



Elisa Toledo de Mesquita Sampaio

***“Acesso ao tratamento do câncer bucal na região do
Colegiado de Gestão Regional de Campinas, SP”***

**PIRACICABA
2014**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

Elisa Toledo de Mesquita Sampaio

***“Acesso ao tratamento do câncer bucal na região do
Colegiado de Gestão Regional de Campinas, SP”***

**Dissertação de Mestrado Profissional apresentada
à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da
Universidade Estadual de Campinas como parte
dos requisitos exigidos para a obtenção do título
de Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva.**

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Este exemplar corresponde à versão final
da dissertação defendida por Elisa Toledo
de Mesquita Sampaio e orientada pelo Prof.
Dr. Marcelo de Castro Meneghim.

Assinatura do Orientador

**PIRACICABA
2014**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

Sa47a Sampaio, Elisa Toledo de Mesquita, 1956-
Acesso ao tratamento do câncer bucal na região do colegiado de gestão regional de Campinas, SP / Elisa Toledo de Mesquita Sampaio. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Neoplasias bucais. I. Meneghim, Marcelo de Castro, 1965-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Access to treatment for oral cancer in the regions of the regional management collegiate of Campinas, SP

Palavras-chave em inglês:

Health services accessibility

Mouth neoplasms

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Marcelo de Castro Meneghim [Orientador]

Silvia Amélia Scudeler Vedovello

Karine Laura Cortellazzi Mendes

Data de defesa: 03-11-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 03 de Novembro de 2014, considerou a candidata ELISA TOLEDO DE MESQUITA SAMPAIO aprovada.

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

Profa. Dra. SILVIA AMÉLIA SCUDELER VEDOVELLO

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar o acesso dos pacientes com diagnóstico de câncer bucal aos serviços de referência em oncologia, na região do Colegiado de Gestão Regional (CGR) de Campinas. Tratou-se de estudo epidemiológico, com desenho observacional, transversal com a análise secundária de dados. Na região do CGR Campinas estão habilitados 07 Centros de Especialidades odontológicas – CEOs, com cobertura de 1.596.728 habitantes. A Regulação para os serviços de referência é feita pelo Núcleo de Regulação do Departamento Regional de Saúde de Campinas - DRS7. Foram analisados todos os casos de câncer bucal diagnosticados de forma positiva nessa região, no ano de 2011, no total de 26 indivíduos. Na primeira etapa foi realizado um levantamento exploratório dos relatórios gerenciais dos CEOs e dos Sistemas de Informações dos municípios e região. Na fase seguinte, foi realizada revisão dos prontuários junto aos serviços para levantamento de dados demográficos, fatores de risco, tipo histológico da lesão, local da lesão, data da biópsia, data do diagnóstico, data do encaminhamento para referência e da primeira consulta em serviço de referência, início, término e modalidade do tratamento (cirurgia, radioterapia ou quimioterapia) e a análise dos desfechos dos casos. Os resultados mostraram que dos 19 indivíduos selecionados com câncer bucal e localizados, 18 eram do gênero masculino (94,7%), 15,8% tinham entre 20 – 49 anos de idade, 36,8% entre 50 – 59 anos e 47,4% acima de 60 anos. O tempo decorrido entre a detecção da lesão e a confirmação do diagnóstico foi, em média, menor do que 30 dias para 78,9%. A regulação do encaminhamento se deu de forma prioritária pelo município (47,4%). Em 94,7% dos indivíduos, os CEOs não tem o registro do tempo decorrido entre diagnóstico e primeira consulta em serviço especializado. Os CEOs também não tem contrarreferência, pois desconhecem a situação atual de 52,6% dos pacientes. Pode-se concluir que há necessidade de melhor acompanhamento dos pacientes diagnosticados com câncer bucal na região do CGR Campinas quanto ao acesso aos serviços de referência em oncologia.

Palavras-chave : Acesso aos Serviços de Saúde, Neoplasia Bucal.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the access of patients with oral cancer diagnosis to reference services for oncology treatment in the regions of the Regional Management Collegiate ("Colegiado de Gestão Regional - CGR") of Campinas. This was an epidemiological study with an observational, cross-sectional design and secondary data analysis. In the CGR Campinas region, there are 07 authorized oncology centers (CEOs) providing 1,596,728 inhabitants with coverage. The reference services are regulated by the DRS7 Regulation Nucleus. The sample consisted of a survey of a total of 26 cases of oral cancer diagnosed as positive in this region in the year 2011. In the first stage, an exploratory survey was conducted of the management reports of the CEOs, and Information Systems of the Municipalities and Region. In the second stage, a survey was conducted of demographic data, risk factors, histologic type of the lesion, site, and biopsy data of the lesion, diagnostic data, date of referral to the reference center and first consultation at the reference center, date of beginning and conclusion of treatment and treatment modality (surgery, radiotherapy or chemotherapy) and analysis of outcomes of the cases. The results showed that of the 19 cases of oral cancer selected, 18 were of the male gender (94.7%), with 15.8% were between 20 – 49 years of age, 36.8% between 50 – 59 years and 47,4% over 60 years old. The mean time elapsed between detection of the lesion and confirmation of diagnosis was fewer than 30 days for 78,9% of patients. Regulation of referral by the municipality occurred in a prioritized manner (47,4%). The majority of CEOs had no record of the time elapsed between diagnosis and first consultation. The CEOs had no counter-reference, because when the outcome of the case was considered, this had been ignored in 52.6% of cases. It could be concluded that there is need for better monitoring of patients diagnosed with oral cancer in the region of Campinas CGR regarding access to referral services in oncology.

Key Words: Access to Health Services, Oral Neoplasms

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	xiii
AGRADECIMENTOS	xv
EPIÍGRAFE	xvii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xix
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	3
3 PROPOSIÇÃO	27
4 MATERIAL E MÉTODOS	28
5 RESULTADOS	33
6 DISCUSSÃO	36
7 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	46

DEDICATÓRIA

As minhas filhas queridas:
Carolina, Mariana e Heloisa

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, representada pelo Magnífico Reitor Prof. Dr. José Tadeu Jorge.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, representada pelo Diretor, Prof. Dr. Guilherme Elias Pessanha Henriques.

À Profa. Dra. Cinthia Pereira Tabchoury, coordenadora dos cursos de Pós - Graduação da FOP-UNICAMP.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, Coordenador do Programa de Pós – Graduação/MP em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP-UNICAMP.

À secretária do Departamento de Odontologia Social, Sra. Eliana, dedicada, sempre pronta a ajudar.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social da FOP-UNICAMP, pelos conhecimentos, oportunidades, amizade, auxílio, motivação.

Aos demais professores, palestrantes, visitantes, que estiveram transmitindo conhecimentos, algo que não se mede em valor.

Às professoras do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp, Dra. Silvia Maria Santiago e Dra. Maria da Graça Garcia Andrade, pelo compartilhamento no Projeto OncoRede e busca incansável de alternativas para o enfrentamento do problema do câncer na região de Campinas

A minha família, pelo apoio recebido.

Ao meu marido, pelo amor e companheirismo de toda uma vida.

A minha amiga, Aparecida Linhares Pimenta, pelo incentivo para enfrentar mais este desafio.

Aos Coordenadores dos Centros de Especialidades Odontológicas da região do Colegiado de Gestão Regional de Campinas pela colaboração na realização deste Projeto.

A Claudia Regina Koti Tinen, profissional do Centro de Especialidades Odontológicas de Amparo, que me inspirou na escolha deste tema.

Aos docentes e colegas da FOP / Unicamp, pelo compartilhamento neste Mestrado.

EPIGRAFE

"O meu olhar é nítido como um girassol. Tenho o costume de andar pelas estradas. Olhando para a direita e para a esquerda, e de vez em quando olhando para trás...

E o que vejo a cada momento é aquilo que nunca antes eu tinha visto..."

(Fernando Pessoa - O guardador de rebanhos)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional de Assistência
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde
RS – Região de Saúde
DRS – Departamento Regional de Saúde
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
PPI – Programação Pactuada e Integrada
CGR – Colegiado de Gestão Regional
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
PAIM-Boca – Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a pacientes com câncer de boca
FOP – Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ Unicamp
FOUSP – Faculdade de Odontologia da Universidade São Paulo
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
SOU – Serviços Odontológicos de Urgência
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
PUCC – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
SADT – Serviço de Apoio e Diagnóstico e Terapia
UBS – Unidade Básica de Saúde
SF – Saúde da Família
HPV – Papilomavírus humano
INCA – Instituto Nacional do Câncer
CEC – Carcinoma Espinocelular
CACON – Centro de Atendimento em Alta Complexidade em Oncologia
UNACON – Unidade Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia
RXT - Radioterapia
QT – Quimioterapia
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
SISCAN - Sistema de Informações de Câncer
SISCOLO - Sistema de Informações de Câncer de Colo de Útero
SISMAMA - Sistema de Informações de Câncer de Mama

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as neoplasias malignas vêm se tornando um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 10 milhões de casos novos de câncer são diagnosticados a cada ano, e a previsão para 2020, considerando essa tendência, é de 15 milhões de novos casos anuais (Brasil, 2012a).

De acordo com dados atuais no Brasil, as neoplasias malignas situam-se como a segunda causa de óbitos (SIM, 2013). As mais importantes causas de morte na população são o câncer de mama e o de próstata, além das neoplasias de cólon e reto, pulmão, colo uterino, cabeça e pescoço, estômago, entre outros (Brasil, 2012b).

Para o Brasil, no ano de 2014, estima-se 11 mil casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.010 em mulheres. Tais valores correspondem a um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 a cada 100 mil mulheres (Brasil, 2014a).

Em todas as regiões brasileiras, uma característica comum dos casos é o diagnóstico tardio e as dificuldades de acesso ao tratamento, comprometendo as chances de cura e sobrevida dos pacientes (Brasil, 2012b).

No caso do câncer bucal, os Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs, são a principal estratégia de atenção secundária no Brasil (Goes e Moysés, 2012), e oferecem entre suas especialidades, a área de Patologia, que vem fazendo detecção precoce dos casos de câncer bucal. Entretanto, muitas vezes, encontram dificuldades na garantia de acesso de pacientes com diagnóstico confirmado para dar início ao tratamento no tempo ideal (Brasil, 2013b).

A região de Campinas registrou em 2013, 112 óbitos por neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe. Em 2012 ocorreram 144 óbitos. (SIM, 2013)

A partir de 2005 teve início o Projeto OncoRede na região de Campinas, com a participação da Unicamp, gestores estaduais e municipais e equipes multiprofissionais dos municípios com o objetivo de construir uma rede de

cooperação entre os serviços municipais e os serviços especializados, num trabalho solidário e qualificado de atenção aos pacientes oncológicos. Três eixos norteiam a Oncorede: o acesso ao diagnóstico precoce do câncer e às ações de prevenção, a gestão do cuidado ao paciente e a qualificação da atenção nos municípios (Santiago e Andrade, 2012)

De acordo com o grupo OncoRede de Campinas, a atual política do Ministério da Saúde para a atenção a pacientes com câncer, privilegia o financiamento de centros especializados, que teriam por tarefa desenvolver ações desde a prevenção da doença, o diagnóstico, o tratamento, seguimento e os cuidados paliativos. Como esses serviços são em número insuficiente, para atender a demanda de casos, desde a suspeição diagnóstica até, se necessário, os cuidados paliativos, vem ocorrendo uma grande dificuldade de acesso aos cuidados nos tempos adequados que a doença exige, deixando de serem desenvolvidas todas as atividades necessárias ao seu enfrentamento (Santiago e Andrade, 2012)

A ampliação do acesso aos serviços, a equidade e a integralidade da atenção ao paciente com câncer, considerando suas necessidades de saúde implica em capacidade técnica, incorporação tecnológica e estabelecimento de relações solidárias em diferentes pontos da rede de cuidados. A coordenação dessas relações exige um trabalho de gestão a ser realizado em vários níveis, de modo a potencializar a participação de gestores, profissionais de saúde e outros setores (Santiago e Andrade, 2012).

Assim, há a necessidade de se verificar se a regulação e o acesso dos pacientes com câncer bucal, diagnosticados precocemente pelos serviços municipais (CEO), estão sendo garantidos em tempo oportuno, junto aos serviços de referência acordados nos Fóruns de gestão do SUS – Colegiados de Gestão Regional, Comissão Intergestores Bipartite e mais recentemente nas RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo.

Esse estudo exploratório é importante para a compreensão da realidade do cuidado do paciente oncológico e contribuir para melhorar o sistema de saúde na região de Campinas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Saúde Bucal e o Câncer Bucal

A priorização da Saúde Bucal na gestão do Ministério da Saúde em 2004 materializou-se no “*BRASIL SORRIDENTE*”, política nacional que tem promovido a ampliação do acesso aos serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal, principalmente por meio das equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, e de Atenção Especializada em Saúde Bucal, especialmente através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pautando-se pela busca da efetivação da integralidade na atenção à saúde. Esta política vem também organizando um sistema nacional de vigilância sanitária dos teores de flúor.

Até o lançamento do Brasil Sorridente em 17 de março de 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feito no SUS- Sistema Único de Saúde, correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor.

Nesse sentido, a Política Brasil Sorridente propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta, como principais linhas de ação, a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias).

O Brasil Sorridente é portanto, a política nacional de saúde bucal e não uma política apenas do governo federal (Pucca, 2006).

Os serviços de atenção em saúde bucal incluem os Serviços

Odontológicos de Urgência- SOU, os CEOs e os Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) – Unidades de Imagens e Exames Laboratoriais (Brasil, 2006b).

Para Morris e Burke (2001), o papel da interface entre atenção primária e secundária em saúde bucal- ser um serviço de referência – seria o principal aspecto a ser estudado. Para esses autores, uma interface ideal seria descrita através de equidade, de integralidade no cuidado e de eficiência e eficácia descritos a seguir:

Equidade – Todos os casos diagnosticados apropriadamente devem ser referenciados a um nível de maior complexidade, sem barreiras para esse referenciamento.

Integralidade no cuidado – Todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível primário ou secundário, e o fluxo entre os níveis deve ser facilmente conseguido.

Eficiência e eficácia – Deve-se garantir que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas, com mecanismos de triagem adequados. O usuário da atenção secundária deve ter a contrarreferência assegurada após o término do tratamento, ou até mesmo ao longo deste, permitindo o acompanhamento do cirurgião-dentista da atenção primária durante o processo.

Os fatores que interferem na equidade, integralidade do cuidado, eficiência e eficácia da interface entre atenção primária e secundária em saúde bucal estão ligados aos próprios dentistas e aos usuários. Além disso, provavelmente os fatores mais importantes são aqueles ligados aos serviços, particularmente à sua disponibilidade, que conduz as desigualdades em sua utilização (Morris e Burke, 2001).

Embora os serviços de oncologia não sejam elencados como serviços de odontologia de alta complexidade, o cirurgião-dentista participa ativamente da equipe multidisciplinar responsável pelos cuidados de pacientes com câncer bucal. Esses procedimentos incluem o diagnóstico e o tratamento de lesões bucais após a quimioterapia ou radioterapia, bem como a reabilitação protética desses pacientes, garantindo-lhes melhor qualidade de vida. Os elementos constitutivos

dessa rede de atenção ao câncer de boca vão desde o diagnóstico precoce até a reabilitação protética dos pacientes, podendo ser objeto de avaliação para melhoria da qualidade (Goes e Moysés, 2012).

O Brasil vem estruturando, desde 1998, estruturando sua política oncológica, estabelecendo requisitos para a garantia ao atendimento integral ao doente com câncer e parâmetros para o planejamento da assistência oncológica e definindo centros hospitalares que disponham na mesma estrutura, de todos os recursos para o tratamento das neoplasias mais frequentes no país – **CACON** – Centro de Atendimento em Alta Complexidade em Oncologia, e **UNACON** – Unidade Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia (Brasil,2005a).

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, do INCA, do crescimento de gastos e da quantidade de procedimentos oncológicos no SUS – o que nem sempre significa melhores resultados – ainda há muito a ser feito em resposta aos desafios da organização e da operação da Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia, de modo a garantir à população usuária o acesso à atenção de qualidade com o melhor resultado possível (Santiago e Andrade, 2012).

Os CEOs são unidades de saúde destinadas ao atendimento odontológico especializado no âmbito do SUS, devendo realizar no mínimo, as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais (Brasil, 2006b)

O CEO I conta com 03 cadeiras e o CEO II com 04 a 06 cadeiras e deverão contar com as especialidades mínimas, equipamentos, materiais profissionais e carga horária. Cada CEO deve seguir a padronização visual de acordo com orientação do Ministério da Saúde (Brasil, 2006b).

Para a área de diagnóstico bucal, os CEOs deverão contar com retaguarda de Laboratório de Patologia de referência, e os casos confirmados deverão ter fluxo definido para seguimento nos serviços de referência de Oncologia no município ou na região (Brasil, 2006b).

De acordo com dados do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / Ministério da Saúde, em 2011, o Programa Brasil Sorridente no Estado de São Paulo contava com 161 CEOs implantados.

As Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica e os Centros de Especialidades Odontológicas e sua importância no controle e diagnóstico precoce do câncer bucal

Em contraste às peculiaridades descritas para o diagnóstico e o auto-exame, a maior parte dos pacientes apresenta-se para o tratamento em estágios bastante avançados de comprometimento. Além deste diagnóstico tardio, o paciente com câncer de boca ainda sofre uma defasagem importante de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento (Brasil, 2008a). Goes e Moisés (2012) já referiram tal lapso de tempo como sendo em média de 65,7 dias no Brasil

Tabagismo, etilismo e exposição solar excessiva seriam os fatores de risco mais relevantes para a ocorrência do câncer na boca. Para alguns autores, a prevenção primária do câncer bucal se daria por meio da eliminação/redução do consumo de álcool e fumo. Para os indivíduos que não conseguem abandonar os hábitos de risco, a detecção e o tratamento precoce seriam as melhores alternativas. Para os casos de câncer de lábio, a orientação quanto à exposição solar parece ser a estratégia de maior impacto na redução da ocorrência de lesões, aliada à identificação precoce de alterações teciduais com potencial de malignização (Brasil, 2008a)

O abandono de hábitos de risco e a proteção adequada em relação aos agentes carcinogênicos constituem-se em medidas eficazes de prevenção da doença (Kowalski, 1991).

As lesões com potencial de malignização podem ser reconhecidas na boca e podem servir ainda como parâmetro de triagem e seleção de pacientes que necessitem de acompanhamentos clínico e laboratorial mais rigorosos (Brasil, 2008a).

As terapias de eleição para o câncer de boca dependem do estágio de

evolução e tipo histológico do tumor. Configuram-se, entretanto, a cirurgia e a radioterapia como as manobras mais frequentes de abordagem nestes pacientes. A quimioterapia vem sendo gradativamente incorporada a alguns manuais terapêuticos. Tais terapias trazem consigo a necessidade de suporte multiprofissional (nutricionistas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, dermatologista e/ou otorrinolaringologista), tanto no que concerne à morbidade que podem provocar, quanto à própria complexidade da abordagem cirúrgica e do planejamento oncológico (cirurgias de cabeça e pescoço, oncologista, radioterapeuta e/ou cirurgião plástico). Justifica-se o envolvimento do cirurgião dentista devido ao seu conhecimento semiológico das estruturas da boca bem como à sua capacidade de atender às demandas dentárias e de morbidade sobre a mucosa bucal nos períodos pré, trans e pós-tratamento oncológico. Pode-se citar dentre os processos mórbidos da boca, a redução de fluxo salivar, disgeusia, limitação de abertura bucal, mucosite, candidíase, periodontites, cáries de radiação e osteorradionecrose. Todas estas implicam em considerável desconforto e perda da qualidade de vida (Brasil, 2008c).

Os tratamentos dentários e estomatológicos de paciente com neoplasia maligna da boca justificam-se, ainda, quando notamos que as alterações provocadas pelo câncer bucal podem levar às infecções locais e sistêmicas, que podem aumentar a morbidade da doença. A proliferação de fungos e bactérias anaeróbias é estimulada por procedimentos imunossupressores locais e gerais tais como a radio e a quimioterapia (Brasil, 2008c).

As Equipes de Saúde Bucal da UBS/SF em parceria com os CEOs, portanto, devem centrar esforços em manobras de vigilância e reconhecimento de pacientes que estejam incluídos no perfil epidemiológico descrito acima ou cujo laudo histopatológico descreva a presença de atipias da mucosa bucal. Nem todos os pacientes apresentam os fatores de risco clássicos para o câncer bucal tais como tabagismo, etilismo, exposição solar e idade acima de 40 anos. Estes não devem ser os únicos critérios para suspeita de potencial de malignização embora se saiba que as lesões malignas e potencialmente malignas sejam mais freqüentes naqueles

grupos. Pacientes identificados como de “risco” devem receber exames preventivos para o câncer bucal ao menos duas vezes ao ano (Brasil, 2008c).

Recomenda-se que o CEO funcione como o local de acolhimento (em consonância com a Atenção Básica nas UBS- Unidade Básica de Saúde) dos pacientes que sejam identificados através da estratégia sugerida. Espera-se ainda que o CEO possa ser um espaço onde o planejamento da atenção odontológica reabilitadora aconteça para que todos os indivíduos nas fases de pré e pós-tratamento oncológico sejam atendidos (Brasil, 2006b).

O câncer bucal

O carcinoma epidermóide ou carcinoma espinocelular (CEC), é a neoplasia maligna mais comum dos tecidos bucais que representa entre 90 a 95% de todas as neoplasias dessa região. O CEC é de origem epitelial, ou seja, do tecido que recobre as paredes da cavidade bucal (mucosas), portanto de fácil visualização (Brasil, 2008a).

A demora para o diagnóstico do câncer de boca dificulta o tratamento, deixando o prognóstico mais sombrio em função dos danos anatômicos e funcionais causados pela neoplasia maligna (Brasil, 2008a).

Os principais fatores de risco para o câncer bucal da cavidade oral são o tabagismo, o etilismo e as infecções pelo HPV. Estudos apontam que o hábito de fumar e beber estabelece um sinergismo entre esses dois fatores de risco, aumentando 30 vezes o risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer. O fumo é responsável por cerca de 42% dos óbitos por essa neoplasia. Já o etilismo pesado corresponde a, aproximadamente 16% dos óbitos (Brasil 2008a).

As taxas de mortalidade por câncer na cavidade oral apresentam um declínio na população masculina na maioria dos países. Em mulheres, esse comportamento ainda não pode ser observado, uma vez que o início do uso de tabaco pelas mulheres foi posterior ao dos homens. Contudo, as taxas de incidência para câncer da cavidade oral relacionado à infecção pelo HPV, como amígdala, base da língua e orofaringe, aumentam entre adultos e jovens em ambos os sexos,

Parte desse aumento pode ser atribuído a mudanças no comportamento sexual (Brasil, 2008a).

A detecção precoce pela inspeção visual, seja ela feita pelo próprio indivíduo ou por dentistas e médicos, pode descobrir anormalidades pré-malignas do câncer da cavidade oral. Quando diagnosticado precocemente, esse tipo de câncer apresenta bom prognóstico (Brasil, 2008a).

No exame clínico, a biópsia incisional (remoção de fragmento) e consequente exame anatomopatológico é condição necessária para o diagnóstico do tipo histológico da neoplasia, o fragmento quando adequado para exame raramente apresenta dificuldade para o diagnóstico patológico (Brasil, 2008a).

A localização da lesão primária de CEC, ainda que difícil de especificar, tem importância no seu prognóstico, na avaliação e escolha dos recursos terapêuticos na maior ou menor probabilidade de metástases regionais, consequentemente na qualidade de sobrevivência do paciente (Brasil, 2008a).

Quando existe a hipótese de diagnóstico de câncer bucal o único exame complementar para diagnóstico é a biópsia e consequente exame anatomopatológico (Brasil, 2008a).

As principais bases do prognóstico do CEC são a disseminação ganglionar e o estágio da doença, sua localização e graduação histológica. O estadiamento clínico representa a mais importante arma de que dispõe o oncologista para definir o planejamento do tratamento, oferecer indicadores prognósticos, contribuir na avaliação dos resultados do tratamento e facilitar a troca de informações entre os profissionais de saúde (Brasil, 2008a).

Para indicação do tratamento do câncer de boca, vários fatores devem ser considerados como idade, sexo, situação familiar, antecedentes mórbidos, controle de hábitos e vícios e a saúde geral do paciente, além do tipo histológico da neoplasia, o estadiamento, localização anatômica, perspectivas do dano anatômico e funcional e efetividade dos recursos terapêuticos disponíveis. As modalidades terapêuticas mais utilizadas nas neoplasias de boca são a cirurgia e a radioterapia, utilizadas isoladamente ou em associação (Brasil, 2008a).

O monitoramento do paciente com câncer de boca deve ser feito indeterminadamente, ou seja, por toda a vida, através de exame clínico periódico e exames complementares conforme o tipo de neoplasia maligna (Brasil, 2008a).

2.2 As Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde - RAS tem seus fundamentos teóricos na Constituição Federal, legislação e normatizações do SUS:

- CF, art. 198 da Constituição Federal/88: “As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”

- Lei 8.080,1990 – Art.7, inciso II:” (...) integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos (...)”

- Lei 8080,1990- Art. 10 aponta “arranjos organizacionais para as redes loco-regionais através de consórcios intermunicipais e distritos de saúde como forma de integrar e articular recursos e aumentar a cobertura das ações”.

- Portaria 4.279, de 31/12/2010 – Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde - RAS no âmbito do SUS. A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado. Conjunto de organizações que provê atenção coordenada de uma série de serviços de saúde a uma determinada população, e que é responsável pelos custos e resultados de saúde dessa população. (Brasil, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com previsão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Para assegurar a resolutividade nas redes de

atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade e acesso e disponibilidade de recursos, integração vertical e horizontal, processos de substituição, região de saúde ou abrangência e níveis de atenção. (Brasil, 2010)

As Redes de Atenção organizam-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência macroeconômica na aplicação de recursos mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde. (Brasil, 2010)

Os desafios a superar são muitos – lacunas assistenciais e fragmentação das ações e serviços, financiamento público insuficiente, fragmentado e com baixa eficiência no emprego dos recursos, configuração inadequada dos modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviço e as reais necessidades da população, fragilidade da gestão do trabalho, carência de profissionais alinhados às políticas de saúde e precarização dos vínculos profissionais, pulverização dos serviços nos municípios e baixa inserção da vigilância e promoção da saúde no cotidiano dos serviços de atenção. (Brasil, 2010)

Os três elementos constitutivos da RAS são:

- População adscrita a uma determinada região de saúde
- Estrutura operacional que inclui pontos de atenção e ligações entre os pontos de atenção e
- Sistema logístico de funcionamento das RAS determinado pelo modelo de atenção à saúde.

A transição entre o ideário das RAS e a sua concretização ocorre através de um processo contínuo, perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracterizam um sistema de saúde organizado em rede. Esse processo contínuo deve refletir coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários. O Ministério da Saúde aponta as Diretrizes orientadoras

e respectivas estratégias para implementação das RAS:

- Fortalecer a Atenção Primária em Saúde para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção,
- Fortalecer o papel dos Colegiados de Gestão Regionais no processo de governança das RAS e implementar o sistema de planejamento da RAS – Redes de Atenção à Saúde,
- Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento das RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde,
- Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde nas RAS,
- Desenvolver os sistemas logísticos e de apoio da RAS e
- Financiamento do sistema na perspectiva das RAS (Brasil, 2010).

As RAS são compostas por Redes Temáticas – (Urgência/Emergência, Materno Infantil, Oncologia, Traumatologia - ortopedia, dentre outras), por sua vez constituídas por serviços de várias densidades tecnológicas, articulados entre si.

A organização das ações de regulação, no âmbito das RAS, favorecerá as atividades de planejamento apontando a necessidade de ampliação de novos serviços no território com o objetivo de promover a integralidade do cuidado.

O Ministério da Saúde desde 2011 vem priorizando a construção de três redes temáticas prioritárias: Materno-Infantil, Urgência e Emergência e Enfrentamento do Crack, Álcool e Drogas.

Espera-se que a próxima Rede a ser revista e reconstruída seja a Rede de Oncologia, de acordo com as necessidades já apontadas pelos Estados e Municípios.

No estado de São Paulo, a Deliberação CIB nº 36, de 21 de setembro de 2011 constituiu as Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo e a partir desta data a região dos CGR Campinas e Oeste VII juntaram-se aos CGR Rio Pardo, Mantiqueira e Baixa Mogiana, criando a RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde- 15, com o total de 3.477.072 habitantes (população 2010).

Este processo trará novos desafios para implantação das Redes neste novo desenho, que inclui regiões que até então não faziam parte dos espaços de gestão da região de Campinas.

2.3 A Política Nacional de Atenção Oncológica e as Redes de Alta Complexidade no SUS

Na área de Oncologia, o Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado para atender de uma forma integral e integrada os pacientes que necessitam de tratamento de neoplasia maligna e assim, assegura-se este, por meio de uma Rede de Atenção Oncológica, cujo planejamento, organização e o controle são de responsabilidade das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

A área de alta complexidade em Oncologia no SUS era regida por meio da Portaria GM/MS nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, a qual estabelecia critérios para credenciamento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, classificados como I, II e III. Em dezembro de 2005, foi necessária a revisão e atualização desse normativo, a Portaria GM/MS nº 3.535/98 foi revogada e houve o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, com a formação de uma Rede de Atenção Oncológica regional e estadual, com o objetivo de adequar a prevenção e o tratamento do câncer às necessidades de cada região do País (Brasil, 2005a).

A Política Nacional de Atenção Oncológica foi instituída pela Portaria GM/MS 2.439, de 08/12/2005, e visa essencialmente aumentar, com melhoria da qualidade, o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer, de modo a obter-se resultados que efetivamente modifiquem o perfil da morbimortalidade por câncer que perdura por décadas em nosso país; e a Portaria SAS/MS nº 741, de 19/12/2005, estabeleceu as normas e os critérios para a habilitação na alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica e definiu parâmetros assistenciais para orientação do gestor do SUS (Brasil, 2005a).

A alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica, atual, está composta por estabelecimentos habilitados como Unidade de Assistência de Alta

Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Os estabelecimentos habilitados como UNACON e CACON devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento do paciente. Essa assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos (Brasil, 2005a).

A publicação da Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de março de 2009, revogou a Portaria SAS nº 146, que originou o conceito de complexo hospitalar, e objetivou continuar o plano de organização da alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica, atualizando e incluindo novas habilitações, pautado desde a Portaria SAS nº 741/2005, pela integralidade assistencial e contemplando serviços gerais e especializados (Brasil, 2005b).

Com esta Portaria foi mais bem explicitado o conceito de Complexo Hospitalar, definindo que é um conjunto de estabelecimentos de saúde de diferentes números de CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), localizados em um só município e incluídos em uma só habilitação sob uma mesma mantenedora e o respectivo CNPJ desta, sendo que, dos estabelecimentos de saúde que integram um Complexo Hospitalar, pelo menos um é um estabelecimento hospitalar, que, no mínimo, cumpre os requisitos como Hospital Geral com Cirurgia Oncológica ou como Unacon, e no máximo um é Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar, com ou sem Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar (Brasil, 2009).

Assim, por meio da Rede de Atenção Oncológica, o Ministério da Saúde almeja que o doente de câncer tenha um tratamento integral, pois raros são os casos de câncer que precisam de apenas uma modalidade terapêutica oncológica (cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou iodoterapia). Normalmente os pacientes submetem-se a múltiplas modalidades, em diversas combinações entre elas e em diferentes momentos da evolução de sua neoplasia maligna. Também, os doentes de câncer necessitam de serviços gerais, não oncológicos, como consultas em

diversas especialidades (clínica médica, endocrinologia, pneumologia etc.), exames (laboratoriais, gráficos e de imagem), suporte de outros profissionais da saúde e cuidados paliativos, dado que a assistência aos doentes de câncer envolve todas as áreas médicas e biomédicas, diagnósticas e terapêuticas, ambulatoriais e de internação, de adultos, crianças e adolescentes. O melhor é que sejam atendidos em hospitais especificamente credenciados e habilitados que reúnam as condições necessárias de infra-estrutura, de recursos humanos e materiais e de equipamentos (Brasil, 2009).

Em novembro de 2010, a alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica no Brasil era composta por 41 hospitais habilitados como CACON, 210 hospitais habilitados como UNACON e 09 hospitais gerais com cirurgia oncológica.

2.4 A Política Nacional de Regulação e a Regulação no Estado de São Paulo.

Nestes mais de 20 anos de SUS podemos avaliar que tivemos avanços importantes na consolidação dos princípios e diretrizes da universalidade, descentralização / municipalização e na participação/control social. A universalidade se faz visível com os dados do Ministério da Saúde que informam que grande parte da população brasileira é usuária do SUS. O processo de municipalização aponta que 5.538 municípios brasileiros foram habilitados pela NOB 96, e hoje estão gradativamente assumindo o Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde (São Paulo, 2012).

No Estado de São Paulo, os municípios investem em média, 18% de seus recursos próprios em Saúde. Quanto ao controle social temos hoje milhares de Conselhos instalados e um processo de capacitação de Conselheiros incentivado pelos três níveis de governo, pois temos necessidade de fortalecer e qualificar a participação dos Conselhos. No Brasil todo, vemos ampliar os espaços de discussão através das Conferências e Plenárias de Saúde (São Paulo, 2012).

Em relação aos outros três princípios – integralidade, equidade hierarquização/regionalização, podemos dizer que os avanços ainda foram insuficientes neste período. A integralidade pressupõe que o sistema de saúde tem

que estar organizado tendo como ponto de partida as necessidades e determinantes sociais da população, que podem ser medidas tecnicamente por instrumentos específicos como – dados demográficos, sócio- econômicos e epidemiológicos que possibilitarão a identificação dos riscos e o mapeamento das necessidades da população. Os princípios da integralidade e da equidade só podem acontecer na região, pois praticamente nenhum município tem capacidade de ofertar todos os serviços. Neste contexto concluímos que a municipalização não foi acompanhada de uma reorganização efetiva da atenção secundária e terciária pelos Estados e Governo Federal. As NOBs 93 e 96 e a NOAS 2001 iniciaram a discussão sobre a regionalização, mas só foi possível caminhar este processo nos últimos anos, através do Pacto pela Saúde e da regionalização do Estado de São Paulo, que definiu as novas regiões de Saúde e os Colegiados de Gestão Regional.

O sistema é municipal, mas tem de haver também planejamento regional. A Co-Gestão em todos os níveis do sistema e serviços já aconteceu e já foi criada uma rede de referência de serviços de média e alta complexidade, com financiamento das três esferas de governo, mas ainda não houve a implantação efetiva da PPI- Programação Pactuada e Integrada, na lógica das necessidades de saúde da população, e ainda prevalece a lógica da oferta ou produção de procedimentos analisados a partir de séries históricas e/ou tetos financeiros fechados que carregam a distorção da repressão de demandas de muitos anos (Brasil,2008b).

De acordo com as normatizações do SUS, o acesso dos usuários dos municípios aos serviços, particularmente os de alta complexidade, devem ser regulados com equidade pelos Complexos Reguladores, que estão distribuídos nos Estados e regiões de saúde (Brasil, 2006a).

A Portaria GM/MS nº 399/2006, que estabeleceu as Diretrizes do Pacto pela Saúde, define regulação assistencial como o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes”.O objetivo central da regulação é tornar o acesso da população aos serviços de saúde, mais justo, equitativo e adequado às suas

necessidades e ao potencial produtivo do sistema de saúde, garantindo presteza, qualidade e eficiência (Brasil, 2006a).

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS

A Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho e considerando a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde; e considerando ainda a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde (Brasil, 2008b).

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, deveria ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo (Brasil, 2008b).

As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si :

- I - Regulação de Sistemas de Saúde,
- II - Regulação da Atenção à Saúde e

III - Regulação do Acesso à Assistência (Brasil, 2008b).

A Regulação do Acesso à Assistência, foco deste trabalho é também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco

e demais critérios de priorização (Brasil, 2008b).

A Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações (Brasil, 2008b):

- I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes (Brasil, 2008b).

Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo. As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas (Brasil, 2008b).

As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios (Brasil, 2008b).

Diretrizes da Assistência e Regulação no Estado de São Paulo

Recentemente a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através da Deliberação CIB nº 06, de 08/02/2012, aprovou as diretrizes da Assistência no Estado de São Paulo, reconhecendo que a regulação é função do estado e parte integrante das funções de gestão dos sistemas de saúde em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal).

De acordo com esta Deliberação, estas diretrizes partem dos conceitos de regulação envolvem as seguintes dimensões:

- Regulação de Sistemas de Saúde - A elaboração de regulamentos legais facilitadores ou limitadores da produção de bens e serviços de saúde;
- Regulação da Atenção à Saúde – O desenvolvimento de ações meio para o controle da produção de bens e serviços de saúde, tais como a fiscalização, controle, avaliação e auditoria; e
- **Regulação Assistencial ou de Acesso** – A organização, controle, gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS (São Paulo, 2012).

A Regulação no Sistema Único de Saúde surge como resposta ao avanço organizacional e conceitual dessas áreas e se estrutura em eixos fundamentais: fazer dos contratos de prestação de serviços, pactos entre os gestores e prestadores; qualificar as atividades de controle assistencial e da avaliação da Atenção à Saúde; implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores e capacitar os quadros estratégicos gerenciais do SUS (São Paulo, 2012).

No Estado de São Paulo o processo regulatório ocorre desde 1990, inicialmente nas áreas de urgência e emergência, com ampliação ainda incipiente para outras áreas da assistência (São Paulo, 2012).

Ressaltam-se dificuldades decorrentes da escassez de recursos, da necessidade de amadurecimento do processo regulatório, da dificuldade de incorporação tecnológica e a forte presença de acordos informais realizados por corporações. Essas dificuldades são mais evidentes em regiões que dispõem de serviços tanto sob gestão municipal como estadual indicando a necessidade da

operacionalização da regulação do acesso em co-gestão entre as esferas de governo. Outro fator que deve ser levado em conta para equacionar o acesso no SUS/SP é o papel de referência nacional que muitos serviços de saúde paulistas apresentam propiciando a oferta de vagas a outros estados da federação.

Torna-se assim necessário o desenvolvimento da regulação no Estado, buscando minimizar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde no SUS/SP, consonante aos princípios orientadores estabelecidos no Pacto de Gestão e dispostos na portaria GM/MS 1.559/2008

Este documento trata especificamente da Regulação de Acesso ou Assistencial.

II – Regulação de Acesso ou Assistencial

A Portaria GM/MS - 399/2006, que estabeleceu as Diretrizes do Pacto pela Saúde, define regulação assistencial como o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes”.

Podemos entender este conceito como a adoção, pelos gestores do SUS, de medidas e ações que garantam o acesso e o atendimento integral da população aos serviços de saúde, o mais próximo de sua residência.

No sentido expresso por este conceito, podemos, de forma resumida, apontar algumas justificativas da necessidade de intermediação (regulação) entre a demanda e a oferta:

- A necessidade de viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma adequada à complexidade de seu problema;
- A desigualdade na capacidade produtiva e resolutive de sistemas de saúde municipais, regionais e estaduais que exigem o atendimento de populações em regiões externas à sua área de residência (seja no âmbito municipal, regional ou estadual), por meio de referências pactuadas;
- A organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações em grande parte das regiões é insuficiente, fragmentada ou parcial, dificultando o

acesso da população para determinadas ações de saúde;

- A possibilidade de subsidiar o redimensionamento da oferta e da demanda contribuindo para a otimização da utilização dos recursos, não em uma lógica meramente financeira, mas de maneira a buscar a qualidade e a integralidade da ação (Brasil, 2006a).

Em todos estes casos, o objetivo central da regulação é tornar o acesso da população aos serviços de saúde, mais justo, equitativo e adequado às suas necessidades e ao potencial produtivo do sistema de saúde, garantindo prestação, qualidade e eficiência.

A organização da atenção básica com a ampliação da sua capacidade resolutive é fundamental para o processo regulatório.

O atendimento da demanda da rede básica, realizado por meio de uma escuta qualificada, propicia uma referência adequada para os serviços de maior densidade tecnológica.

As Unidades Básicas de Saúde são a principal origem das demandas que serão objeto das práticas regulatórias, pois realizam a gestão do cuidado de cada indivíduo no território sob sua responsabilidade, garantindo o acesso aos recursos de maior densidade tecnológica através de uma rede de referência e contrarreferência regionalizada e hierarquizada.

De forma sintética podemos relacionar entre as possíveis ações da regulação assistencial:

- Mapeamento dos recursos existentes identificando as unidades solicitantes e as executantes;
- A pactuação de fluxos e protocolos, com priorização de riscos, a serem utilizados pela atenção básica para encaminhamento aos serviços de maior densidade tecnológica;
- A regulação médica da atenção pré-hospitalar e inter hospitalar das urgências;
- O controle e priorização dos leitos disponíveis, da agenda de consultas e exames especializados;
- A padronização dos mecanismos e formas de solicitações de internações,

consultas, exames e terapias especializadas, inclusive, quando necessário, por meio de protocolos assistenciais;

- A organização de fluxos de referência e contrarreferência entre unidades, municípios e regiões, conforme pactuações de protocolos assistenciais padronizados;

- O fornecimento de subsídios para o planejamento com a explicitação de vazios assistenciais e escassez de oferta (Brasil, 2006a).

Esta Deliberação implantou o Complexo Regulador Estadual e 11 Complexos Reguladores para as diferentes RRAS do Estado de São Paulo.

Para as regiões da RRAS 15 – DRS Campinas e da RAAS 16- DRS São João da Boa Vista, ficou definido 01 (um) Complexo Regulador.

A Lei dos 60 dias e sua normatização

No final de 2012, foi aprovada a Lei nº 12.732, de 22/11/2012, chamada “Lei dos 60 dias”, que em seu 1º artigo define que o paciente com neoplasia maligna, receberá gratuitamente no SUS, todos os tratamentos necessários. No 2º artigo - O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de 60 (sessenta) dias contados à partir do dia e que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso, registrado em prontuário único (Brasil, 2012a).

Considera primeiro tratamento da neoplasia maligna efetivamente iniciado com a realização de terapia cirúrgica ou início de radioterapia ou quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso. No 4º artigo, a Portaria define que os Estados deverão produzir Planos Regionais para instalação de serviços especializados em Oncologia, para superar de insuficiência de serviços. A Lei deveria entrar em vigor após 180 dias decorridos de sua publicação oficial (Brasil, 2012a).

A Portaria GM/MS nº 876, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação desta Lei, versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com

neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria considera efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna comprovada com:

I – a realização de terapia cirúrgica;

II – o início da radioterapia; ou

III – o início e quimioterapia

Determina que o prazo de 60 (sessenta) dias para fins do primeiro tratamento cirúrgico ou quimioterápico ou radioterápico do paciente SUS, **contar-se-á a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente** (Brasil, 2013a).

Para monitorar este fluxo, o Ministério da Saúde vem implantando à partir de 2012, o **SISCAN** – Sistema de Informações do Câncer, para monitorar o acesso dos pacientes, desde o diagnóstico até o tratamento efetivo em serviço de referência (Brasil, 2013b). Este Sistema em versão web, integra os Sistemas de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero – **SISCOLO** (1999) e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama – **SISMAMA** (2009).

2.5 Estudos anteriores sobre o tema

O trabalho realizado em 2001 pela Faculdade de Odontologia da Universidade São Paulo com o título “Câncer Bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento”, identificou que o tempo médio decorrido entre a primeira visita à Faculdade de Odontologia da USP e o início do tratamento dos 15 pacientes acompanhados no estudo foi de **84 dias**. Considerando a importância do diagnóstico precoce e o tratamento imediato são fatores fundamentais para a redução da morbidade e mortalidade causadas pelo câncer bucal, o estudo sugeriu que o serviço da FOUSP fosse reavaliado (Costa e Migliorati, 2001).

Em 2004, foi realizado um estudo clínico retrospectivo com pacientes com carcinoma espinocelular (CEC) de boca e de orofaringe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Santos e do Hospital Ana Costa, nos anos

de 1997 a 2000, que concluiu com a importância do médico ou dentista que dá o atendimento inicial realizar com eficiência o reconhecimento da lesão, para que se possa estabelecer o diagnóstico precoce (Dedivitis, 2004).

No trabalho realizado entre 2005 e 2007 pela Universidade Federal de Juiz de Fora, os autores colocam que conhecimento de fatores de risco constitui a base para uma prevenção efetiva da doença, bem como o reconhecimento da sintomatologia por parte do paciente, podendo o diagnóstico ser realizado precocemente e o indivíduo encaminhado de imediato para o tratamento, o que auxilia na redução da morbidade e mortalidade causadas pelo câncer.

O diagnóstico precoce é fator preponderante nas taxas de sobrevida que podem atingir 70 a 90%, quando as lesões ainda são pequenas e localizadas, transpondo a média mundial de sobrevida estimada em 46% (Melo, 2010).

Diversos estudos afirmam que quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento, maiores as chances de sobrevivência. A prevenção ao uso do tabaco e ingestão de bebidas alcoólicas é imperativa, e qualquer lesão suspeita de malignidade em cabeça e pescoço, mesmo em pacientes jovens, deve ser analisada com cautela e incluída no diagnóstico diferencial do CEC.

Cerca de 5% de todos os casos de neoplasias malignas estão localizadas na boca e, dentre os cânceres bucais, mais de 90% são carcinomas de células escamosas (CEC), que poderiam ser facilmente identificados na cavidade bucal e buco/faríngea, sem necessidade de técnicas especiais, tendo em vista o fácil acesso para o exame direto, sendo responsáveis por 99% dos óbitos de câncer de boca.

A magnitude do câncer entre uma população está relacionada principalmente, à idade, aos fatores de risco a que ela se expõe, à qualidade da assistência a ela prestada e à qualidade da informação disponível.

Mais recentemente um estudo da Universidade Federal do Paraná, sobre abordagem do câncer de boca relata que embora seja notável o reconhecimento de avanços no manejo de neoplasias malignas em diversas áreas, o câncer de boca permanece com indicadores de morbidade e mortalidade que parecem não

acompanhar o acúmulo científico da doença. O estudo também indica a necessidade de reorientação de prioridades na abordagem do câncer de boca e sua efetivação como política pública de saúde (Cassius, 2012).

No Brasil, no serviço público, o tempo decorrente entre a detecção e o início do tratamento do câncer bucal é, em média, de 65,7 dias. As evidências de que a sobrevivência do paciente portador de câncer de boca aumenta a partir do estadiamento da lesão e o fato de que no Brasil o início do tratamento ocorra em tempo aproximadamente três vezes maiores que a média internacional, nos levam a supor que há lacunas na avaliação da atenção terciária, particularmente nos mecanismos de referência e contrarreferência de centros de tratamento” (Goes e Moysés, 2012).

O Artigo “Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço”, de profissionais do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, aponta que o câncer de cabeça e pescoço é uma condição clínica que acomete o paciente em sua qualidade de vida antes do diagnóstico e também após o diagnóstico, mesmo com a realização de tratamentos adequados. Talvez medidas de prevenção e diagnóstico precoce que culminem no tratamento de tumores em fases mais iniciais possam mudar o panorama atual (Santiago et al., 2012).

De acordo com o Artigo de profissionais do Projeto OncoRede da Unicamp – “Impacto do trabalho integrado em rede no diagnóstico precoce do câncer bucal”, o câncer de cavidade oral, junto com o câncer de faringe representa a quinta maior incidência de câncer e é a sétima causa de morte no mundo. No Brasil, o câncer de cavidade oral é o sétimo tipo de câncer com maior incidência, atingindo principalmente pessoas com mais de 40 anos de idade (Santiago et al, 2013).

A suspeita do câncer bucal é feita através do exame visual, sendo essa a melhor ferramenta para a detecção precoce. No entanto, no Brasil ainda permanece como o quinto mais incidente entre homens, a mortalidade é

considerada alta e, devido ao fato do diagnóstico ocorrer muitas vezes em estágios avançados, cirurgias extensas que deixam sequelas podem ser necessárias.

O prognóstico dos pacientes com câncer bucal está fortemente relacionado ao estadiamento do tumor. Lesões diagnosticadas em fases iniciais e tratadas de forma adequada apresentam até 78% de sobrevida em cinco anos (estadio I: até 78% e estadio II: até 72%), já as lesões diagnosticadas tardiamente apresentam em média 27,5% de sobrevida em cinco anos (estadio III: até 37% e estadio IV: até 18%).

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

Algumas iniciativas porém, têm considerado a possibilidade de organização do trabalho em rede para promover diagnóstico precoce e tratamento oportuno a pacientes com câncer, como o caso do Programa de Atenção Integral e Multiprofissional a Pacientes com Câncer de Boca (PAIM-Boca), implantado em 2007 na região de Campinas, com financiamento do Ministério da Saúde, apoio do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS7) e do Projeto OncoRede/UNICAMP (Santiago e Andrade, 2013).

3 PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o acesso dos pacientes com diagnóstico de câncer bucal aos serviços de referência em Oncologia na região do Colegiado de Gestão Regional de Campinas.

O Colegiado de Gestão Regional de Campinas era composto por 11 municípios – Águas de Lindoia, Amparo, Campinas, Lindoia, Indaiatuba, Monte Alegre do Sul, Monte Mor, Serra Negra, Pedreira, Valinhos e Vinhedo, no total de 1.686.014 habitantes (Brasil, 2011), conforme mostra a Figura 2.

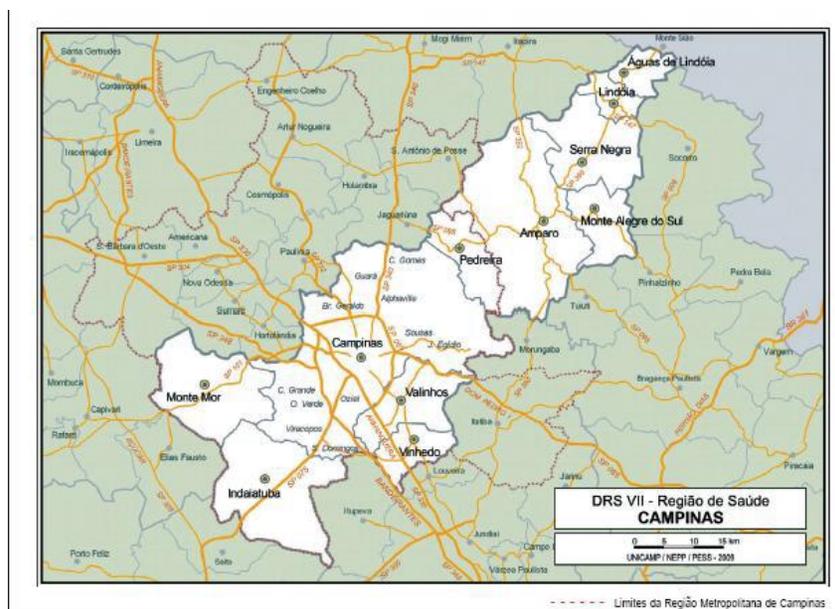


Figura 2 - Mapa da Região do Colegiado de Gestão Regional de Campinas
Fonte: DRS7 Campinas-SP

Na região do CGR Campinas estão habilitados pelo Ministério da Saúde 07 (sete) CEOs, sendo 05 (cinco) do tipo II e 02 (dois) do tipo I, distribuídos em 06 (seis) municípios. Não tem cobertura do CEO, os municípios de Vinhedo e Pedreira. O CEO Conisca - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Circuito das Águas atende 05 municípios (Águas de Lindoia, Lindoia, Serra Negra, Monte Alegre do Sul e Socorro) sendo que o município de Socorro pertence ao CGR Bragança Paulista. A cobertura destes 07 CEOs é de 1.596.728 habitantes, incluindo o município de Socorro. A Figura 3 mostra a distribuição por cidade e tipo de CEO.

Cidade	Tipo de CEO
Amparo	01 CEO tipo II
Lindóia	01 CEO tipo II
Campinas	01 CEO tipo II e 01 tipo I
Valinhos	01 CEO tipo II
Monte Mor	01 CEO tipo I
Indaiatuba	01 CEO tipo II

Figura 3 - Distribuição segundo o município e a quantidade o tipo de CEO

Na região de Campinas- SP, a Regulação para os Serviços de Referência é feita pelo Núcleo de Regulação do DRS7, e estão habilitados os seguintes Serviços de Oncologia:

1. Centro Infantil de Investigação Hematológica Dr. Domingos A. Boldrini - Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica com Serviço de Radioterapia;
2. Hospital das Clínicas da UNICAMP – Cacon;
3. Hospital Municipal Dr. Mário Gatti- Unacon com Serviço de Radioterapia;
4. Hospital Celso Pierro / PUC Campinas – Unacon com Serviço de Hematologia

Obtenção dos dados

Os dados foram obtidos à partir de levantamento das biópsias realizadas pelos CEOs da região do CGR Campinas no ano de 2011.

Este levantamento foi realizado através de contato com todos os Coordenadores de Saúde Bucal, que informaram total de 431 biópsias realizadas e 26 casos confirmados de câncer bucal.

Na primeira etapa, foi realizado um levantamento exploratório dos relatórios gerenciais dos CEOs, dos sistemas de informações dos municípios e região, com a finalidade de se identificar o tipo de CEO, a população atendida, o laboratório de referência, os serviços de referência para oncologia e o número de biópsias e de casos de câncer bucal confirmados em 2011.

Na fase seguinte, de posse dos dados confirmados sobre o número de biópsias, foi realizada a revisão de prontuários dos pacientes identificados para levantamento de dados.

As variáveis estudadas foram - gênero, idade, profissão, fatores de risco, tipo histológico da lesão, local da lesão, data da biópsia, data do diagnóstico, data do encaminhamento para referência e adesão ao tratamento do paciente. Nesta fase também foi verificado junto aos prontuários se havia registro da data primeira consulta em serviço de referência, data do início e término do tratamento e modalidade do tratamento (cirurgia, radioterapia ou quimioterapia).

Finalmente foi realizada a análise dos desfechos dos casos, ou seja, a verificação dos pacientes quanto ao acompanhamento, tratamento recebido, o percentual de alta por cura, óbitos e abandono de tratamento.

Critérios de exclusão/ inclusão

Foram excluídos os diagnósticos feitos por especialidades médicas e outros serviços da região do CGR Campinas uma vez que, os serviços especializados selecionados para o estudo, foram os Centros de Especialidades Odontológicas.

Estudo Piloto

Com a finalidade de testar o documento de coleta de dados para a pesquisa, foi realizado um estudo piloto, com análise de prontuários dos pacientes com diagnóstico confirmado de câncer bucal em 2011, no CEO - Centro de Especialidades Odontológicas de Amparo.

Análise dos dados

Os resultados estão apresentados em tabela de distribuição. Realizou-se análise descritiva dos dados por meio de tabelas de frequência. As variáveis estudadas para cada CEO foram: faixa etária, sexo, diagnóstico inicial, intervalo de tempo entre suspeição e diagnóstico, intervalo entre confirmação até agendamento de consulta, serviço de referência utilizado, regulação e situação atual do paciente.

5 RESULTADOS

Foram detectados 26 casos de câncer bucal (6,0%). Destes, 07 foram excluídos da amostra por dificuldade de localização do prontuário, restando, portanto, 19 prontuários para serem analisados.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociais, clínicas e de organização do serviço em relação aos CEOs participantes da pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis associadas aos aspectos demográficos, acesso, referência e tratamento em relação ao local de diagnóstico.

Variáveis	Número de casos	%	Local / CEO					
			Amparo 65.829hab	Consórcio de Lindóia 57.517hab	Monte Mor 48.949hab	Valinhos 106.793hab	Indaiatuba 201.619hab	Campinas 1.080.113hab
Faixa etária								
20-49	3	15,8	-	-	-	1	-	2
50-59	7	36,8	2	-	1	-	1	3
60 ou mais	9	47,4	-	-	1	1	4	3
Sexo								
Masc	18	94,7	1	-	2	2	5	8
Fem	1	5,3	1	-	-	-	-	-
Diagnóstico inicial								
Nº biópsias	431	100	51	20	14	21	206	119
Nº confirmados	26	6,0	2	0	3	4	6	11
Intervalo de tempo entre suspeição e diagnóstico								
<30 dias	15	78,9	2	-	2	1	5	5
30 a 60 dias	3	15,8	-	-	-	1	-	2
Sem Informação	1	5,3	-	-	-	-	-	1
Intervalo entre confirmação até agendamento consulta								
<90 dias	1	5,3	1	-	-	-	-	-
Sem Informação	18	94,7	1	-	2	2	5	8
Serviço/referência utilizado								
Unicamp	1	5,3	-	-	1	-	-	-
PUC	6	31,6	2	-	-	-	-	4
Mario Gatti	0	0	-	-	-	-	-	-
Sem Informação	12	63,1	-	-	1	2	5	4
Regulação								
Municipal	9	47,4	-	-	-	1	5	3
DRS7	4	21,1	2	-	2	-	-	-
CEO – PUC	4	21,1	-	-	-	-	-	4
Serviço Privado	2	10,4	-	-	-	1	-	1
Situação atual								
Óbitos	7	36,8	1	-	2	-	1	3
Acompanhamento no CEO	1	5,3	1	-	-	-	-	-
Acompanhamento em serviço oncológico	1	5,3	-	-	-	-	-	1
Sem Informação	10	52,6	-	-	-	2	4	4

Os resultados mostram que dos 19 pacientes diagnosticados com câncer bucal, 18 eram do sexo masculino (94,7%), sendo que 15,8% tinham entre 20 – 49 anos de idade, 36,8% entre 50 – 59 anos e 47,4% acima de 60 anos.

O tempo decorrido entre a detecção da lesão e o exame para diagnóstico nos CEOs foi, em média, menor do que 30 dias para 15 indivíduos (78,9%), em até 60 dias para 03 indivíduos (15,8%).

A regulação dos encaminhamentos dos pacientes se dá de forma prioritária pelo município (47,4%) e a DRS-7 (21,1%). Ocorrem também outras formas de regulação, mediadas pelo serviço privado e pelo CEO (21,1%) de Campinas que faz a regulação de forma direta com a Área de Cabeça e Pescoço da PUC-Campinas.

Quanto ao tempo decorrido entre a confirmação do diagnóstico da lesão até o primeiro atendimento e início do tratamento, em serviço de referência, apenas o CEO de Amparo tinha registro dessa informação.

Ao analisar a contrarreferência, verificou-se que o destino dos pacientes é ignorado para 52,6% dos casos. Dos outros 9 pacientes, 07 foram a óbito (36,8%) e somente 1 caso tem acompanhamento pelo CEO, sendo o outro caso acompanhado em serviço de oncologia.

6 DISCUSSÃO

A relação entre as necessidades, demandas e oferta de serviços em saúde, oferece inúmeros desafios aos gestores do SUS. É consenso que a atenção básica deve se consolidar como uma grande articuladora da rede de atenção à saúde, por ser a porta de entrada e ordenadora da rede, além de fazer a referência para a atenção especializada.

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema, sendo organizada e financiada, historicamente, com base na lógica da oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico. Há que se considerar ainda uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta. A análise das demandas reprimidas envolve dificuldades pela ausência de sistemas de informação para o seu monitoramento e pelo escopo restrito das especialidades, cujo agendamento é objeto de sistemas de regulação (Mapa de Saúde Campinas, 2012).

A Programação Pactuada e Integrada – PPI, em vigor a partir de 2008, em São Paulo, refinou parâmetros de necessidades para atenção básica e especializada no SUS, a partir de revisão da Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002. O cumprimento das garantias de acesso pactuadas, no entanto, não se efetivou de modo satisfatório em muitas especialidades, devido a problemas relacionados a financiamento, à baixa governabilidade do gestor estadual e dos gestores municipais, além da insuficiência de processo de regulação.

Os principais problemas de estrangulamentos de vagas para tratamento na região de Campinas estão relacionados às especialidades de cardiologia, oftalmologia, ortopedia, neurologia, cirurgia, urologia e a oncologia, sendo este, o mais importante estrangulamento da região. Como consequência, os municípios necessitam criar ou comprar esses serviços, impactando maior gasto de receita própria e ferindo os princípios da regionalização que norteiam a PPI.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o acesso ao tratamento de câncer bucal da região do colegiado de gestão regional de Campinas (CGR-

Campinas), o qual tem o município de Campinas como referência para a região. Os resultados encontrados neste estudo são similares a outros estudos realizados em outras regiões do Estado e do Brasil, com predominância de homens, acima de 50 anos de idade e o tipo mais frequentemente diagnosticado do carcinoma espinocelular (Lucinel et al., 2006; Nogueira et al., 2012).

Importante destacar a limitação do estudo pois os prontuários dos CEOs são simplificados, com registros insuficientes quanto aos dados dos pacientes e a continuidade dos atendimentos. A maioria restringe-se em poucas anotações nas fichas clínicas. Esta situação inviabilizou o levantamento de todas as informações propostas pelo estudo.

O fator tempo é essencial para o prognóstico destes pacientes, mas não foi encontrado nenhum tipo de protocolo ou monitoramento dos casos de câncer bucal pelas unidades de saúde. Pode-se observar que em todos municípios, as biópsias são realizadas com agilidade (menos de 30 dias para 78,9% dos casos) e os resultados disponibilizados imediatamente para o serviço. No entanto, a dificuldade está no acesso aos serviços de referência que, como mostrado no estudo, em aproximadamente 95% dos casos não há informação relacionada.

Cabe ressaltar que, o Brasil instituiu em 2012, a chamada “Lei dos 60 dias” a qual normatiza o prazo de 60 dias para o início do tratamento após o diagnóstico do câncer. Nesse estudo, conforme relatado, apenas o CEO do município de Amparo informou cerca de 90 dias e não foram encontrados registros nos demais CEOs, da região. Outros estudos identificaram prazos maiores de 60 dias para o início do tratamento (Costa e Migliorati, 2001; Góes e Moyses, 2012).

Os resultados mostram que a regulação do acesso dos casos de pacientes oncológicos é feita pela gestão municipal (47,4%) e pelo Estado (21,1%), como preconizado pelo SUS. No município de Campinas, além dos agendamentos regulados pelos serviços, também acontecem agendamentos fora da regulação municipal, por meio de contato direto com serviços de oncologia.

Um problema que ocorreu no levantamento de dados foi relacionado ao cuidado com o paciente oncológico. Verificou-se que o sistema de informação para

essa rede de atenção está falho, pois para 52,6% dos casos a situação é desconhecida. Assim, estes pacientes ficam perdidos entre a unidade de saúde que encaminhou ao CEO, entre o CEO e a área de regulação municipal e entre a regulação e o serviço de referência.

O trabalho em rede depende do estabelecimento de parcerias feitas com e entre profissionais dos municípios, como uma base forte e um ponto fundamental para que se configure uma rede capaz de atender as diferentes demandas dos pacientes, familiares e profissionais de saúde (Santiago e Andrade, 2013).

Com a finalidade de mostrar algumas práticas, a partir da experiência com o levantamento dos dados, pode – se relatar o caso do CEO de Valinhos que propôs que um funcionário do CEO passe a acompanhar os casos através de telefonemas à família, para não perder contato e verificar o tempo de agendamento em serviço de referência; Indaiatuba, que conta com médico oncologista na rede e cuida pessoalmente do encaminhamento aos serviços de referência para continuidade do tratamento – quimioterapia ou radioterapia, mas os profissionais do CEO não são informados do destino e tratamento de cada um deles; e, o CEO de Amparo que apresentava todas as informações através da profissional que atende a área e tem contato com o paciente e a família.

O sistema de referência e contrarreferência constitui-se na articulação entre as unidades acima mencionadas, sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contra - referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (Witt, 1992; Fratini et al., 2008). Os dados mostram uma contrarreferência praticamente inexistente. O registro de informações encontrado nos prontuários é bastante reduzido e não há acompanhamento dos casos após diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado. O número de óbitos (36,8%) era desconhecido dos serviços, e só foram verificados após a visita para coleta de dados.

A busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento de processos de referência e contrarreferência pode ser considerada fundamental para a

concretização do princípio da integralidade, mas é evidente, também, que as experiências para viabilizar este modelo ainda são muito isoladas e frágeis, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas municipais (Fratini et al., 2008).

Uma questão fundamental na organização em rede é a necessidade da gestão do cuidado ao longo da trajetória complexa que se configura desde o momento do diagnóstico da doença. No caso do câncer, acrescenta-se o fato de que, além do acesso aos exames e tratamento, são estratégicos *os tempos* em que são executadas cada uma das etapas previstas nos projetos terapêuticos (Santiago e Andrade, 2012).

A implementação da atenção secundária atualmente é um grande desafio para o alcance da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo necessário o desenvolvimento do fluxo de referência e contrarreferência, através do qual as informações e os usuários trafegam no sistema. As dificuldades encontradas nesse trajeto são definitivamente os entraves da integralidade. Superá-las e/ou amenizá-las, pode encurtar o caminho para a resolução das necessidades de saúde bucal (Vasquez et al., 2011).

Diante dos resultados e da experiência com o desenvolvimento deste estudo, algumas ações são sugeridas para garantir a melhora da assistência ao paciente: recomendar à gestão dos municípios a priorização de acompanhamento mais próximo dos pacientes, a fim de monitorar o atendimento imediato dos mesmos, bem como a regulação prioritária do acesso destes aos serviços de referência; adequação da ficha clínica dos prontuários dos CEOs, contemplando as informações mais relevantes dos pacientes de câncer bucal e implementar projetos que priorizem a organização do trabalho em rede e o desenvolvimento de políticas públicas capazes de garantir atendimento as necessidades de saúde da população em tempo oportuno (Santiago e Andrade, 2013).

Para melhorar a condição de diagnóstico do câncer bucal, muitas dificuldades ainda necessitam ser superadas, em especial a barreira cultural e a orientação à população. Outra dificuldade está na centralidade da atenção nos

serviços de referência para o tratamento do câncer, demonstrando a necessidade de maior articulação com os outros níveis de atenção, além de maior abertura para as necessidades de cada município utilizando as potencialidades dos serviços pertencentes às redes locais e microrregionais de saúde (Santiago e Andrade, 2013).

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que há necessidade de melhor acompanhamento dos pacientes com câncer bucal na rede de atenção à saúde, visto que existe insuficiência de registros e a maioria dos pacientes não vem sendo monitorados pelos serviços de saúde da região de Campinas de forma a possibilitar melhor avaliação do acesso aos serviços de referência em Oncologia para tratamento em tempo oportuno.

REFERÊNCIAS¹

Andrade MGG, Sommerfeld CE, Santiago SM, Chone CT, Carvalho GM, Aquino Y, et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2012; 41(4): 172-7.

Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. 2012a nov 23.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012b. [acesso 2014 jul 24]. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de boca/2008a. [acesso 2014 jul 24]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014a. [acesso 2014 jul 24]. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 2006a fev 22; Seção 1, p. 43-51.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. 2005a dez 9; Seção 1, p. 80-1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005. Define unidades de alta complexidade em oncologia. Diário Oficial da União. 2005b dez 19; Seção 1, p. 140.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Implantação dos CEOs e LRPDs. Diário Oficial da União. 2006b mar 23; Seção 1, p. 51-2.

¹ De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 2008b ago 4; Seção 1, p. 48-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 62, de 11 de março de 2009. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2009 mar 11; Seção 1, n. 49, p. 98.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2010 dez 30; Seção 1, n. 251, p. 88.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2013a dez 31; Seção 1, n. 253, p. 57-8.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2013, que versa a respeito do primeiro atendimento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2013b maio 16; Seção 1, n. 94, p. 135.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008c. 128p. Série A: Normas e Manuais Técnicos.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [acesso 2013 Nov 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa>, 2011

Brousselle A, Champagne F, Contandrioupoulos AP, Hartz Z. Avaliação – Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-38.

Costa EG, Magliorati CA. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. Rev Bras Cancerol. 2001;47(3): 283-9.

Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004; 70(1): 35-40.

Fratini JRG, Saupe RM. A referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Ciênc Cuid Saúde. 2008; 7(1): 65-72.

Goes PSA, Moysés SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. 248p.

Juliani CM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referenda e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33(4): 323-33.

Kowalski LP. Carcinoma de boca: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Acta AWHO. 1991; 10(3): 128-34.

Lucinel RO, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. J Bras Patol Med Lab. 2006; 42(5): 385-92.

Mapa da Saúde da Região de Saúde de Campinas versão 1.0. Campinas: [s.n.]; 2012. 134p.

Mello LC, Silva MC. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. RGO. 2010; 58(3): 351-5.

Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC. A política de regulação no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116p. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12.

Morris AJ, Burke FJT. Primary and Secondary dental care: how ideal is the interface? Br Dent J. 2001; 191: 666-70.

Nogueira AS, Pereira KWA, Turatti E, Pouchain EC, Costa FWG, Taboza ZA, et al. Perfil epidemiológico de 23 casos de neoplasias malignas da cavidade oral atendidos em uma instituição odontológica de nível secundário. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2012; 41(4): 181-5.

Pereira CCT, Dias AA, Melo NS, Lemos Jr CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário da atenção em saúde. Cad Saúde Pública. 2012; 28 supl: 530-9.

Pucca Junior GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(1): 243-6.

Samico I. Avaliação em saúde – bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. 196p.

Santiago SM, Sommerfeld CE, Andrade GGA, Peroni FMA. Impacto do trabalho integrado em rede no diagnóstico precoce do câncer bucal. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2013; 42(1): 1-7.

Santiago SM, Andrade GGA. A Educação Permanente como construtora do cuidado integral e do trabalho em rede na atenção a pacientes com câncer na região de Campinas/SP. Campinas:Unicamp/FCM;2012.

São Paulo (Estado). Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado, Poder Executivo. 2006; 116(246): 1-4. Seção 1.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Constitui as Redes Regionais de Atenção à Saúde- RRAS no Estado de São Paulo Deliberação CIB-36/ SES-SP, de 21 de setembro de 2011. Diário Oficial do Estado, Poder Executivo. 2011; Seção 1, n. 180, p. 51.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes da Regulação da Assistência no Estado de São Paulo. Deliberação n. CIB-6/ SES-SP, de 8 de fevereiro de 2012. Diário Oficial do Estado, Poder Executivo. 2012; Seção 1, n. 27, p. 24.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Sistema de Informações de Mortalidade – 2013. [acesso 2013 nov 10]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/informacoes-de-saude-tabnet>

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Regionais de Saúde- SES/SP. [acesso 2014 fev 26]. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br>

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20 Supl 2: 190-8.

Vasquez FL. Referência e contra-referência na atenção secundária em odontologia na cidade de Campinas – SP, Brasil [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2011 [acesso 2014 Jun 24]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000786875>

Witt RR. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. Rev Gaúch Enferm. 1992; 13(1): 19-23.



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Avaliação do acesso ao tratamento oncológico dos pacientes diagnosticados com câncer bucal dos Centros de Especialidades Odontológicas na região do Colegiado de Gestão Regional de Campinas"**, protocolo nº 018/2013, dos pesquisadores Elisa Toledo de Mesquita Sampaio e Marcelo de Castro Meneghim, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 03/07/2013.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"Evaluation of access to oncologic treatment of the patients diagnosed with oral cancer from the Centers Ocontologics Especialities in the region of the Campinas's Collegiate Regional Management"**, register number 018/2013, of Elisa Toledo de Mesquita Sampaio and Marcelo de Castro Meneghim, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 07/03/2013.

Prof. Dr. Felipe Bevilacqua Prado
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Profa. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta
Coordenadora
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO 2

Pacientes portadores de câncer bucal - Dinâmica do diagnóstico, tratamento e situação atual dos pacientes selecionados pelo Estudo

Formulário para coleta de dados

1 – Paciente

Nome: _____ Nº: _____

Data de nascimento: _____ Idade : _____ Nacionalidade: _____

Raça: _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Fatores de risco:

Tabaco: _____ Quanto fuma/dia _____ Quanto tempo fuma _____

Tipo de tabaco: cigarro _____ cachimbo _____ cigarro de palha _____ outro _____

Álcool: Sim _____ Não _____ Que tipo: cerveja _____ vinho _____ destilado _____

Quantidade: _____ Quanto tempo bebe _____

História da lesão - Diagnóstico:

Data da detecção da lesão _____ Data da primeira consulta no CEO _____

Quem detectou a lesão: paciente _____ dentista _____ outro _____

Quantos profissionais consultados antes da primeira consulta no CEO _____

médico _____ dentista _____

Data da biópsia _____

Data do diagnóstico histopatológico _____

Data da revelação do diagnóstico ao paciente _____

2 – Referência

História da lesão - Tratamento:

Data do encaminhamento para tratamento _____

Quem encaminhou: dentista _____ outro _____

Quem agendou consulta : Regulação municipal _____ Outro _____

Consulta inicial em serviço especializado _____ Local _____

Data do início do tratamento _____ Data do término do tratamento _____

Modalidade de tratamento: cirurgia _____ radioterapia _____ quimioterapia _____

Prognóstico médico _____

Tempo decorrido da detecção da lesão ao início do tratamento

3 - Desfecho

Situação atual do paciente : Cura _____ Óbito _____ Sequela _____

Tipo de sequela _____ Faz reabilitação : Sim _____ Não _____

Faz acompanhamento no CEO : Sim _____ Não _____

Observações

Data -

Responsável pela coleta de dados -