UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Acompanhamento de usuários com câncer e seus cuidadores por trabalhadores de equipes de saúde da família: possibilidades e desafios

Giovana Paula Rezende Simino

Ribeirão Preto
2009

Giovana Paula Rezende Simino

Acompanhamento de usuários com câncer e seus cuidadores por trabalhadores de equipes de saúde da família: possibilidades e desafios

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde pública

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Inserida na linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientador: Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Simino, Giovana Paula Rezende

Acompanhamento de usuários com câncer e seus cuidadores por trabalhadores de equipes de saúde da família: possibilidades e desafios. Ribeirão Preto, 2009.

136 p; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Silvana Martins Mishima

1. Palavras-Chaves: Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Políticas de Saúde, Neoplasias.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Giovana Paula Rezende Simino

Acompanhamento de usuários com câncer e seus cuidadores por trabalhadores de equipes de saúde da família: possibilidades e desafios. Ribeirão Preto, 2009.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Aos meus amados pais:

PAULO, pelo amor sólido e sem barreiras.
Obrigada pela minha vida!

EUNICE (*in memorian*), todas as palavras
são infinitamente pequenas para expressar
o amor, a ternura e a presença constante em minha vida.

Ao meu avô **DIVINO** (*in memorian*):

Apaixonado pela vida e pessoa com câncer.

Agradecimentos

À **DEUS**, pelo amor, força e coragem com que me abençoa todos os dias.

À **Profa Dra Silvana Martins Mishima**, orientadora, cientista, professora e amiga. Obrigada por acreditar em meu trabalho e dar suas mãos para me conduzir no percurso da pesquisa, da responsabilidade, da ética e do humanismo.

Aos meus **irmãos Lígia e Paulinho**, pelo amor eterno e puro. Obrigada por tornarem os meus dias sempre mais felizes. Amo vocês!!!!.

Á minha **avó Hermínia** pelas orações e amor.

Ao **Renes**, meu amor, por estar sempre ao meu lado com carinho, paciência e amor.

À **Professora Dra Magali Roseira Boemer** por me impulsionar no mundo dos estudos e acrescentar a minha vida um pouco de conhecimento sobre a beleza da vida, ao refletir sobre a morte humana.

Às **Professoras Dras Maria Cecília Puntel de Almeida** (*in memorian*) e **Maria José Bistafa Pereira** pelo engrandecimento em minha vida acadêmica e pessoal.

À **Professora Doutora Cláudia Benedita dos Santos** pela assessoria prestada aos dados quantitativos deste trabalho.

Aos **Professores Doutores Pedro Fredemir Palha** e **Emília Campos de Carvalho** pelas valiosas contribuições na qualificação desta dissertação.

Aos juízes da validação do instrumento de coleta de dados: **Ilka, Claudia, Nélio, Márcia, Ana Maria, Marcela.**

Aos amigos da pós-graduação, em especial, à **Denise Helena Fornazari**, **Lauren Suemi Kawata, Vanessa Pirani Gaioso, Ellen Cristina Barbosa dos Santos, Cristiane Vasques, Celiane Borges Camargo** e a todas as **orientandas da Professora Silvana.**

Aos queridos amigos do Hospital Estadual de Ribeirão Preto.

À **Adriana** pela colaboração na coleta de dados.

À **Cristiane Gramaniv Say** pela grande ajuda na impressão dessa dissertação e pelo carinho e cordialidade nesta etapa final.

Aos amigos **Karina, Kenedy, Eliete, Ângelo, Lourdes** e **Sandra**, amigos que fizeram a vida carioca ser vista do alto do Pão de Açúcar.

Aos **profissionais** e, principalmente, às queridas pessoas com câncer do **Instituto Nacional de Câncer** que me ensinaram muito sobre o valor da vida.

Aos **docentes, funcionários e alunos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo** por partilharem conhecimentos e expectativas.

Aos **trabalhadores das Equipes de Saúde da Família do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto.**

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**, pelo suporte financeiro por meio do processo 301443/2006-8, sob coordenação da Profa Dra Silvana Martins Mishima.

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas!

Mário Quintana

RESUMO

SIMINO, G.P.R. **Acompanhamento de usuários com câncer e seus cuidadores por trabalhadores de equipes de saúde da família: possibilidades e desafios.** Ribeirão Preto, 2009. 136 p. (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O câncer é uma doença de importância para Saúde Pública e estima-se que 12,6% do total de mortes são causadas por este agravo no mundo. Essa estimativa é maior que as mortes causadas pelo HIV/AIDS, tuberculose e malária juntos, sendo imprescindível o conhecimento da epidemiologia da doença e de suas repercussões locais para o planejamento de combate à doença. A Política Nacional de Atenção Oncológica, do Ministério da Saúde do Brasil, determina que os cuidados ao usuário com câncer contemplem todos os níveis de atenção à saúde. À Atenção Básica cabem ações voltadas ao indivíduo e coletivo, com foco na família. Assim, as Equipes de Saúde da Família (ESF) devem constituir-se como a porta de entrada do sistema de saúde, oferecendo respostas aos problemas e necessidades dos usuários e possibilitando acesso a outros níveis de atenção do sistema de saúde, incluindo usuários com câncer. Desta maneira, o objetivo geral deste estudo é identificar e analisar as ações de acompanhamento desenvolvidas pelos trabalhadores de 13 ESF aos usuários com câncer no município de Ribeirão Preto-SP, segundo os trabalhadores destas equipes. Trata-se de um estudo de caráter descritivo exploratório, utilizando de abordagem quanti-qualitativa. Utilizou-se um questionário validado por 7 juízes na primeira fase do estudo para todos os trabalhadores das ESF do Distrito Oeste de Ribeirão Preto - SP, e na segunda fase foi realizada entrevista semi-estruturada com os trabalhadores de uma ESF. Participaram do estudo 101 trabalhadores das equipes mínimas de 13 ESF. Verificamos que 80,2% dos trabalhadores conheciam a presença de usuários com câncer na área de abrangência da unidade de saúde. Ainda, apenas 13,9% dos trabalhadores conheciam o total de usuários com câncer e 63,3% realizam atendimentos aos usuários. O apoio emocional ao cuidador do usuário com câncer é realizado por 43 trabalhadores, seguido pelos apoios: informativo, reforço e instrumental. Em relação à articulação da rede de serviços, 46,5% trabalhadores referiram não ter conhecimento de usuários contra-referenciados a ESF. O câncer mais prevalente nas unidades segundo os trabalhadores é o câncer de mama. A visita domiciliar é realizada por 93,1% dos trabalhadores que atendem usuários com câncer e 69,0% realizam discussão de caso de usuário com câncer em reuniões da equipe. Em relação ao atendimento, os trabalhadores referiram que as ESF são em sua maioria responsáveis pela busca do atendimento ao usuário com câncer. Foram identificados quatro temas emergentes na análise qualitativa: A identificação dos usuários com câncer pela ESF, Acompanhamento dos usuários com câncer e de seus cuidadores: possibilidades e dificuldades encontradas pela equipe, A (des)articulação da rede de atenção ao usuário com câncer e a seus cuidadores, Necessidades da ESF para o cuidado do usuário com câncer. Concluímos com esta pesquisa algumas necessidades e possibilidades dos trabalhadores das ESF para realizar o acompanhamento dos usuários e de suas famílias com câncer, sendo que este acompanhamento é realizado de modo não sistematizado. No entanto, as ESF trazem a coordenação da atenção e longitudinalidade como princípios que subsidiam o cuidado ao usuário com câncer e seus cuidadores e consideram o câncer uma doença complexa, que necessita de suporte para o usuário/cuidador, com possibilidades de ações desde o diagnóstico precoce aos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Políticas de Saúde, Neoplasias.

ABSTRACT

SIMINO, G.P.R. **Follow-up of users with cancer and their caregivers by workers of the family health teams: possibilities and challenges**. 2009. 136 p. Thesis (Masters) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto, 2009.

Cancer is an important disease for Public Health and it is estimated to cause 12.6% of the total deaths in the world. This estimate is higher than deaths caused by HIV/AIDS, tuberculosis and malaria together. The knowledge of the disease epidemiology and its local repercussions, to plan the disease fight, is indispensible. The National Policy of Oncology Care, by the Brazilian Ministry of Health, determines that care to cancer patients includes all levels of health care. Individual and collective actions, focused in family, are due to Primary Care. Thus, the Family Health Teams (FHT) should be the entrance to the health system, offering answers to users' problems and needs and enabling the access to other levels of care in the health system, including users with cancer. The general objective of this descriptive, exploratory, qualitative and qualitative study was to identify and analyze the actions of follow-up developed by workers of 13 FHT to users with cancer in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, according to the workers of these teams. A questionnaire validated by 7 experts was used in the first stage of the study, applied to all workers of the FHT of the West District of Ribeirão Preto. In the second stage, a semi-structured interview was carried out with workers of one FHT. In total, 101 workers of the minimum teams of 13 FHT participated in the study. It was verified that 80.2% of workers knew users with cancer in the area ranged by the health unit. Only 13.9% of workers knew the total users with cancer and 63.3% delivery care to users. Emotional support to users' caregivers is done by 43 workers, followed by informative, reinforcement and instrumental supports. Regarding the articulation of the services network, 46.5% of workers mentioned not knowing users who were sent to other health services and that were sent back to the FHT. Breast cancer is the most prevailing in the units, according to workers. Home visits are carried out by 93.1% of workers who provide care to users with cancer and 69.0% discuss cases of users with cancer during teams' meetings. Regarding care, workers mentioned that most FHT are responsible to provide care to users with cancer. Four themes emerged in the qualitative analysis: Identification of users with cancer by the FHT, Follow-up of users with cancer and their caregivers: possibilities and difficulties found by the team, The articulation and disarticulation of the care network to users with cancer and their caregivers, FHT needs in care to users with cancer. Research evidenced some needs and possibilities of FHT workers to follow-up users with cancer and their families. The follow-up is done in a non systematized way. However, FHT evidence the coordination of care and longitudinality as principles that support care to users with cancer and their caregivers. They consider cancer a complex disease, which need support to users/caregivers, with possibilities of actions ranging from the early diagnosis to palliative care.

Key words: Family Health Program, Primary Health Care, Health Policies, Neoplasms.

ABSTRACT

SIMINO, G.P.R. **Acompañamiento de usuarios con cáncer y sus cuidadores por trabajadores de equipos de salud de la familia: posibilidades y desafíos**. Ribeirão Preto, 2009. 136 p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

El cáncer es una enfermedad importante para la Salud Pública y se estima que el 12,6% del total de muertes en el mundo son causadas por ese problema. Esa estimativa es mayor que las muertes causadas por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria juntos, siendo imprescindible el conocimiento de la epidemiología de la enfermedad y de sus repercusiones locales para la planificación de combate a la enfermedad. La Política Nacional de Atención Oncológica, del Ministerio de la Salud de Brasil, determina que los cuidados al usuario con cáncer incluyan todos los niveles de atención a la salud. A la Atención Básica, caben acciones para el individuo y colectivo, con foco en la familia. Así, los Equipos de Salud Familiar (ESF) deben ser la puerta de entrada del sistema de salud, ofreciendo respuestas a los problemas y necesidades de los usuarios y posibilitando acceso a otros niveles de atención del sistema de salud, incluyendo usuarios con cáncer. El objetivo general de ese estudio descriptivo, exploratorio, con aproximación cuanti-cualitativa es identificar y analizar las acciones de acompañamiento desarrolladas por los trabajadores de 13 ESF a los usuarios con cáncer en el municipio de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, según los trabajadores de esos equipos. Fue utilizado un cuestionario validado por 7 jueces en la primera fase del estudio, para todos los trabajadores de los ESF del Distrito Oeste de Ribeirão Preto. En la segunda fase fue realizada entrevista semi-estructurada con los trabajadores de un ESF. Participaron del estudio 101 trabajadores de los equipos mínimos de 13 ESF. Se verificó que el 80,2% de los trabajadores conocían la presencia de usuarios con cáncer en el área de alcance de la unidad de salud. Aún, solo el 13,9% de los trabajadores conocían el total de usuarios con cáncer y el 63,3% realizan atención a esos usuarios. El apoyo emocional al cuidador del usuario con cáncer es realizado por 43 trabajadores, seguido por los apoyos informativo, refuerzo e instrumental. En relación a la articulación de la rede de servicios, el 46,5% de los trabajadores refirieron no tener conocimiento de usuarios encaminados a otros servicios que volvieron al ESF. El cáncer más prevalente en las unidades según los trabajadores es el cáncer de la mama. La visita domiciliaria es realizada por el 93,1% de los trabajadores que atienden usuarios con cáncer y el 69,0% realizan discusión de caso de usuario con cáncer en reuniones del equipo. En relación a la atención, los trabajadores refirieron que los ESF son en su mayoría responsables por la búsqueda de la atención al usuario con cáncer. Fueron identificados cuatro temas emergentes en el análisis cualitativo: La identificación de los usuarios con cáncer por el ESF, Acompañamiento de los usuarios con cáncer y de sus cuidadores: posibilidades y dificultades encontradas por el equipo, La (des)articulación de la rede de atención al usuario con cáncer y a sus cuidadores, y Necesidades del ESF para el cuidado del usuario con cáncer. La investigación evidencia algunas necesidades y posibilidades de los trabajadores de los ESF para realizar el acompañamiento de los usuarios con cáncer y de sus familias, siendo que ese acompañamiento es realizado de modo no sistematizado. Sin embargo, los ESF traen la coordinación de la atención y longitudinalidad como principios que apoyan el cuidado al usuario con cáncer y sus cuidadores. Ellos consideran el cáncer una enfermedad complexa, que necesita de suporte para el usuario/cuidador, con posibilidades de acciones desde el diagnóstico precoz hasta los cuidados paliativos.

Palabras clave: Programa de Salud Familiar, Atención Primaria de Salud, Política de Salud, Neoplasias.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição numérica dos usuários por USF segundo atendimentos realizados. Ribeirão Preto, 2009

Figura 2 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo porcentagem de atendimento aos usuários com câncer e ESF, em relação ao total de atendimentos. Ribeirão Preto, 2009

Figura 3 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família ligadas a USP segundo porcentagem de atendimento aos usuários com câncer e ESF, em relação ao total de atendimentos. Ribeirão Preto, 2009

Figura 4 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família ligados à SMS de Ribeirão Preto, segundo porcentagem de atendimento aos usuários com câncer e ESF, em relação ao total de atendimentos. Ribeirão Preto, 2009

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das ESF do Distrito Oeste segundo adesão a realização da pesquisa. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 2 - Distribuição numérica dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo categoria profissional e ESF. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo categoria profissional e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo faixa etária e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo sexo, escolaridade e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo tempo de trabalho na ESF atual e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo locais de trabalho na área da saúde anteriores ao trabalho na SF e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo tipo de curso técnico e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais de nível universitário das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo tipo de curso pós-graduação e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste com experiência de trabalho anterior com usuários com diagnóstico de câncer segundo categoria profissional e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 11 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo conhecimento sobre existência de usuários com câncer na área de abrangência da unidade de saúde, número total desses usuários e atendimento realizado. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo o conhecimento acerca do tipo de câncer mais prevalente na área de abrangência e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 13 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste que realizam atendimento aos usuários com câncer segundo categoria profissional e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo categoria profissional, realização de visita domiciliar, discussão em reunião de equipe das situações relativas ao usuário/familiar com câncer, e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 15 - Distribuição numérica e percentual dos atendimentos realizados pelas ESF do Distrito Oeste segundo o sujeito que dispara este atendimento e dependência funcional das unidades. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 16 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo conhecimento do local de confirmação diagnóstica de câncer dos usuários atendidos e dependência funcional. Ribeirão Preto, 2009.

TABELA 17 - Distribuição numérica e percentual dos outros atendimentos aos usuários com câncer realizados pelos trabalhadores da ESF do Distrito Oeste segundo dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 18 - Distribuição numérica e percentual dos médicos, enfermeiros e dentistas segundo realização de consultas a usuários com diagnóstico de câncer e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 19 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo realização de procedimentos técnicos no cuidado ao usuário com câncer e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 20 - Distribuição numérica dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo tipo de apoio ao cuidador do usuário com câncer e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACD- Auxiliar de Consultório Dentário
Aux. Enf. – Auxiliar de enfermagem
APS – Atenção Primária à Saúde
CACONs - Centros de Alta Complexidade em Câncer
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10 – Classificação Internacional das Doenças
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CSE –FMRP-USP - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
VIII CNS – VIII Conferência Nacional de Saúde
DST/AIDS – Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome Imunodeficiência Aguda
EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EMAPO - Equipo Multidisciplinario de atención a pacientes oncológicos
EMO - Apoio emocional
ESF – Equipe de saúde da Família
FAF - Fundação Ary Frauzino
HCFMRP-USP- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HERP - Hospital Estadual de Ribeirão Preto
INCA – Instituto Nacional de Câncer
INFO – Apoio informativo
INST – Apoio instrumental
MATER - Maternidade do Complexo Aeroporto
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PIDAAC – Programa de Integração Docente Assistencial na área do Câncer
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

RAO - Rede de Atenção Oncológica

REFOR – Apoio de reforço

SF – Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

TCD – Técnico de Consultório Dentário

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UBDS - Unidades Básicas e Distritais

UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF - Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

WHO – World Health Organization

Sumário

APRESENTAÇÃO..... 19

1. INTRODUÇÃO: delimitando a problemática de estudo..... 24

1.1. Aspectos gerais sobre o câncer – introduzindo o tema..... 25

1.2. Quadro epidemiológico do câncer e a Política Nacional de Atenção Oncológica no Brasil..... 26

1.3. A Saúde da Família e a organização da atenção aos pacientes com câncer – alternativas que buscam a construção de uma rede integrada de serviços para a assistência..... 31

1.4. Justificativa..... 42

2. OBJETIVOS..... 45

2.1. Geral..... 46

2.2. Específicos..... 46

3. PERCURSO DA PESQUISA..... 47

3.1. Campo de Estudo – a cidade de Ribeirão Preto..... 49

3.2. Aspectos legais e éticos..... 51

3.3. As fases da pesquisa: as técnicas e instrumentos de coleta de dados, os sujeitos da pesquisa..... 51

3.3.1. Primeira fase da pesquisa..... 51

3.3.1.1. Construção e validação do instrumento de coleta de dados..... 52

3.3.1.2. A definição dos sujeitos da primeira etapa..... 53

3.3.2. Segunda fase da pesquisa..... 55

3.4. Análise dos dados..... 57

4. OS TRABALHADORES E SUA AÇÃO NO ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS COM CÂNCER E SEUS CUIDADORES NA ATENÇÃO BÁSICA..... 60

4.1. Caracterização dos trabalhadores de Saúde da Família que atuam no Distrito de Saúde..... 62

4.2. Ações de acompanhamento aos usuários com câncer e seus cuidadores pelos trabalhadores da Saúde da Família..... 72

4.2.1. A identificação dos usuários com câncer pela ESF..... 73

4.2.2. Acompanhamento dos usuários com câncer e de seus cuidadores: possibilidades e dificuldades encontradas pela equipe..... 86

4.2.2.1. Possibilidades de acompanhamento..... 88

4.2.2.2. Dificuldades vivenciadas no acompanhamento dos usuários com câncer e seus cuidadores..... 97

4.2.3. A (des)articulação da rede de atenção ao usuário com câncer e a seus cuidadores..... 101

4.2.4. Necessidades da ESF para o cuidado do usuário com câncer..... 106

4.2.4.1 Capacitação dos trabalhadores..... 106

4.2.4.2. Intersetorialidade em saúde..... 110

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 114

APÊNDICES..... 117

REFERÊNCIAS..... 125

ANEXOS..... 133

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Durante o curso de bacharel em Enfermagem fui bolsista de Iniciação Científica, podendo aproximar-me do tema da morte e do morrer sob orientação da Profa Dra Magali Roseira Boemer, tendo a possibilidade de realizar estágios voluntários e curriculares na área da oncologia.

Após a conclusão do curso de bacharel em Enfermagem em 2004, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP), ingressei no Programa de Residência de Enfermagem em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2005. O Programa possuía carga horária de 3.520h, em regime de 40 horas semanais, com duração de dois anos. No primeiro ano, o enfermeiro residente participava de atividades teóricas e práticas relacionadas à prevenção do câncer, à oncologia clínica, à oncologia cirúrgica e aos cuidados paliativos. No segundo ano, desenvolvia suas atividades em apenas uma das seguintes áreas de concentração: oncologia clínica, oncologia cirúrgica ou cuidados paliativos. No entanto, a carga horária prática destinada às ações de atenção em oncologia no nível primário de saúde se restringia a 160h (prevenção primária de câncer de colo de útero e diagnóstico precoce de mama). Portanto, o programa de residência era marcadamente voltado para a assistência hospitalar que utiliza hospitais de referência no tratamento e reabilitação do paciente com câncer.

O INCA possui duplo papel diante do Ministério da Saúde (MS). É responsável pelas políticas nacionais de controle e tratamento do câncer para o Sistema Único de Saúde (SUS) e abrange quatro hospitais de nível terciário e um centro de transplante de medula óssea de alta densidade tecnológica assistencial, pesquisa e ensino. A assistência ao usuário com câncer ocorre no Instituto aos usuários referenciados do nível secundário e terciário. Os usuários com diagnóstico de câncer irão para triagem do Instituto e esta os encaminhará às especialidades do INCA, aonde será acompanhado.

O tratamento escolhido para a doença pode abranger basicamente a quimioterapia antineoplásica, a radioterapia e cirurgia combinados ou de maneira isolada. Após o protocolo de tratamento realizado, o usuário passa a ser seguido nos ambulatórios multiprofissionais até a alta hospitalar, sendo programados retornos espaçados.

Acreditamos que o diagnóstico, definição do tratamento e alta hospitalar do usuário com câncer são momentos de muitas dúvidas, nos quais os usuários e seus cuidadores devem ser orientados quanto ao manuseio de dispositivos, curativos, administração de medicações, sinais e sintomas de emergências, dentre outras informações.

Cabe destacar que, o diagnóstico do câncer é percebido por muitos usuários como um evento ameaçador da vida e que a família e os amigos também são atingidos diretamente pela doença, uma vez que esta gera gastos monetários, cuidados que incluem isolamento social e tensões familiares (SILVA, 1997).

Apesar do ambulatório e emergência dos hospitais públicos oncológicos, assim como de outros hospitais de nível terciário, atenderem aos usuários no período pós-tratamento, entendemos que muitos cuidados poderiam ou deveriam ser realizados pelos níveis primário e secundário de atenção à saúde. Cuidados, estes, relacionados às co-morbidades anteriores ao diagnóstico de câncer e aos tratamentos após diagnóstico de câncer, como realização de curativos em feridas tumorais e feridas operatórias, manuseio de estomias, sondas, próteses e órteses, uso de medicações, entre outros.

Pelas suas especificidades, os cuidados com o usuário com câncer necessitam da atenção do nível terciário para a realização, muitas vezes, de tratamentos sofisticados, visando à resolução do problema apresentado pelo usuário ou sua minimização. Os hospitais mais intensamente têm disponíveis recursos tecnológicos mais densos, com intensa utilização de tecnologias duras e leve-duras, sem descartar a utilização de tecnologias leves[1]. No entanto, vivemos em um país aonde o sistema público necessita distribuir os recursos escassos da

[1] Tecnologias duras, leve-duras e leves é uma terminologia utilizada por Merhy (1997) referindo-se ao conjunto de tecnologias que temos à disposição na saúde, sendo as tecnologias duras aquelas que se referem aos equipamentos, normas, rotinas, protocolos; as leve-duras aos saberes e práticas que são produzidos e utilizados no campo da saúde e as leves, as tecnologias de relação: a escuta, o acolhimento, as formas de relação que permitem vínculo com o usuário (MERHY, 1997).

melhor maneira possível, assim como permitir o acesso a maior quantidade de pessoas, como uma questão bioética (KLIGERMAN, 1999).

Os centros de referência públicos em oncologia são deficientes quantitativamente em número no Brasil, sendo que os Centros de Alta Complexidade em Câncer (CACONs) são concentrados prioritariamente nas regiões Sudeste e Sul (SILVA; ARREGI, 2005). Muitos usuários precisam se deslocar de suas cidades e até dos seus estados, tendo assim que percorrer grandes distâncias geográficas para receber assistência oncológica. Tal situação dificulta a continuidade e orientação quanto aos cuidados necessários ao usuário com câncer, assim como do conjunto dos trabalhadores de saúde.

No Brasil, como ocorre nos países em desenvolvimento, o câncer é diagnosticado muitas vezes em estágio avançado, e não raro em serviços especializados de nível terciário, principalmente em algumas regiões do país.

A experiência de trabalho no INCA nos indica que os usuários possuem co-morbidades crônicas prévias, como hipertensão arterial, diabetes entre outras, e mesmo após o término do tratamento oncológico muitos deles vêm ao Instituto para sanar episódios emergenciais relacionados às co-morbidades.

Assim, surgiu uma inquietação inicial: *Como está sendo realizado o acompanhamento de usuários câncer pelos profissionais de saúde na Atenção Básica, a partir da definição de seu diagnóstico?*

Certamente uma questão ampla, mas como questão inicial, disparou inúmeras outras questões: é realizado o diagnóstico de câncer na atenção básica? Como são articuladas as informações dos diagnósticos realizados no nível secundário e terciário para que as UBS e ESF tenham conhecimento dos usuários de sua área de abrangência com o diagnóstico de confirmação? Os trabalhadores envolvidos dispõem de ferramentas para apoio diagnóstico, mecanismos formais de encaminhamento do usuário para outros níveis de atenção, mecanismos de acompanhamento do usuário quando este necessita recursos terapêuticos em outros níveis de atenção? O diagnóstico de câncer acontece prioritariamente no nível

secundário e terciário? É realizado capacitação dos trabalhadores no nível primário de atenção para o atendimento de usuários/famílias com câncer?

Enfim, muitos outros questionamentos, que encaminharam para o desenvolvimento dessa investigação que se volta a identificar e analisar o acompanhamento da equipe de Saúde da Família aos usuários/cuidadores com câncer na atenção básica a partir da definição de seu diagnóstico.

O acompanhamento do usuário com diagnóstico de câncer nas ESF está definido pela Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), no entanto, este tem sido pouco dimensionado em estudos científicos. Destacamos, então, que o acompanhamento a estes usuários está sendo definido a partir dos atributos da Atenção Primária á Saúde, e neste estudo buscamos a compreensão deste acompanhamento por meio da definição da longitudinalidade da atenção. O princípio da *longitunidalidade* em APS é trazido por Starfield (2002) como o acompanhamento dos indivíduos de maneira continua ao longo do tempo, independente da presença de problemas de saúde. Este acompanhamento pode ser realizado pelo profissional médico e por profissionais não médicos, que se constituem referência para o acesso do indivíduo e do coletivo. Ainda, a autora traz os benefícios da *longitudinalidade:* “menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações e custo total mais baixo” (STARFIELD, 2002, p. 283).

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO - delimitando a problemática de estudo

1.1. Aspectos gerais sobre o câncer – introduzindo o tema

A carcinogênese é um processo desencadeado por três etapas. Inicia-se com exposição de um agente carcinogênico (físico, biológico ou químico) cuja exposição constante, sem proteção, aliada aos fatores genéticos individuais e ao estilo de vida podem ocasionar uma mutação genética, produzindo uma célula geneticamente modificada. Ainda não há como detectar a presença da doença clinicamente. Esta fase da carcinogênese é chamada de *iniciação*. A mutação genética pode ser extinta pelo organismo por meio dos mecanismos de defesa imunológicos.

No entanto, se a mutação genética for estimulada por agentes carcinogênicos e se multiplicar para outras células por mitose e não for impedida, ocorre a segunda fase da carcinogênese: *a promoção*.

A invasão das células cancerígenas aos órgãos adjacentes e por metástases é dada o nome de *progressão*. O fumo é um agente carcinogênico completo, pois pode atuar nas três fases da carcinogênese (BRASIL, 1996).

A incidência de câncer em 2002 no mundo foi de 4,4 milhões de casos, sendo que os fatores responsáveis por esta incidência estão relacionados ao uso do tabaco, dieta inadequada e associada ao estilo de vida sedentário e infecções crônicas. Estes fatores são passíveis de prevenção primária do câncer, evitando o estímulo da carcinogênese (WHO; UICC, 2005; BRASIL, 2008b).

Atribui-se ao uso do tabaco a mortalidade de 30% dos cânceres nos países desenvolvidos. É ainda responsável por 80% do total de mortes provocados por câncer de pulmão nos homens e 45% nas mulheres. O uso do tabaco está associado também aos cânceres de boca, laringe, traquéia, bexiga, rim, fígado e pâncreas (WHO; UICC, 2005) (BRASIL, 2008b). A dieta rica em gorduras saturadas e carboidratos tem sido constante na vida moderna, dos países desenvolvidos em maior freqüência, mas com incremento já

significativo nos países em desenvolvimento. A obesidade, aliada ao estilo de vida esta associada aos cânceres de cólon, útero, mama, esôfago e rim (WHO; UICC, 2005) (BRASIL, 2008b). Outro aspecto a ser considerado, refere-se às infecções crônicas que são responsáveis por 20% dos cânceres no mundo. As principais doenças infecciosas são as hepatites (fígado), papiloma vírus humano (cérvix), *Helicobacter pylori* (estômago), vírus da imunodeficiência humana – HIV (sarcoma de kaposi e linfoma) (WHO; UICC, 2005).

Ainda, os fatores de risco para o câncer compreendem o uso abusivo do álcool, medicamentos, fatores ocupacionais e as radiações, sendo que a radiação solar é responsável pela maior incidência de câncer no Brasil: o câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2008b)[2].

1.2. Quadro epidemiológico do câncer e a Política Nacional de Atenção Oncológica no Brasil

O câncer abrange mais de 200 doenças que possuem características distintas de progressão. Pode ser definido como o crescimento de células indiferenciadas que acometem os tecidos e atravessam suas barreiras normais, podendo disseminar-se pelo organismo e causar a morte do indivíduo (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO, 1999). É classificada como uma doença crônico-degenerativa e possui etiologia múltipla, sendo sua incidência e prognóstico definidos por fatores relacionados à genética, ao estilo de vida e principalmente ao nível sócio-econômico (FERREIRA; ROCHA, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a doença neoplásica como um problema de Saúde Pública, que atinge pessoas de diferentes idades, classes sociais e ambos os sexos. O câncer representa a segunda causa de morte nos países desenvolvidos e está em terceiro lugar nos países em desenvolvimento, sendo que estima-se que 12,6% do total de mortes são causadas por este agravo em todo o mundo. Essa estimativa representa maior porcentagem do que para as mortes causadas pelo HIV/AIDS, tuberculose e malária juntos no mundo (WHO; UICC, 2005).

[2] http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13, acessado em 07.06.09.

Em 2000, as neoplasias foram responsáveis por 10,1 milhões de casos novos e causaram mais de 6,2 milhões de mortes pelo mundo. A OMS enfatiza que no ano de 2020 a incidência de casos pode aumentar em 50% e o número de mortes pode chegar a 10 milhões, caso não seja promovida uma ação eficaz para sua prevenção e controle. As taxas de crescimento do câncer são maiores nos países em desenvolvimento, destacando-se a América do Sul e Central, Norte da África e parte do Oriente Médio. Ainda, segundo a OMS, a incidência das neoplasias será menor nos países que diminuírem o consumo de tabaco e adotarem políticas de estilo de vida saudáveis (OMS, 2003).

Segundo as estimativas do INCA, realizadas em 2007 para o ano de 2008, previu-se a ocorrência de cerca de 466.630 mil casos novos no Brasil, sendo 231.860 mil entre os homens e 234.870 mil entre as mulheres. Os tumores mais incidentes previstos foram os de pele não melanoma (115 mil), mama feminina (49 mil), próstata (49 mil), pulmão (27 mil), colo de útero (19mil) e cólon e reto (14mil) (BRASIL, 2007).

Um dado que cabe ser ressaltado, diz respeito ao fato que no Brasil, os custos de internações hospitalares com o câncer estarem entre os mais onerosos, sendo que entre os anos de 1991 e 1996, os valores ficaram atrás somente dos gastos com transtornos mentais (BRASIL, 2002).

Outra questão que também merece destaque refere-se aos dados da OMS para as doenças crônicas, que representam 60% de todo o ônus em saúde no mundo, sendo que nos países em desenvolvimento a adesão adequada aos tratamentos é de apenas 20% acarretando encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Estes países enfrentam uma situação de combate às doenças infecciosas persistentes e o aumento rápido das condições crônicas (OMS, 2003).

Este quadro, certamente indica a importância do câncer no contexto de saúde atual tanto no que diz respeito ao seu impacto no quadro de morbimortalidade, quanto da preparação dos profissionais para enfretamento do agravo, como da organização dos serviços para a atenção se processar.

Alguns estudos (FERREIRA et al;1994; GUTIERREZ; CASTRO; AGUINAGA, 1993; VIANNA; SCHIRMER; 1994) têm discutido a formação de profissionais pensando o ensino da oncologia nos cursos de graduação.

Segundo estudo realizado por Ferreira et al (1994) sobre a formação acadêmica de enfermeiros que trabalham em unidades de tratamento oncológico os autores encontraram que a formação teórica e prática é insuficiente para o exercício da assistência em oncologia.

Gutierrez; Castro e Aguinaga (1993) realizaram um estudo para mapear o ensino de oncologia nos cursos de enfermagem no Brasil, sendo que participaram do estudo 60 escolas, 55% destas informaram ministrar conteúdo de oncologia aos alunos, sendo que esse conteúdo é ministrado em disciplinas isoladas e que o ensino prático é realizado, principalmente, em hospitais gerais que prestam cuidados eventuais a usuários com câncer.

Em outro estudo realizado por Vianna e Schirmer (1994) para conhecer a aderência ao projeto de implantação do ensino de oncologia nos cursos de graduação em oncologia promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo e o Inca, mais de 50% dos respondentes consideraram pertinente essa proposta de ensino da oncologia, principalmente quanto à formação de grupos de estudo, capacitação dos docentes e organização dos cursos de extensão.

A formação profissional, de modo geral, tem sido foco em debates dentro e fora do meio acadêmico. A urgência pela discussão da formação acadêmica e dos processos de educação permanente em saúde ocorre principalmente devido à exigência de um profissional que possa responder às demandas oriundas do câncer, no contexto epidemiológico atual, como uma doença crônica, somado às situações de assistência a saúde ao usuário com câncer na Atenção Básica, bem como atender aos princípios que sustentam o SUS. No campo da Saúde Pública, vem-se discutindo a formação acadêmica na busca da integração ensino-serviço, de modo que esta possa ser mais articulada à realidade dos serviços de saúde. Ou seja, a preocupação em um profissional de saúde que tome como central a busca e a efetivação da interdisciplinaridade, assim como a interação

com gestores, universidades, estudantes e usuários de saúde de modo a qualificar a atenção no sentido da integralidade da atenção (CECCIM, 2002).

Para avaliar e acompanhar a implantação do ensino em oncologia de médicos e enfermeiros foi criado o PIDAAC (Programa de Integração Docente Assistencial na área do Câncer), uma parceria do INCA/MS e as escolas de enfermagem e as faculdades de medicina do Brasil. O PIDAAC de Enfermagem foi criado em 1998 e o PIDAAC de Medicina foi criado no ano anterior. Ambos têm realizado junto às universidades estimulo (por meio de material informativo e sensibilização do câncer como doença crônica em visitas as universidades) para o ensino da oncologia na grade curricular dos alunos de graduação e sua avaliação e a formação de especialistas que já atuam em serviços de oncologia (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2008b).

Em relação às políticas de controle do câncer no Brasil, estas estão intimamente ligadas ao momento histórico e político que o país está inserido enquanto organização do sistema de saúde e no conhecimento científico acerca da doença (ZEFERINO, 1997).

Assim, para se considerar as políticas de combate ao câncer é preciso contextualizá-las na conformação do SUS, que foi instituído com a Constituição Federal de 1988, e regulamentado em 1990 por meio das Leis Orgânicas da Saúde (nº 8080 e 8142), onde se considera a saúde dever do Estado e direito universal dos cidadãos brasileiros, garantindo-se a atenção à saúde, por meio da execução de políticas públicas à população rural e urbana, independente de vínculo trabalhista, idade e classe social. Por meio dos princípios doutrinários ou filosóficos e dos princípios organizativos ou diretivos, o SUS direciona suas políticas públicas de saúde para todo o país para as três esferas de governo (municipal estadual e federal).

Neste contexto, o Ministério da Saúde destinou ao INCA, em 1990, o papel de desenvolver e conduzir ações políticas nacionais de controle do câncer. Em 1991, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer foi substituída pela Fundação Ary Frauzino (FAF) para fins de pesquisa e controle do câncer (ZEFERINO, 1997).

Em 2000, Rede de Atenção Oncológica (RAO) foi aprovada pelo Ministério da Saúde, objetivando o aumento da capacidade de serviços oncológicos do SUS. Para isso, foi criado o

Projeto Expande, coordenado pelo INCA, que visa a implantação de Centros de Alta Complexidade em Câncer (CACONs), Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e serviços isolados de radioterapia e/ou quimioterapia. As UNACON são unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes. Podem ou não possuir equipamentos para o tratamento radioterápico e devem referenciar os pacientes que necessitam de radioterapia. Os CACON também são unidades hospitalares, no entanto prestam assistência a todos os tipos de cânceres e possuem toda a infra-estrutura de recursos materiais e humanos (BRASIL, 2008a).

Outro aspecto que se faz presente na política de controle do câncer, foi a edição da portaria nº 2.439/GM de 8 de Dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a qual determina que os cuidados contemplem os níveis da atenção básica à atenção especializada de média e alta complexidade de atendimento, para que ocorram ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Assim, determina que a assistência seja organizada em níveis de hierarquia, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral (BRASIL, 2005a).

A Portaria estabelece que à atenção básica de saúde[3], incluindo Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família, cabem ações voltadas para o indivíduo e coletivo com foco na promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como o diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, os cuidados paliativos e as ações clínicas para o seguimento de doentes tratados. Ainda, aponta a necessidade de compartilhar informações, por meio de subsistemas de informações com o propósito de utilizá-las na promoção à saúde. A Portaria nº 2.439, enfatiza também a necessidade de especializar os recursos humanos e promover a

[3] Gil (2006) aponta que a terminologia, atenção primária à saúde, atenção básica, saúde da família tem sido utilizada indistintamente. Aqui, considera-se Atenção Básica à Saúde como a terminologia utilizada no Brasil para atenção processada em serviços básicos de saúde por referência aos princípios da atenção primária à saúde.

educação permanente dos profissionais envolvidos com a implementação e implantação da Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005a).

A partir de 2006, numa perspectiva de superar as dificuldades enfrentadas e fortalecer o SUS, é lançado o PACTO PELA SAÚDE - 2006, documento fruto da negociação entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), onde são pactuadas responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. (BRASIL, 2006a)

> A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da eqüidade social (BRASIL, 2006a, p.7-8).

Especificamente em relação ao Pacto pela Vida, este expressa "o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira", sendo pactuadas 6 prioridades: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama (grifo nosso); Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica (grifo nosso) (BRASIL, 2006a, p.9).

1.3. A Saúde da Família e a organização da atenção aos usuários com câncer – alternativas que buscam a construção de uma rede integrada de serviços para a assistência

Em 1978, na cidade de Alma Ata, capital do Kazaquistão foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sob a organização da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), definindo a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo para a reorganização dos

serviços de saúde, visando diminuir as imensas desigualdades sócio-econômicas sanitárias existentes no mundo (OMS, 1979).

O Brasil acompanhando o movimento internacional da Conferência de Alma Ata, e o contexto de mudanças na América Latina, volta-se a refletir suas políticas de saúde segundo os conceitos trabalhados na Conferência em Alma Ata. Segundo Starfield (2002), a APS tem como elementos essenciais o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação da atenção, a focalização na família e a orientação na comunidade.

O *primeiro contato* pressupõe a acessibilidade do usuário e o uso dos serviços de saúde em suas necessidades de saúde, independentemente da gravidade do problema apresentado, indica a porta de entrada ao sistema de saúde. A *longitudinalidade* consiste no acompanhamento do indivíduo e sua família ao longo do tempo, não apenas na presença da doença, marcado pela relação de vínculo e relações interpessoais de confiança entre o usuário/família e a equipe/serviço de saúde. A *integralidade* garante a continuidade da prestação da assistência à saúde independente da complexidade que o problema de saúde exija, assim como considera as possíveis causas individuais de cada pessoa no seu processo de adoecimento. A *coordenação da atenção* representa a capacidade do serviço de dar atenção as necessidades individuais e coletivas e garantir o seguimento constante pela equipe de saúde, mesmo que os problemas de saúde estejam sendo sanados em outro nível de assistência à saúde. *Focalização na família* considera a família o núcleo da atenção à saúde, com a interação permanente da equipe de saúde com a família para conhecimento integral dos problemas de saúde. *Orientação na Comunidade* implica em conhecer as famílias em seu contexto cultural, socioeconômico e social (STARFIELD, 2002).

Mendes (2002) ao discutir a APS no contexto brasileiro, aponta que sua interpretação e operacionalização podem ocorrer de forma distinta, a depender do contexto sócio-político-econômico e ideológico. Assim, segundo esse autor existem no Brasil, ao menos, três interpretações para a Atenção Primária à Saúde.

Uma primeira interpretação seria a *APS como atenção primária seletiva.* A atenção à saúde dispensada pela APS é focalizada, ou seja, uma atenção pobre para pessoas pobres.

É entendida como uma ação destinada a usuários de classe econômica baixa, não oferecendo recursos humanos qualificados e nem referência para outros níveis de assistência, possuidores de maior densidade tecnológica.

Uma segunda interpretação é a *APS como sinônimo de nível primário do sistema de saúde,* no qual se propõe a resolução de casos de enfermidades mais comuns, com utilização de recursos de baixo custo. Funciona como a porta de entrada ao sistema.

Reorganizar o sistema de serviços de saúde é a terceira interpretação, na qual a APS se apresenta com os recursos adequados para satisfazer necessidades e demandas da população, encaminhando os usuários para outros níveis de atenção sempre que necessário, não perdendo nesses casos o vínculo e o acompanhamento de sua situação de saúde. A lógica da atenção à saúde, neste caso, está voltada para a ação destinada a situações que apresentam alta complexidade assistencial, contudo, não necessitando majoritariamente de alta densidade tecnológica para sua resolução.

Ainda, o documento Renovação da APS nas Américas (OPAS, 2007, p. 4) aponta uma quarta interpretação, indicando a APS como filosofia que permeia o setor social e saúde "enfatizando a saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde".

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no Brasil e 1986, trouxe à tona a questão da saúde com amplitude de seu conceito, não a considerando como a simples ausência de doença, mas sim um estado resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Sendo assim, a saúde não estaria mais relacionada apenas à ausência de doenças, mas seria resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida e de saúde (AROUCA, 1987).

Assim, o SUS nasce meio aos debates levantados durante a VIII CNS e se encontra na formulação de uma nova constituição federal, promulgada em 1988, a raiz inicial para sua construção enquanto sistema, marcado por princípios doutrinários ou filosóficos que são

integralidade, eqüidade e universalidade e por princípios organizativos: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

A *universalidade* é compreendida a partir do reconhecimento da assistência à saúde como um direito fundamental do cidadão, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. A *eqüidade* é um princípio de justiça social porque busca diminuir desigualdades, ou seja, tratar desigualmente os desiguais. A *integralidade* significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. Engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e em seu sentido ampliado considera a pessoa com um ser integral, inserida em um contexto familiar, social, cultural e econômico.

Os princípios organizativos do SUS trazem a viabilização de suas operações gerenciais. A *descentralização* garante a transferência de recursos financeiros e poder para esferas menores que o governo federal, ou seja, os estados e os municípios. Permite que a destinação dos recursos seja feita a contemplar as necessidades de cada localidade e ainda possibilita a participação social. A *regionalização* significa a distribuição dos serviços em uma determinada região, possibilitando oferecer tanto os serviços como as ações de saúde mais próximos de onde as pessoas moram. A *hierarquização* implica a estruturação e organização da assistência à saúde por níveis de complexidade tecnológica. A *participação social* permite a participação dos usuários e da comunidade na construção e fiscalização das ações de saúde.

Assim, o SUS vem se constituindo no país, a partir destes princípios, há cerca de 20 anos, com acertos e dificuldades, sendo que recentemente, uma “nova” abordagem da APS se faz presente no Brasil através da edição da Portaria n° 648 do MS, de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta portaria retoma os elementos essenciais da APS e reforça na Saúde da Família (SF) o eixo organizador do sistema de saúde brasileiro. Esta portaria define a atenção básica como

> [...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p. 10).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado, inicialmente, em 1994 no Brasil, para dar sustentação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em sua formulação inicial, constituiu-se em um programa destinado às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, em todas as idades e estados de saúde, de maneira integral e contínua, tendo como foco central a família em seu contexto de vida, em um território específico (BRASIL, 2000). Gradualmente, a Saúde da Família perdeu o status de Programa, uma vez que tem sido considerada uma estratégia para a reorganização da atenção básica de saúde no Brasil, seguindo os conceitos da Atenção Primária à Saúde.

O objetivo da Unidade de Saúde da Família (USF) é a reorganização da assistência à saúde, buscando reverter a lógica predominante centrada na cura do paciente em ambiente hospitalar, por meio de um conjunto de ações interligadas aos serviços de saúde a fim de contemplar os princípios básicos do SUS: universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2000). Ainda, no desenvolvimento da estratégia, é esperado que os atributos da Atenção Primária à Saúde estejam presentes, com o desenvolvimento do vínculo, da longitudinalidade, da coordenação da ação e integralidade da atenção.

As equipes da Saúde da Família (ESF) eram compostas, inicialmente, por uma enfermeira, um médico, um a dois auxiliares de enfermagem (Aux. enf) e cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 1997). No ano 2000, as equipes passaram a incorporar

um dentista e um atendente de consultório dentário ou um técnico de consultório dentário, que se responsabilizam pela assistência de duas USF (BRASIL, 2001b).

Cabe às equipes de SF reconhecer as características, assim como os modos e condições de vida da população de seu território de abrangência. Para isso, é necessário o conhecimento das famílias, dos problemas e necessidades de saúde, assim como das situações de risco existentes na comunidade. Desta forma, a ESF deverá elaborar planos e programações de atividades para intervir nos determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias de sua área (BRASIL, 2002).

Uma das ferramentas para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas ESF é o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB[4]. O SIAB trabalha com dados de produtividade e marcadores de saúde (consultas por faixa etária; atendimentos em puericultura, pré-natal, prevenção citológica, DST/AIDS, hanseníase, tuberculose, exames de imagem, visitas domiciliares de nível superior e médio, procedimentos como inalações, curativos, injeções, dentre outros, acompanhamento das famílias e indivíduos com diagnósticos considerados de risco como hipertensão, diabetes), devendo ter seus dados atualizados mensalmente por cada USF (BRASIL, 2006c).

Rigobello (2006) estudou a utilização e o conhecimento de médicos de uma região de saúde do estado de São Paulo acerca do SIAB, e apontou que o envolvimento dos médicos com a utilização do SIAB é considerada expressiva. No entanto, é necessário uma capacitação destes profissionais para utilização deste Sistema de Informação em Saúde (SIS) e maior disponibilidade de tempo para discussão dos dados gerados pela unidade que são lançados nesse SIS. Ainda, este estudo ressaltou a dificuldade do SIAB em gerar dados que mostrem algumas particularidades da comunidade.

Barbosa (2006) desenvolveu um estudo com os trabalhadores de cinco ESF ligadas à Universidade de São Paulo do município Ribeirão Preto, São Paulo, visando identificar a

[4] O SIAB foi implantado em 1998 pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, atualmente Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/ Datasus/SE.

percepção destes em relação ao SIAB e sua articulação com o trabalho rotineiro destes trabalhadores. Seus achados permitiram que a autora concluísse que o SIAB é um SIS que não permite relatar algumas especificidades inerentes a comunidade da USF, e muitas vezes os trabalhadores o vêem como um serviço burocrático e incapaz de ser utilizado como uma ferramenta de trabalho. No entanto, os trabalhadores evidenciam que apesar das falhas, o SIAB consegue retratar aspectos da situação de saúde/morbidade da comunidade.

Estas questões apontam a limitação do SIAB para o monitoramento de alguns agravos, e nesta direção o SIAB não registra como marcador e produtividade os cuidados e a prevalência dos usuários com câncer nas USF. Os dados gerados pelo SIAB em câncer dizem respeito apenas aos exames colpocitológicos realizados e pacientes diagnosticadas com NIC III.

Assim, as ações no combate ao câncer, a serem desenvolvidas pelas USF, estão ligadas prioritariamente aos programas de prevenção e detecção precoce das patologias mais freqüentes e incluídas nos programas do MS.

Se tomarmos a SF enquanto uma estratégia para a reorganização da A.B. básica no Brasil, as USF deveriam se constituir em porta de entrada ao sistema de saúde, oferecendo respostas aos problemas e necessidades dos usuários e possibilitando o acesso a outros níveis de atenção do sistema de saúde, incluindo àqueles usuários com diagnóstico de câncer, principalmente se considerarmos suas características de reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde a partir do território, por toda a equipe de saúde.

Entretanto, Bodstein (1987) afirma que nos países em desenvolvimento a atenção primária à saúde tem sua atenção desviada sendo sua assistência erroneamente voltada para problemas agudos e as necessidades mais urgentes dos pacientes. Desta forma, parece negligenciada uma ação de acompanhamento com estabelecimento de vínculo do paciente que chega à unidade de saúde, atendendo ao princípio da longitudinalidade explicitado por Starfield (2002).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OMS, 2003) descreve oito elementos considerados essenciais para o aprimoramento dos serviços de saúde no gerenciamento das doenças crônicas. São eles:

1- "*Apoiar uma mudança de paradigma"*: conscientização de que o modelo de assistência ao paciente crônico deve ser diferenciado do paciente agudo, e que a adoção de medidas inovadoras poderá aperfeiçoar os recursos e assim atingir melhores resultados.

2- "*Gerenciar o ambiente político":* Considerar os diferentes sujeitos envolvidos nesse processo, dentre eles, os líderes políticos, pacientes, familiares ou seus representantes para que haja conformidade nos interesses.

3- "*Desenvolver um sistema de saúde integrado"*: Integração dos níveis de cuidado, para que a informação seja compartilhada, os recursos financeiros sejam adequadamente distribuídos, a fim de diminuir desperdícios, melhorar a eficiência do serviço de saúde e a assistência ao paciente.

4- "*Alinhar políticas setoriais para a saúde"*: As políticas envolvidas com questões não relacionadas diretamente com a saúde, mas com a educação, agricultura e outras áreas devem propor benefícios para a maximização dos resultados em relação à saúde.

5- *"Aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde"*: Assistência prestada por profissionais da área da saúde e voluntários com o foco na educação do paciente e habilidades de aconselhamento.

6- "*Centralizar o tratamento no paciente e na família":* Modificar o modelo atual, que considera o paciente um agente passivo e possibilitar ao paciente e sua família maior autonomia e participação do tratamento proposto.

7- "*Apoiar os pacientes em suas comunidades"*: Inserção de outras entidades da comunidade na qual o paciente está inserido, com o intuito de permear o ambiente doméstico e profissional dos pacientes.

8- "*Enfatizar a prevenção"*: Atuar nos aspectos de melhora no estilo de vida e abolição da pratica do tabagismo para evitar as doenças previsíveis e diminuir as complicações (OMS, 2003).

Considerando estes aspectos e as premissas colocadas pelo MS. para a estratégia de SF, esta pode sintetizar os 8 elementos essenciais para o aprimoramento dos serviços de saúde na atenção básica no gerenciamento das doenças crônicas, incluindo aqui os agravos oncológicos.

Entretanto, dificuldades ainda se fazem presentes, na consolidação da Saúde da Família no país, sendo que muitas vezes a estratégia é compreendida pelos políticos, população e até mesmo por profissionais de saúde como uma ação focalizadora, destinada à população pobre. Muitas vezes, a Saúde da Família é vista apenas como a porta de entrada ao sistema de saúde, sem a possibilidade de viabilizar o reconhecimento de necessidades e acompanhamento da situação de saúde das pessoas, assim como propor medidas de intervenção que qualifiquem a saúde (MENDES, 2002).

Um dos desafios que tem sido colocado para a reversão deste quadro refere-se à reorganização do processo de trabalho na Saúde da Família (FRANCO; MERHY, 2002), e neste sentido toma grande vulto o papel desempenhado pelos profissionais de saúde na organização e desenvolvimento de ações de saúde que atendam aos princípios do SUS.

Alguns autores (SANTIAGO, 1997; CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2005; LAVOR, 2006; CÁRDENAS, 2001; TEIXEIRA et al, 2000; TEIXEIRA; MISHIMA, 2000) têm desenvolvido investigações e reflexões que vão nesta direção, tanto no que diz respeito às questões relativas ao trabalho na Saúde da Família, quanto da importância das ações pertinentes à atenção primária à saúde no controle do câncer, reafirmando o conceito de integralidade do cuidado de saúde, bem como o papel de coordenação da assistência pela Atenção Básica (AB).

Santiago (1997) comparou os resultados da assistência prestada pela rede básica de saúde com aquela prestada por um centro de referência regional às mulheres com câncer de colo uterino, em um município do interior paulista. Verificou que a atenção oferecida na unidade básica poderia gerar resultados satisfatórios tanto na prevenção quanto no tratamento de lesões de colo de útero, com as vantagens de proximidade do serviço à paciente e melhor relação profissional-usuário.

Em outro estudo brasileiro (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2005) foram identificadas as atividades desempenhadas por enfermeiros no combate ao câncer em unidades básicas de saúde em um município paulista, verificando-se que as ações estavam intimamente relacionadas com os programas preconizados pelo INCA/MS, participação em campanhas e em atividades de iniciativa própria dos profissionais. A estes usuários eram realizadas visitas domiciliares, tratamento medicamentoso, atendimento psicossocial, curativos, orientações ao usuário e seus familiares sobre procedimentos.

Segundo Lavor (2006), a assistência em cuidados paliativos aos pacientes oncológicos na SF é um desafio para a melhoria da assistência a essa clientela. Afirma que o fato dos cuidados paliativos estarem estruturados em unidades de nível terciário em número insuficiente para a demanda, a assistência para estes usuários é dificultada. Ainda, muitos usuários são atendidos em emergências e a assistência pode gerar por meio de procedimentos invasivos, incompatíveis com o tratamento de controle de sintomas proposto para esses usuários. Em seu estudo, entrevista enfermeiros de unidades de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, encontrando um cenário ainda insuficiente para o cuidado “ideal” aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos no nível de atenção primária de saúde. Discute ainda, a necessidade de mudanças na formação acadêmica dos profissionais de saúde, o suprimento de recursos materiais às unidades básicas de saúde, e a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Cárdenas (2001) relata que em Cuba foi desenvolvida uma equipe de trabalho denominada EMAPO (Equipo Multidisciplinario de atención a pacientes oncológicos) diante da percepção de que médicos e enfermeiros da SF não estavam preparados para a assistência de usuários e familiares com câncer. Esta equipe de trabalho promove atualização das equipes do nível primário e realiza consultas interdisciplinares sendo composta por psicólogo, enfermeiro, médico e assistente social. No primeiro contato com o paciente, são coletados os dados referentes à doença, seu estágio, tratamento recomendado pelo nível secundário de saúde, condições socioeconômicas do paciente, os problemas enfrentados por esses pacientes e suas redes de apoio social. A autora salienta que essa iniciativa não pretende

substituir a assistência do nível secundário, todavia tem o intuito de melhor integrá-las (CÁRDENAS, 2001).

Teixeira et al (2000) desenvolveram estudo, em um município paulista brasileiro, onde foram analisadas as percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca de suas ações na SF. As autoras identificaram três temas nas narrativas destes trabalhadores: integralidade, cuidar da saúde e ir em busca do usuário. Concluíram que a SF possibilita aos trabalhadores da equipe de enfermagem uma visão de cuidado integral ao paciente, com a ampliação da compreensão do processo saúde-doença o que pode permitir abrir o leque de alternativas para a produção do cuidado em saúde voltada à assistência da família, além de ampliar muitas vezes o ambiente onde se processa este cuidado ao usuário e família, uma vez que o domicílio passa a ser um espaço de atenção.

Teixeira e Mishima (2000) analisaram o perfil considerado "ideal" para o trabalho na Saúde da Família segundo a percepção dos trabalhadores de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que dentre as características consideradas importantes por estes trabalhadores, algumas são destacadas: boa comunicação e bom relacionamento, conhecimento sobre a população. Ainda, solidariedade, disponibilidade e dedicação são atitudes que foram também destacadas como parte integrante do perfil destes profissionais que devem atender à população de forma humanizada em suas necessidades.

Estas produções apontam a atenção aos usuários, incluindo os pacientes com câncer, na atenção primária à saúde considerando as possibilidades de construção de uma rede integrada e integral de serviços, com enfoque no acompanhamento dos usuários e suas famílias em unidades básicas de saúde e USF. Apontam também, algumas alternativas para o suporte dos profissionais na assistência ao usuário com câncer e experiências positivas no controle do câncer na AB.

Estes estudos salientam dificuldades e desafios postos para a atenção destes usuários na AB, que estão relacionados à capacitação dos profissionais por meio da formação contínua, escassez de recursos materiais e desarticulação dos serviços da rede, ações limitadas aos programas da AB do MS.

Neste estudo, propõe-se investigar a percepção da equipe de saúde de USF acerca do acompanhamento dos usuários com câncer, suas possibilidades, desafios e dificuldades, de forma a contribuir para a qualificação da atenção a esse grupo, bem como contribuir com a escassa produção científica relacionada ao tema da oncologia na AB, em específico no que diz respeito à SF.

1.4. Justificativa

Considerando que o câncer é classificado como um problema de saúde pública pela OMS, havendo a previsão de maior incidência nos países em desenvolvimento, e aumento de sua prevalência face aos avanços tecnológicos e de pesquisas na área de câncer, faz-se necessário o repensar a assistência prestada ao paciente com câncer considerando a organização do sistema de saúde em seus distintos níveis de atenção. Assim, este repensar não se restringe apenas ao que diz respeito à forma como é processada a atenção ao usuário, mas também como esta se encontra organizada, sendo que a articulação da rede de serviços de saúde para atenção aos usuários com câncer se torna imprescindível para seu acompanhamento dentro desta rede presente no nível local.

Adicionalmente, deve-se considerar que o Brasil é possuidor de um sistema de saúde público, o SUS, estruturado em um modelo que “deve” atender aos princípios de eqüidade, integralidade e universalidade, hierarquização e regionalização; buscando na SF a reorganização da assistência de saúde por meio da responsabilidade na coordenação da assistência aos usuários em seu território de abrangência. Ainda, é necessário lembrar que a SF é uma alternativa jovem, que se coloca no país e que seus profissionais de saúde possuem (ou deveriam possuir) formação generalista ou em SF.

Desta forma, a assistência ao paciente oncológico no nível de AB encontra-se perpassada por desafios ainda maiores do que aqueles encontrados no nível terciário de saúde. Desafios que estão relacionados às especificidades do diagnóstico do câncer, seu tratamento e a própria evolução da doença; à disponibilidade de profissionais treinados e recursos institucionais.

No Brasil, o diagnóstico de câncer ainda acontece em estágios avançados; a confirmação diagnóstica da maioria dos cânceres necessita de exames do nível terciário de assistência, e o encaminhamento para os centros de atenção parece acontecer tardiamente. Desta maneira, os tratamentos abrangem abordagens mais agressivas para controlar a doença, podendo-se constituir em tratamentos paliativos da doença.

Ainda, o acompanhamento desses usuários deve ser feito não somente no nível terciário, mas também na Atenção Básica, podendo ser oferecido suporte e atenção ao usuário e sua família, realizando assim, este nível a coordenação da atenção ao usuário com câncer.

Outro aspecto que merece destaque, é que os profissionais para o diagnóstico e controle do câncer estão concentrados no nível terciário de atenção. Entretanto, considera-se que o processo de capacitação dos trabalhadores da Atenção Básica deva ocorrer e ser feito de forma permanente, levando em conta as realidades locais e abrangendo os tipos de cânceres mais prevalentes e incidentes e, ainda aqueles que são passíveis da atuação em termos de prevenção primária e secundária.

Parece necessária a atenção para que esta formação/capacitação se volte não apenas aos aspectos biológicos da atenção, mas para ampliação da competência para o cuidado, focalizando a escuta qualificada a este usuário, a atenção à família, a qualificação da clínica, as alternativas terapêuticas para o tratamento e suporte em sua terminalidade.

Além disso, os trabalhadores da SF devem conhecer o tratamento proposto a esse usuário: tratamento curativo, acompanhamento (seguimento) ou cuidados paliativos para promover assistência efetiva ao usuário e sua família. Ainda, compreende-se que a comunicação entre o nível terciário e a unidade básica tenha que ser efetiva (referência e contra-referência), possibilitando que a integralidade da assistência ao usuário com câncer se concretize, por meio de uma rede integrada e integral de atenção, integralidade ampliada (CECÍLIO, 2001), uma vez que se não será possível mudar a configuração de morbi-mortalidade do câncer no país apenas com a atenção voltada para o nível terciário de atenção.

Desta maneira, no presente projeto propõe-se estudar as ações dos trabalhadores de ESF, em relação: às atividades desenvolvidas no acompanhamento aos usuários com câncer, na perspectiva da longitudinalidade da atenção; à articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde na atenção ao usuário com câncer; aos recursos necessários para se processar o acompanhamento; às dificuldades enfrentadas; à capacitação necessária e adequada ao nível da atenção básica.

Estas questões se justificam na tentativa de compreender o suporte oferecido a esta clientela no nível de atenção básica e compreender as necessidades dos trabalhadores em relação ao atendimento destes usuários.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- Identificar e analisar as ações de acompanhamento desenvolvidas pelas ESF do Distrito Oeste de Ribeirão Preto aos usuários com câncer, segundo os trabalhadores destas equipes.

2.2. Específicos

- Identificar e analisar as atividades desenvolvidas no acompanhamento dos usuários com câncer da área de abrangência das USF segundo a equipe de Saúde da Família;
- Identificar e analisar como se dá a articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde na atenção ao usuário com câncer segundo as ESF;
- Identificar e analisar os recursos necessários para se processar o acompanhamento do usuário com câncer na atenção básica;
- Identificar e analisar as dificuldades enfrentadas e as possibilidades existentes na assistência prestada ao usuário com câncer, vivenciadas pela equipe.

PERCURSO DA PESQUISA

3. PERCURSO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa, dadas às questões presentes na definição e recorte do objeto da investigação que se volta para o acompanhamento dos usuários com câncer, realizado por trabalhadores de ESF do município de Ribeirão Preto – São Paulo – Brasil, ou seja, tem como objeto o seguimento dos usuários com diagnóstico de câncer atendidos nas Unidades de Saúde da Família (USF), no Distrito Oeste, do município de Ribeirão Preto.

No presente estudo, com apoio de Minayo e Sanches (1993) e Deslandes e Assis (2003), consideramos que as metodologias: quantitativa e qualitativa, não são opostas, mas sim, complementares. O conjunto de dados quantitativos não se opõe aos dados qualitativos. Os dados quantitativos são mensuráveis, tangíveis, enquanto os dados qualitativos são construídos enquanto significados pelo investigador e investigado, sendo que o investigador não se encontra em posição externa ao ambiente que está sendo pesquisado. Os objetivos da pesquisa quantitativa abrangem a medição, a verificação, o teste de hipóteses, a explicação de um fenômeno. Ainda, pode buscar causa e efeito e ser generalizado, desde que mantido as mesmas condições para que o fenômeno ocorra novamente (MINAYO, 2008).

A pesquisa qualitativa pode dar interpretações aos dados quantitativos, pois tenta compreender, aprofundar, particularizar o fenômeno. Assim como os dados quantitativos podem explicar a qualidade das respostas encontradas, por meio das freqüências das variáveis estudadas. A abordagem quanti-qualitativa pode permitir a multiplicação de possibilidades de compreensão/ explicação deste fenômeno: a produção de cuidados no seguimento ao usuário com câncer pela ESF segundo a compreensão destes profissionais, marcada certamente por determinantes de distintas naturezas: sociais, psicológicas, antropológicas, organizacionais, financeiras, políticas, dentre outras (MINAYO, 2008).

Para Deslandes e Assis (2003, p. 195) a *"compreensão/explicação em profundidade"* da abordagem qualitativa permite uma aproximação a um cenário complexo, como aquele

vivenciado por estas equipes, que de certa forma mantém relações próximas com os usuários e famílias acompanhados nas unidades, envolvendo valores, crenças, hábitos e atitudes, práticas, distintas lógicas de ação presentes nas relações empreendidas entre os usuários e os serviços de saúde.

Desta forma, a opção pela realização do estudo quantitativo e qualitativo se coloca como desafio de forma a possibilitar a ampliação de análise do objeto do presente estudo.

3.1. Campo de Estudo – a cidade de Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do estado de São Paulo, Brasil, e é um dos mais populosos do estado, sendo que a população recenseada em 2000 é de 504.923 habitantes, sendo que 99,57% residem na zona urbana. O município se constitui em um centro regional de comércio e serviços, com destaque para a área educacional e de serviços médicos hospitalares. A área da saúde é composta por uma ampla rede de serviços de saúde de natureza pública – estadual, municipal e privada – lucrativa e filantrópica.

O tratamento em oncologia de Ribeirão Preto é realizado pelo SUS em hospitais públicos e filantrópicos, hospitais particulares e clínicas de quimioterapia. Os hospitais que comportam os tratamentos com radioterapia, quimioterapia antineoplásica e cirurgia oncológica não são exclusivos no atendimento a essa patologia. Há apenas um hospital filantrópico de atendimento ambulatorial exclusivo em tratamento oncológico.

Foram registradas 2.854 internações hospitalares pelo SUS com o *CID-10 Tumores (neoplasias),* no período de novembro de 2006 a outubro de 2007, em Ribeirão Preto, segundo o DATASUS[5]. A média de permanência de internação no mesmo período ficou em 5 dias.

A rede privada conta com 9 hospitais[6] e inúmeros serviços de caráter ambulatorial, o que faz do município um importante centro médico regional.

Atualmente, encontra-se sob responsabilidade estadual o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), o

5 Disponível em http://www.datasus.com.br. Acesso em 20/06/2008
[6] Disponível em http://www.coderp.com.br,/ssaude. Acesso em: 22/04/2003

Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP), o Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto e a Maternidade do Complexo Aeroporto (MATER).

Já o serviço de saúde municipal dispõe de vinte e sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco Unidades Básicas e Distritais (UBDS), um Ambulatório Regional de Especialidades, um Ambulatório de Especialidades Pediátricas, um Ambulatório Regional de Saúde Mental e dois Núcleos de Assistência Psicossocial e dezoito Unidades de Saúde da Família (USF).

A partir de 2001, o município passa a contar com cinco ESF, vinculadas á USP em uma parceria para assistência e ensino. Em 2002, a rede é ampliada com a implantação de outras ESF, tendo-se em 2006, um total de dezessete equipes (cinco ligadas à USP e doze de responsabilidade exclusiva do município).

O município de Ribeirão Preto, por meio do projeto “ETHOS” da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), propõe redirecionar o modelo de assistência à saúde voltando-a para a APS. Para isso, busca a integralidade do cuidado, por meio do redirecionamento da assistência de maneira ascendente e articulada entre os níveis de saúde. Contudo, apesar da publicização deste projeto pela SMS de Ribeirão Preto, o município vem contando com 18 equipes de Saúde da Família, para o ano de 2009, cabendo destacar que o número de equipes decresceu nos últimos anos.

Os cinco distritos de saúde da cidade de Ribeirão Preto (Norte, Sul, Central, Leste e Oeste) configuram se para a construção de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) incentivada pela OPAS na América Latina (RIBEIRÃO PRETO, 2003). O Distrito de Saúde Oeste, localizado no Sumarezinho, possui as primeiras cinco unidades de SF de Ribeirão Preto, como resultado da parceria com a USP, como já apontado anteriormente.

O cenário da presente investigação foram as USF, existentes no Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto, no ano de 2008. Assim, neste Distrito, no período de coleta de dados, existiam treze ESF, em unidades sob gerência da SMS de Ribeirão Preto e da Universidade de São Paulo.

3.2. Aspectos legais e éticos

Considerando que houve envolvimento de seres humanos, de forma direta ou indireta, os protocolos de pesquisa foram submetidos à revisão ética e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, atendendo as recomendações estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que trata das diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo referido CEP, segundo o protocolo n° 0785/2007, e também passou pela aprovação da SMS do município de Ribeirão Preto e pelo Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE–FMRP-USP), responsáveis pelas USF localizadas no Distrito Oeste.

Os termos de consentimento (Apêndices I e II), bem como o documento de aprovação pelo CEP (Anexo I) encontram-se em anexo.

3.3. As fases da pesquisa: as técnicas e instrumentos de coleta de dados, os sujeitos da pesquisa

Atendidas as questões éticas, o desenvolvimento da pesquisa se deu em duas fases: uma fase mais extensiva tendo como sujeitos da investigação todos os trabalhadores das USF do Distrito Oeste, com a aplicação de um questionário; na segunda fase da pesquisa, foi selecionada uma das ESF, sendo sujeitos os trabalhadores da equipe mínima que participaram de uma entrevista semi-estruturada com questões voltadas ao acompanhamento dos usuários com câncer de sua área de abrangência.

3.3.1. Primeira fase da pesquisa

O primeiro passo desta etapa constou da construção e validação do instrumento de coleta de dados, e a coleta de dados junto às USF do Distrito Oeste de Ribeirão Preto, São Paulo.

3.3.1.1. Construção e validação do instrumento de coleta de dados

Para a primeira etapa da pesquisa, foi construído um instrumento de coleta de dados composto por um conjunto de variáveis que se voltaram a: identificação do trabalhador (idade, sexo, escolaridade, formação/capacitação profissional, tempo de trabalho na unidade de SF e na unidade em que se encontrava trabalhando); o conhecimento sobre a existência usuários com câncer em tratamento ou seguimento; conhecimento da proximidade das equipes com estes usuários, identificação da assistência prestada ao usuário com câncer e o conhecimento da equipe sobre a PNAO.

Foi realizada a validação deste instrumento de coleta de dados, sendo que para tal, a validação se deu por meio da técnica de *validação aparente e de conteúdo*.

> A validade de conteúdo de um instrumento é necessariamente baseada em julgamento. Não existem métodos totalmente objetivos para garantir que um instrumento cubra adequadamente o conteúdo que está medindo. Os especialistas na área de conteúdo são frequentemente chamados para analisar a adequação dos itens em representar o universo hipotético do conteúdo nas proporções corretas. Também é possível calcular um índice de validade do conteúdo que indique a extensão da concordância do especialista, mas no final deve-se confiar nos seus julgamentos (POLIT; BECK; HUGLER, 2004, p292).

Este questionário foi validado por sete juízes, segundo seu conteúdo, anteriormente ao início da realização coleta de dados. Os juízes constituíram-se por *experts* em atenção básica e oncologia. Participaram do processo de validação um médico e duas enfermeiras de SMS de Ribeirão Preto, três docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP-USP) e uma enfermeira que atua em um serviço em oncologia em um hospital de nível terciário e desenvolveu pesquisa em oncologia na AB.

As modificações sugeridas e contempladas no instrumento estão relacionadas às questões referentes à identificação do profissional de saúde e também ao acompanhamento do usuário com câncer. As alterações estão citadas abaixo:

1. Coletar a data de nascimento dos profissionais e não a idade atual.
2. Conhecer a escolaridade de cada profissional.
3. Questionar o tipo de câncer mais prevalente na população de cada USF.

4. Identificar se o atendimento aos usuários acontecia pela busca dos usuários/familiares, pela iniciativa da equipe ou ambos.

5. Tipos de atendimento ao cuidador do usuário com câncer (informativo, emocional, reforço e instrumental)

As sugestões dos juízes propiciaram ao instrumento de coleta de dados modificações em seu conteúdo, a fim de contemplar os objetivos propostos por este estudo. O questionário em seu formato final encontra-se em anexo (Apêndice III).

O instrumento, após processo de validação, foi testado para verificar sua adequabilidade aos objetivos da pesquisa. Após, o questionário foi aplicado a todos os membros das equipes mínimas da Saúde da Família do Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto. Esta etapa de caráter mais extensivo visou a identificação dos profissionais da equipe

3.3.1.2. A definição dos sujeitos da primeira etapa

O contato com as ESF foi realizado primeiramente por telefone, com o propósito de marcar uma apresentação do projeto de pesquisa aos membros das equipes. Neste primeiro encontro, eram apresentados os objetivos da pesquisa e o envolvimento necessário das equipes para a viabilização do estudo. Estes encontros aconteceram em reuniões rotineiras das equipes (reuniões para discussão de casos das famílias acompanhadas e reuniões administrativas das equipes) e também em horários disponibilizados somente para que acontecesse a apresentação da pesquisa. Desta maneira, estabelecia-se o primeiro contato para conhecer a disponibilidade da equipe em participar da pesquisa e eram agendados os dias para a aplicação dos questionários segundo escolha dos sujeitos de pesquisa.

Nesta fase da pesquisa, a proposta para a coleta de dados visava abranger todos os membros da equipe de Saúde da Família. Os questionários não realizados constituiram-se de: recusas verbalizadas pelo trabalhador durante o agendamento individual para data e horário da aplicação do questionário; por licenças saúde e maternidade; férias do profissional durante o período de coleta previsto para cada ESF.

O período para realização da coleta dos dados e o número de comparecimentos em cada unidade de saúde não se deu de maneira fixa, sendo que o término da coleta de dados em cada unidade se dava quando todos os membros (que não estavam de licença ou férias) tivessem sido convidados a participar da pesquisa de maneira individual e tivesse efetivamente respondido ao questionário formulado.

A coleta de dados aconteceu de forma aleatória entre as equipes, segundo os contatos estabelecidos com cada equipe e suas disponibilidades. O início da coleta de dados da equipe subseqüente era iniciado apenas após o término da anterior. A realização dos questionários compreendeu o período de setembro de 2008 a janeiro de 2009. As equipes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 correspondem respectivamente as ESF A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M e N.

A figura 1 mostra a distribuição das USF segundo a existência de usuários com câncer na área de abrangência da unidade de saúde e a realização de atendimentos a estes usuários por algum trabalhador da unidade.

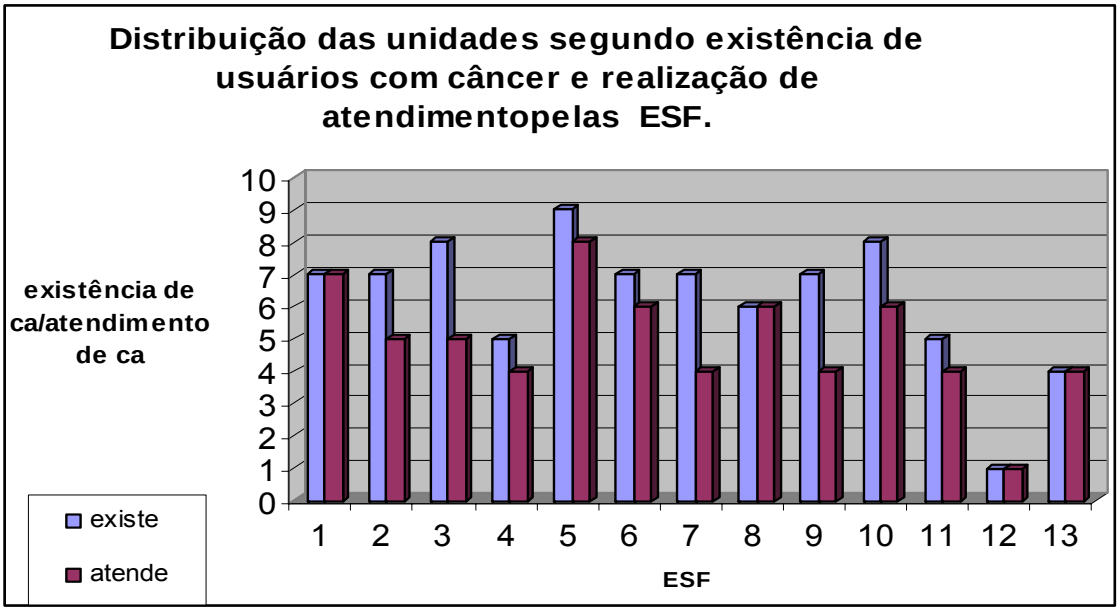

Figura 1 – Distribuição numérica dos usuários por USF segundo atendimentos realizados. Ribeirão Preto, 2009

Nesta etapa, participaram da pesquisa 118 trabalhadores, que serão apresentados no capítulo posterior. Pela Figura 1, é possível verificar que a USF 5 (10 usuários), seguida pelas USF 3 e USF 10 (nove usuários), foram as que apresentaram maior número de

usuários com câncer identificados pelos trabalhadores Com base nestes dados, partiu-se para a segunda fase da pesquisa.

3.3.2. Segunda fase da pesquisa

Assim, a existência de usuários com câncer que tivessem tido seu diagnóstico realizado na USF ou que estivessem sendo acompanhados (mesmo realizando o tratamento em outra unidade de saúde da rede de atenção) por ACS ou por algum membro da equipe de saúde, no ano de 2008, se constituiu critério de inclusão da USF para a segunda etapa da pesquisa. Neste momento, as treze unidades atenderam a este critério, sendo que foi selecionada a unidade que apresentou o maior número de trabalhadores que sabiam da existência de usuários com câncer e atendiam algum destes usuários com câncer da área de abrangência da USF.

Assim, considerando estes critérios iniciais para seleção das USF, constituíram-se sujeitos da pesquisa, na segunda fase de coleta de dados, todos os profissionais de saúde que se encontravam trabalhando na USF denominada neste estudo A. Cabe ainda destacar outro aspecto, que foi a interação entre o pesquisador e esta ESF durante a primeira fase da pesquisa. Os trabalhadores desta unidade, enquanto sujeitos de pesquisa, se mostraram receptivos à participação da pesquisa e ao tema estudado.

Se constituíram sujeitos da pesquisa, nesta fase, 8 trabalhadores que são apresentados resguardando seu anonimato, recebendo cada trabalhador o nome de uma flor.

Girassol é do sexo feminino, 52 anos. Graduou-se em medicina há 27 anos. Trabalha há 7 anos e 6 meses na USF A. Anteriormente, trabalhou na SF por 1 ano e 6 meses. Possui pós-graduação *lato sensu*, modalidade residência em Medicina Geral e Comunitária. Refere ter trabalhado com usuários com câncer antes de trabalhar nesta unidade.

Hortênsia é do sexo feminino, tem 50 anos, é enfermeira. Trabalha há 9 anos na USF A. Está formada há 27 anos. Realizou o curso de capacitação introdutório pra trabalhar em SF. Possui pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública e pós-graduação *stricto sensu* nível

mestrado e doutorado em Enfermagem em Saúde Pública. Afirmou ter realizado atendimento a usuários com câncer antes de trabalhar na ESF.

Rosa é sexo feminino, tem 30 anos, é auxiliar de enfermagem. Trabalha há 4 anos na USF A. Possui graduação em Letras. Não realizou curso de capacitação para iniciar o trabalho na SF. Anteriormente, trabalhou por 2 anos em uma UBS que possuía uma ESF e em um hospital geral público, no qual já teve contato no atendimento com usuários com câncer.

Flor de Lis é do sexo feminino, 35 anos, é ACS. Trabalha há 1 ano e 5 meses na USF A. Possui curso superior incompleto e curso técnico, ambos não relacionados a área da saúde. Realizou curso de capacitação para o trabalho na SF. Anteriormente, não teve contato de trabalho com usuários com câncer.

Bromélia é do sexo feminino, 47 anos, é auxiliar de enfermagem. Trabalha na USF A há 6 anos. Trabalhou em hospital de nível terciário por 13 anos e também em uma UBDS por tempo igual. Possui ensino médio completo e curso de auxiliar de enfermagem. Em seus trabalhos anteriores prestou assistência a usuários com câncer.

Samambaia é do sexo feminino, 51 anos, é ACS. Trabalha há 8 anos e 6 meses na USF A. Possui ensino médio completo. Realizou curso introdutório de capacitação para iniciar o trabalho na SF. Não teve contato de trabalho com usuários com câncer antes de trabalhar na SF.

Tulipa é do sexo feminino, 27 anos, é ACS. Trabalha na USF A há 5 anos. Possui ensino médio completo e dois cursos técnicos não relacionados à área da saúde. Realizou curso introdutório de capacitação para iniciar seu trabalho na SF. Realizou trabalho voluntário com usuários com câncer em um hospital de oncologia do município antes de trabalhar na SF.

Margarida é do sexo feminino, 35 anos, é ACS. Trabalha há 4 anos e 6 meses na USF A. Possui nível médio completo. Não teve contato de atendimento anterior com usuários com câncer.

Como técnica de coleta de dados nesta segunda fase da pesquisa foi utilizado um roteiro para entrevista semi-estruturada, uma estratégia onde há o estabelecimento de uma

relação entre o pesquisador e o entrevistado com o objetivo de se obter informações através das falas dos atores sociais, tendo por objetivo buscar dos sujeitos entrevistados: sua compreensão da RAO e a inserção da Saúde da Família; as ferramentas que utiliza para o acompanhamento dos pacientes com câncer, as ações desenvolvidas pela equipe na unidade de Saúde da Família, os fluxos existentes para o acompanhamento e tratamento deste paciente a partir da USF; a relação com os profissionais envolvidos no cuidado à saúde; acesso aos serviços de saúde que disponibilizam assistência/cuidado.

A entrevista semi-estruturada consiste em uma técnica, com a utilização de um roteiro para que o pesquisador consiga obter os dados propostos. No entanto, ela não deve restringir a análise aos temas previamente estabelecidos, pois isso acarretará perdas dos temas emergentes durante as falas dos entrevistados (MINAYO, 2008).

O roteiro utilizado para a realização da entrevista semi-estruturada encontra-se em anexo (Apêndice IV).

3.4. Análise dos dados

Por se tratarem de dados de natureza diversa, naqueles oriundos da primeira fase da pesquisa, obtidos por meio dos questionários, foram lançados no programa do software Microsoft Excell 2003, após categorização dos dados. Os dados foram digitados em duas planilhas diferentes e validados. Em seguida, foram transportados para o Banco de Dados do programa Statistical Packpage for Social Science (SPSS) versão 14.0 para análise descritiva dos dados.

Para análise dos dados utilizamos o filtro para os profissionais que responderam conhecer e prestar atendimento aos usuários/cuidadores com câncer. Assim, a análise dos dados de acompanhamento dos usuários e/ou cuidadores com câncer foi gerada a partir da condição que o trabalhador deveria realizar algum tipo de atendimento ao usuário e/ou cuidador para que nos trouxesse informações sobre as possibilidades/dificuldades de acompanhamento. No entanto, as variáveis *contra-referência, tipo mais comum de câncer, local de diagnóstico, trabalhou com usuário com câncer antes* puderam nos trazer

informações acerca do acompanhamento, mesmo que o trabalhador respondesse não realizar atendimento.

Compreendemos que mesmo que o trabalhador não realize atendimento ao usuário ou a seu cuidador, consegue obter as informações destes usuários por meio dos outros trabalhadores, por conhecer a comunidade em geral e talvez serem moradores da própria comunidade.

Cabe destacar que nesta etapa da análise, contou-se com a assessoria de um estatístico[7].

Os dados coletados na segunda fase da pesquisa foram oriundos das entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores ESF da unidade selecionada – USF A. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos sujeitos de pesquisa, utilizando-se dois gravadores que garantiram a preservação completa do material coletado para interpretação e análise. Utilizamos para análise dos dados, a análise de conteúdo, em sua vertente temática. Segundo Minayo (2008) as etapas para a operacionalização da análise temática consistem em: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação.

A análise temática perpassa discutir temas emergentes das falas dos sujeitos de pesquisa, que retratam assuntos convergentes ou divergentes e se demonstram significativos para o objeto de estudo. Para tal, realizamos a identificação dos núcleos de sentido que se apresentam freqüentes nos discursos e se demonstram significativos para o objetivo de analise do estudo (MINAYO, 2008). Abaixo, é apresentada a matriz de análise utilizada para a identificação dos núcleos de sentido, a partir do material empírico oriundo das entrevistas.

Núcleo de sentido	Unidade de contexto	Recortes
A identificação e inclusão dos usuários com câncer se dão pela busca ativa do ACS nas visitas domiciliares	Fala que o diagnóstico de câncer chega até a ESF também através da visita domiciliar realizada pelo ACS, pois existem pacientes que não são acompanhados pela equipe porque tem convenio ou realizam seu acompanhamento na UBDS.	Ou então pela visita domiciliar que a agente comunitária fica sabendo e passa pro resto da equipe. Porque na nossa área tem pacientes que não seguem no núcleo. Seguem no convênio ou seguem na Cuiabá e aí a agente comunitária faz a visita e fica sabendo.*Rosa.*

[7] Contou-se com a assessoria da Profa Dra Cláudia Benedita dos Santos do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP.

Neste movimento inicial da análise, foram identificados 22 núcleos de sentido, que foram posteriormente reorganizados em quatro temas: *a identificação dos usuários com câncer pela ESF*; *acompanhamento dos usuários com câncer e de seus cuidadores: possibilidades e dificuldades encontradas pela equipe*; *a (des)articulação da rede de atenção ao usuário com câncer e a seus cuidadores*; *necessidades da ESF para o cuidado do usuário com câncer*.

Assim, buscou-se com o conjunto das análises oriundas dos dados quantitativos e qualitativos empreender um diálogo entre os mesmos de modo a se obter a maior amplitude possível dos dados obtidos.

OS TRABALHADORES E SUA AÇÃO NO ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS COM CÂNCER E SEUS CUIDADORES NA ATENÇÃO BÁSICA

4. Os trabalhadores e sua ação no acompanhamento de usuários com câncer e seus cuidadores na Atenção Básica

O conjunto dos dados relativos às unidades de Saúde da Família da região distrital oeste de saúde, assim como aqueles referentes à busca de aprofundamento das questões voltadas ao acompanhamento dos usuários com câncer, são organizados em dois grandes momentos: a *caracterização dos trabalhadores de SF que atuam no distrito de saúde* e *ações de acompanhamento aos usuários com câncer e seus cuidadores pelos trabalhadores da SF.* Assim, na apresentação destes dois conjuntos, busca-se construir a articulação entre os dados quantitativos e os qualitativos, visando à extensão e aprofundamento da análise do objeto de estudo.

Cabe ressaltar que no primeiro momento, na apresentação da *caracterização dos trabalhadores de SF que atuam no Distrito de Saúde* são analisados os dados relativos à caracterização dos trabalhadores que atuam nas unidades de SF visando identificar suas ações de acompanhamento junto aos usuários com câncer e seus cuidadores em seus territórios com a finalidade de mapear a situação presente na região distrital.

Num segundo momento, a partir da seleção de uma das unidades de Saúde da Família, aonde os trabalhadores que conheciam os usuários com câncer de seu território também realizavam algum tipo de atendimento a estes usuários, é trazida a perspectiva destes trabalhadores acerca do acompanhamento realizado, organizada em quatro temas:

- *a identificação dos usuários com câncer pela ESF*;

- *acompanhamento dos usuários com câncer e de seus cuidadores: possibilidades e dificuldades encontradas pela equipe*;

- *a (des)articulação da rede de atenção ao usuário com câncer e a seus cuidadores*;

- *necessidades da ESF para o cuidado do usuário com câncer*.

Estes temas são articulados aos dados quantitativos do conjunto das unidades de Saúde da Família do Distrito de Saúde Oeste.

4.1. Caracterização dos trabalhadores de Saúde da Família que atuam no Distrito de Saúde

Das 13 USF investigadas, 5 são ligadas à USP de Ribeirão Preto e 8 apresentam dependência funcional à SMS de Ribeirão Preto. Neste estudo, as ESF ligadas à USP foram denominadas **A, B, C, D, E**; e aquelas ligadas a SMS: **F, G, H, I, J, K, L** e **M**. Do total de trabalhadores das unidades investigadas 118 (85%) participaram da investigação, como pode ser observado na Tabela 1.

Pela Tabela 1 podemos observar que a participação dos trabalhadores para as ESF **A, B, C, E** e **F** foi de 100%; nas demais unidades houve recusas (9,3%) e a ocorrência de férias (5,9%). A menor freqüência de participação de trabalhadores na investigação correspondeu à ESF **L** (57%).

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das ESF do Distrito Oeste, segundo adesão a realização da pesquisa. Ribeirão Preto, 2009

Adesão ao estudo / ESF	PARTICIPAÇÃO		RECUSAS	FÉRIAS	
	Nº	%	Nº	Nº	TOTAL
ESF A	8	100	0	0	8
ESF B	7	100	0	0	7
ESF C	9	100	0	0	9
ESF D	6	66,6	1	2	9
ESF E	9	100	0	0	9
ESF F	9	100	0	0	9
ESF G	9	81	2	0	11
ESF H	10[a]	83	0	2	12[a]
ESF I	8	80	2	1	11
ESF J	9	81	2	0	11
ESF K	8	88	1	0	9,0
ESF L	4	57	2	1	7
ESF M	5[a]	62	1	1	7[a]
Total	101[a]	-	11	7	119[a]

[a]Um trabalhador foi transferido da ESF H para a ESF M (havia respondido questionário na ESF H), por isso consideramos 118 trabalhadores.

Chama a atenção que a maior porcentagem (80%) de recusas ou ocorrência de férias se deu com a categoria dos dentistas, que de cinco trabalhadores apenas um respondeu ao instrumento da pesquisa; ainda podemos observar que todos os enfermeiros e auxiliares de

consultório dentário (ACD) se dispuseram a participar da pesquisa, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição numérica dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste, segundo categoria profissional e ESF. Ribeirão Preto, 2009

Categoria \ USF	Total das ESF	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	TOTAL
ACS	60	4	3	5	4	5	4	5	6	2	4	5	3	4	54
AUX. ENF	21	2	2	2	0	1	1	1	1	2	2	1	0	0	16
ENFERMEIRO	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
MÉDICO	14	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	12
ACD	4	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	4
TÉC. ENF	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
DENTISTA	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	119[a]	8	7	9	6	9	9	9	10	8	9	8	4	5	101

[a]Um mesmo trabalhador, foi transferido da ESF H para a ESF M (havia respondido o questionário na ESF H), por isso consideramos 118 trabalhadores.

Durante a realização do trabalho de campo, pudemos identificar situações que nos levam a inferir que as recusas podem ser atribuídas: ao número elevado de investigações realizadas nessas unidades; a ausência de retorno dos pesquisadores sobre os resultados das pesquisas anteriores; a reduzida percepção do trabalhador sobre a importância de sua contribuição na produção de conhecimento para a prática assistencial e a compreensão ineficaz acerca de seu processo de reflexão instaurado pelo desenvolvimento da pesquisa; e ao ambiente de trabalho não propiciar tempo disponível e motivação para responder ao questionário.

Os resultados foram agrupados segundo a dependência funcional das unidades de saúde do Distrito Oeste: USP e SMS durante a análise dos dados, sendo o agrupamento realizado para fins didáticos de apresentação dos resultados, não havendo intenção de comparação estatística entre os dados dos grupos.

Verificamos na Tabela 3 a distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste, sendo que 39 (38,6%) trabalhadores são de cinco equipes de Saúde da Família gerenciadas pela USP e 62 (61,3%) trabalhadores compõem oito equipes de gerenciadas pela SMS de Ribeirão Preto.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste, segundo categoria profissional e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Dependência funcional / Categoria profissional	USP		SMS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
ACS	21	53,9	33	53,2	54
AUX. ENF	8	20,5	8	12,9	16
ENFERMEIRO	5	12,8	8	12,9	13
MÉDICO	5	12,8	7	11,3	12
ACD	0	0	4	6,5	4
DENTISTA	0	0	1	1,6	1
TÉC. ENF	0	0	1	1,6	1
TOTAL	39	100	62	100	101

Observamos a presença de 54 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) o que representa 53,4% do total dos sujeitos investigados. Cabe destacar que este quantitativo se dá em função da composição da equipe mínima para SF definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b). A relação do número de ACS dentro da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde é cinco ACS para um Médico, um Enfermeiro, um ou dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, um Dentista, um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), compondo assim a equipe mínima para a SF (BRASIL, 2001b). Não há dentista e ACD na equipe mínima das ESF **A**, **B**, **C**, **D** e **E**, no entanto, há avaliação odontológica dos usuários destas equipes por meio de um dentista que se desloca da UBDS de referência para o atendimento, cabendo destacar que esta estratégia foi formulada para atender às questões de formação da equipe, ampliação do acesso ao atendimento odontológico e formação de profissionais dentistas, visto estas unidades serem locais para prática acadêmica.

Na Tabela 4, verificamos que a distribuição das idades foi predominante em duas faixas etárias: entre 30 e 40 anos com 34 (34,3%) e entre 40 e 50 anos com 30 (30,3%). A média das idades dos sujeitos foi de 39,3 anos com desvio padrão de 9,05. O valor da mediana foi de 39,00 anos. A idade mínima foi de 24 anos e a idade máxima foi de 59 anos.

O valor para o coeficiente de variação foi de 23%. Não há idosos na população dos sujeitos de pesquisa.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste, segundo faixa etária e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Dependência funcional / Faixa etária (anos)	USP		SMS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
---I 25	2	5,3	1	1,6	3
25 ---I 30	9	24	9	14,7	18
30 ---I 40	13	34,2	21	34,4	34
40 ---I 50	10	26	20	32,8	30
50 ---I 59	4	10,5	10	16,4	14
TOTAL	38[b]	100	61[b]	100	99

[b] Houve perda do dado de dois sujeitos de pesquisa

Pela distribuição das faixas etárias, poderíamos dizer que essas equipes apresentam certa *"senhoridade"* quanto se toma a variável idade, guardando certa semelhança com o estudo desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil, quando da avaliação da SF em dez grandes centros (BRASIL, 2002).

Segundo este documento:

> O perfil etário dos profissionais foi construído com o destaque para duas faixas etárias – até 30 anos, que reflete a juventude das equipes, e acima de 45 anos, que caracteriza a "senhoridade" das mesmas. Entre os ACS predomina a juventude, [...] onde mais de 60% tem até 30 anos (BRASIL, 2002, p. 144).

Do total de trabalhadores desta investigação, 92 (91,1%) são do sexo feminino e 9 (8,9%) são do sexo masculino. O mesmo estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) aponta que:

> O perfil dos profissionais das ESF, quanto ao sexo, é preponderantemente feminino, o que é mais evidente entre as categorias de nível médio e elementar. Entre os profissionais de nível superior, embora também predominem as mulheres, há maior presença masculina, destacando-se os municípios de Palma, Manaus e Brasília (BRASIL, 2002, p. 144).

Em relação à escolaridade, cinco ACS possuem o nível fundamental incompleto, representando 4,9% do total de trabalhadores. A maior freqüência de escolaridade é encontrada na formação de nível médio, totalizando 45 (44,5%) trabalhadores. Dos trabalhadores ligados às ESF da USP, dez exercem seu trabalho como nível universitário (médico e enfermeiro), no entanto temos dezessete profissionais com este nível de escolaridade. As profissões destes sete trabalhadores com nível universitário de formação são: Ciências Biológicas, Serviço Social, Enfermagem e Nutrição, sendo que estes cursos foram realizados por ACS e Auxiliares de Enfermagem. O mesmo não acontece para os trabalhadores ligados à SMS de Ribeirão Preto. Os dezesseis trabalhadores com nível universitário completo exercem sua profissão nas ESF (médicos, enfermeiros e dentista).

Tabela 5. Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste, segundo sexo, escolaridade e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Dependência funcional e sexo / Escolaridade	USP				SMS				TOTAL
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
fund.incompleto	0	0	1	3	0	0	4	6,7	5
fund compl.	0	0	1	3	0	0	3	5,1	4
médio incomp	0	0	3	9,1	0	0	6	10,2	9
médio completo	3	50	12	36,4	1	33,3	29	49,2	45
sup incompl	0	0	2	6,1	0	0	3	5,1	5
sup compl	3	50	14	42,4	2	66,7	14	23,7	33
TOTAL	6	100	33	100	3	100	59	100	101

Na Tabela 6 são apresentados os dados de tempo de trabalho na unidade de saúde, onde podemos observar que 38,2% dos profissionais encontram-se na faixa de 12 a 24 meses de tempo de trabalho na unidade de saúde atual.

O valor médio do tempo de trabalho na unidade é de 47,1 meses para a USP, com mediana de 48 meses, sendo o valor mínimo de 0,7 e valor máximo de 108 meses. Em relação aos trabalhadores ligados as unidades de saúde da SMS de Ribeirão Preto, o valor

médio do tempo de trabalho na unidade é 30,5 meses. A mediana encontrada é 15 meses, com valor mínimo 0,1 mês e valor máximo de 105 meses.

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo tempo de trabalho na ESF atual e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Dependência Funcional / Tempo de Trabalho (meses)	USP		SMS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
---I 1	1	2,6	2	3	3
1 ---I 3	2	5,1	1	1,6	3
3 ---I 6	0	0	3	4,8	3
6 ---I 12	3	7,7	8	12,9	11
12 ---I 24	8	20,5	31	50,0	38,6
24 ---I 36	5	12,8	2	3,2	7
36 ---I 48	0	0	2	3,2	2
48 ---I 60	3	7,7	2	3,2	5
60 ---I 72	4	10,3	0	0	4
72 ---I 84	5	12,8	1	1,6	6
84 ---I 96	6	15,4	0	0	6
≥96	2	5,1	10	16,1	12
TOTAL	39	100	62	100	101

Estes dados apontam que os trabalhadores vinculados à USP estão mais estáveis no que se refere ao tempo de trabalho na unidade atual, cabendo destacar que as unidades vinculadas à USP têm maior tempo de implantação no município de Ribeirão Preto.

Podemos verificar na Tabela 7 os locais onde os trabalhadores referiram exercer suas funções anteriormente à Saúde da Família. As maiores freqüências se deram para as UBS (23) e Hospital Público (20) e a menor freqüência para o trabalho em Escola (6). Os outros locais relacionados compreendem: Hospital Particular (12) e Clínica Particular (14).

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste, segundo locais de trabalho na área da saúde anteriores ao trabalho na SF e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Dependência Funcional / Local	USP		SMS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
UBS	5	12,8	18	29	23
Hospital público	7	17,9	13	21	20
UBDS	5	12,8	12	19,4	17
Clínica Particular	7	12,8	7	11,3	14
Hospital particular	3	7,7	9	14,5	12
Outros	3	7,7	8	12,9	11
Escola	1	2,6	5	8,1	6

As categorias não são mutuamente exclusivas

Na Tabela 8 é possível verificar os cursos técnicos realizados pelo pessoal de nível médio, sendo que o de enfermagem em nível técnico foi o curso que apresentou maior freqüência de realização, com dezenove trabalhadores tendo concluído o curso. Este curso foi realizado por cinco auxiliares de enfermagem e dois ACS ligados a USP e um técnico em enfermagem, sete auxiliares de enfermagem e quatro ACS ligados a SMS de Ribeirão Preto. Ainda, um trabalhador concluiu curso de técnico em radiologia, um em saúde bucal e dezessete em áreas não relacionadas à saúde. O curso de técnico em radiologia foi realizado por uma ACS pertencente a uma unidade ligada a USP. O curso de Saúde Bucal foi realizado por um ACD ligado a SMS de Ribeirão Preto.

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste, segundo tipo de curso técnico e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Dependência Funcional / Curso técnico	USP Nº	SMS Nº
Enfermagem	7	12
Outro	8	9
Radiologia	1	0
Saúde Bucal	0	1

As categorias não são mutuamente exclusivas

O número de profissionais de nível universitário que participaram do estudo, ligados à USP e à SMS de Ribeirão Preto compreendeu respectivamente 10 e 16 trabalhadores.

Na Tabela 9, podemos verificar que os trabalhadores das unidades de Saúde da Família ligados USP que possuem qualificação de pós-graduação nível *latu sensu* (especialização) ou *stricto sensu*, sendo que cinco trabalhadores possuem especialização em Saúde da Família, um trabalhador em Saúde Pública e dois em outra especialidade. Ainda, que cinco trabalhadores possuem mestrado na área de Saúde Pública e um trabalhador possui pós-graduação nível doutorado em Saúde Pública. Os trabalhadores ligados à SMS de Ribeirão Preto possuem qualificação de pós-graduação *latu sensu* (especialização), sendo cinco em Saúde da Família, um em Saúde Pública e quatorze em outras especialidades.

Vale ressaltar que nenhum trabalhador possui pós-graduação *lato ou stricto sensu* em oncologia e/ou cancerologia, visto que esta especialidade, no contexto da atenção básica, é o foco de estudo dessa investigação. No entanto, sabemos que a oncologia e/ou cancerologia não é condição necessária para o exercício destes trabalhadores.

No estudo realizado em conjunto pelo Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz (MACHADO, 2000) sobre o perfil dos médicos e enfermeiros da Saúde da Família, aponta que

> Poucos também são aqueles que têm algum curso de especialização. Apenas 39,53% dos médicos e 35,49% dos enfermeiros fizeram alguma especialização. O número dos profissionais com titulação *stricto sensu* é ainda mais reduzido, ou seja, 2,43% dos médicos e 1,45% dos enfermeiros tem mestrado e/ou doutorado (MACHADO, 2000, p. 31).

Os dados do presente estudo, embora não discriminando a categoria profissional, indicam um processo de capacitação presente entre os médicos e enfermeiros da Saúde da Família, considerando que 50% dos trabalhadores vinculados à USP e 37,5% daqueles vinculados à SMS apresentam formação em nível de pós-graduação *stricto sensu.* Tal situação pode se dar, devido à facilidade de acesso presente no município para a formação destes trabalhadores, pois a cidade se constitui um importante centro de formação para pessoal da área da saúde, contando com vários cursos de graduação e pós-graduação na área.

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais de nível universitário das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo tipo de curso pós-graduação e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Área / Curso	USP			SMS		
	Saúde Família	Saúde Pública	OUTRO	Saúde Família	Saúde Pública	OUTRO
ESPECIALIZAÇÃO	5	1	2	5	1	14
MESTRADO	0	5	0	0	3	3
DOUTORADO	0	1	0	0	0	1

As categorias não são mutuamente exclusivas

Ainda, segundo estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 145), a "escolaridade dos profissionais de nível superior e a experiência anterior em projetos similares ao PSF podem ser um bom indicador de perfil profissional, facilitador da implantação do programa". Na presente investigação 69,2% do pessoal de nível universitário apresenta formação de pós-graduação *lato ou stricto sensu,* sendo um percentual superior ao encontrado no estudo do Ministério da Saúde (60% para o município de Camaragibe).

Em relação à capacitação destes trabalhadores para o início do exercício de seu trabalho na ESF obtivemos para os trabalhadores ligados a USP e a SMS de Ribeirão Preto, respectivamente, freqüência de 17 e 26. A capacitação dos trabalhadores após seu início de trabalho na ESF foi realizada por quatro trabalhadores ligados à USP e também para àqueles ligados à SMS.

Em relação à experiência de trabalho no atendimento a usuário com câncer anterior ao trabalho na SF, podemos observar por meio da Tabela 10, que dez (25,6%) dos trabalhadores ligados a USP e quinze (24,1%) ligados à SMS de Ribeirão Preto assistiram usuários com câncer em seus trabalhos anteriores. As menores freqüência se deram para o grupo de ACS, pois dois (3,7%), relataram trabalhar com usuario com câncer provavelmente, por se tratar da categoria profissional com a menor experiência anterior de trabalho na área de saúde da mesma forma que para o técnico de enfermagem, com apenas um trabalhador (100%). O trabalhador dentista que participou do estudo 1 e o ACD 4 não tiveram experiência de trabalho com usuário com câncer anteriormente. As categorias profissionais que apresentaram as

maiores freqüências foram: nove (75%) enfermeiros e nove (60%) auxiliares de enfermagem, seguido por quatro (33,3%) médicos, do total destes trabalhadores.

Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste com experiência de trabalho anterior com usuários com diagnóstico de câncer segundo categoria profissional e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Dependência funcional / Trabalhadores	USP Nº	SMS Nº	TOTAL
AUX. ENF	4	5	9
ENFERMEIRO	3	6	9
MÉDICO	1	3	4
ACS	2	0	2
TÉC. ENF	0	1	1
TOTAL	10	15	25

Quando analisado o contato anterior do trabalhador com o usuário com câncer, verificamos que nas ESF ligadas à USP o contato de trabalho com usuário com câncer é basicamente no nível secundário ou terciário de atenção. Sendo que 6 profissionais referiram ter tido contato com usuário com câncer no nível hospital e 5 em UBDS, nenhum trabalhador vinculado à USP referiu contato profissional com usuário com câncer no domicílio ou em UBS. Na SMS de Ribeirão Preto, há maior diversificação em relação a esta variável, inclusive com o contato dos trabalhadores com o usuário com câncer em: Unidades Básicas de Saúde (6 trabalhadores) e em domicílio (2 trabalhadores), em hospital (9 trabalhadores) e UBDS (3 trabalhadores). Os ACS que tiveram contato profissional com usuário com câncer anteriormente o fizeram como cuidador de uma pessoa com câncer durante período de internação. O outro ACS trabalhava como copeiro em um hospital e prestava assistência a usuários com câncer, de maneira que o usuário com câncer solicitava ao copeiro a alimentação que conseguia comer após o tratamento com antineoplásico.

A caracterização dos trabalhadores nos permite fazer algumas considerações pertinentes para pensarmos o acompanhamento dos usuários com câncer e seus cuidadores.

Uma primeira questão que merece ser apontada refere-se à expressiva aceitação dos trabalhadores a participarem voluntariamente deste estudo, o que pode indicar sua preocupação com o tema e com a prática assistencial voltada a este grupo de usuários.

O grupo de trabalhadores possui experiência de trabalho nas USF considerando-se o tempo de trabalho nestas. São predominantemente do sexo feminino e, anteriormente ao trabalho na Saúde da Família trabalharam em serviços da Atenção Básica. Os trabalhadores de nível universitário buscaram qualificação profissional em cursos de pós-graduação, no entanto, não há nenhum trabalhador com formação em oncologia e os trabalhadores de nível médio ligados à USP buscaram também o curso de nível universitário. Apenas 25% dos trabalhadores realizaram algum tipo de atendimento a usuários com câncer antes de trabalhar nas USF.

4.2. Ações de acompanhamento aos usuários com câncer e seus cuidadores pelos trabalhadores da Saúde da Família

O material empírico oriundo da aplicação do questionário ao conjunto dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste e da entrevista semi-estruturada aos trabalhadores da equipe de Saúde da Família selecionada para o momento de aprofundamento das questões voltadas às ações de acompanhamento aos usuários com câncer e seus cuidadores foram confrontados com os elementos presentes na Política Nacional de Atenção Oncológica e com a organização da Atenção Básica, considerando seus atributos e as especificidades da Saúde da Família no Brasil.

A PNAO Ministério da Saúde do Brasil busca integrar os diferentes serviços de saúde para a assistência aos usuários com câncer e aponta que às UBS e ESF cabem ações voltadas para o indivíduo e coletivo dirigidas à:

1) Promoção da saúde e prevenção do câncer;
2) Diagnóstico precoce;
3) Apoio à terapêutica de tumores;
4) Cuidados paliativos;

5) Clínicas para o seguimento de doentes tratados;
6) Necessidade de compartilhar as informações, através de subsistemas de informações com o propósito de utilizá-las na promoção à saúde;
7) Especializar os recursos humanos e promover a educação permanente dos profissionais envolvidos com a implementação e implantação da Política de Atenção Oncológica.

Neste estudo, não temos a proposta de discutir as ações de diagnóstico precoce, promoção e prevenção do câncer, uma vez que nossa atenção está voltada para o acompanhamento realizado pelos trabalhadores das ESF aos usuários com diagnóstico de câncer já confirmado e seus cuidadores, contudo, estes aspectos também se fazem presentes nas narrativas dos trabalhadores.

4.2.1. A identificação dos usuários com câncer pela ESF

O conhecimento dos trabalhadores acerca da presença de usuários com diagnóstico de câncer na área de abrangência da unidade de saúde foi de 92,3% (36) nas ESF ligadas a USP e 72,6% (45) naquelas ESF ligadas à SMS de Ribeirão Preto.

Em relação ao conhecimento sobre o número total de usuários com câncer na área de abrangência da unidade da ESF que trabalha, a freqüência foi de 9 (23,1%) trabalhadores às equipes ligadas a USP e 5 (8,1%) trabalhadores às equipes ligadas a SMS de Ribeirão Preto. O atendimento ao usuário com câncer e seus cuidadores é realizado por 29 (74,3%) trabalhadores ligados a USP e 35 (56,4%) ligados a SMS de Ribeirão Preto, como pode ser observado na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo conhecimento sobre existência de usuários com câncer na área de abrangência da unidade de saúde, número total desses usuários e atendimento realizado. Ribeirão Preto, 2009

Dependência funcional / Usuários com câncer	USP		SMS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Presença de usuários com câncer	36	92,3	45	72,6	81	80,2
Conhecimento do número total de usuários com câncer na ESF	9	23,1	5	8,1	14	13,9
Realiza atendimento aos usuários	29	74,3	35	56,4	64	63,3

Este dado se mostra bastante interessante, uma vez que embora o câncer se constitua em uma doença com acompanhamento previsto pela ESF apontado na Política Nacional de Atenção Oncológica, parece não se ter dados gerados acerca desta condição, destinados tanto à ESF como ao Ministério da Saúde, quer seja por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica, como por outro sistema de informação utilizado pela AB.

Na Tabela 12, é possível verificar o tipo de câncer com maior prevalência na área de abrangência das unidades de ESF segundo os trabalhadores das ESF. O câncer de mama feminino é segundo os trabalhadores (13) o que apresenta maior freqüência. Foram citados como mais prevalentes o câncer de pele e intestino por 3 trabalhadores, o de próstata e o retinoblastoma infantil por 2 trabalhadores, o câncer de colo uterino por 1 trabalhador. Ainda, 42 trabalhadores afirmaram não haver um tipo de câncer mais prevalente. Não souberam informar se há tipo de câncer mais prevalente 35 trabalhadores, sendo 6 trabalhadores das ESF vinculadas à USP e 29 trabalhadores vinculados à SMS de Ribeirão Preto.

Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo o conhecimento acerca do tipo de câncer mais prevalente na área de abrangência e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Dependência funcional / Tipo de câncer	USP		SMS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Mama feminina	6	42,8	7	70	13
Pele (não melanoma)	2	14,3	1	10	3
Intestino	2	14,3	1	10	3
Próstata	2	14,3	0	0	2
Retinoblastoma infantil	1	7,1	1	10	2
Colo de útero	1	7,1	0	0	1
TOTAL	14	100	10	100	24

O Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP e o Registro de Câncer Hospitalar – RCH reúnem dados de usuários com diagnóstico de câncer para o planejamento de ações em nível hospitalar e local, traçando então metas nacionais de prevenção e controle do câncer (BRASIL, 2009).

O RCBP é o registro realizado em 22 localidades no Brasil, e consiste no esforço de quantificar e qualificar os dados de usuários com câncer em uma área delimitada de abrangência. Buscam-se os dados de usuários com câncer por meio dos resultados de exames anátomo-patológicos em laboratórios, autorizações de procedimentos de alto custo (APAC), fornecendo dados sobre o número de casos novos nessa área delimitada. O RCBP permite localizar espacialmente aonde a população é mais afetada pela doença, "os fatores ambientais que podem estar relacionados e influenciar na prevalência da doença, identificar grupos étnicos afetados promovendo assim investigações epidemiológicas e estudos específicos" (BRASIL, 2009) [8].

Outro aspecto que merece ser destacado, é que o RCBP auxilia na "determinação da necessidade de campanhas junto a população na detecção precoce e prevenção do câncer, como também na avaliação de novas técnicas diagnósticas" (BRASIL, 2009)[8].

[8] http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=353, acesso em 25 de junho de 2009.

A prevenção e o diagnóstico precoce do câncer contribuem para a diminuição dos índices de mortalidade pela doença no mundo. A prevenção por meio de um estilo de vida saudável (ausência de tabaco, alimentação, hábitos sexuais e prática de esporte, tipo de exposição durante o trabalho exercido) aliada aos fatores genéticos podem reduzir efetivamente a incidência do câncer. O diagnóstico precoce da doença possibilita tratamentos mais conservadores, com melhor qualidade de vida ao usuário com câncer e maior probabilidade de cura (OMS; UICC, 2005).

Para os trabalhadores da unidade de Saúde da Família selecionada para as entrevistas, a inclusão e o diagnóstico do usuário com câncer na USF se dão durante a realização de exames preventivos, ficando evidente nas falas dos trabalhadores que a descoberta de usuários com câncer é realizada por meio da investigação da própria equipe.

A realização da prevenção de câncer na ESF contempla os programas do Ministério da Saúde para prevenção primária: câncer de colo uterino, pele e intestino e diagnóstico precoce: câncer de mama, próstata e intestino. Nas falas não há menção dos entrevistados sobre a prevenção dos fatores de risco relacionados ao tabaco, alcoolismo, dieta saudável, e orientações para risco ocupacional.

> Porque a parte prática, a gente não tem isso mesmo, né? é mais o avançado, o hospital ...o tratamento é no hospital ... é mais o preventivo que a gente pode fazer na saúde da família. *Flor de Lis*

> Nós fazemos os exames de rastreamento para alguns tipos de câncer, de rotina, que são aqueles que têm nível de evidência A e B pra atingir os resultados. Então a gente faz: câncer de mama, rastreamento pra todas as mulheres conforme as recomendações dos protocolos do Ministério e da Sociedade Brasileira [Mastologia?]. A gente faz o câncer de colo de útero, rastreamento. Fizemos rastreamento de câncer de cólon, de intestino, com todas as pessoas acima de 50 anos. A gente faz pesquisa de sangue oculto de fezes. Basicamente, os rastreamentos mesmo, assim, como não tem nível de evidencia A e B de pesquisa de câncer de próstata. Então, a gente faz os exames nos homens, né, mas não faz parte do nosso protocolo, tá? [...] o de pele que faz também o exame dermatoscópio, mas só visual, que a gente faz. A gente faz também, que eu esqueci de falar rastreamento de câncer de endométrio e ovário nas mulheres que estão usando hormônio, né? *Girassol*

> O único cuidado que a gente tem é com as mulheres pra sempre tá fazendo o citopatológico, o exame de mamas, tem esse tipo de orientação. Pro homem, tem a questão lá de exame da próstata, mas não tem nada tão

> específico. Igual, porque cada um tem. Se você for ver tem câncer são, é câncer, assim, variado. Cada órgão. *Tulipa*

O câncer de colo de uterino pode ser prevenido por meio do exame de Papanicolaou. Estudos têm buscado identificar as barreiras para a prevenção adequada desta doença, uma vez que este câncer é o segundo mais incidente no país, com a taxa de incidência estimada para 2008, de 18.680 casos (BRASIL, 2007). A prevenção do câncer de colo uterino está permeada por questões relacionadas à individualidade da mulher e a organização dos serviços de saúde. Apenas, o acesso à realização do exame preventivo não traz a segurança da resolutividade da prevenção do câncer de colo uterino (SOARES, 2008).

O compromisso com o diagnóstico deve envolver a coleta e leitura adequada do material, assim como o resultado rápido e preciso, sem perder o acompanhamento dos resultados, principalmente para aqueles com resultados positivos para indicação de alterações da normalidade. O fluxo de encaminhamento da usuária com diagnóstico de câncer de colo de útero deve estar bem definido pelo serviço que realiza o exame. Assim, a integralidade do cuidado à mulher deve estar garantida. O vínculo entre as ESF e as usuárias constitui-se como potencial para o efetivo acompanhamento das mulheres com indicação para realização do exame e, principalmente, daquelas com resultados prévios alterados e já tratadas anteriormente (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003; SILVA; BRENNA; MORIWAKI; NETO, 2004). O tratamento adequado deve ser humanizado, com formação de vínculo para que as mulheres com lesões precursoras de câncer não tenham no futuro a doença instalada (SOARES, 2008).

O câncer de pele, apontado por *Girassol*, é o mais incidente no Brasil. É o tipo de câncer para o qual efetivamente podem-se desenvolver ações de prevenção primária, ou seja, estabelecer ações de prevenção (utilização de filtro solar, proteção à exposição ao sol nos horários de maior incidência de raios ultravioleta) e de promoção à saúde (educação nas escolas, melhoria de condições de trabalho). Este tipo de câncer está relacionado com a pele clara, com a exposição excessiva ao sol, idade avançada, exposição ao arsênico (BRASIL, 2002b).

O câncer de mama parece ser uma preocupação presente na fala dos trabalhadores que enfatizam os exames para diagnóstico precoce, na presença de alguma suspeita encontrada no exame clínico realizado na unidade de saúde.

> [identificação e o diagnóstico dos usuários com CA]. Assim, que eu lembro assim que aconteceu. Geralmente, é mais assim de mama, né? por exemplo o câncer de mama. Teve, o médico faz o exame preventivo, se acha alguma coisa, pede pra fazer ultrassom de mama ou mamografia, ou o contrário primeiro a mamografia, depois o ultrassom de mama ... *Flor de Lís*

O câncer de mama feminino é o mais incidente entre as mulheres, no Brasil, com estimativa de 49.400 casos para o ano de 2008, como já havíamos discutido na revisão bibliográfica este estudo (BRASIL, 2007). O diagnóstico precoce possibilita tratamentos mais conservadores, com melhor qualidade de vida para mulher. Para tal, recomenda-se o auto-exame mensal das mamas e o exame clínico anual aliado a mamografia, para as mulheres com idade superior a 40 anos e um exame de mamografia aos 35 anos. Os fatores genéticos e hereditários, a alimentação rica em gorduras e carboidratos, a obesidade, a nuliparidade e o uso de hormônio estão relacionados com a incidência desse câncer (SILVEIRA, 2005).

O câncer de intestino (cólon e reto) representa a quinta causa de morte por câncer em nosso país. Os fatores de risco relacionados à doença compreendem as pessoas com idade superior a 50 anos, história de adenoma ou câncer de intestino familiar, história pregressa de câncer de colo de útero, mama e ovário e doença de Crohn. A pesquisa de sangue oculto nas fezes, como apontado por *Girassol* em uma das narrativas é um método de detecção precoce da doença, com possibilidade de rastreamento anual ou bienal. Este exame possui menor sensibilidade de diagnóstico do que os exames de colonoscopia e retossigmoidoscopia, que possibilitam a prevenção primária por meio da detecção de pólipos. No entanto, estes dois exames necessitam de aparato hospitalar, com necessidade de anestesia, por se tratar de um exame desconfortável e com necessidade de preparo intestinal (BRASIL, 2002b).

Na Tabela 13 podemos observar a distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste que realizam atendimento aos usuários com câncer segundo categoria profissional.

Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de saúde do Distrito Oeste que realizam atendimento aos usuários com câncer segundo categoria profissional e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

Dependência	USP		SMS		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°
ACS	16	55,2	18	51,4	34
MÉDICO	5	17,2	6	17,1	11
AUX. ENF	5	17,2	5	14,2	10
ENFERMEIRO	3	10,4	5	14,3	8
TÉC. ENF	0	0	1	3,4	1
TOTAL	29	100	35	100	64

Podemos observar que são os ACS que mais freqüentemente produzem cuidado aos usuários com câncer, seguidos pelos médicos e auxiliares de enfermagem. Possivelmente tal resultado se relaciona ao fato do ACS ter como uma de suas tarefas a realização das visitas domiciliares aos usuários da área de abrangência da USF.

Esta questão é reiterada nas narrativas dos trabalhadores da equipe de Saúde da Família A, quando é apontada que a identificação e inclusão dos usuários com câncer se dão pela busca ativa dos ACS. Durante as visitas domiciliares de acompanhamento das famílias, os ACS trazem para a equipe os problemas e situações de saúde encontradas no domicílio. Possibilitam assim, a inserção dos usuários para cuidados na ESF para investigação diagnóstica de câncer.

> Ou se não, o agente de saúde faz a visita e lá eles falam pra gente mais ou menos: olha, eu tô com dificuldade de engolir e às vezes eu engulo e tá me doendo minha garganta, mas não é dor na garganta, eu tô achando que não é, porque eu já fiz tratamento. E aí a gente já fica alerta. Aí, a gente na discussão de família na segunda-feira tarde ... É, e a gente discute com a equipe esse paciente e o paciente que esta fazendo acompanhamento com aquele médico, o médico ou adianta a consulta ou faz a visita. *Samambaia*

> Ele veio com sintomas na visita, a gente pediu pra ele vir no posto fazer os exames, deu algumas alterações, investigou melhor e ai fez o tratamento. [...] Câncer de próstata. [...] Ele tinha queixa urinária e ai conseguiu com os exames, ele fez o tratamento, né? *Margarida*

Segundo estudo realizado por Sakata (2009), o trabalho do ACS pode apresentar-se metaforicamente como o "elo" e o "laço" de ligação entre os profissionais da ESF e a comunidade. O "elo" de ligação está relacionado às tarefas burocráticas realizadas pelos ACS como entregar receitas médicas, data de consultas, orientação do aleitamento materno e a imunização, entre outros. No entanto, a autora, reafirma que mesmo em tarefas práticas e burocráticas o ACS pode trazer a prática do "laço de ligação" e permitir que estas tarefas sejam oportunas para a construção da formação de vínculo entre o ACS e a comunidade (SAKATA, 2009).

O laço de ligação se remete as possibilidades de se estabelecer uma relação flexível e próxima entre o ACS e a comunidade, que permite por meio do seu contato íntimo no domicílio dos usuários estreitar as relações terapêuticas com as famílias visitadas e possibilitar o conhecimento das necessidades de saúde que não seriam possíveis de serem captadas apenas na USF. Ainda, a autora discute que os ACS tem maior potência de compreenderem as necessidades dos usuários, por residirem na mesma comunidade e possuírem necessidades biopsicossociais semelhantes àquelas vivenciadas pelos usuários.

Este aspecto de ser laço de ligação se faz presente nas narrativas dos trabalhadores deste estudo, sendo corroboradas pelos dados quantitativos dos trabalhadores das ESF do Distrito Oeste.

A Tabela 14 traz a distribuição dos trabalhadores das USF do Distrito Oeste segundo a categoria profissional e as atividades desenvolvidas (realização de VD, discussão em reunião de equipes) e a dependência funcional das equipes.

Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo categoria profissional, realização de visita domiciliar, discussão em reunião de equipe das situações relativas ao usuário/familiar com câncer, e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Atividade / Categoria Profissional	USP				SMS			
	VISITA DOMICILIAR		DISCUSSÃO EM REUNIÃO EQUIPE		VISITA DOMICILIAR		DISCUSSÃO EM REUNIÃO EQUIPE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACS	16	59,2	10	50	17	56,7	14	56
ENFERMEIRO	3	11,1	3	15	5	16,7	5	20
MÉDICO	3	11,1	5	25	4	13,3	3	12
AUX. ENF.	5	18,5	2,	10	3	10	3	12
TÉC. ENF.	0	0	0	0	1	3,3	0	1
TOTAL	27	100	20	100	30	100	25	100

Na Tabela 14, dos 29 trabalhadores ligados a USP que realizam atendimento aos usuários com câncer, 27 (93,1%) realizam visita domiciliar e 20 (69,0%) realizam discussão de caso de usuário com câncer em reuniões da equipe. O ACS é o trabalhador com maior freqüência para atendimento em visitas domiciliares aos usuários com câncer, totalizando 33 (61,1%) destes trabalhadores. Isto se repete quando considerada sua participação nas discussões de casos em reunião de equipe envolvendo usuário com câncer e seus cuidadores.

Assim, pode-se observar que é para a categoria profissional do ACS que se concentram as atividades desenvolvidas junto ao usuário com câncer ou sua família. São seguidos pelos enfermeiros, médicos e finalmente os demais profissionais de enfermagem da equipe, para aqueles trabalhadores ligados à SMS de Ribeirão Preto. Quando olhamos os dados relativos às equipes ligadas à USP, ainda permanecem as atividades de visita domiciliar (VD) e de discussão das equipes encabeçadas pelos ACS, mas agora seguidos pelos auxiliares de enfermagem para as VD e pelos médicos para as discussões de equipe.

Ainda cabe destacar, que é a VD a estratégia utilizada na Saúde da Família que coloca a unidade de saúde em contato com os usuários em seus domicílios, e é o ACS que

prioritariamente realiza esta atividade, sendo o trabalhador que atua como elo e laço de ligação com a clientela (SAKATA, 2009).

O acompanhamento realizado pelo ACS traz informações para a ESF acerca dos usuários que não utilizam à unidade de Saúde da Família, mas que estão em tratamento em outros locais, seja ele privado ou público, o que nos remete a pensar no conceito de longitudinalidade.

> Ou então, pela visita domiciliar que a agente comunitária fica sabendo e passa pro resto da equipe. Porque na nossa área tem pacientes que não seguem no Núcleo. Seguem no convênio ou seguem na Cuiabá e aí a agente comunitária faz a visita e fica sabendo. *Rosa*

Starfield (2002), quando discute que os sistemas baseados na atenção primária à saúde tendem a apresentar melhores resultados que outros formatos de sistemas de serviços de saúde, apresenta o conceito de longitudinalidade como

> Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação (STARFIELD, 2002, p. 247).

Podemos verificar pela Tabela 15 que a longitudinalidade da atenção também está expressa nos dados quantitativos desta pesquisa.

Tabela 15 - Distribuição numérica e percentual dos atendimentos realizados pelas ESF do Distrito Oeste segundo o sujeito que dispara este atendimento e dependência funcional das unidades. Ribeirão Preto, 2009

Dependência funcional / Atendimento	USP		SMS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
ESF	13	44,8	22	62,9	35
ESF/Usuário/cuidador	11	37,9	7	20	18
Usuário/cuidador	3	10,3	5	14,3	8
Não sabe informar	2	6,9	1	2,9	3
TOTAL	29	100	35	100	64

Segundo os trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste, o responsável por disparar o atendimento ao usuário com diagnóstico de câncer confirmado e

seus cuidadores são os trabalhadores da ESF, com n=35 trabalhadores. Ainda, a freqüência dos trabalhadores que responderam que os atendimentos ocorrem por iniciativa dos usuários ou seus cuidadores, aliada à iniciativa da ESF é de n=18. A menor freqüência foi encontrada para a iniciativa isolada por parte dos usuários ou seus cuidadores que foi n=8.

Com relação à realização do diagnóstico, na Tabela 16, observamos que 14 trabalhadores relataram ter usuários com câncer diagnosticados na USF; 1 trabalhador referiu que conhece usuário que realizou confirmação diagnóstica em uma UBS; 2 trabalhadores afirmaram que o diagnóstico foi confirmado em uma UBDS; 18 trabalhadores afirmaram os usuários por eles atendidos tiveram o diagnóstico em um Hospital Público e, ainda, 13 trabalhadores afirmaram que o diagnóstico se deu por meio da de serviços de atenção suplementar (convênio).

Tabela 16 – Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo conhecimento do local de confirmação diagnóstica de câncer dos usuários atendidos e dependência funcional. Ribeirão Preto, 2009

Dependência funcional / Local do diagnóstico	USP	SMS	TOTAL
Hospital Público	18	22	40
Convênio	13	7	20
USF	11	3	14
UBDS	2	0	2
UBS	1	0	1

As variáveis não são mutuamente exclusivas

Podemos observar que os dados nos mostra que os diagnósticos de câncer são realizados em sua maioria no nível terciário de atenção, pois para 40 trabalhadores (51,94%) dos 77 que responderam a esta questão. Este dado pode nos indicar o diagnóstico tardio da doença.

Mesmo sendo realizado o diagnóstico em outro nível de atenção, podemos observar que quando há casos de diagnóstico e inclusão do usuário com câncer na ESF para provimento de cuidados, estes são realizados pela busca do usuário à unidade de saúde,

quando o usuário refere ter uma queixa de saúde já instalada. Podemos identificar nas narrativas abaixo que a ESF constitui-se a "porta de entrada" para o usuário com diagnóstico de câncer.

> [identificação e seguimento dos usuários com câncer] Então, né!, ... acontece assim: A pessoa tem um ... um sintoma, né. Ela vem procurar a unidade e ai é onde que o médico às vezes ele tem o diagnóstico ali na hora e às vezes eles encaminham pra ter certeza. [...] O de mama (câncer) principalmente, ele faz, já palpam né, faz o exame né? [...] Agora tem uns que já chegam aqui, o de garganta, por exemplo: Com uma queixa, né? E aí acho que os médicos já sabem mais ou menos qual que é uma queixa de ... se é um câncer, ou se não é. E se eles já ficam na dúvida, já encaminham pro especialista, exame, né? e ai ele já manda pra biópsia. Tá? Então é assim que funciona mais ou menos. *Samambaia*
>
> Aí, outro senhor também, que é paciente usual que veio um dia com uma dor de garganta; e esse já é um que está em fase terminal também. De uma queixa de dor de garganta, foi descoberto CA de garganta, e hoje ele já está com menos de um ano e meio: metástase e o HC já. Aí, têm vários, a história é bem comprida, né. Tem uma lista razoável de pessoas nesta lista. [...] Alguns diagnósticos, eles partem daqui como suspeita e outros as pessoas chegam para nós depois do caso já investigado. Tanto o lado de vir até aqui com a queixa, bem, frustra e a partir da investigação ser diagnosticado. Nós tivemos alguns casos assim. Como aqueles pacientes que nem seguiam e diante do diagnóstico passam a procurar a unidade pro cuidado pós diagnóstico e às vezes já com a doença nas fases mais duras da quimio e da radioterapia; dependendo da situação o paciente está muito frustrado. Tem os dois modos ... *Hortênsia*

A USF busca por meio de suas ações acompanhar as famílias de sua área adstrita, no sentido de estabelecer a longitudinalidade da atenção, tendo como foco as necessidades desta, e não apenas a atenção à doença (OPAS, 2007). Para isso, a ESF deve constituir-se "porta de entrada dos serviços de saúde" (STARFIELD, 2002).

Para Starfield (2002) a definição de porta de entrada se volta a considerar o primeiro contato do usuário ao sistema de saúde, envolvendo a prestação de serviços acessíveis e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção. Assim, para que os usuários e suas famílias procurem a USF, independente da necessidade de saúde apresentada, a ESF deve permitir acessibilidade ao usuário e a sua família, constituindo-se o ponto de referência dos usuários para atender suas necessidades de saúde.

A longitudinalidade da atenção está presente nas falas dos trabalhadores que identificam que o diagnóstico do câncer nos usuários acontece de forma tardia, e esta

descoberta tardia traz a doença em estágios avançados. No entanto, o acompanhamento destes usuários é realizado ainda pela ESF.

> Então, o que acontece: todos os diagnósticos, pelo menos da minha microárea encontrados, foram assim demorados pra encontrar. *Tulipa*
>
> Agora, a gente que vai fazer visita, que sabe que o paciente às vezes tem aquele problema, mas não sabe que é um câncer. Nossa! Quando a gente chega lá, nossa o paciente tá com câncer! Como recentemente aconteceu com uma das minhas famílias que eu visito. Ele, ele começou com um problema na garganta e aí ele falou que o diagnóstico dele foi um refluxo e ele tava nessa de refluxo. Agora foi diagnosticado câncer de garganta, o médico não quis, ta lá em Barretos [faz referência a um hospital que realiza tratamento em oncologia desta cidade], e o médico não quis fazer a cirurgia, porque se não ele ia...Tinha que tirar a língua, sabe ... já estava com estágio avançado. *Samambaia*

Como já apontado, a longitudinalidade na APS diferencia-se do conceito de continuidade da atenção, uma vez, que mesmo que o usuário de saúde não esteja necessitando de resolução de problemas de saúde pela ESF, o seu acompanhamento ao longo do tempo é realizado pela USF, com vínculo estabelecido pela equipe, de modo a ser apoiado em suas necessidades e demandas. Ainda, mesmo que o usuário necessite de tratamento específico em hospitais com alta densidade tecnológica, como é o caso do câncer, é fundamental que tenha sempre o acompanhamento efetivado pela Atenção Básica (STARFIELD, 2002).

O diagnóstico diferencial de câncer pode ser realizado tardiamente, e este fato pode ser atribuído aos fatores relacionados ao usuário, ao acesso aos serviços de saúde, a equipe de saúde dentre outros fatores. Os sintomas de neoplasias malignas podem ser confundidos com outras patologias e requerem investigação diferencial, sendo necessários exames de comprovação diagnóstica por imagem e biópsia para resultado anátomo-patológico podendo assim, por problemas burocráticos, atrasar os tratamentos necessários para a doença e diminuir as chances de cura.

Em estudo realizado por Soares (2007) com mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino em um município do sul do Brasil, a pesquisadora apontou na fala das mulheres com câncer de colo de útero, a dificuldade para o acesso aos exames diagnósticos e ao

tratamento. Evidencia ainda, relato das mulheres sobre o acesso ao atendimento mais ágil e resolutivo em serviços de medicina suplementar comparados ao serviço público.

Encontramos neste tema o modo como os trabalhadores deste estudo incluem em seu acompanhamento os usuários com diagnóstico com câncer e seus cuidadores. Os trabalhadores identificam os usuários com câncer por meio de exames preventivos realizados na USF, por meio da busca do usuário à USF com alguma queixa para investigação e também nas visitas domiciliares, quando o ACS, mais frequentemente, e outros profissionais vão até o domicílio e identificam algum usuário com diagnóstico de câncer.

Os trabalhadores conhecem os usuários com câncer e referem expressivamente realizar atendimento a estes usuários, no entanto, não conhecem a totalidade destes usuários. Reconhecem que o local de diagnóstico mais comum para o câncer dos usuários de suas USF é o Hospital Público e que o câncer é muitas vezes diagnosticado com a doença avançada, sendo o câncer de mama o mais prevalente.

4.2.2. Acompanhamento dos usuários com câncer e de seus cuidadores: possibilidades e dificuldades encontradas pela equipe

Buscamos compreender o acompanhamento dos usuários com câncer por meio dos tipos de atendimentos realizados aos usuários e cuidadores de usuários com câncer pelos trabalhadores das ESF.

A frequência de trabalhadores que referiram prestar algum tipo de atendimento ao usuário com câncer ou a seu cuidador, para as unidades da ESF foi: 87,5% pela unidade **A**, 71,42% pela **B**, 55,5% pela **C**, 66,6% pela **D**, 88,8% pela **E** para as ESF ligadas à USP e 66,6% para a **F**, 80% para a **G**, 60% para a **H**, 50% para a **I**, 66,6% para a **J**, 50% para a **K**, 25% para a **L** e 80% para a **M**.

Ainda, a ESF **A** foi a que apresentou 100% atendimento aos usuários com diagnóstico de câncer conhecidos por esta equipe, sendo este o dado usado para o critério de escolha da equipe da segunda fase da pesquisa, na qual realizamos entrevistas com os

trabalhadores, conforme já apontado anteriormente no percurso metodológico esta investigação.

Pela Figura 2, abaixo, podemos visualizar a porcentagem dos atendimentos realizados pelos trabalhadores aos usuários com câncer, segundo ESF estudada. O valor da *mediana* é de 7,8%. O *valor mínimo* é 1,6% e *valor máximo* 12,5%.

A mediana corresponde ao valor de duas unidades de saúde ligadas funcionalmente a USP (**B** e **C**). Ainda, duas unidades de saúde ligadas à USP possuem o valor maior que o da mediana e uma unidade possui o valor menor do que a mediana. Em relação às unidades de saúde ligadas à SMS de Ribeirão Preto, três possuem valor maior que o da mediana e cinco possuem o valor menor do que o da mediana.

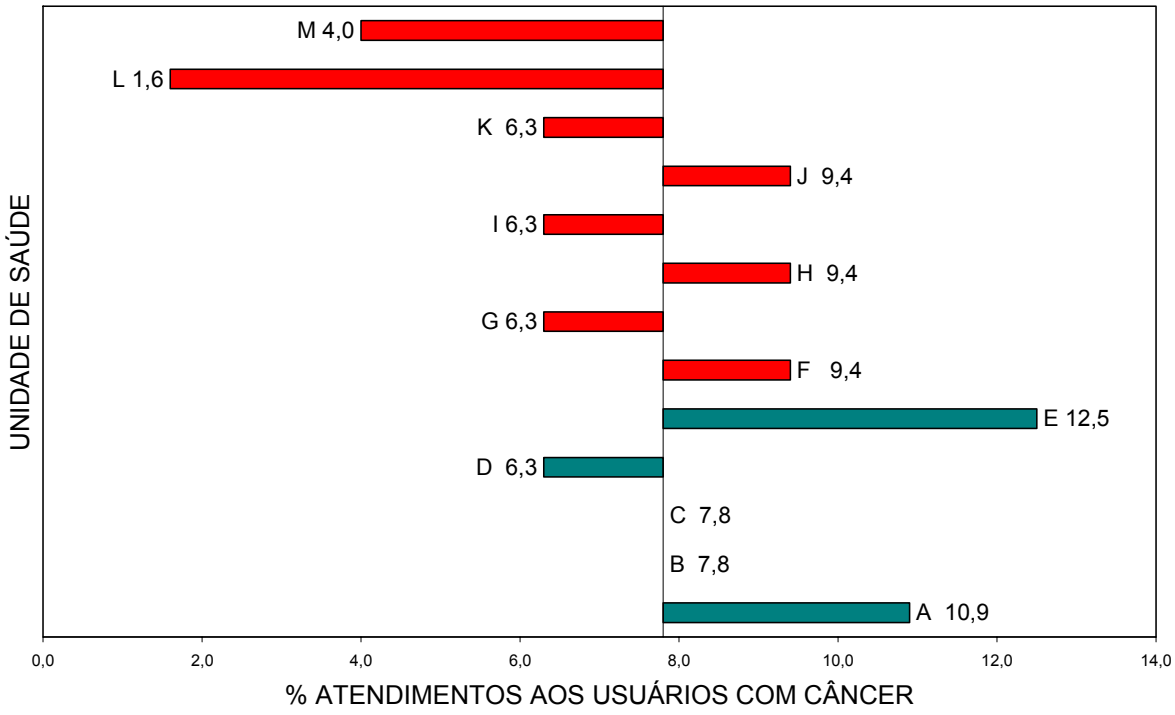

Figura 2 - Porcentagem de atendimento realizado pelos trabalhadores aos usuários com câncer, em relação ao total de atendimentos, segundo ESF. Ribeirão Preto, 2009

Na Figura 3, temos os valores medianos das porcentagens de atendimento aos usuários com câncer das ESF ligadas à USP. O *valor mediano* para estas unidades foi de 7,8%. O *valor mínimo* foi de 6,3% e o *valor máximo* foi de 12,5%.

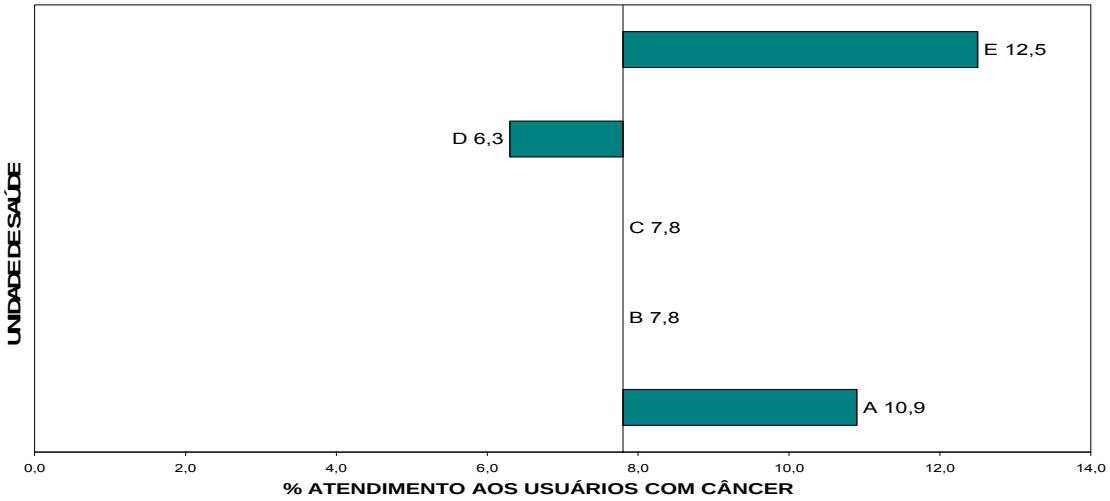

Figura 3 - Porcentagem de atendimento realizado pelos trabalhadores aos usuários com câncer, em relação ao total de atendimentos, segundo ESF ligada à USP. Ribeirão Preto, 2009

Na Figura 4, temos os *valores medianos* das porcentagens de atendimento aos usuários com câncer das ESF ligadas à SMS de Ribeirão Preto. O *valor mediano* para estas unidades foi de 6,3. O *valor mínimo* foi de 1,6 e o *valor máximo* foi de 10,9.

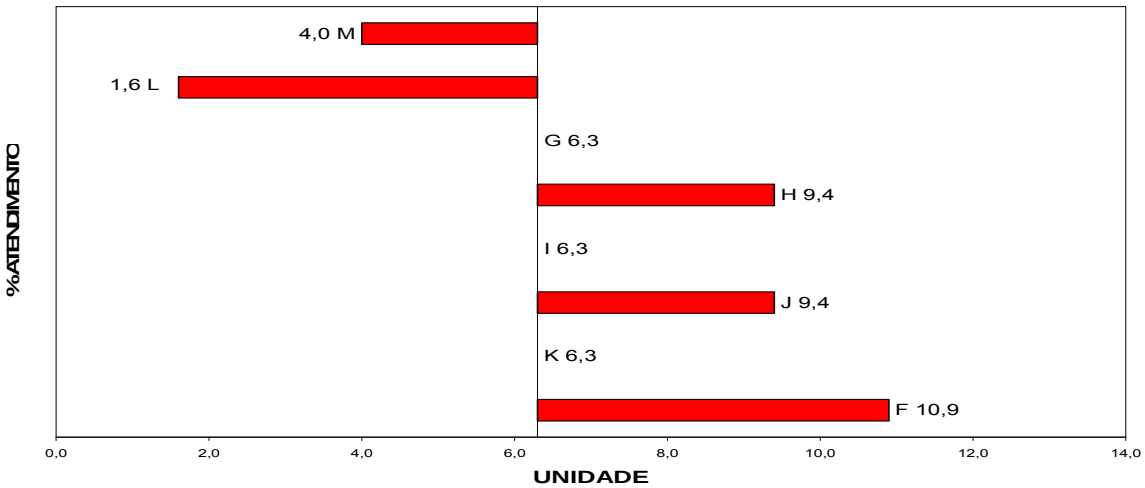

Figura 4 - Porcentagem de atendimento realizado pelos trabalhadores aos usuários com câncer, em relação ao total de atendimentos, segundo ESF ligada à SMS. Ribeirão Preto, 2009

4.2.2.1. Possibilidades de acompanhamento

O acompanhamento dos usuários com diagnóstico de câncer pela USF é realizado mesmo com a referência deste para os outros serviços de saúde. O trabalhador responsável

por trazer à equipe informações sobre o diagnóstico e possibilitar ao usuário a continuidade dos cuidados na Atenção Básica é o ACS.

> [...] E a gente pergunta se teve algum caso de câncer na família, alguém prá poder ta reforçando mais essa família. Mas, é tudo fora do que a gente pode, alguns são imprevisíveis. Então o acompanhamento... ele é feito, então têm as possibilidades de sempre acompanhar mesmo não sentindo nada. *Samambaia*
>
> Então, tem uma retaguarda geralmente depois que descobriu. *Tulipa*
>
> Ai foi para o HC, foi fazer a biópsia, realmente constatou e a gente ia fazer as visitas [...] Mais aí, na visita, a gente já faz a visita, já vê que o paciente foi realmente diagnosticado um câncer, que ele tá no seguimento no HC, ele fez a cirurgia. A gente vem, traz pra discussão de família aonde o médico também acaba ... o médico que fez o diagnóstico, ele acaba sabendo através do agente ou através da visita que ele faz. *Samambaia*

O ACS é o trabalhador responsável por identificar situações de necessidades de saúde no local em que o usuário vive, seja saúde em sua dimensão biológica ou emocional e ampliar esse cuidado na discussão do usuário e sua família em espaços com toda a equipe (SAKATA, 2007).

Desta maneira, o ACS possibilita o acesso às informações do usuário, e ao próprio usuário aos demais membros da equipe que podem também realizar diversas atividades voltadas ao usuário, tais como visitas, atendimento ao usuário na USF ou monitoramento do usuário e sua família mesmo que este esteja fazendo o tratamento para o câncer no Hospital, sem perder a longitudinalidade da atenção.

A Tabela 17 apresenta outros atendimentos aos usuários com câncer que são realizados pelos trabalhadores das ESF do Distrito Oeste, e que se voltam desde a "realização de atividades domésticas para o usuário em seu domicílio" por 1trabalhador, ao acolhimento do usuário na USF realizado por 7 trabalhadores.

TABELA 17 – Distribuição numérica dos "outros" atendimentos aos usuários com câncer realizados pelos trabalhadores da ESF do Distrito Oeste segundo dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Tipo atendimento / Dependência funcional	USP	SMS	TOTAL
Acolhimento	5	2	7
Participação em grupos	3	3	6
Encaminhamento para outros profissionais da equipe	2	2	4
Oferece material médico hospitalar	0	4	4
Disponibiliza o serviço	2	0	2
Referência para o nível terciário	1	1	2
Orientações dos efeitos colaterais do antineoplásico	1	0	1
Realiza contato com serviços complementares	0	4	4
Atendimento emocional ao usuário	0	2	2
Busca ativa para acompanhamento	1	0	1
Informa direitos legais ao usuário	0	1	1
Realizou atividades domésticas para o usuário em seu domicílio	0	1	1

O tratamento a usuários com câncer é realizado em unidades ou centros denominados pelo Ministério da Saúde por Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) Nestes centros e unidades são realizados tratamentos com administração de quimioterápicos antineoplásicos, radioterapia antitumoral, cirurgias e internações clínicas ou pós-operatórias.

No entanto, a proposta do Ministério da Saúde, para o acompanhamento dos usuários com câncer é que a atenção em oncologia seja realizada abrangendo uma rede de serviços e que contemple desde a prevenção até os cuidados paliativos ou reabilitação do indivíduo. Desta maneira, para entendermos como o atendimento aos usuários com câncer acontece nessas ESF perguntamos aos trabalhadores como vem acontecendo esse cuidado ao usuário com diagnóstico já efetivado.

O acompanhamento do usuário com câncer pela unidade aparece nas narrativas dos trabalhadores, mesmo com a referência deste usuário para os outros serviços.

Evidenciamos a preocupação com o acolhimento do usuário e a utilização de estratégias para aumentar a convivência deste usuário.

> [...] como tem aquele paciente que sendo seguido aqui, na investigação, seguindo os protocolos clínicos de investigação chega ao diagnóstico. [...] Ele é referenciado, mas não perde né? [o seguimento] *Hortênsia*
>
> Eles vêm mesmo pra ser acolhidos, eu vejo assim. A gente não pode fazer muito por eles, mas eles confiam na equipe. Então eles pedem ajuda e apoio para tudo. [...] É tudo, para saber como cuidar da pessoa com câncer, mas principalmente uma conversa para ajudar a distrair. Entende? *Bromélia*
>
> Então tem o grupo de hipertensos, eu sei que agora ele não ta trabalhando e ele tá fazendo esse tratamento pro câncer. Então, ele gosta de sair a tarde. Tá afastado do trabalho. Ele sai a tarde pra passear, aí eu falei assim olha: "vem pro grupo de hipertenso, você é hipertenso." Nessa questão não é nem a hipertensão que a gente quer tratar. E sim a questão dele se socializar, já que ele não trabalha. Então a gente assim, dá mais suporte, ajuda nesse sentido. Entendeu? *Tulipa*

O acolhimento pode ser definido como:

> [...] o acolhimento pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finais de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com o que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si (BATISTA, BUENO, MERHY, 1999, p. 346)

E neste sentido, acolher tem a ver com o reconhecimento de necessidades dos usuários pelos serviços de saúde, num movimento de busca da integralidade da atenção.

O acolhimento e o vínculo segundo Gomes e Pinheiro (2005) constituem-se em ferramentas para a integralidade em suas três dimensões: a integralidade do ponto de vista de olhar para o usuário de saúde não o reduzindo aos problemas biológicos, mas possibilitando escuta qualificada; a integralidade que organiza o planejamento da assistência ao usuário não fragmentando a atenção dentro da unidade de saúde, trazendo resolubilidade; a integralidade que oferta respostas a determinado problema de saúde que aflige certos grupos populacionais.

Aqui cabe um pequeno parêntesis, para se colocar a questão das necessidades de saúde, e sua inter-relação com a integralidade da atenção. Cecílio (2001) apoiado no estudo de Norma Matsumoto (1999) discute uma taxonomia de necessidades de saúde, considerando quatro grandes conjuntos: "as boas condições de vida" onde se coloca que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades; "acesso às tecnologias que

melhoram ou prolongam a vida", considerando todas as tecnologias disponíveis para a produção do cuidado em saúde; "criação de vínculos (a)efetivos entre o usuário e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde", onde o vínculo é entendido como uma relação contínua, pessoal e calorosa, e por fim "graus crescentes de autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida", sendo considerado que neste conjunto se vai além da informação e da educação.

A discussão deste conjunto de necessidades de saúde, Cecílio (2001) discute a questão da integralidade em diferentes dimensões, cabendo destacar a *integralidade focalizada* como aquela que se dá fruto do esforço de equipes multiprofissionais, sendo viabilizada pelo compromisso dos trabalhadores em escutar atentamente e cuidadosamente os usuários de forma a identificar e reconhecer suas necessidades de saúde. A *integralidade ampliada* é apontada como resultante da articulação de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições. E finalmente, a *integralidade em rede* é aquela que nunca se realiza totalmente apenas no esforço individual, mas numa perspectiva de integração e interação de modo que se possa atingir a equidade da atenção.

As narrativas que apontam: que não se perde o usuário no sistema, que os usuários confiam na equipe e que pedem o apoio para tudo, o oferecimento da conversa para ajudar a distrair, o grupo de hipertenso que serve como espaço de socialização e convivência; parecem aproximar os trabalhadores das concepções trabalhadas por Cecílio (2001).

A Tabela 18 apresenta a distribuição de consultas dos diferentes profissionais de nível universitário aos usuários com câncer.

Na SMS de Ribeirão Preto atuam sete médicos nas USF que prestam atendimento a usuários com câncer, sendo que seis realizam consultas a usuários com câncer. Da mesma forma têm-se oito enfermeiros na SMS, sendo que quatro (4) realizam consultas de enfermagem a usuário com câncer. Nenhum dentista, tanto das USF ligadas à USP como da SMS de Ribeirão Preto, atende usuários com câncer.

Tabela 18 – Distribuição numérica e percentual dos médicos, enfermeiros e dentistas segundo realização de consultas a usuários com diagnóstico de câncer e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Consultas / Categoria	USP		SMS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
MÉDICO	4	57	6	60	10
ENFERMEIRO	3	43	4	40	7
TOTAL	7	100	10	100	17,0

Nas USF ligadas à USP, quatro (4) médicos realizam consulta e três (3) enfermeiros realizam consulta a usuários com câncer. Cabe destacar que nestas unidades não há dentistas para o atendimento diário, apenas para a supervisão e assessoria à equipe e atividades de avaliação de risco.

Na Tabela 19 aonde são apresentadas a distribuição numérica e percentual de trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste que realizam procedimentos técnicos no cuidado ao usuário. O ACS não foi incluído, por entendermos que os procedimentos técnicos são desenvolvidos por trabalhadores com formação técnica e nível universitário em saúde. Consideramos procedimentos técnicos a realização de coleta de exames, administração de medicações, massagens, curativos, sondagens, prescrições médicas e de enfermagem.

Tabela 19 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo realização de procedimentos técnicos no cuidado ao usuário com câncer e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Categoria Profissional	USP		SMS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
AUX. ENF.	4	57,1	3	42,8	7
ENFERMEIRO	2	28,6	3	42,8	5
MÉDICO	1	14,3	0	0	1
TÉC. ENF.	0	0	1	14,3	1
TOTAL	7	100	7	100	14

Nesta tabela podemos verificar que é o auxiliar de enfermagem (57,1% nas unidades vinculadas à USP e 42,8% naquelas vinculadas à SMS) que desenvolve o maior volume de procedimentos junto ao usuário.

O cuidado dirigido ao usuário com câncer também se volta para a realização de procedimentos técnicos quer em situações em que uma co-morbidade está presente anteriormente ao diagnóstico de câncer, quer em situações em que a doença já instalada leva à necessidade da realização de um procedimento específico, como por exemplo, um curativo.

> Tem paciente que às vezes vem pra medir a pressão, né ?, porque tá fazendo controle das medicações e vem medir a pressão. Tem às vezes sonda, que aí já é na visita domiciliar, que não só de pacientes com Ca. É basicamente isso... *Bromélia*
>
> Já, já teve [demanda para procedimentos], o paciente tinha Ca de estômago, foi aberto ... a gente fez, prá inserir o paciente no curativo, como encharcava muito, a família que trocava. Não é comum, mas tem de paciente acamado que pede. As úlceras ... é mais assim, quando sai de hospital e tá mais acamado por outras coisas também. Geralmente é a *Hortênsia* (enfermeira) que faz a visita, orientação pra família pra tá cuidando né? Então é mais isso. Curativo mesmo é mais difícil. *Rosa*

A Tabela 20 mostra o apoio oferecido ao cuidador do usuário com câncer. Este se caracteriza, geralmente, por um membro da família, que acompanha o usuário pelas diferentes etapas de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Esse cuidado torna-se desgastante para o cuidador, uma vez, que o afasta de suas atividades rotineiras, refletindo em gastos financeiros, privação do convívio social a que estava acostumado, contato com dor e sofrimento. É uma tarefa caracterizada pela impossibilidade de escolha do fazer, que pode perdurar por anos e, muitas vezes, realizada por apenas um cuidador principal (FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

Na Tabela 20 podemos observar que dividimos o apoio ao cuidador em 4 categorias: informativo, emocional, reforço e instrumental. Conceitualmente o *apoio emocional* está ligado ao afeto, empatia, respeito e amor; o *apoio de reforço* pode ser realizado através da demonstração de reconhecimento ao cuidador e/ou familiar; o *apoio informativo* está relacionado a informações, conselhos, opiniões, ensinamentos e o *apoio instrumental* é aquele que disponibiliza recursos, bens e serviços (PEDRO, ROCHA, NASCIMENTO, 2008)

Como mostra a Tabela 20 o apoio emocional ao cuidador do usuário com câncer foi o mais freqüente dentre os tipos de apoio prestados pelos trabalhadores. Tanto para as ESF ligadas a USP (19) como para aquelas ligadas à SMS de Ribeirão Preto (n=24), totalizando 43 profissionais. O apoio instrumental, caracterizado foi mais freqüente para a categoria profissional dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

O cuidador do usuário com câncer é fonte de cuidado dos trabalhadores deste estudo. O apoio emocional é o mais freqüente entre os trabalhadores (43), seguido pelos: apoio informativo (32), reforço (21) e instrumental (17).

Em estudo realizado com 492 cuidadores de usuários com câncer por Hileman et al (1992) apud Schramm (2006) obteve-se como resultado dados semelhantes aos encontrados neste estudo, pois o apoio emocional e informativo constituíram-se como categorias, sendo estas as que apresentam maior número de necessidades identificadas.

Tabela 20 – Distribuição numérica dos trabalhadores das unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste segundo tipo de apoio ao cuidador do usuário com câncer e dependência funcional da unidade de saúde. Ribeirão Preto, 2009

Apoio / Categoria Profissional	USP				SMS			
	INFO	EMO	REF	INST	INFO	EMO	REF	INST
MÉDICO	2	3	2	1	3	4	3	0
ENFERMEIRO	2	3	1	1	3	5	3	4
TÉC. ENF.	0	0	0	0	0	1	0	0
AUX. ENF.	3	2	1	2	4	4	3	4
ACS	4	11	2	4	11	10	6	1
TOTAL	11	19	6	8	21	24	15	9

As variáveis não são mutuamente exclusivas.

O acompanhamento voltado ao suporte do cuidador pela ESF também se faz presente, segundo os entrevistados, mesmo com a referência do usuário para outros serviços de saúde. Na narrativa, os trabalhadores falam do atendimento oferecido aos cuidadores que necessitam do apoio emocional.

> Diante de um caso, na hora que você chegou eu tava com um familiar de uma senhora aonde essa família; meu ponto de vista nós temos que oferecer um atendimento mais diferenciado: O marido em agosto (2008) detectou um câncer de intestino, foi para cirurgia, fizeram o que era possível de qualidade de vida e ele faleceu antes do Natal. Em janeiro, a esposa veio aqui dizendo que tinha uma biópsia e o que a gente achava. A gente achava, porque o HC tinha chamado. A gente achava que ela devia fazer. Ela está internada por complicações pós-cirúrgicas. Então essa família, ela pra mim, ela tem que ser um pouco mais olhada. E eu to te citando porque naquele momento que você chegou eu tava exatamente dando o cuidado paliativo do cuidador. As filhas tão muito inconsoladas, essa senhora tinha uma tarefa agregadora da casa, vai ser... Vai ser um período difícil. *Hortênsia*
>
> [possibilidades que a SF tem para oferecer] É mais do psicológico. Para a família toda, o acolhimento, né? Acho que só isso mesmo. *Bromélia*

Nesta primeira narrativa, se faz evidente a questão do vínculo com a equipe, traduzido na busca, da cuidadora que adoece, por apoio à decisão que terá que tomar diante da possibilidade de sua enfermidade.

A definição de vínculo, em APS, é trazida por Schimith e Lima (2004, p. 1491)

> A noção de vínculo que o PSF implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas. O programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização do serviço. [...] O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato.

Cecílio (2001) como já apontado, traz que um dos conjuntos de necessidades expressas pelos usuários em sua busca por atenção é a necessidade de estabelecer vínculos (a)efetivos com um profissional/equipe de saúde, de modo que possa expressar suas expectativas, anseios, temores e sentir-se acolhido para o enfrentamento da situações que vive.

O apoio da ESF ao cuidador também perpassa pelo cuidado à saúde, nas situações em que se expressam necessidades de caráter biomédico. Na fala do trabalhador, a ESF possui o papel de cuidar da saúde do cuidador que abandona o seu tratamento em decorrência da sobrecarga em cuidar do usuário com câncer.

> E assim, o cuidador, que é a esposa, também abandona o cuidado dela e a gente tenta trazer, resgatar esse paciente pra nós de novo e a cuidadora muitas vezes não cuida mais da saúde. *Samambaia*

Muitos estudos têm sido realizados com os cuidadores de usuários com câncer. Sabe-se que o cuidador possui um perfil caracterizado pela existência de um *cuidador principal*,

que em sua maioria é do sexo feminino e membro da família. Os cuidados tornam-se repetitivos e podem perdurar por anos, muitas vezes acompanhado pela dor física e psíquica do ente cuidado e sua terminalidade. O cuidador agrega tarefas de cuidado do ambiente domiciliar e do familiar com câncer, havendo ainda aumento dos gastos financeiros. O apoio ao cuidador deve envolver toda a equipe de saúde e estimular que este cuidador não deixe de cuidar de sua saúde física e emocional e ainda, que na medida do possível transfira alguns cuidados para outros cuidadores secundários para que ele possa ter momentos de lazer e ocupação diferentes daquela relacionada à doença (BECK; LOPES 2007; SCHARMAMM; FLORIANI, 2006).

4.2.2.2. Dificuldades vivenciadas no acompanhamento dos usuários com câncer e seus cuidadores

Podemos apreender das falas dos trabalhadores que para a efetivação do acompanhamento ao usuário com câncer pela USF, esta enfrenta dificuldades em quantificar sistematicamente os casos existentes em sua área de abrangência.

> A gente não tem quantificado, mas acho que um trabalho legal seria quantificar essas famílias que apresentam pelo menos um membro. Eu tô te dando dados de olhômetro, não tem nenhum rigor científico. Vocês, (risos), você acho que ficaria mais assustada. *Hortênsia*
>
> É, eu digo assim: facilmente 20 famílias, nessa mesma situação no último ano. *Hortênsia*
>
> [no cadastro da família, tem alguma pergunta que se refere a algum paciente com câncer na casa]. Não, a pergunta é se a família tem alguma morbidade referida. Isso de uma forma bem ampla, ela pode dizer até que ela tem [câncer] e não ter. *Hortênsia*

O “olhômetro” a que se refere o trabalhador, muito possivelmente é decorrente da forma como a estratégia SF se organiza, com uma das premissas voltada para a atuação da ESF em conhecer e (re)conhecer seu território, compreendido como o espaço pulsante, marcado pelas inter-relações existentes entre os diferentes sujeitos que circulam e conformam este espaço que é cultural, social, econômico, político, religioso.

A ESF, ao trabalhar com uma área delimitada geograficamente e com a perspectiva de atuação junto às famílias e não apenas sobre a doença e sobre o indivíduo doente, cria a

um grande número de possibilidades de intervenção e de estabelecimento de vínculos com a comunidade, visando à construção da longitudinalidade.

Outro aspecto que merece destaque refere-se á ausência de um sistema de informação na atenção básica que amplie a possibilidade de sistematização dos agravos referidos e existentes na área de abrangência da equipe. O SIAB, como já destacado, abre grandes possibilidades para o planejamento local pelas ESF, contudo, a não identificação individual dos usuários e a impossibilidade do registro de agravos que não os definidos à priori pelo sistema, dificultam a sistematização de outros dados necessários à ação da ESF no território.

Existem dificuldades para cuidar do usuário com câncer, devido à complexidade da doença e ao estigma estabelecido socialmente em torno da doença. O diagnóstico de câncer aparece nas narrativas como um evento que traz dúvidas quanto às atitudes do trabalhador diante do usuário com câncer. Os sujeitos da pesquisa referem-se ao câncer como uma doença marcada por grande "perversidade".

> Porque até prá gente é um choque. Então assim, da última coleta [de dados desta pesquisa] que você fez prá agora, já tem mais dois casos novos ... prá você ver. Assim, a gente choca. Igual, um dos casos é até de um senhor que faz comida perto do Cuiabá [UBDS]. Então, assim, quando a gente viu ele, a gente nem sabia como lidar. A gente já encontrou ele com a sonda. E ai? O que é que eu faço? Ele chega pra mim e fala: eu tô com câncer? Mas você vê que ele fala aquilo, esperando que a gente rebata de outra maneira. *Tulipa*
>
> Então a gente trabalha bastante ... faz, e é uma doença muito cruel, eu acho, né? *Samambaia*

Os avanços técnico-científicos no diagnóstico e terapêuticas do câncer estão contribuindo para o aumento da cura e sobrevida dos usuários com câncer, trazendo possibilidades de tratamentos mais conservadores e favorecendo melhor qualidade de vida. No entanto, o câncer é entendido como uma doença associada à dor, sofrimento, incapacidade, morte. Ou seja, uma doença complexa e estigmatizante que causa sentimentos de depressão, isolamento social, incapacidade para o trabalho e para o lazer. Alguns fatores relacionados ao momento da comunicação do diagnóstico, assim como as relações entre os profissionais de saúde e o usuário e seu convívio com a família podem

influenciar no modo como o usuário encara o tratamento e suas reações (QUINTANA, SANTOS, RUSSOWSKY, WOLFF, 1999; ZAGO; MARUYAMA, 2005).

A dificuldade de cuidar do usuário com câncer aparece nas narrativas, evidenciando o câncer como uma doença complexa, imprevisível e com a perspectiva de morte, sem que haja possibilidade de ação do trabalhador da ESF. Ainda, parece causar desconforto diante da possibilidade de mesmo com as medidas de prevenção existir nova ocorrência da doença.

> É ela acontece. E acaba acontecendo, né? Então prá gente, olha é ... Como né, comigo nunca vai acontecer, né? Mas pode acontecer, né! Claro que tem que fazer as prevenções, mas ninguém escapa. *Samambaia*
>
> [...] que é uma doença que não se pode fazer muita coisa, que a gente não pode, depois que está diagnosticado né? A gente tem como fazer antes, que é o preventivo, mas o depois que de certa forma a gente tem que aceitar. *Rosa*
>
> [...] dificuldade que a gente tem. Você faz a visita, porque faz 9 anos que eu estou aqui de agente de saúde. Aí você acompanha aquela família, vai acompanhando. Não tem diagnóstico nenhum na família, tá tudo bem, aí pega você de surpresa, por isso que a gente sempre reforça: Não pode faltar das consultas. Tem que sempre tá fazendo o papanicolau, pelo menos uma vez por ano, mesmo que hoje tá tudo bem, mas daqui seis meses você nunca sabe. E a gente pergunta se teve algum caso de câncer na família, alguém, prá poder ta reforçando mais essa família. Então um desafio é esse, que você visita, você orienta muito e de repente pega você de surpresa, né? *Samambaia*
>
> Eu acho que também é uma dificuldade da equipe e eu acho assim, até mesmo os médicos assim, quando, lidar com essa perda também, porque às vezes tem um paciente e daqui a pouco você já descobre que em pouco tempo ele já se foi. Essa é uma dificuldade muito grande, mas ao mesmo tempo você fez o que tava dentro do seu alcance. Não tem muito mais o que você fazer. Você encaminhou, você trabalhou junto, intensificou as visitas. Essa é uma dificuldade. Você encontrar aquele paciente e aquele paciente passar pra você: Não, porque eu sei que eu vou ficar boa e você assim ter por outro lado uma informação de que ela não vai ficar boa e você ter que lidar com isso e até conseguir passar pra ela: ó realmente acho que vai dar, por que você também não vai poder dizer pra ela. *Flor de Lis*

O tema da morte e do morrer tem sido discutida amplamente no âmbito da saúde, uma vez que a morte passou a ser o cotidiano dos serviços de saúde. Com o advento do capitalismo, o aumento das tecnologias encontradas nos hospitais e a partir de 1930, os profissionais de saúde passaram a incorporar a morte institucionalizada, medicalizada. A morte é um evento natural que, no entanto, traz culturalmente suas representações para a sociedade em que ela ocorre. No mundo ocidental cristão, a morte é vivenciada com rituais para despedida da pessoa que morreu. Os trabalhadores de saúde possuem em seu

cotidiano a dualidade de trabalho vivenciando a busca pela cura e amparando a morte digna para o usuário e seus familiares. A preocupação e necessidade em formar profissionais para lidar com a morte tem sido constante nos estudos em oncologia (BOEMER et al, 2000, SCHRAMM, 2002).

No contexto das doenças crônicas, em especial, do câncer, a ciência tem buscado resposta para dar conforto aos usuários com doença avançada e sem possibilidades de cura conhecida na atualidade. A este modelo de atenção proposto para usuários e seus cuidadores denomina-se cuidados paliativos (SILVA; HORTALE, 2006).

> Eu tenho varias idéias na minha cabeça, pra um debate amplo. Que isso é de políticas públicas. Políticas públicas que vai ter que amparar idoso de uma forma geral, esses casos de cuidados paliativos. *Hortênsia*

Na narrativa acima o trabalhador expressa sua opinião sobre a necessidade de um debate ampliado para a discussão do cuidado às necessidades do usuário em cuidados paliativos.

A atenção aos usuários com câncer e seus cuidadores nestas ESF perpassa nas narrativas e nos dados quantitativos por algumas possibilidades e dificuldades. As possibilidades são marcadas pelo vínculo e acolhimento das equipes, que mesmo com a referência do usuário para tratamento no nível terciário de atenção, acompanham estes usuários no atendimento de suas necessidades de saúde, trazendo novamente o conceito de longitudinalidade da atenção: acompanhamento ao longo do tempo com vínculo e responsabilização.

As dificuldades são trazidas pelos trabalhadores na atenção ao usuário com câncer estão relacionadas à complexidade e estigma da doença, que traz aspectos relacionados a sofrimento e a morte. Outra dificuldade que os trabalhadores reconhecem é a ausência de um sistema de informação na Atenção Básica que possibilite gerar dados acerca dos usuários com diagnóstico de câncer.

4.2.3. A (des)articulação da rede de atenção ao usuário com câncer e a seus cuidadores

Frente a uma suspeita de câncer se faz necessária a realização de exames específicos para confirmação do diagnóstico e estadiamento da doença, a fim de definir as possibilidades de tratamento a serem realizados.

Desta forma, os usuários que apresentam uma suspeita diagnóstica necessitam ser encaminhados dos serviços da Atenção Básica para aqueles de média e alta complexidade, e que apresentam, desta forma, maior densidade tecnológica (BRASIL, 2005a). Neste sentido, os trabalhadores necessitam ter clareza da importância do conhecimento da rede de atenção a estes usuários e priorizar os atendimentos de forma a identificar os fluxos existentes e necessários, bem como os critérios de priorização dos casos. A rede de serviços de saúde em todos os seus níveis de atenção e nas suas interligações (nível municipal, estadual, federal) devem ter estratégias e fluxos que permitam o acesso do usuário câncer para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Na fala dos trabalhadores entrevistados podemos identificar o conhecimento da necessidade da referência do usuário com suspeita de câncer para definição do diagnóstico e definição do tipo de tratamento mais adequado à sua situação.

> [...] e aí vai pra Central de Agendamento, né? E aí lá eles decidem pra onde vai. Às vezes vem agendado pra Cuiabá (UBDS), às vezes o paciente vai pro HC. [...] *Rosa*
>
> Aí quando o paciente vem na unidade, por exemplo, câncer de pele que tem bastante né? E que o médico acha que é assim alguma lesão importante, encaminha para o dermatologista. Lá ele faz biópsia, né e vê se é. O paciente retorna. *Rosa*

O Complexo Regulador (CR) e suas centrais de agendamento do município de Ribeirão Preto foram estudados por Braga (2007), onde a autora constata algumas mudanças após a implantação do Complexo Regulador que refletem na equidade para a acessibilidade do usuários a procedimentos e consultas em especialidades não disponíveis nas UBS. Após a consolidação do Complexo, com a Central de agendamento, os usuários têm seu aprazamento realizado segundo prioridade do problema apresentado e não por

meio das cotas de vagas destinadas a cada UBS do município. Ressalta, ainda, que apenas no caso da Oncologia e da Gestação de alto risco, mesmo antes da atuação do Complexo Regulador tinham um fluxo de encaminhamento existente.

Um aspecto que merece destaque refere-se ao conhecimento quanto à contra-referência do usuário à USF de origem, quando foi realizado o diagnóstico com câncer em outra unidade de saúde. Chama atenção o fato de 20 (74%) trabalhadores ligados às USF da USP e 27 (77,1%) ligados à SMS de Ribeirão Preto referirem não ter conhecimento de usuários com contra-referência.

A questão da contra-referência é de importância quando se pensa na integralidade da atenção, pois a operacionalização da integralidade se dá pela possibilidade da atenção se processar em outros pontos da rede de atenção, e que o usuário possa retornar à sua unidade de origem com todas as possibilidades de continuidade da atenção.

Na narrativa abaixo, fica evidente a expressão de uma rede de serviços desarticulada no que diz respeito à atenção ao usuário com câncer, onde a ausência da contra-referência se faz presente aos serviços de atenção básica. Nas narrativas é apontado que as informações chegam à unidade pelo usuário e seus cuidadores.

> Infelizmente, eu acho que já teve um grande avanço na referência, porque hoje em dia eles são bem rigorosos com a referência, mas o contrário, mas o contrário não acontece com a contra-referência. *Girassol*

Um dos princípios do SUS é a hierarquização da atenção, efetivada pela organização de uma rede de cuidados progressivos, em que a operacionalização da continuidade e longitudinalidade da atenção se façam operacionalmente pela existência da referência e da contra-referência. Entretanto, a contra-referência não se faz presente efetivamente, conforme o relato do trabalhador.

> Ah não, né! Piada! Contra-referência é muito raro. O lugar que mais manda contra-referência é o H.C. [Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo] Mas, geralmente, quando ele manda contra-referência é na alta. Então, durante o tratamento, se eu quero alguma informação, eu peço pelo paciente ou pelo familiar, ou mando no receituário um pedido pro colega, fazer um favor, se possível. Alguns falam, outros ignoram Então, se eu sei o que ele tá usando na quimio eu vou ler, vou estudar, vou ver efeito colateral,

> interações e tal. Mas, muitas vezes a gente nem tem isso, porque não consegue essa informação, né?. *Girassol*

Nas narrativas dos trabalhadores, há o reconhecimento da importância de uma comunicação mais próxima acerca das condutas e do tratamento proposto ou realizado ao usuário, contudo, com a inexistência da contra-referência isto se perde. A coordenação do cuidado deixa de ser realizada, pois as informações são incompletas tendo apenas o usuário ou sua família como informantes.

> Que eu me lembre dos meus não. Ele nunca entregou uma contra-referência do médico sobre o tratamento que ele tava fazendo lá. É difícil. Muitas vezes a gente tem que pedir pra um outro retorno que ele vá trazer uma referência (contra-referência), pra gente saber certinho o que esta acontecendo porque tem a informação dele que às vezes fica meia em dúvida e a gente traz: a próxima vez que você for lá pede pra ele mandar pra gente, pra gente acompanhar junto. É difícil vir livre espontânea. *Margarida*
>
> [articulação da rede] Nem sempre. Às vezes ele traz [contra-referência], mas na maioria das vezes a família que informa. *Bromélia*
>
> Geralmente é só o que o paciente informa [em relação à contra-referência]. Tem algum caso ou outro. É bem específico. *Tulipa*
>
> Então, pode até ter [contra-referência] quando ele teve alta, ou alguma coisa assim, mas não tem assim: olha o sr fulano, que nem esse paciente que tava em acompanhamento. Não tem assim, ele tá em tal estágio, agora a gente tá fazendo fono, vai fazer isso. Eu acho até que é meio burocrático e seria muito difícil fazer, eu acho até. Mas não tem, Isso seria muito bom, esses dois médicos poderem falar, porque acho que só somaria. Se eles conseguissem se falar. *Flor de Lis*

Desta maneira, parece que as narrativas não contemplam as considerações realizadas pela PNAO para a formação de uma rede de serviços ampliada em oncologia. A PNAO foi instituída considerando, entre outros aspectos:

> As condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como acesso a consultas e exames para o diagnóstico de câncer. [...] [serviços de média complexidade] Realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra referência dos pacientes , ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. (BRASIL, 2005. p1)

O conhecimento da Política Nacional de Atenção Oncológica ficou restrito ao conhecimento de 9 (23,1%) trabalhadores ligados às USF vinculadas à USP e 8 (13,0%) ligados à SMS de Ribeirão Preto. No entanto, apenas 1 trabalhador ligado à SMS de

Ribeirão Preto conseguiu identificar um objetivo da PNAO que é “melhorar o fluxo do acesso ao tratamento”. Em relação à USP, 4 trabalhadores identificaram 4 objetivos diferentes da PNAO: “melhorar o fluxo de acesso ao tratamento”, “melhorar o fluxo de diagnóstico e encaminhamento ao tratamento”, “promover rastreamento/prevenção do câncer de maneira eficaz”, “direito às medicações de alto custo inclusas no tratamento do usuário com câncer”.

Embora seja um número pequeno de trabalhadores que identifiquem estes aspectos, não se pode deixar de considerar a importância do trabalhador da AB identificar estes aspectos.

A ESF por meio da busca ativa realizada nas visitas domiciliares pelos trabalhadores, principalmente pelos ACS, consegue informações acerca do tratamento e da situação de saúde do usuário com câncer.

> [...] e o agente comunitário na visita domiciliar periodicamente e só. Aux. *Bromélia*
>
> Contra-referência não. Às vezes, até o médico, às vezes procura é ... saber deles. Pede uma contra-referência quando eles vêm aqui que é ... que já aconteceu de paciente meu de eles não estar vindo mais, de eu estar fazendo a visita. *Samambaia*
>
> [...] E ele estar fazendo o seguimento aqui e lá e é onde que o médico pede a contra-referência de lá pra ver qual foi o diagnóstico, o quê que está acontecendo, que grau que está esse câncer e as vezes até os médicos daqui vão lá saber, olhar a pasta deles, ta? *Samambaia*

A desarticulação da rede de atenção dificulta uma ação conjunta dos diferentes níveis de atenção ao usuário com câncer, comprometendo a longitudinalidade. Nas narrativas abaixo podemos perceber que os trabalhadores possuem a expectativa de que o acompanhamento dos usuários com câncer deva acontecer a partir da procura dos usuários. Nestes trechos percebemos a equivocada percepção dos trabalhadores sobre a responsabilização do usuário acerca do seu tratamento, com falhas na prática da coordenação da atenção exercida pela ESF.

> Então assim, se tá com problema, por exemplo, de intestino, assim como aqui é atenção primária, vai encaminhamento, aí a pessoa tem dor ou tem alguma coisa, vai pra Cuiabá (UBDS) Então fica assim, fica meio desligado o acompanhamento. Aí a pessoa vai pro especialista. Saiu daqui vai pro especialista e às vezes, o especialista já tem o retorno, já tem tudo e às vezes é só na visita que a gente sabe que começou o tratamento ou da quimio ou

> da radio. Então assim, acho que às vezes falta aquele retorno: Olha você foi encaminhado pra tal lugar, dá a devolutiva. *Tulipa*
>
> A pessoa às vezes tá tão voltada pro tratamento que as vezes não dá a devolutiva pra gente da equipe. Então assim, uma das dificuldades, então eu acho que é mesmo esse retorno, sabe? Olha, deu isso ... pouquíssimos vêm, porque eles ficam assim preocupados. Mesmo que tenham outras patologias pra cuidar, eles nem se preocupam com isso. Que agora eles estão voltados pro tratamento do câncer mesmo. *Tulipa*
>
> Se o paciente já tem algum vínculo aqui e já faz algum tipo de seguimento ele traz a informação [contra-referência]. *Margarida*
>
> Por eles [a informação chega á unidade pelos usuários]. Muito mais por eles. Se eles passam pelo serviço hospitalar do HC, às vezes vem uma contra-referência. Mas a grande maioria vem do próprio paciente. Geralmente ele vem só na busca, ou o familiar vem só na busca de cuidados paliativos. *Hortênsia*

A SF como estratégia do MS para reorganizar o modelo de atenção à saúde no SUS traz a coordenação da atenção à saúde aos usuários e famílias em um território definido como premissa para o desenvolvimento de suas ações.

A coordenação da atenção na APS segundo Starfield (2002) apresenta desafios que variam com as necessidades e natureza dos encaminhamentos dos usuários para outros níveis de atenção. Ressalta que o encaminhamento dos usuários pode se dar por demanda espontânea deste usuário, por encaminhamento transitório da equipe da AB ou para acompanhamento por longo prazo. A coordenação da atenção fica condicionada às informações geradas pelo profissional que encaminha o usuário, relatando em documento a situação de saúde desse usuário e os motivos que o levou a referenciar este usuário , assim como, o acesso às informações do tratamento no médico especialista e a comunicação dos dados com o médico da AB.

Ainda, Starfield (2002) afirma que os estudos que avaliam a coordenação da atenção trazem esse atributo da APS ainda como pouco eficaz e considera novos estudos fundamentais para superar os problemas em estruturar a coordenação da APS.

Ao estudar a rede de serviços às gestantes em um município de Minas Gerais, Saúde (2006) discute a coordenação da atenção. Encontra em seus dados a desarticulação da rede de serviços a estas usuárias, com a desvalorização dos encaminhamentos por parte dos níveis de atenção especializada, que questionam a demanda de encaminhamentos e

sua real necessidade. Assim, como nas narrativas dos trabalhadores emergem a questão da desvalorização do trabalho ambulatorial em relação ao especializado; que ilustra que até mesmo na discussão sobre assuntos de interesse de ambos os níveis de atenção, há ausência da chefia do serviço do nível especialização de atenção.

Finalizando, neste tema encontramos um cenário de desarticulação da Rede de Serviços que dificulta a longitudinalidade da atenção e a coordenação da atenção pelas ESF aos usuários com diagnóstico de câncer. Os trabalhadores afirmam que a contra-referência do usuário com câncer não é sistematizada, ou seja, as informações acerca do tratamento proposto e realizado pelos níveis de atenção terciária ao usuário com câncer não chegam a USF.

Assim, os usuários parecem constituir-se como fonte das informações para a USF. A estratégia mencionada pelos trabalhadores para o conhecimento das informações relativas ao tratamento do usuário é o encaminhamento do pedido de informação do tratamento do usuário ao médico que está responsável pelo tratamento no Hospital, utilizando-se como caminho o próprio usuário. Outra maneira conseguir as informações possíveis é por meio da leitura dos prontuários hospitalares.

Apenas uma pequena parcela dos trabalhadores refere conhecer a PNAO, o que nos leva a pensar sobre a (des)articulação dos diferentes setores (universidade, trabalhadores, gestores municipais, estaduais e federais) responsáveis por processar o cuidado aos usuários com câncer e sua inter-relação com estas ESF, bem como a dificuldades ainda presente na inserção da PNAO como prática dos trabalhadores da USF.

4.2.4. Necessidades da ESF para o cuidado do usuário com câncer

4.2.4.1 Capacitação dos trabalhadores

A educação permanente dos trabalhadores de saúde para o cuidado do usuário com câncer em todos os níveis de atenção à saúde é instituída pela PNAO considerando-se “[...] o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e

os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde" (BRASIL, 2005a, p.3).

Em 2004, a partir da proposição do Ministério da Saúde em estabelecer a educação permanente em saúde (EPS) como "estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social" (BRASIL, 2005b, p.11), é lançada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A educação permanente se baseia

> [...] na aprendizagem significativa. Possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam (BRASIL, 2005b, p.11)

Com a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em 2004, pelo Ministério da Saúde os então Pólos de Capacitação em Saúde da Família de foram rearticulados em Pólos de Educação Permanente. Estes teriam a proposição de articular os esforços dispersos em vários cursos isolados e se trabalhar a partir de problemas locorregionais, com a construção em parceria com os serviços de saúde das alternativas de educação para os trabalhadores do SUS.

É neste contexto, que a PNAO considera primordial a educação permanente para a atenção ao usuário com câncer.

Evidenciamos nas narrativas, a necessidade de educação permanente dos trabalhadores para o cuidado ao usuário com câncer. Os trabalhadores do estudo relatam necessitar de capacitação que os qualifiquem no cuidado emocional do usuário e de sua família.

> [...] porque a maioria deles fica mesmo é com o psicológico muito abalado, né? Chora, fica sem esperança. Acho que isso mesmo, o conhecimento e o apoio psicológico. *Bromélia*

> O senso, os anos de profissão trazem um certo tato, mas nada tão específico. E eu acho que uma coisa assim, ó, é ... num sei, né? Tenho muito pouca experiência, não posso falar nada, mas acho que vem muito do emocional. Se a pessoa antes de ter uma doença dessa precisa de uma ajuda, acho que depois ou quando tá passando aí que precisa mesmo. Então, eu acho muito válido, sabe, seria um suporte muito bom, até pra gente saber como lidar. A hora que ele pergunta as questões e aí? Como que eu te devolvo isso? Porque quando ele fala, ele tá procurando ajuda. *Tulipa*

Observamos ainda, que os trabalhadores procuram por uma continuidade do processo de aprendizagem que os sustentem no trabalho cotidiano.

> Então, até um tempo atrás o Dr João (psiquiatra) veio ... porque assim, a gente teve vários pacientes com câncer. Aí um dia ele veio numa reunião administrativa que a gente faz de sexta-feira pra falar sobre a doença, os cuidados, né? [...] Ele veio pra amenizar. Talvez uma, se tivesse mais vezes, mais orientação assim ... até de como a gente cuidar desse paciente, assim. Que não é o cuidado físico acho, acho que é mais a parte psicológica que fica afetada. *Rosa*

A educação permanente possibilita que o enfoque para o aprendizado esteja nas necessidades vivenciadas pelos trabalhadores, podendo aliar o conhecimento já existente com aquele objeto do aprimoramento para o trabalho. A aprendizagem significativa, como já apontado, pode ser entendida como aquela que responde aos questionamentos vivenciados e há acúmulo e renovação do conhecimento (BRASIL, 2005b).

O material empírico das entrevistas nos traz a necessidade da capacitação técnica para o cuidado ao usuário com diagnóstico de câncer na Atenção Básica. A capacitação técnica na fala dos trabalhadores explicita o conhecimento sobre os tipos de tratamento, cuidados paliativos, sinais e sintomas de complicações do tratamento, sobre a patologia do câncer e seus protocolos de tratamento.

> Eu acho que tem que capacitar a equipe pra você saber lidar com as intercorrências, né, então, eu acho que deveria ter um tipo de treinamento mais específico mesmo, porque eu mesma, não é todos os tratamentos que eu sei. *Girassol*

> Como eu já comentei né, nós tamos aprendendo, lidando com o problema e essa tem sido a lógica da Saúde da Família nesses 10 anos. Dia 5 de fevereiro o Núcleo A completa 10 anos. Nesses 10 anos, tudo que nós fomos vivenciando a gente foi buscando o aprendizado na vivência do problema. Alguns desses problemas a gente, é, diria assim, tem algumas consultorias já institucionalizadas, no caso da doença mental. No caso dessas patologias crônico-degenerativas não, mas eu sinto que esse, essa retaguarda de cuidados paliativos ela tá, é, urgente. *Hortênsia*

> Acho que conhecer melhor as doenças, que forma tratar, né? *Bromélia*

> Então, assim, se à vezes a gente tivesse um treinamento desse tipo, pra saber as reações que o organismo pode ter quanto a medicação, qual que é feito primeiro, se tem um protocolo. É feito isso, depois isso, se não der certo faz isso. Isso aí eu não tenho noção se existe ou não. Então eu acho que isso é importante. *Rosa*

O conhecimento técnico também é necessário de forma a oferecer pistas para que os trabalhadores possam compor uma ação mais integrada com outros trabalhadores, parecendo haver uma preocupação em articular diferentes saberes e práticas para a composição de um cuidado centrado na ação da equipe multiprofissional.

> Então eu acho que se a gente aprende coisas novas, métodos novos: olha ó: "isso seria interessante. Se você perceber isso no paciente pode trazer pra poder, sei lá, levar o psicólogo até lá que pode ajudar. Ou já é um sinal pro médico fazer uma visita" Você entendeu? Esses toques sutis que às vezes a gente não vai entender, né. Por mais que a gente, pensa: faz parte do quadro, não sei. Não sei se isso é um sinal de piora ou não. Porque de repente a pessoa tá tão debilitada que a gente não consegue entender muito se piorou ou não piorou. Entendeu? [...] porque assim, igual eu falo: nós, principalmente nós, as agentes nós somos donas de casa, nós não fizemos nenhum curso, uma faculdade, alguma coisa. Não tivemos um preparo ao longo do tempo pra poder lidar com isso. *Flor de Lis*

O trabalho em equipe na Saúde da Família é trazido por Almeida e Mishima (2001) como uma possibilidade de ampliar o cuidado aos usuários de saúde, pois os conhecimentos individuais dos trabalhadores podem ser compartilhados no conjunto de trabalhadores. Desta maneira, temos conhecimentos particulares dos médicos, enfermeiros, dentistas, ACS, e o conhecimento que deve ser compartilhado por todos da equipe, para que possam realmente efetivar o trabalho em equipe.

Assim, também para o trabalho em equipe é necessário o aprendizado cotidiano, analisando o trabalho desenvolvido por cada um e pelo conjunto dos trabalhadores, buscando estabelecer possibilidades de re-significar as relações de poder presentes no trabalho em saúde.

A construção de uma rede de educação permanente em oncologia nos serviços do SUS é um dos desafios da PNAO. Segundo Vicent (2007) a EPS constitui-se como fonte de renovação do conhecimento a partir da demanda dos trabalhadores, que deve ser construído e reconstruído em conjunto com estes trabalhadores, focando os resultados não apenas em dados quantitativos.

A autora ressalta o desafio na formação de uma Rede Educação Permanente em Atenção Oncológica (REPAO) que deve envolver os gestores, estudantes, educadores,

usuários e trabalhadores, em cenário municipal e com apoio do Estado. Assim, devem ser estabelecidas ações descentralizadoras que promovam transformações na gestão, nas práticas de trabalho e na formação acadêmica para que haja melhoria nas condições de prevenção e controle do câncer no país. Ressalta que a REPAO deve contemplar todos os níveis de atenção á saúde, desde a atenção básica a atenção especializada em saúde (VICENT, 2007).

4.2.4.2 Intersetorialidade em Saúde

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) enfatiza como uma das atribuições da equipe de SF *o estímulo à ação intersetorial*.

> A busca de uma ação mais integradora dos vários setores da administração pública pode ser um elemento importante no trabalho das equipes de Saúde da Família. Como conseqüência de sua análise ampliada do processo saúde/doença, os profissionais do PSF deverão atuar como catalisadores de várias políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente são algumas das áreas que devem estar integradas às ações do PSF, sempre que possíveis. [...] a questão social não será resolvida apenas pelo esforço setorial isolado da saúde; tampouco se interfere na própria situação sanitária sem que haja a interligação com os responsáveis pelas políticas sociais (São Paulo, 2002, p. 29).

Mishima (2003, p.99), tomando esta afirmação do Ministério da Saúde, aponta que o estabelecimento de ações “que detenham esta potência é como se adentrar um labirinto a ser percorrido; caminhos que levam a um determinado lugar onde não há saída, e que se faz necessário retornar ao início e tentar outro percurso”. Usa desta imagem do labirinto para indicar que apesar da necessidade se operacionalizar o conceito de intersetorialidade, há

> [...] dificuldades de articular ações para além do setor saúde, para além dos nichos específicos de cada área. É um movimento também de buscar novos sentidos para a ação que se propõe na Saúde da Família uma vez que grande parte dos problemas que os trabalhadores se defrontam muitas vezes fogem a uma ação específica e isolada do setor saúde, como por exemplo, a violência, os problemas decorrentes do desemprego e assim por diante (MISHIMA, 2003, p.99).

Verificamos nas narrativas dos trabalhadores, a expressão da busca de articulação da ESF com outros serviços que possam oferecer de apoio ao usuário, muitas vezes serviços

de caráter filantrópico, evidenciando a preocupação e a necessidade da intersetorialidade na atenção à saúde.

A intersetorialidade na atenção aos usuários com câncer aparece nas narrativas dos trabalhadores, uma vez que estes utilizam os serviços de suporte filantrópico para o fornecimento de insumos não disponíveis na ESF (medicações de alto custo, sondas, cadeira de rodas) e necessários aos usuários com câncer.

> Depende, né? Têm alguns que tão em situação assim, que necessitam de sondas, de alimentação especial, de medicações de alto custo. Então, o que a gente faz na verdade aqui é dar os caminhos pras famílias onde elas podem encontrar. Então, a gente tem um catálogo ai, que tem todos os endereços, serviço social, alto custo. Então a gente mais faz esse meio de campo, orienta o que a gente pode. Aqui tem muito pouco nesse aspecto, assim de nós fornecermos alguma coisa diretamente. Então, aqui é saber, a gente informa onde pode ir, procurar tal coisa *Girassol*

A narrativa aponta certa dificuldade em ir além da orientação, do fornecimento da informação que é encontrada no catálogo, pois a ação intersetorial ainda se mostra como um processo em construção, caminhos a serem descobertos no “labirinto”.

Encontramos ainda nas narrativas a visualização da emergência na construção de uma rede de serviços para ampliar os cuidados aos usuários com doenças crônicas e aos idosos.

> A incidência e a prevalência de casos de doenças crônicas, ela tá muito em alta, então você vai ter que ter uma rede. Eu tenho várias idéias na minha cabeça, pra um debate amplo. Que isso é de políticas públicas. Políticas públicas que vai ter que amparar idoso de uma forma geral, esse casos de cuidados paliativos. Pensando ai dentro dos idosos você vai ter que ter isso, né?. Amparar a velhice saudável, amparar a velhice doente. Vai ter que acontecer. *Hortênsia*

O trabalhador chama atenção para a questão da amplitude que envolve a intesetorialidade, a ação que assume o caráter de política pública, sendo que este aspecto é trazido na definição trazida pelo Ministério da Saúde, onde a intersetorialidade em saúde pode ser conceituada como:

> [...] é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. [...] Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da

> sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem (BRASIL, 2009, p.193).

O estudo de Mishima (2003, p. 101) sobre a gerência nas equipes de saúde de família também aponta que a intersetorialidade não passa apenas pela construção de ações articuladas no interior do setor saúde, mas "na possibilidade de articulação com outros setores da esfera pública e da sociedade em geral, onde se estabeleçam alternativas mais efetivas e compartilhadas com base nos processos de negociação e de participação social". Embora este aspecto assuma uma dimensão bastante importante para a operacionalização da intersetorialidade, os processos mais participativos na sociedade e na saúde em específico ainda estão em movimento de construção, ficando muitas vezes a preocupação e a operacionalização da ação intersetorial nos processos de informação e orientação dos usuários, como a ação possível, face às dificuldades que são vivenciadas no dia a dia.

> Ela está bem debilitada pela radio e quimio [usuária com câncer] e ela ligou pra perguntar pra mim quando ela podia vim buscar a cadeira de rodas [...] Aí eu falei, olha não é aqui, a sra pode vim buscar a declaração. Eu já conheço pelo volume de pacientes, a gente acabou aprendendo com eles também. Tem alguns lugares que, é, já dão apoio e a Embracia [ABRACIA – Associação filantrópica que atende usuários com câncer] é uma. Então eu pedi uma carta do médico que isso é um critério e liguei em 3, 4 lugares pra ver onde ela poderia ver a disponibilidade de cadeira. [...] Como é que eu ia falar pra aquela senhora, simplesmente,não ofereço cadeira de rodas: Olha eu forneço, a senhora tem alguns lugares pra ligar e a Girassol (médica) riu de mim.... [Conversando com o usuário] olha vai fazer o processo da rua Minas (UBDS) e tem um setor de órtese e próteses e provavelmente num [não consegui identificar a fala do trabalhador] ... de sair, a assistente social do município, a Embrace [ABRACIA – Associação filantrópica que atende usuários com câncer], o PREVER, o não sei quem, o não sei quem. A gente cria alguns lugares, a gente foi atrás de saber lugares que se pode acionar mediante a vontade, assim né, eu sou incapaz de dizer: olha, não faço. Eu não faço, mas sei onde você poderia ir, né? Esse tem sido nosso dia-dia ... *Hortência*

Em estudo realizado no município de Ribeirão com enfermeiros de quatro USF (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004) buscou-se conhecer a compreensão destes profissionais acerca da intersetorialidade em saúde e os recursos necessários para sua articulação em suas ESF. A intersetorialidade, conceitualmente, nos discursos apareceu erroneamente confundida com o conceito de interdisciplinaridade. Enquanto prática, os pesquisadores compreenderam que estes profissionais possuem seu conceito da intersetorialidade ainda

de maneira incipiente, individualizada, mas que a demanda de necessidades suscitadas pelos usuários impulsiona a busca por ações e contatos com uma rede de serviços sob a perspectiva da intersetorialidade.

Os trabalhadores identificam, ainda, a intersetorialidade como uma inovação para o trabalho em saúde e a necessidade de uma rede de apoio para que a intersetorialidade seja efetiva (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Abordamos neste tema dois recursos que se mostraram essenciais para as ESF, quando pensamos o cuidado de usuários com câncer e seus cuidadores.

A educação permanente dos trabalhadores das USF foi apontada nas narrativas como suporte necessário para o cuidado em todas as dimensões aos usuários com câncer. A oncologia é uma especialidade da área de saúde, e como já discutimos anteriormente[9], a formação dos profissionais de saúde de nível universitário com a inserção da oncologia ainda está em construção, mesmo quando se considera a necessidade de qualificação da atenção básica no Brasil.

A presença do diálogo da ESF com outros setores para suporte dos usuários com câncer e seus cuidadores nos traz a intersetorialidade em saúde como recurso para processar cuidados a estes usuários. No entanto, encontramos nas narrativas o caráter apenas informativo da busca de outros setores.

[9] Questões já trazidas no primeiro capítulo desta dissertação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste estudo perpassou por desafios que estão relacionados ao objeto de estudo, ou seja, a definição do acompanhamento dos usuários com câncer e seus cuidadores pelos trabalhadores das ESF do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto.

Na definição deste acompanhamento utilizamos como referencial teórico o princípio da *longitudinalidade* e as ações previstas para as ESF pela *PNAO*. Iniciamos então um diálogo entre o princípio da *longitudinalidade* e a *PNAO* para que pudéssemos compreender algumas possibilidades e desafios encontrados para realizar o atendimento aos usuários com câncer.

A definição do recorte de acompanhamento aos usuários com diagnóstico de câncer confirmado nos revelou possibilidades ainda pouco estudadas no Brasil, no âmbito da atenção básica e em específico na SF. Encontramos possibilidades de atendimento realizado por todos os trabalhadores da ESF com características marcadas pela especificidade da tarefa destinada a cada trabalhador.

Os cânceres com acompanhamento previstos pelo Ministério da Saúde possuem presença destacada nas ações de atendimento destas ESF.

O cuidado emocional e técnico tanto do usuário quanto de seu cuidador são contemplados pelas ações destes trabalhadores. Este cuidado está permeado pelo conceito da *longitudinalidade* e do *vínculo* tanto para o usuário com câncer quanto de seu cuidador.

As ESF não possuem conhecimento expressivo sobre a PNAO, porém realizam ações de acompanhamento que contemplam esta política de saúde específica. As ESF realizam a busca por problemas de saúde instalados na comunidade do território de abrangência da USF, contemplando assim o câncer com suas especificidades de doença crônico-degenerativa.

Os trabalhadores visualizam ações de prevenção e diagnóstico precoce que pode ser realizado pela ESF, assim como ações de acompanhamento durante o tratamento curativo e nos cuidados paliativos. No entanto, estabelecem perante a doença sentimentos de

impotência, imprevisibilidade do diagnóstico e consideram o câncer como uma doença complexa, estigmatizante que pode acometer os usuários mesmo com as ações preventivas.

Os trabalhadores indicam que as ESF necessitam de articulações para o atendimento de outras necessidades do usuário, que estão relacionadas aos insumos materiais para dar condições a um melhor tratamento da doença. Assim, identificamos a importância da *intersetorialidade* no cuidado do usuário com câncer.

A capacitação permanente e o suporte emocional dos trabalhadores que cuidam e acompanham o usuário com câncer emerge como necessidades dos trabalhadores da ESF entrevistada, evidenciando que este trabalhador precisa ser cuidado para empreender o cuidado ao usuário com câncer e a seus cuidadores.

Encontramos ainda, uma rede de atenção ao usuário com câncer desarticulada, com impacto para a atenção da ESF que possui informação insuficiente de resultados de exames realizados, dos protocolos de tratamentos em curso e até mesmo da atenção em cuidados paliativos.

O conjunto das evidências produzida neste estudo aponta sua relevância para o cenário de atenção em oncologia câncer no país, uma vez que, identifica algumas possibilidades, necessidades e dificuldades das ESF do município de Ribeirão Preto em processar cuidados aos usuários com câncer e seus cuidadores.

Desta maneira, este trabalho impõe a discussão e a reflexão acerca do modelo em saúde de cuidar dos usuários com câncer apenas no nível terciário e secundário de atenção. Ainda, suscita repensar a articulação da rede de serviços de saúde para que por meio dos atributos da ESF, em especial a *longitudinalidade*, os usuários e seus cuidadores com câncer possam ter acesso em seus domicílios e na UBS ações que contribuam para o diagnóstico precoce do câncer, o tratamento, seu acompanhamento mesmo que a doença esteja em remissão e dos cuidados paliativos.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Eu, Giovana Paula Rezende Simino, RG: 34.756.472.0, CPF: 311.695.008.38, enfermeira, COFEN: 127145 estou realizando um estudo intitulado: *"Acompanhamento dos pacientes com câncer nas Unidades de Saúde da Família em Ribeirão Preto: a percepção da equipe"* com o objetivo de analisar o seguimento dos pacientes oncológicos a partir de seu diagnóstico pela equipe multiprofissional das Unidades de Saúde da Família a partir da visão destes profissionais, no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

Este estudo está sendo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública - nível mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Silvana Martins Mishima.

Assim, solicito que você participe desta entrevista que será realizada com os profissionais desta equipe de Saúde da Família, para a aplicação do questionário, que será realizada em horário e local a serem combinado e, posteriormente, terão seus resultados analisados.

Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. Todas as informações/opiniões que você expressar durante a realização dos questionários não causarão nenhum dano, risco ou perda à sua pessoa e serão tratadas de forma anônima e com sigilo. É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento por sua participação no estudo. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, solicito que imediatamente eu seja comunicada e a sua entrevista será imediatamente descartada. Ao aceitar a participação nesta pesquisa, você receberá uma cópia deste termo de consentimento assinado por mim e por você.

Agradecendo sua colaboração me coloco à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Profa Dra Silvana Martins Mishima
Orientadora
Professor Titular junto ao
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – SP.
Telefones para contato com o pesquisador: (16) 36023951, smishima@eerp.usp.br

Giovana Paula Rezende Simino
Pesquisadora

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – SP.
Telefones para contato com o pesquisador: (16) 91758 -1610 e (16) 3421-3879;
gsimino@yahoo.com.br

Declaro que li as informações acima e entendi o propósito deste estudo, assim como os benefícios e riscos potenciais de minha participação no estudo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Ribeirão Preto, ____ / _____ / _____

_____ (Nome do entrevistado – letra de forma)

_____(Assinatura do entrevistado)

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Eu, Giovana Paula Rezende Simino, RG: 34.756.472.0, CPF: 311.695.008.38, enfermeira, COFEN: 127145 estou realizando um estudo intitulado: *"Acompanhamento dos pacientes com câncer nas Unidades de Saúde da Família em Ribeirão Preto: a percepção da equipe"* com o objetivo de analisar o seguimento dos pacientes oncológicos a partir de seu diagnóstico pela equipe multiprofissional das Unidades de Saúde da Família a partir da visão destes profissionais, no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

Este estudo está sendo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública - nível mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Silvana Martins Mishima.

Assim, solicito que você participe da entrevista que será realizada com profissionais da equipe de Saúde da Família. As entrevistas serão realizadas em horário e local a serem combinados e serão gravadas em fitas eletromagnéticas, sendo que posteriormente serão transcritas e analisadas.

Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. Todas as informações/opiniões que você expressar durante a realização das entrevistas não causarão nenhum dano, risco ou perda à sua pessoa e serão tratadas de forma anônima e com sigilo. É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento por sua participação no estudo. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, solicito que imediatamente eu seja comunicada e a sua entrevista será imediatamente descartada. Ao aceitar a participação nesta pesquisa, você receberá uma cópia deste termo de consentimento assinado por mim e por você.

Agradecendo sua colaboração me coloco à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Profa Dra Silvana Martins Mishima
Orientadora
Professor Titular junto ao
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – SP.
Telefones para contato com o pesquisador: (16) 36023951, smishima@eerp.usp.br

Giovana Paula Rezende Simino
Pesquisadora

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – SP.
Telefones para contato com o pesquisador: (16) 91758 -1610 e (16) 3421-3879;
gsimino@yahoo.com.br

Declaro que li as informações acima e entendi o propósito deste estudo, assim como os benefícios e riscos potenciais de minha participação no estudo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Ribeirão Preto, ____ / _____ / _____

_____ (Nome do entrevistado – letra de forma)

_____(Assinatura do entrevistado)

APÊNDICE III

Questionário para os trabalhadores das ESF

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/ 200_
UNIDADE DE SAÚDE:_____
Nº FORMULÁRIO:_____ENTREVISTADOR_____

A. IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: F [ ] M [ ]
2. Data de Nascimento:____/____/____
3. Profissão na qual atua na ESF:

[ ] Médico(a)	[ ] Auxiliar de Enfermagem
[ ] Enfermeiro(a)	[ ] Técnico de Enfermagem
[ ] Dentista	[ ] Auxiliar de consultório dentário
[ ] Agente Comunitário de Saúde	[ ] Técnico de consultório dentário

4. Tempo de trabalho nesta USF(meses): _____
5.Tempo de trabalho na Saúde da Familia (meses): _____
6. Trabalhou em algum serviço de saúde antes de iniciar seu trabalho na SF?
SIM [ ] NÃO [ ].
Se SIM, qual serviço? especificar local(is)_____
Tempo (meses) _____

B. FORMAÇÃO

1. Escolaridade:
[ ] ensino fundamental incompleto
[ ] ensino fundamental completo
[ ] ensino médio incompleto
[ ] ensino médio completo
[ ] ensino superior incompleto
[ ] ensino superior completo

Responder a questão número 2, **se** nível de escolaridade igual ou maior do que ensino fundamental completo.

2. **Curso técnico?** Sim [ ] Não [ ] Quantos [ ]_____
Para cada curso técnico:
Concluído [ ] Em andamento [ ] Ano de Conclusão _____
Nome do Curso_____

Área:_____

Instituição:_____

Responder as questões número 3, 4, 5 e 6 **se** nível de escolaridade igual ou maior a superior completo.

3. **Graduação em**_____ Ano de conclusão_____

4.**Especialização** Sim [ ] Não [ ] Quantos [ ]

Para cada especialização

Concluído [ ] Em andamento [ ] Ano de Conclusão _____

Nome do curso:_____

Área: _____

Instituição: _____

5. **Mestrado:** Sim [ ] Não [ ] Concluído [ ]

Em andamento [ ] Ano de Conclusão _____

Nome do curso: _____

Área: _____

Instituição: _____

6. **Doutorado:** Sim [ ] Não [ ] Concluído [ ]

Em andamento [ ] Ano de Conclusão _____

Nome do curso: _____

Área: _____

Instituição: _____

7. Realizou **Capacitação** para iniciar seu trabalho na ESF? Sim [ ] Não [ ], Se sim Carga horária:_____

8. Realiza cursos de capacitação? [ ] Sim [ ] Não. Se sim, quais os temas e cargas horárias?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

C. Acompanhamento do usuário com câncer

1.Você sabe sobre a existência atual de usuário com câncer na área adstrita desta unidade de saúde? Sim [ ] Não[ ]

2.Você conhece o número total de usuário com câncer? Sim [ ] Não [ ]. Quantos? _____

3.Você realiza algum tipo de atendimento usuário(s) com câncer nesta unidade de saúde? Sim [ ] Não [ ]. Para quantos usuários_____?

4. Qual o tipo de atendimento/acompanhamento que você realiza a esse(s) usuários(s) com câncer?

[ ] consulta (médica, de enfermagem, odontológica)

[ ] visita domiciliar

[ ] discussão na reunião de equipe

Apoio ao cuidador

[ ] Informativo

[ ] emocional

[ ] Reforço

[ ] Instrumental

[ ] Procedimentos técnicos (curativos, medicações, sondagens, entre outros)

[ ] outros Especifique:

_____

_____

_____

_____

Como são realizados esses atendimentos?

[ ] por busca do usuário

[ ] por busca da ESF

[ ] por iniciativa de ambos

5. Você sabe onde foi diagnosticado o câncer destes usuários? [ ] sim [ ] não. Local(is) _____

Houve contra-referência? [ ] sim [ ] não Quantos foram contra-referenciados? _____ [ ] não sabe informar corretamente.

6. Há um tipo de câncer mais prevalente nesta USF?

[ ] sim [ ] não Qual?_____

7. Você já teve experiência no atendimento aos usuários com câncer antes de trabalhar na Estratégia de Saúde da Família?

sim [ ] não [ ] Local (is)_____

8. Você conhece a Política Nacional de Atenção Oncológica do Ministério da Saúde?

[ ] sim [ ] não [ ] em parte, Quais as finalidades desta Política? _____
_____
_____
_____

9. Como conheceu a Política Nacional de Atenção Oncológica? _____
_____

APÊNDICE IV

Roteiro preliminar para entrevista semi-estruturada

QUESTÕES DISPARADORAS

Questão nº 1 - Como esta equipe se organiza para a conhecer e incluir os usuários com diagnóstico de câncer?

Questão nº 2 - Quando o diagnóstico de câncer é realizado pelo nível secundário ou terciário, de um usuário desta unidade, como chega essa informação até esta equipe?

Questão nº 3 - Há algum seguimento previsto para este tipo de paciente na unidade de Saúde da Família?

Questão nº 4 - Você recebeu alguma capacitação para realizar assistência ao paciente com câncer na Saúde da Família?

Questão nº 5 - Existem dificuldades para a assistência dessa clientela? Quais são elas? Quais são suas expectativas para melhoria da assistência?

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v.5, n.9, p.150-153, ago.2001.

AROUCA, S. Democracia e saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 1987. p.17-21.

BARBOSA, D.C.M. **A percepção e avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na Atenção Básica de Ribeirão Preto/SP**. 2006. 111f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BATISTA, T.; BUENO, W.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr/jun. 1999.

BECK, A.R.M.; LOPES, M.H.B.M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador**. Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.60, n.6, p.670-675,nov/dez. 2007.

BODSTEIN, R.C.A. (Org.) **História e saúde Pública – política de controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 1987.85p.

BOEMER, M.R.; VEIGA, E.V., MENDES, M.M.R.; VALLE, E.R.M. O tema da morte: uma proposta de educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.12, n.1, p.26-31, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo - CONTAPP. **"Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco"**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=319. Acesso em 05.06.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Relatório Anual 2001**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle de câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008b. 380p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Normas e Recomendações do INCA. Prevenção e Controle de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.48, n.3, p. 317-332, jul/set . 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer**. Estimativa 2008: incidência de câncer no ano de 2006,** Rio de Janeiro, 2005. 94p.

BRASIL. Portaria nº. 2.439/GM. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília 8 de dez. de 2005. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm. Acesso em 09.12.2006. BRASIL.. Dezembro de 2005a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Conceitos e Caminhos a percorrer**. Ministério da Saúde/Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília. Editora do Ministério da saúde, 2005b. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização**. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006a. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas).

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria 648 de 28 de Março de 2006 – Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de Saúde: SIAB**. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/siab/siab.php. Acesso em: 08 setembro 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer**. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94p.

BRASIL. **Onde se tratar de câncer pelo SUS**. Disponível em http://www.inca.gov.br/tratamento/ondetratar_sus.asp. Acesso em 08/02/2008a.

BRASIL. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

CÁRDENAS, C. P. Atención integral a pacientes oncológicos en la Atención Primaria de Salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, Habana, v. 17, n. 3, p. 263-267, maio-jun, 2001.

CARVALHO, E.C.C.; TONANI, M.; BARBOSA, J.S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.51, n.4, p.297-303, 2005.

CECCIM, R.B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 9-36, 2002.

CECÌLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Organizadores). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; p.113-126. 2001.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs.) **Caminhos do pensamento.**epistemologia e método. 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2003, Cap. 7, p. 195-223.

FERREIRA, C.G., ROCHA, J.C. **Oncologia molecular**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. 469p.

FERREIRA, N.M.L.A.; CEZARETI, I.U.; ERHART, E.R. Formação de recurso humano em enfermagem oncológica no curso de graduação. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 31-37,1994.

FERREIRA, J.B.B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde.** 2007. f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 227.

FINDELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328p.

FLORIANI, C.A. SCHRMAMM, F.R.; Cuidador do idoso com câncer avançado. Um ator vulnerado. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.22, n.3, p. 527-534, mar, 2006.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Manual de oncologia clínica**. São Paulo, 1999. 606p.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1171-1181, jun, 2006.

GOMES, M.C.P.A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v.9, n.17, p 287-301, mar/ago. 2005.

GUTIERREZ, M.G.C; CASTRO, R.A.P.; AGUINAGA, S. O ensino da cancerologia nos cursos de graduação em enfermagem: por que e para que? **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 11-20, 1993.

KLIGERMAN, J. Bioética e política de saúde pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 5-7, jan-mar1999.

LAVOR, M.F.S. **Cuidados paliativos na Atenção Básica:** visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família. 105 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997, p. 71-112.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec 407p. 11ed. 2008.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? (com debates). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul-set, 1993.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para reorganização da assistência à saúde** – o caso do Programa de Saúde da Família. 2003. 153f. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alma Ata 1978 – Cuidados Primários de Saúde**.

Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. OMS/UNICEF. Brasil, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para doenças crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003. 105 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS/OMS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. OMS, 2007.

PAULA, K.A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S.T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado**?. Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu-SP, v. 8, p. 331-348, 2004.

PEDRO, I.C.S., ROCHA, S.M.M., NASCIMENTO, L.C. Apoio e rede social em enfermagem: revendo conceitos. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto v.16, n.2, p.324-327, mar.-abr. 2008.

PINHO, A.A. ; FRANÇA-JUNIOR, I.Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, RECIFE, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

POLIT, D.F; BECK, C.T.; HUNGLER, P. B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização**. 5º edição. Tradução Ana Thorell.- Porto Alegre: Artmed, 2004.

Quintana, A.M; Santos, L.H.R.; Russowsky, I.L.T., Wolf, L.R.Negação e estigma em pacientes com câncer de mama**. Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro. v. 45, n.4, Out/Nov/Dez,1999.

RIGOBELLO, J. L. A utilização do sistema de informação da Atenção Básica – SIAB, 2006. 139f .Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

SAKATA, K.N. A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família. Dissertação (mestrado) 2009.200f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2009.

SANTIAGO, S.M. **Incorporação tecnológica na rede básica de serviços de saúde:** Avaliação do programa de controle de câncer cérvico-uterino do município de Paulínia. 167 f. 1997. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Estadual de Campinas, 1997.

SAÚDE, M.I.B.M. Interrogando a operação da rede de serviços de saúde.249f. 2006. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2006.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Responsabilidades da rede de apoio à implantação do PSF.** São Paulo. 2002. 33p

SCHIMITH, M.D.; SILVA, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v.20, n.6, p.1987-1494,nov-dez, 2004.

SCHRMAMM, F.R. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n.1,p.17-20, jan-mar, 2002.

SILVA, C.N. Como o câncer (dês)estrutura a família. 1997 .249f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina. Universidade . Federal da Bahia. Salvador, 1997

SILVA, I.M.R.; BRENNA, S.M.F; MORIWAKI, O.M., NETO, C.M. Avaliação dos programas brasileiros pra controle do câncer genital feminino. **Revista de Administração em Saúde**. V.6, n.24, p. 97-102, jul-set, 2004.

SILVA, M.G.C.; ARREGI, M.M.U. Residência médica na área de cancerologia no Brasil: Distribuição dos Programas e oferta de vagas por região em 2003. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 5-13, jan-mar, 2005.

SILVA, R.C.F; HORTALE, V.A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v.22, n.10., p.2055-2066, outubro, 2006.

SILVEIRA, L.A (organizador). **Câncer ginecológico: diagnóstico e tratamento**. 2005. Editora UFSC.

SOARES, M.C. A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde. Tese (Doutorado) 2007.204f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 53, n.3, p.386-400, 2000.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – assistência à saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p.193-206, 2000.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições,

diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p.507-514, 2005.

SCHIRMER, J.; VIANNA, L. A. C. Avaliação da aderência da proposta de ensino em cancerologia na graduação pelas escolas de enfermagem do Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 215-217, 1994.

VICENT, S.P. Educação permanente: componente estratégico para implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.53 n.1 p.79-85, seção especial, 2007.

UNESCO. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Atenção Básica. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil.** 2000.146p.

WORLD HEALTH OF ORGAZINATION. Union International Against Cancer. **Global action against cancer**. 2005. 25p.

ZAGO, M.M.F; MARUYAMA, S.A.T. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 216-222, Mar/Abril,2005.

ZEFERINO, L.C. Políticas oficiais de controle de câncer no Brasil. **Acta Oncológica Brasileira**, São Paulo, v.17, n.4, p. 172-177, 1997.

ANEXOS

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 163/2007

Ribeirão Preto, 16 de julho de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 16 de julho de 2007.

Protocolo: nº 0785/2007

Projeto: ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES COM CÂNCER NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO RIBEIRÃO PRETO: A PERSPECTIVA DA EQUIPE.

Pesquisadores: Silvana Martins Mishima
Giovana Paula Rezende Simino

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Maria Antonieta S Prado

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Silvana Martins Mishima
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 2203/07 – GS
ASG/asg

Ribeirão Preto, 25 de junho de 2007.

Prezada Senhora,

Em atenção a sua correspondência de 12 de junho de 2007, solicitando autorização para a realização do Projeto de Pesquisa **"Acompanhamento dos pacientes com câncer nas Unidades de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto: a perspectiva da equipe"**, informamos que o médico da equipe do Programa de Saúde da Família, analisou o referido Projeto e acredita que trará grandes benefícios à rede municipal de saúde, ficando portanto, autorizada a realização do mesmo.

Aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de estima e consideração.

Cordialmente,

DR. OSWALDO CRUZ FRANCO
Secretário Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª DRA. SILVANA MARTINS MISHINA
ORIENTADORA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM - USP
NESTA

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331

Ribeirão Preto, 31 de julho de 2007

DECLARAÇÃO

Declaramos que os pesquisadora ***GIOVANA PAULA REZENDE SIMINO,*** apresentou o projeto de Pesquisa intitulado: ***"ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES COM CÂNCER NAS UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO: A PERCEPÇÃO DA EQUIPE",*** para apreciação, sendo aprovado nos Núcleos de Saúde da Família-I, II, III, IV e V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. A Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para que se inicie o desenvolvimento do mesmo.

Prof. Dr. Gutemberg de Melo Rocha
Presidente do Centro de Atenção Primária da
FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profª. Dra. SILVANA MARTINS MISHIMA
Departamento Materno Infantil e Saúde da Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP