenta o serviço, os participantes e o critério de inclusão, para cada uma das cinco grandes Áreas de Planejamento de Saúde (AP) do município.

Tabela 2. Identificação dos serviços, número de participantes e critérios de inclusão.

ÁREA/SERVIÇO	PARTICIPANTE(S)	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Coordenação Municipal de Saúde Bucal – Gestão	01 Coordenador	--
Unidades Básicas de Saúde - Assistência	05 Cirurgiões Dentistas	01 CD por Macroárea de Planejamento, com caso confirmado de câncer bucal
Centro de Especialidades Odontológicas - Gerência - Assistência	05 Chefes 05 Cirurgiões Dentistas	Pertencer ao CEO da Macroárea com maior nº de Equipes de Saúde Bucal vinculadas Ser responsável pelo Diagnóstico Oral do CEO no CEO da Macroárea escolhido
Alta Complexidade - Setor de Cabeça e Pescoço - Gerência - Assistência	Chefe Médico Cirurgião	Pertencer ao serviço com maior nº. vagas no sistema de regulação, para a Cidade Ser especialista em Cabeça e Pescoço no serviço selecionado

A identificação das unidades básicas foram feitas a partir da análise dos registros do Sistema de Regulação, foram consideradas as solicitações de vaga para “Oncologia Ambulatório de 1ª vez- Cirurgia de Cabeça e Pescoço”. A seleção dos Centros de Especialidades Odontológicas, no caso de haver mais de um por grande Área de Planejamento, considerou a presença de um profissional responsável pelo diagnóstico bucal, no período de coleta, e o maior número de Equipes de Saúde Bucal que referenciavam usuários. Para definição do Serviço de Cabeça e Pescoço, foi considerado aquele que disponibilizava maior número de vagas, no Sistema de Regulação, para o município do Rio de Janeiro.

A coleta das narrativas, foi orientada pela metodologia proposta por Kaufmann⁷, qual seja, da *Entrevista Compreensiva* com roteiro semi-estruturado. Esta entrevista deixa o interlocutor à vontade para discorrer livremente, podendo assim trazer aquilo que para ele é mais relevante, o que faz mais sentido, e isto é um importante elemento de análise, além do próprio conteúdo do seu discurso.

A análise do material, compreendeu a leitura das transcrições e um trabalho inicial de categorização para análise do conjunto das narrativas. Posteriormente, foram identificadas as ideias centrais que evidenciavam, por parte dos participantes, os saberes, valores e posicionamentos diante do tema. Essa última etapa, identificou dois grandes eixos, aqui nomeados como analisadores, que sustentam a relação entre os diferentes pontos de atenção e incidem diretamente no seu modo de operar no cotidiano da rede de cuidado.

O projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFF e pelos Comitês das Instituições co-participantes, sendo o parecer final registrado pelo CAAE 40182314.4.0000.5243.

Resultados e Discussão

A organização para o cuidado com o paciente com câncer de boca, na rede de saúde da cidade do Rio de Janeiro, além de incluir diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) está apoiada em protocolos clínicos e de serviço, com fluxos definidos⁸⁻¹².

A partir da leitura e sistematização das entrevistas com os participantes da pesquisa, de diferentes pontos de atenção, dois grandes analisadores foram identificados: *o cuidado desintegrado e a competência que reduz*.

O cuidado desintegrado

Todos os profissionais entrevistados da atenção primária em saúde (APS) e da média complexidade (MC), já tinham manejado pelo menos um caso confirmado de câncer bucal, e os relatos foram da angústia pela espera do acesso ao tratamento e da impossibilidade de interferir na situação. Os casos descritos pelos profissionais da APS invariavelmente tinham chegado em estágio avançado, foram diagnosticados rapidamente, demoraram para acessar o tratamento e todos foram a óbito em curto espaço de tempo.

O que se notou foi a nítida familiaridade dos profissionais da APS com as chefias das unidades de média complexidade (CEO) da Área de Planejamento (AP), diretamente ou por meio do assessor de saúde bucal da AP. Essa relação, estimulada pela gestão municipal, permitiu uma regulação “viva” e comprometida com a *redução do tempo* dos procedimentos diagnósticos. A maioria dos entrevistados reportou utilizar o encaminhamento direto dos casos suspeitos, independente do sistema de regulação vigente, mediante contato com a chefia do CEO para agendamento de dia

e hora, liberando o usuário da consulta já com guia de referência e informações de local e data.

Essa opção reconfigura e simplifica o fluxo previsto, pois do contrário, seria necessário realizar uma solicitação ao regulador regional e aguardar a informação sobre a vaga, protelando em dias o acesso do usuário ao serviço. Como a oferta de consultas com os especialistas em estomatologia é suficiente para a demanda da rede, a norma é menos eficiente que o rearranjo.

A regulação do acesso ou regulação assistencial, uma das três modalidades de regulação descritas na Política Nacional de Regulação¹³, compreende as ações do gestor no que se refere a “organização, o controle, gerenciamento a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS (...) “. A tarefa de regular o acesso, portanto, pede a criação de espaços permanentes de diálogo, que não acontecem naturalmente e devem ser promovidos com e pelos trabalhadores da assistência.

De maneira semelhante, alguns chefes dos CEO relataram que para os casos em que a lesão é fortemente suspeita de malignidade, eles acionam um serviço de histopatologia ligado a uma universidade, que opera na lógica de uma rede pessoal, mas com capacidade de produzir respostas mais rápidas e resultados mais confiáveis. Os serviços próprios de histopatologia na rede municipal são insuficientes para cobrir a demanda de todos os serviços e algumas AP contratam a prestação desse serviço da iniciativa privada. Em ambos os casos, os estomatologistas referem insuficiência na qualidade dos resultados, pois os patologistas desses serviços não têm, necessariamente, formação em patologia bucal.

Portanto, pode-se afirmar que na relação entre a APS e a MC há uma macroregulação que define fluxos, protocolos e contratos, mas que na prática as soluções transbordam as normas. Ou seja, há uma microrregulação feita de soluções locais e pessoais que se soma às regras vigentes e diminui os tempos de espera, qualifica os serviços e produz repostas mais favoráveis.

A entrevista com a equipe gestora da política municipal de saúde bucal indicou que houve um esforço para melhorar a regulação do acesso às especialidades, principalmente em relação ao *atendimento dos protocolos, da qualificação das solicitações e da diminuição do absenteísmo*, confirmado pelos chefes das unidades de MC entrevistados que reportaram participar de reuniões mensais com a

coordenação central e as assessorias regionais para discutir protocolos e apoiar o trabalho da regulação.

No caso da vigilância do número total de usuários com casos de lesões suspeitas no município, o responsável reportou que o relatório dos encaminhamentos, disponível no sistema de regulação, é insuficiente e parcial, pois parte dos dentistas da APS encaminham direto para o CEO, sem passar pela regulação. Para contornar essa limitação, que não foi problematizada pelo entrevistado, a coordenação de saúde bucal solicitou às chefias dos CEO um relatório mensal de atendimentos de casos novos pela estomatologia, com o resultado do exame histopatológico. Ao ser perguntado sobre a finalidade desses relatórios, informou que serviam para área técnica ter dados sobre o problema. Não foi mencionado desdobramentos práticos, realizados ou planejados a partir da leitura dos relatórios.

A regulação do acesso, como um dispositivo das redes de atenção para garantir a **integralidade do cuidado** em tempo oportuno, com equidade e transparência, deve ser apropriado pela atenção primária pela sua dimensão organizadora, mas também como um facilitador para o acompanhamento da linha de cuidado dos usuários. Entretanto, nas entrevistas, observou-se com frequência que a maior preocupação, tanto dos dentistas da APS como da MC, era somente com o tempo para conseguir “a vaga”, o tempo para que o usuário fosse “transferido” para outro serviço ou nível de atenção.

Refletindo sobre os encaminhamentos realizados no cotidiano da clínica, os profissionais reportaram que imprimem o mesmo status para o registro de um encaminhamento de endodontia, onde o usuário faz o tratamento complementar em um dente na MC e volta para finalizar o tratamento na APS, com um encaminhamento para o diagnóstico de uma lesão suspeita ou de um caso confirmado de câncer bucal – onde, nesse caso, a vida está risco.

Foram encontrados poucos profissionais que registravam os casos e em menor número ainda os que os acompanhavam. Situação semelhante foi encontrada na avaliação externa do PMAQ-AB, tanto para os dentistas do município³ como os do estado do Rio de Janeiro⁴.

Foi observada muitas fragilidades na coordenação do itinerário terapêutico do paciente na rede assistencial, o que pode ser identificado, por exemplo, quando o profissional da APS encaminha o usuário com lesão suspeita sem anotar no

prontuário; quando não realiza registros específicos para monitoramento dos encaminhados ou, quando realiza o registro, mas não acompanha o desfecho.

O que as entrevistas indicam é que o conceito de cuidado que está operando o arranjo e o manejo dos projetos terapêuticos para usuários com lesão suspeita ou confirmada de câncer bucal, está restrito a uma ideia segmentada e parcelar, onde no final das contas, o usuário é o responsável pela gestão da sua linha de cuidado, de acordo com as recomendações dos níveis de atenção por onde passa. Em certa medida, os serviços tem assumido o que Oliveira¹⁴ definiu como integralidade focalizada, ou seja, cada um trabalha em seu espaço delimitado, não sendo objeto de reflexão e de prática a integralidade pensada como um objetivo e responsabilidade da rede de serviços.

Para Santos e Merhy¹⁵, a regulação como uma ferramenta para alterar ou orientar a oferta ou a execução dos serviços de saúde, pode ser implementada mediante “mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores”. Os dados empíricos analisados sugerem que o processo que se estabeleceu na rede de saúde bucal, na organização da *regulação do acesso* teve características normalizadores que se sobrepuseram às da sua finalidade, qual seja, a de garantir que o cuidado seja ofertado em tempo oportuno com *acompanhamento/coordenação pela Atenção Primária à Saúde*.

Em outras palavras, analisando o sentido da regulação apropriado pelos profissionais entrevistados da APS e da MC, no caso estrito de vagas para diagnóstico ou tratamento de câncer bucal, pode-se dizer que é uma leitura normativa e restritiva. Ou seja, a centralidade do ato de regular está em conseguir a vaga e com isso encaminhar o usuário para outro serviço, sem que signifique a responsabilidade de certificar-se se o usuário compareceu e/ou quais são os próximos passos na sua linha de cuidado.

Poucos entrevistados sabiam o que tinha acontecido com os usuários encaminhados. Reportar isso na entrevista, produzia uma imediata consciência da importância do ato, que muitas vezes se desdobrava em autocrítica ou justificativa referida a processos de reorganização do trabalho, falta de tempo e de orientação.

A alta complexidade (AC) reproduz a lógica do não acompanhamento do usuário, particularmente, entre a primeira consulta ambulatorial e o seu retorno do paciente com os resultados dos exames solicitados (risco cirúrgico e etc.). O serviço só passa a coordenar o cuidado do usuário após ter a cirurgia ser agendada – como

uma medida estrita para evitar ociosidade na sala cirúrgica. Os casos que são encaminhados para outros setores como de quimioterapia e radioterapia também não são registrados ou acompanhados – não há comunicação com outros pontos de atenção da rede.

Entretanto, no hospital participante, depois que o usuário realiza qualquer intervenção, segundo os profissionais entrevistados, o hospital “assume” o usuário, incluindo outras especialidades, não precisando retornar para outro nível de atenção. Há uma avaliação crítica sobre essa situação, pois segundo um dos entrevistados, muitos usuários permanecem utilizando serviços diversos do hospital, quando poderiam ser acompanhados por outros pontos de atenção.

Uma fala recorrente nas entrevistas com os profissionais do ambulatório de cabeça e pescoço é que a regulação, iniciada antes da pesquisa, desorganizou e só criou problemas para o serviço. O serviço anteriormente mantinha uma porta de entrada própria, com os usuários passando por uma “triagem” que selecionava e os direcionava para os setores. Segundo a chefia do setor, os excedentes recebiam um número e permaneciam numa fila de espera, que ficou conhecida como “os 300 de esparta”, pois “eles ficam lá fora achando que eram matriculados na [unidade] e não eram (..)”.

Esse modelo de gestão do acesso, segundo a avaliação do chefe do serviço, era melhor pois garantia que a demanda excedente ficasse “fora do hospital”, não responsabilizando o corpo clínico por falta de atendimento adequado:

“...aí mudou, o SISREG entrou por ordem do MS (...) [hoje] temos uma fila interna. A fila interna é uma responsabilidade médica. O que a gente não queria na época era isso: que fosse nossa responsabilidade”

“Se hoje eu só consigo fazer 50 cirurgias por mês, não posso matricular 100 doentes. A gente tem que se prevenir né. Mas assim, que é o que está acontecendo hoje”

O fato é que a implantação do SISREG dividiu as opiniões de forma inconciliável: os profissionais da APS e da MC acham que precisa ser aperfeiçoado, mas que no geral melhorou muito a transparência e a possibilidade de monitoramento, enquanto a AC acha que foi uma medida prejudicial para o serviço (e para os profissionais).

Com a implantação do SISREG, o hospital precisou discutir a oferta das vagas de forma transparente com os gestores municipal e estadual e perdeu (parte) da autonomia na definição de sua porta de entrada. Os argumentos que incluem a *responsabilidade médica* e a ideia de que os *médicos precisam se prevenir* dessa responsabilidade, serão objeto de desenvolvimento posterior.

Entretanto, o que se evidenciou de forma mais concreta foi a imagem solitária dos usuários percorrendo os diferentes pontos de atenção da rede assistencial. Para Franco & Franco¹⁶ é:

a equipe da UBS ou a ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestora do projeto terapêutico e portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como todos os fluxos assistenciais, para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário.

Há uma transferência de responsabilidade ascendente e uma desconfiança descendente sobre a competência entre os profissionais, desde a alta complexidade até a atenção primária, caracterizando e sustentando a fragmentação do cuidado. A captura da lógica do cuidado pela ideia da suficiência da transferência do usuário para outros pontos de maior complexidade, denuncia a falta de acompanhamento (afetivo e efetivo) e da prestação de um cuidado (des)integrado.

A competência que reduz

Para Mendes¹⁷, as redes de atenção à saúde, dentre outras, agregam as seguintes características: “operam de forma cooperativa e interdependente; “(...) são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção, (...) funcionam sob a coordenação da atenção primária à saúde; (...) focam no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde (...)”

No caso específico do cuidado dos usuários com suspeita ou confirmação de câncer de boca na rede municipal, há redes informais (whatsapp, telefone), que ligam as unidades de APS e os CEO, numa perspectiva de apoio, trocas e discussão. É

perceptível nos relatos que essa prática fortaleceu o grupo e que oportunizou relações de comunicação que extrapolam as pautas formais propostas pela gestão: muitas soluções e mediações são produzidas nessa interface.

Os participantes reportaram conhecer os protocolos e os fluxos para o encaminhamento dos usuários aos diferentes pontos de atenção, entretanto, ao serem indagados sobre como organizam a vigilância e o cuidado com os casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca, a resposta foi que não havia orientações detalhadas e que o faziam de acordo com o que avaliavam como uma boa prática. Nesse aspecto, muitos não realizavam ações simples como checar se o usuário tinha conseguido o atendimento referenciado, se tinha diagnóstico confirmado, ou se precisava apoio da equipe para superar alguma dificuldade.

Olhando para a micropolítica das relações entre os profissionais da APS e da MC, foi percebida a formulação recorrente de que é melhor e desejável que os dentistas da atenção primária encaminhem “qualquer coisa” para a avaliação do especialista em estomatologia, pois é ele quem pode confirmar a suspeita ou não. Aparentemente, a afirmação banal poderia não ter maiores consequências para além do fato de que os estomatologistas poderiam se ocupar de muitas avaliações desnecessárias. Entretanto, as entrevistas sugerem uma relação de desconfiança, que envolve desde a capacidade dos dentistas da APS em identificar lesões suspeitas até a sua capacidade de assumir a coordenação da linha de cuidado a partir de seu ponto de atenção.

Essa hierarquia simbólica, criada, mantida e não problematizada pelos especialistas e chefes da MC, interdita a possibilidade de uma rede assistencial e de saberes cooperativos, onde cada ponto de atenção contribui para o melhor cuidado de cada caso.

Algumas chefias dos CEO, aprisionadas nessa “verdade” relataram assumir o encaminhamento do usuário para o tratamento na AC, reproduzindo a lógica de que o importante é garantir a vaga - muitas vezes nem comunicando à unidade básica ou ao menos monitorando se o paciente compareceu ao agendamento.

Mas, se a articulação entre a APS e a MC dá mostras de que funciona, ainda que alguns aspectos possam ser melhorados, a alta complexidade permanece “ilhada” e incomunicável. A unidade de tratamento, segundo as entrevistas com o profissional da assistência e da chefia, se posiciona claramente fora da rede de cuidado – os profissionais atuam dentro de uma lógica que não cabe diálogo com o que é externo

ao hospital, desconhecem as estruturas e atribuições de outros pontos de atenção (APS e MC) e, portanto, não interagem. Uma fala recorrente nos dois entrevistados diz respeito à excelência dos serviços prestados pelo Setor de Cabeça e Pescoço, o que equivale a criação de uma linha divisória que separa o hospital das demais unidades prestadoras de serviço, incluindo aqui outros hospitais.

A relação de desconfiança aparece novamente, agora da atenção terciária em relação a todos os demais pontos de atenção. A queixa do profissional entrevistado, é de que muitos usuários são encaminhados fora do perfil de atendimento, o que, segundo ele depõe contra a competência dos profissionais e a qualidade dos demais serviços. Quando perguntado se havia alguma iniciativa de colaboração técnica entre o hospital e outros pontos de atenção, respondeu negativamente. Com intuito de capacitar os demais profissionais, opinou que todos deviam passar um tempo no Ambulatório de Cabeça e Pescoço – reforçando a ideia de que é o hospital que detém o saber necessário para o funcionamento da rede.

A chefia do setor, não demonstrou conhecer os dados gerenciais do próprio setor (número de vagas reguladas; percentual de absenteísmo; proporção de casos por tipo de câncer), reportando que essa atividade é responsabilidade da sua secretária, por tratar-se de uma tarefa burocrática. Também não indicou estratégias e ações que pudessem melhorar o próprio desempenho ou qualificar a rede de serviços – exceto sugestões que incluíram aumento de pessoal, particularmente de anestesistas, e salários.

A questão salarial, numa explícita hierarquia de valor entre o lugar ocupado na rede de atenção, foi destacada pelo entrevistado: *“O salário que tá sendo pago aos médicos que é que é um problema. (...) o médico do Programa de Saúde da Família ganha mais do que a gente (...)”*; também ao modelo de seleção dos profissionais que trabalham na unidade: antes por mérito (experiência e observação de desempenho) e recentemente por seleção pública.

O que ficou evidente nas entrevistas foi a afirmação da ideia de excelência e inquestionável competência técnica e científica do serviço, atributo utilizado mais para distingui-lo dos demais pontos de atenção, do que reforçar uma perspectiva de cuidado em rede.

A maioria dos pacientes com câncer de boca são diagnosticados tardiamente, podendo passar por processos cirúrgicos, de quimio e/ou radioterapia - procedimentos muito agressivos e com muitos efeitos subjacentes. Contar com uma rede de atenção,

desde o cuidado da equipe de saúde da APS, que pode acompanhar o usuário desde o seu território de moradia, à média complexidade com oferta de procedimentos de suporte ao tratamento de radioterapia, são arranjos necessários para garantir que todos os usuários recebam o cuidado necessário mais próximo possível de onde moram.

Entretanto, o que aparece aqui são profissionais que atuam predominantemente no limite de seus serviços e que não compartilham casos e saberes, não discutem a linha de cuidado dos pacientes, mas reforçam uma competência hierárquica, ou seja, uma competência que inviabiliza redes, que reduz e limita a capacidade do cuidado.

Considerações Finais

A análise indicou que a rede de cuidado ao câncer de boca na cidade do Rio de Janeiro apresenta elementos formais de organização, como serviços, protocolos e fluxos definidos, conhecidos e respeitados pelos profissionais envolvidos, mas carece de dispositivos que estabeleçam diálogo entre os diferentes pontos de atenção sobre a natureza complementar das ações de vigilância e cuidado ao usuário com suspeita ou caso confirmado de câncer.

Fortalecer estratégias de educação permanente, com centralidade na construção de uma linha de cuidado colaborativa e responsável entre os profissionais dos diferentes pontos de assistência e da gestão, com compartilhamento de saberes e ideias sobre as necessidades e problemas no manejo dos casos, pode ajudar a reverter a falta de integração entre os profissionais e serviços, desconstruir o falso modelo hierárquico, baseado nas competências clínicas e, mais importante, estar presente e apoiar o usuário no seu itinerário pela rede de atenção.

Referências

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa

2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> Acesso em: 20 mar. 2020.

2. Merhy, EE. Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. Projeto de pesquisa aprovado na Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit No 41/2013 - Rede Nacional de pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde. 2013. 55p.

3. Casotti, E, Gabriel, J de O. Organização da atenção em saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro: resultados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Rev. APS. v.19, n.2, p. 245 – 260, 20016 Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15634> Acesso em: 13 de março de 2020.

4. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL de, Santos MP dos. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 May [cited 2020 Apr 07]; 21(5): 1573-1582. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501573&lng=en. Acesso em: 15 Nov. 2019.

5. Casotti, E et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 140-157, Oct. 2014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600140&lng=en&nrm=iso. access on 24 Apr. 2020.

6. American Cancer Society. Survival Rates for Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html> Acesso em 20 mar. 2020.

7. Kaufmann, JC. A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis: Vozes; Maceió: EDUFAL, 2013, 202 p.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios

Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 51.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 128 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

10. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Cidade do Rio de Janeiro. Normatização geral do atendimento de média complexidade na rede SUS da Cidade do Rio de Janeiro. p. 04-07. [s.d] Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B06adPa6uDOHYWM4MjcwNTctYjc2MC00N2VILWI3M2QtODVhNjE5NDA4OGY3/view>. Acesso em 10 de abril 2020.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 188 p.: il.

13.. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html Acesso: 15 Nov. 2019.

14. Oliveira LC. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO. 2003

15. Santos. FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado – uma revisão. Interface Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.

16. Franco CM, Franco TB. Linhas de Cuidado, Passo a Passo. In.: Pessoa LRS, Arruda EH, Torres KRBO, org. Manual do Gerente: desafios da média gerência na

saúde. Rio de Janeiro:ENSP; 2011. p. 61-75. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.
Acesso em: 10 de março 2016.

17. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p.