



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO - PPGE_{enf}

TAIANE BERTOLDI DA COSTA

**O GESTOR NA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À
PESSOA COM CÂNCER - UM ESTUDO NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**

RIO DE JANEIRO - RJ

2017

TAIANE BERTOLDI DA COSTA

**O GESTOR NA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À
PESSOA COM CÂNCER - UM ESTUDO NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Regina de Souza

RIO DE JANEIRO - RJ

2017

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

C837 Costa, Taiane Bertoldi da
O gestor na capacitação profissional e atenção
primária à pessoa com câncer - um estudo nos
municípios do Estado do Rio de Janeiro / Taiane
Bertoldi da Costa. -- Rio de Janeiro, 2017.
114 f

Orientadora: Sônia Regina de Souza.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2017.

1. Gestão em saúde. 2. Educação continuada. 3.
Atenção Primária à Saúde. 4. Neoplasias. I. Souza,
Sônia Regina de, orient. II. Título.

TAIANE BERTOLDI DA COSTA

**O GESTOR NA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À
PESSOA COM CÂNCER - UM ESTUDO NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Dissertação apresentada em: 16/02/2017.

Banca examinadora:

Prof^a Dr^a Sônia Regina de Souza
Presidente

Prof^a Dr^a Sônia Acioli de Oliveira
1º Examinadora - UERJ/ ABEn-RJ

Prof^a Dr^a Florence Romijn Tocantins
2º Examinadora - UNIRIO

Prof^a Dr^a Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa
Suplente - UNIRIO

Prof^a Dr^a Inês Maria Meneses dos Santos
Suplente - UNIRIO

RIO DE JANEIRO - RJ

2017

À minha mãe Eliana que sempre foi meu porto seguro, que me deu todo suporte necessário ser quem me tornei e chegar até aqui.

Aos profissionais da atenção oncológica que dedicam-se para cuidar daqueles que sofrem com o câncer e fazem a diferença na vida dessas pessoas.

À todas as pessoas que me deram oportunidades de crescer profissionalmente e contribuir de diferentes formas para o cuidado em saúde.

AGRADECIMENTOS

“A gratidão desbloqueia a plenitude da vida. Ela transforma o que temos em suficiente e mais. Ela transforma negação em aceitação, caos em ordem, confusão em clareza. Ela pode transformar uma refeição em um banquete, uma casa em um lar, um estranho em um amigo.” Melody Beattie

À Deus, que tudo providencia em minha vida e me mostra que existem propósitos para mim, em seu tempo e nas coisas que eu nem sempre posso enxergar, mas que fortalecem minha fé a cada dia. Obrigada por permitir-me chegar além da minha imaginação e receber tantas bênçãos, por confortar meu coração nos momentos de angústia e exaustão, encher meu coração de esperanças e me dar saúde para buscar meu sonhos e objetivos.

À minha querida mãe, Eliana Bertoldi que sempre me apoiou, me ensinou valores e me deu todo suporte que precisava para crescer e estudar, que abriu mão de muitas coisas pelas de suas filhas, batalhou e venceu com toda dificuldade mas se tornou uma mulher forte, guerreira e exemplar, uma mulher linda que amo mais que tudo.

Às minhas irmãs, Tatciana Márcia Bertoldi Monteiro e Anaile Bertoldi da Costa, as amigas mais antigas que Deus me deu, presentes inestimáveis que me completam em nossas diferenças e me complementam em nossas igualdades, que cuidaram de mim, muito me ensinaram e muito aprendemos juntas. Acredito muito no potencial de ambas. Amo muito vocês!

À meu pai, Milton Sérgio Fonseca da Costa, pelo carinho demonstrado quando estamos juntos ainda que nosso tempo seja curto. Te amo!

À meu amado esposo Diego, companheiro, que muito me deu força e me incentivou, foi compreensivo em minhas ausências nos momentos de dedicação aos estudos, me apoiou incondicionalmente, me atura estressada, cuida de mim, é

carinhoso e divertido. Deus abençoe nosso casamento para mantê-lo sempre em minha vida me ajudando a ser uma pessoa melhor. Amo você muito!!!

Á minha professora, amiga, orientadora para toda minha vida profissional Profª Drª Sônia Regina de Souza, obrigada por confiar em meu trabalho, acreditar no meu potencial, abrir portas e me proporcionar oportunidades, aguentar minhas inseguranças e me ouvir. Que Deus permita para sempre estar em minha vida.

Á minha querida professora e amiga Profª Drª Florence Romijn que sempre me incentivou à reflexão, dando subsídio para eu amadurecer profissionalmente e enquanto pesquisadora. Tenho prazer em tê-la em minha banca de mestrado.

Á Profª Drª Adriana Lemos Pereira, essa que me impôs a insígnia na colação de grau e ainda hoje participa de minha formação, muito contribuiu para minha dissertação na minha qualificação do mestrado.

Á Profª Drª Sônia Acioli de Oliveira, que com seu conhecimento contribuiu para eu aprofundar os meus. Foi um prazer tê-la em minha banca, que possamos construir ainda muito conhecimento juntas.

Á Profª Drª Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa por ser tão solícita e delicada comigo, obrigada pelas contribuições no mestrado e podermos construir essa discussão juntas.

Á Profª Drª Inês Maria Meneses dos Santos, que muito me ensinou na graduação e, mesmo em um momento delicado foi receptiva ao convite em minha banca, muito grata!

Á Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, onde desenvolvi boa parte da minha vida acadêmica, essa escola me tornou a profissional que sou.

Aos amigos do mestrado, em especial, Sayonara Maielle de Souza Maia Rangel, minha companheira, grande amiga que ganhei na UNIRIO. Em muitos momentos contribuíram me dando dicas, me ajudando nos estudos, me incentivando. Obrigada!

Aos amigos do Hospital Municipal São Francisco Xavier em Itaguaí/Rj por me apoiarem e incentivarem diversas vezes nesse longo caminho percorrido.

Aos meus tutores e amigos que conheci, que me apoiaram e que me acolheram, por todo carinho que tiveram comigo e muito me ensinaram na especialização em oncologia na UNICAMP.

Aos membros do grupo de Pesquisa: Enfermagem e a Saúde da População / linha de pesquisa: Enfermagem e População: conhecimentos, atitudes e práticas em saúde, a linha de pesquisa Saúde, História e Culturas: Saberes em Enfermagem e ao Grupo de ensino, pesquisa e assistência multiprofissional em Oncologia (GEPAOM), pelas contribuições e reflexões proporcionadas pelas trocas de conhecimentos e discussões a cerca de temáticas de grande relevância.

Aos gestores de saúde que participaram desse estudo e contribuíram para a construção do conhecimento desenvolvido aqui.

*"Os caminhos de nosso Senhor
Só quem ama percorreu
Só quem sonha conheceu
São caminhos cheios de amor
Que nem sempre o sonhador
É capaz de entender
Alguém me disse que sonhou
Que estava numa praia caminhando com Jesus
E olhando o céu viu sua vida
Tanta estrada percorrida
Sempre em busca de uma luz
E olhando as marcas na areia
Viu ao lado dos seus passos as pegadas de Jesus
E aí ele falou:
- Não te entendo, meu Senhor!
E olhou pro chão
- Nos caminhos mais difíceis, eu não vejo as tuas marcas
Por que me deixaste só?
Jesus respondeu:
- Os passos são só meus, jamais te abandonei
É que nos momentos mais difíceis de viver
Nos meus braços te levei"*

(Pegadas na Areia - Michael Sullivan, Paulo Sérgio Valle)

RESUMO

O câncer no Brasil é tratado na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer como doença crônica aumentando a responsabilidade dos municípios e da atenção primária na atenção a pessoas com câncer, necessitando que gestores neste âmbito promovam a capacitação dos profissionais visando qualificar a assistência. Desta forma, os objetivos do estudo foram Identificar as ações dos gestores para a capacitação de profissionais de saúde para assistir a pessoa com câncer na atenção primária e os recursos para atenção a pessoa com câncer na atenção primária; analisar as estratégias e os desafios para capacitação na perspectiva dos gestores de saúde. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Os participantes foram gestores da atenção primária a saúde de municípios do Estado do Rio de Janeiro, que responderam ao questionário semi-estruturado. Como critério de inclusão estabeleceu-se o do participante possuir pelo menos seis meses de experiência em gestão de saúde. A técnica de amostragem em sequência foi utilizada. Participaram do estudo 11 gestores de saúde. Os resultados apontam a incipiência de ações de capacitação profissional e recursos no município destinadas à pessoas com câncer na atenção primária, estratégias limitadas e escassez de profissionais capacitados para atuar tanto na perspectiva educativa quanto assistencial. O papel do gestor de saúde é fundamental para o fortalecimento da rede de cuidado e a capacitação do profissional visando qualificar, na atenção primária, o cuidado à pessoa com câncer.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Educação continuada; Atenção Primária à Saúde; Neoplasias.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AD - Atenção Domiciliar
APS - Atenção Primária a Saúde
BDENF - Base de Dados de Enfermagem
BVS - Biblioteca Virtual de Saúde
CACON - Centro de de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CER - Compensação das Especificidades Regionais
CIB - Comissão Intergestores Bipartide
CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIR - Colegiado Intergestores Regional
COSEMS - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
DCNT - Doenças Crônicas Não transmissíveis
ESF - Estratégia de Saúde da Família
INCA - Instituto Nacional José de Alencar Gomes da Silva
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
PAB - Piso da Atenção Primária
PDAPS - Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPCC - Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
RAS - Redes de Atenção a Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNACON - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pontos de atenção à saúde	28
Figura 2 - Mesorregiões administrativas do Estado do Rio de Janeiro	63
Figura 3 - Regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro	65
Figura 4 - Síntese das subunidades e eixos temáticos	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplos de ações de saúde para APS conforme PNPPC	41
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual de Mesorregiões administrativas (regiões) participantes do estudo	64
Gráfico 2 - Tempo de experiência dos atuais gestores da APS participantes do estudo	65
Gráfico 3 - Percentual de municípios com capacitação profissional conforme propostas da PNPPC	68

SUMÁRIO

1 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E CONTEXTUALIZAÇÃO	14
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO	17
1.2 OBJETO DE ESTUDO	20
1.3 QUESTÕES NORTEADORAS	20
1.4 OBJETIVOS	21
1.5 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES	21
2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	23
3 FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL	27
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO E AS EQUIPES DE SAÚDE	27
3.2 AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE E AS DCNT: UM FOCO PARA ATENÇÃO AO CÂNCER	32
3.3 LINHA DE CUIDADO E ATENÇÃO A PESSOA COM CÂNCER NA APS	37
3.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE E RESPONSABILIDADES DOS GESTORES DE SAÚDE	46
4 METODOLOGIA	55
4.1 TIPO DE ESTUDO	55
4.2 TÉCNICA PARA SELEÇÃO DE PARTICIPANTES	56
4.3 COLETA DE DADOS	56
4.4 ANÁLISE DE DADOS	58
4.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1 PERFIL DOS GESTORES E MUNICÍPIOS PARTICIPANTES	62
5.2 UNIDADE TEMÁTICA: AÇÕES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA CAPACITAÇÃO E RECURSOS PARA ATENÇÃO À PESSOA COM CÂNCER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - COM A PALAVRA OS GESTORES	66
5.2.1 Subunidade 1: Ações para capacitar os profissionais da saúde para assistir às pessoas com câncer na APS	68
5.2.2 Subunidade 2: Recursos na APS para assistência a pessoa com câncer	71

5.2.3 Subunidade 3: Desafios para capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária para assistir a pessoas com câncer	80
5.2.4 Subunidade 4: Estratégias para capacitar os profissionais da atenção primária para assistir a pessoas com câncer	84
5.3 Estratégias para atenção à pessoa com câncer	93

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS **98**

7 DISSEMINAÇÃO DO ESTUDO **102**

REFERÊNCIAS

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO

ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

1 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E CONTEXTUALIZAÇÃO

Ao atuar em uma instituição de alta complexidade, que acompanha e trata pessoas com câncer, pude observar que essas pessoas enfrentavam dificuldades para receberem assistência e acompanhamento próximo à suas residências (considerando a fragilidade física, emocional e por vezes financeiras, que apresentam no decorrer do tratamento), tendo uma atenção fragmentada nos diferentes níveis de atenção.

Comumente as pessoas que estavam em diferentes fases do tratamento oncológico, mesmo àquelas que não estavam em tratamento mas acompanhamento pós-terapêutica ou apenas em cuidados paliativos, eram encaminhadas para a unidade hospitalar de referência sempre que necessitavam de algum suporte como realizar cateterismo vesical e enteral¹, ajustar e esclarecer medidas de controle algico, orientações para controle de reações adversas à quimioterapia como controle da náusea, vômito e diarreia, entre outros. Essa vivência me inquietou e sensibilizou porque muitas das situações apresentadas por essas pessoas são passíveis de acompanhamento e manejo pelos profissionais de saúde na atenção primária.

Em pesquisa à literatura científica atual disponível pude verificar as limitações existentes para atender as pessoas com câncer na Atenção Primária à Saúde (APS)², no sentido de fornecer orientações quanto aos tratamentos antineoplásicos, cuidados em caso de efeitos adversos dos tratamentos, cuidados com curativos, cateteres, alimentação, controle da dor, entre outras ações.

Uma publicação do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) destacou as carências no conhecimento e na disponibilidade de estudos na área da saúde relacionados à atuação profissional na atenção a pessoa com câncer na APS. (BRASIL, 2012a)

¹ Procedimentos realizados visando estabelecer inserção ou troca de cateter próprio para drenagem de diurese da bexiga (vesical) ou administração de dieta ou medicamentos (enteral).

² Primeiro nível de atenção à saúde é a principal porta de entrada do sistema de saúde, a APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. (BRASIL, 2012c)

Evidente problema de saúde pública, as neoplasias malignas, também conhecidas como câncer, causam danos irreversíveis, em sua maioria, para a pessoa acometida pela doença e seus familiares. O câncer possui a segunda maior incidência e mortalidade na população mundial e no ano de 2016/2017 estima-se que haja aproximadamente 596 mil casos novos no Brasil incluindo os casos de câncer de pele não melanoma. (BRASIL, 2015) O Câncer é uma doença crônico-degenerativa não transmissível com evolução progressiva quando não tratado, que possui diferentes manifestações e etiologias.

A ocorrência do câncer se dá por condições multifatoriais sendo caracterizada pelo descontrole na divisão celular e a capacidade de invasão em outras estruturas orgânicas. O Câncer altera a função e funcionamento do corpo, apresentando sinais e sintomas que acarretam mudanças na imagem corporal e/ou na rotina do indivíduo acometido e seu cuidador/familiares, onde além do aumento na morbimortalidade pela doença, há ainda o impacto socioeconômico oriundo dos altos investimentos com custos hospitalares, medicamentos e tecnologias. (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b)

O aumento dos casos de Câncer está diretamente relacionado a expectativa de vida prolongada e sofre grande influência dos hábitos de vida; da urbanização acelerada e dos padrões de consumo; de fatores genéticos; pessoais; ambientais e ocupacionais, além da melhora nos meios diagnósticos proporcionado pelo avanço tecnológico em saúde, mudanças culturais expressivas nas últimas décadas e maior acesso aos serviços de saúde, embora ainda existam subnotificação em algumas regiões do País. (BRASIL, 2012b)

As demandas de uma pessoa com câncer envolvem cuidados de diferentes complexidades que carece de atenção integral, com atendimento pela equipe multidisciplinar onde são considerados os aspectos biopsicosociocultural no tratamento. A atenção a pessoa com câncer pode ser realizada em nível domiciliar, ambulatorial e através de internação, quando necessário. (BRASIL, 2012a)

O câncer atualmente, devido aos avanços tecnológicos na área da saúde, recebe o caráter de doença crônica pois a pessoa com a doença apresenta, em

geral, uma sobrevida longa quando a doença é diagnosticada em fase inicial e tratada. Por serem doenças em geral de longa duração, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde.

As DCNT geram diversos impactos social e emocional para as pessoas e custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a sociedade se não adequadamente prevenidas e gerenciadas. O enfrentamento das DCNT necessita muito investimento em pesquisa, vigilância e qualificação profissional além de prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável. (BRASIL, 2011)

Através da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) aprovada em 2013, o câncer recebe ênfase pela sua cronicidade, o que amplia a responsabilidade do município e conseqüentemente para APS. (BRASIL, 2013a) Na APS são realizadas ações voltadas para promoção da saúde, prevenção de agravos/doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. (BRASIL, 2012c)

Logo, é possível realizar o acompanhamento das pessoas com câncer, visando a redução da mortalidade e das incapacidades causadas pela doença o que contribui para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e seus familiares.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, a consolidação e o aprimoramento da atenção básica ou atenção primária a saúde como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. (BRASIL, 2012c)

Apoiado na necessidade de qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde para lidarem com as demandas do SUS, a Portaria do MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 visa definir novas diretrizes e estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) adequando-a a diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.(BRASIL, 2009)

As mudanças de ocorrência das doenças, em especial do câncer têm imposto

constantemente novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor de saúde, como também por outros setores governamentais. Tais dados apontam para necessidade de preparo estrutural do SUS e capacitação dos profissionais de saúde para prestar assistência com qualidade aos usuários e seus familiares.

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Por meio das políticas públicas, devido a possibilidade de rastreamento e detecção precoce, alguns tipos de câncer recebem ênfase pois a detecção de alguns sinais e sintomas sugestivos de câncer podem ser determinantes para um diagnóstico diferencial ainda na APS e para um melhor prognóstico, inclusive com chances de cura.(BRASIL, 2012a)

Na APS são desenvolvidas ações para estimular mudanças nos hábitos de vida que interferem nos fatores de risco para desenvolvimento do câncer como o combate ao tabagismo e obesidade, por exemplo, e são realizados exames de rastreamento de câncer de mama e do colo do útero através do coleta do material citopatológico conhecido como exame Papanicolau sendo o exame mais acessível na rede. (PASSOS et al., 2009; BRASIL, 2008)

O profissional necessita de capacitação para suspeitar, avaliar, orientar subsídios para investigar a doença e solicitar exames possuindo uma unidade de referência maior recurso tecnológico para encaminhar a pessoa com suspeita para confirmação diagnóstica.

Confirmado o diagnóstico de câncer, a pessoa deve ser acompanhada em unidades que atendam a especialidade como hospitais gerais, hospitais e clínicas especializadas, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e de Centros de assistência especializada em oncologia (CACON), porém a referência e contrarreferência nos serviços de saúde deve ter garantida para que a assistência seja integral e longitudinal na rede de atenção a saúde, inclusive para acompanhamento na APS visando minimizar agravos, reforçar

orientações e a adesão ao tratamento oncológico. (BRASIL, 2014c; FRANCO; MAGALHÃES, 2004)

As ações para controle do câncer no SUS na APS acontecem por meio do atendimento domiciliar e ambulatorial nas Unidades Primárias de Saúde, Postos de Saúde e Centros de Saúde e da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e envolve todas as ações e serviços de saúde, da promoção à reabilitação e os cuidados paliativos. (BRASIL, 2012a)

Sobretudo, a pessoa com câncer precisa de uma linha de cuidado estabelecida e sólida para seguir na Rede de Atenção à Saúde (RAS) visando perpassar por todos os níveis de complexidade de modo que haja um fluxo de ida e volta com garantia de uma assistência integral, desde a suspeita até o diagnóstico, passíveis de detecção precoce pela APS, onde muitas vezes ocorre o primeiro contato do paciente com o SUS.

O objetivo na linha de cuidado é efetivar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, prevenindo complicações e reorganizando o cuidado, além de fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.(BRASIL, 2014b)

Todavia, os profissionais que trabalham na APS desenvolvem atividades de promoção da saúde, rastreamento para detecção precoce e o encaminhamento dos casos suspeitos para unidades com capacidade de suporte diagnóstico mais avançados (BRASIL, 2012c), o que limita o contato e a atuação do profissional com pessoas com a doença em evolução quando não retornam ao serviço e possuem atenção centrada nas unidades de referência.

Logo, a necessidade de capacitação para o profissional é fundamental para garantir a integralidade do cuidado a pessoa com câncer em qualquer nível de

complexidade. Este fato, se constitui em uma relevância para o desenvolvimento deste estudo. A capacitação do profissional que atua na APS é fundamental para o reconhecimento de sinais de alarme sugestivos de câncer para encaminhamento à unidades de diagnóstico avançado, assim como o preparo para atenção à pessoa com câncer, que necessita de acompanhamento e cuidados que viabilizam o tratamento oncológico.

A PNPCC tem como importante diretriz a formação de profissionais através da promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política. (BRASIL, 2013a)

Embora, a portaria determine responsabilidade da APS não há especificações quanto à ações de cada profissional. Tal Política, por ser recente, necessita de divulgação e discussão para aperfeiçoamento de ações em cada âmbito e complexidade do SUS e esclarecimento dos profissionais que atuam na APS assim como em hospitais gerais.

O câncer enquanto DCNT determina a ampliação do papel da APS em relação as pessoas com câncer que deverão ser acompanhadas assim como outros indivíduos com doenças crônicas. A assistência realizada na APS à pessoas com câncer é um tema atual e é identificada por profissionais que atuam na saúde a necessidade de qualificação. (INCA, 2012b)

1.2 OBJETO DE ESTUDO

Ações dos gestores de saúde³ para capacitação dos profissionais de saúde da APS para atenção à pessoas diagnosticadas com câncer, nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

Visando contemplar os aspectos relativos à experiência de gestores de saúde com capacitação profissional para atenção a pessoa com câncer na APS, temática deste estudo, as questões norteadoras foram:

- ✓ Na atenção primária a saúde, quais as ações promovidas pelos gestores para capacitação profissional para atenção a pessoa com câncer?
- ✓ Na atenção primária a saúde, quais os recursos disponíveis para atenção a pessoa com câncer ?
- ✓ Na atenção primária a saúde, quais as estratégias e desafios, na perspectiva dos gestores, para capacitação de profissionais para atenção a pessoa com câncer?

Para a gestão da APS é importante transformações sólidas na gestão em saúde⁴ onde seja trabalhado o empoderamento da equipe multidisciplinar da atenção primária para atenção a pessoa com câncer nesse âmbito do cuidado, onde

³ Os gestores de saúde – Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.(BRASIL, 2001) Formuladores e produtores de políticas e estratégias institucionais; dirigentes, comandantes, condutores e difusores dos sistemas institucionalizados de ação – conformam e constituem um campo de poder governamental em que ocorrem tensionamentos e mediações políticas contínuas e permanentes. (BRASIL, 2006)

⁴ Na Norma Operacional Básica de 1996, a gestão é definida como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”. (BRASIL, 1997)

o processo de mudança deva acontecer com competência técnica, mas principalmente de forma permanente e reflexiva, considerando as necessidades do serviço e da comunidade.

Visando o acompanhamento desses usuários, deve-se garantir a capacitação dos profissionais de saúde de acordo com as diretrizes da PNEPS, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, referentes à qualificação das ações de promoção, prevenção e do cuidado à saúde das pessoas com câncer e realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado. (BRASIL, 2013a)

1.4 OBJETIVOS

- ✓ Identificar as ações, estratégias e os desafios para capacitação de profissionais de saúde da atenção primária para atenção a pessoa com câncer nos municípios do Estado do Rio de Janeiro;
- ✓ Identificar os recursos na atenção primária para atenção a pessoa com câncer nos municípios do Estado do Rio de Janeiro;
- ✓ Analisar as estratégias e os desafios dos gestores para capacitação de profissionais de saúde da atenção primária para atenção a pessoa com câncer nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

1.5 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES

A demanda crescente de casos de câncer com aumento na estimativa de casos novos nos próximos anos determina a necessidade de profissionais capacitados no SUS para receber pessoas com câncer na APS e prestar assistência de qualidade aos usuários do serviço acometidos pela doença e sua família.

(BRASIL, 2015) A PNPCC, por ser muito recente, necessita de planejamento e organização de ações por partes dos gestores de saúde, para garantir a execução de sua proposta de incluir a pessoa com câncer na APS devido às características de doença crônica considerando a durabilidade.

Parte-se do pressuposto que a busca por atendimento versus as demandas assistenciais da população com câncer causará grande impacto na atenção primária nos próximos anos pois, embora os avanços tecnológicos e científicos propiciem o diagnóstico e tratamento precoce de alguns cânceres, ainda há uma grande incidência e perspectiva de aumento no número de casos no Brasil além da cronicidade da doença.

Considerando-se a alta incidência de câncer no mundo e a cronicidade da doença, é reafirmada a necessidade da consolidação de uma linha de cuidado a essas pessoas que devem ter uma garantia de continuidade da atenção em toda a rede de saúde, sendo fundamental a capacitação profissional na saúde para reconhecer as necessidades de pessoas com câncer e prestar assistência a esses indivíduos com intuito de garantir melhor qualidade de vida e morte, além do suporte adequado em todos os âmbitos da atenção tanto para a pessoa com câncer. (BRASIL, 2015)

Em revisão à literatura na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em 2016 verificou-se uma restrita disponibilidade de estudos referente à assistência a pessoas com câncer na APS, corroborado por estudo sobre Carências e Oportunidades (INCA, 2012b) que aponta para dificuldade profissional para atenção a pessoa com câncer e a carência de estudos sobre atenção a pessoa com câncer.

A ausência de estudos sobre experiência de gestores na capacitação profissional para a atenção à pessoa com câncer na APS justifica o desenvolvimento desse estudo assim como destaca sua relevância. A PNPCC ao reafirmar o câncer como doença crônica e dar ênfase para a regionalização da atenção, impulsionaram e ofereceram subsídios para essa discussão e contribui para a sociedade, entidades educadoras, gestores e usuários dos serviços públicos de saúde.

Este estudo está vinculado a Programa de Pós-Graduação da Escola de

Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - PPGENF/UNIRIO, inserido na linha de pesquisa Saúde, História e Culturas: Saberes em Enfermagem e vinculado ao Projeto institucional intitulado "Modelos assistenciais em oncologia" Implicações para prática de enfermagem, como responsável a Prof^a Dr^a. Sônia Regina de Souza, sendo um estudo original.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A fim de aprofundar a investigação referente a temática assistência a pessoas com câncer na APS, identificando e analisando a produção do conhecimento sobre capacitação profissional para atenção a pessoa com diagnóstico de câncer na APS, entre maio e julho 2016 foi realizada uma revisão integrativa através da BVS nas bases de dados BDNF, LILACS, SciELO e MEDLINE, considerando os descritores Neoplasias, Gestão em saúde, Atenção primária à saúde e Educação continuada que corresponde a Educação permanente. (BVS, 2016)

Optou-se por estas bases de dados e biblioteca por incluírem referências técnico-científicas Brasileiras que atendem a expectativa e realidade do País e incluem periódicos com confiabilidade. (PEIXOTO et al, 2012) Realizou-se o cruzamento dos descritores e verificou-se a disponibilidade de estudos acerca da temática.

Os critérios de inclusão foram: Estudos que abordassem a capacitação profissional para atenção à pessoas com câncer na atenção primária à saúde, com pelo menos três descritores (Neoplasias, Gestão em saúde, Atenção primária à saúde e Educação continuada) selecionados, independentes da combinação, visando aumentar a afinidade com o tema investigado, publicado nos últimos 5 anos, em português, com texto completo, em formato de artigo, dissertação ou tese, com Região/País como assunto Brasil. Como critérios de exclusão: trabalhos que não se encontrassem disponíveis na íntegra nas bases de dados e nas bibliotecas pesquisadas, manuais técnicos e trabalhos repetidos publicados em diferentes bases ou reproduzidos em diferente combinações de descritores.

Ao combinar os descritores na BVS, foram encontrados 9 estudos considerando as bases de dados selecionadas, dos quais 4 apresentaram-se repetidos em mais de uma base de dados, restando 5 estudos para avaliação. Após leitura dos resumos dos estudos que se incluíam nos critérios estabelecidos e posterior leitura na íntegra, foram selecionados 03 estudos que abordavam o tema proposto para compor o estudo.

Dos estudos selecionados, 2 foram publicados em 2011 no periódico *Ciência e Saúde Coletiva* e na *Revista Baiana de Saúde Pública* e 1 em 2012 no *Caderno de Saúde Pública*. Em relação ao delineamento de pesquisa, identificou-se que as 03 publicações utilizaram abordagem quantitativa (100%). Os estudos foram desenvolvidos no Estado de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Santa Catarina.

Artigos selecionados para contribuir com o estudo foram:

- ✓ **Processo de implantação do plano diretor da atenção primária à saúde no norte de Minas Gerais, Brasil: fragilidades e potencialidades** cujo resultados apontaram para a falta de profissionais na equipe de saúde, estrutura física inadequada e falta de participação do Conselho Municipal de Saúde constituindo-se em desafio para implantação de Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) e exige reorganizar ações e mudar posturas dos profissionais e gestores de saúde. (COSTA et al., 2011)

- ✓ **Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde** que resultou em ausência de ações que impactem positivamente os indicadores de incidência e morbimortalidade por câncer. A avaliação e o controle social devem voltar sua atenção para as unidades administrativas municipais e consorciadas no nível microrregional, onde as ações poderão ser implantadas e avaliadas. (TORRES et al., 2012)

- ✓ **Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente** que verificou ausência de clareza dos profissionais sobre ações de saúde e educação permanente, estando ambas pouco presentes no trabalho dos profissionais. Educação permanente inexistente nessas equipes, embora as necessidades de cuidado e de prevenção

suscitassem ações com caráter educativo para ampliar o entendimento e a prática da promoção da saúde. (TESSER et al., 2011)

Após identificar e analisar os artigos disponíveis a cerca da produção sobre a capacitação profissional na atenção a pessoa com câncer na atenção primária à saúde, foi possível verificar que APS nas RAS deve acompanhar a maioria dos problemas de saúde, coordenar na organização do fluxo e contrafluxo nos pontos de atenção à saúde na rede assistencial e ser responsável pelo gerenciamento dos usuários em qualquer ponto de atenção.

A capacitação profissional possui resposta positiva, onde o grupo junto à gestão constrói estratégias para melhorar o serviço. A educação permanente em saúde constitui uma importante estratégia em busca de transformações do trabalho, entendendo que o processo ensino aprendizagem é fundamental no setor saúde, com envolvimento dos trabalhadores, gestores e formadores. (COSTA et al., 2011)

O processo de educação permanente em saúde centrada na formação e aperfeiçoamento constante dos profissionais da saúde possibilita enfrentamento de desafios no cotidiano do trabalho e deve ser facilitada por arranjos institucionais de trabalho e promovidos pelos níveis municipais ou locorregionais onde gestores de saúde podem programar ações de capacitação profissional, habilitando para manejo, interpretação, problematização e intervenção nos problemas de saúde. (TORRES et al., 2012)

O investimento em educação permanente em saúde para profissionais que atuam na APS e recebem pessoas com câncer, pode reduzir as barreiras associadas ao diagnóstico precoce, bem como o tempo gasto entre a autopercepção dos sinais e sintomas até o tratamento, o que pouparia as pessoas que apresentam a doença e minimizaria custos para o SUS relacionados à complicações preveníveis pela doença, assim como possibilitaria melhorar a qualidade de vida desses usuários. (TORRES et al., 2012)

Assim, se reafirma a responsabilidade da APS na coordenação do cuidado e na capacitação profissional para as diversas ações desenvolvidas nesse âmbito. Os profissionais devem estar instrumentalizados para acompanhar pessoas com câncer

considerando que as mesmas igualmente possuem DCNT conforme a PNPCC.

A APS se constitui em um espaço privilegiado de ações para controle de fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção em saúde de pessoas com câncer. Essas pessoas tem sido acolhidas pela demanda espontânea onde, em muitos casos, a partir da APS iniciam-se sucessivos atrasos, do diagnóstico à referência, que adiam possibilidades de abordagem precoce e por consequência limitam as chances de sobrevivência dessas pessoas que permanecem expostos aos fatores de riscos, com progressão da doença. (TORRES et al., 2012)

Verificou-se ainda que a maior parte dos profissionais se deparavam com demandas de cuidado que não possuíam capacitação para assistir e essas demandas, exigindo parcerias e recursos de outros serviços e outros profissionais, o que de alguma forma promove construção de apoio e atividades pontuais em parceria, mas de forma muita vezes limitada e incerta. (TESSER et al., 2011) Esta afirmativa reforça e reafirma a **justificativa** para o estudo conhecer ações dos gestores de saúde na capacitação dos profissionais da APS para a atenção a pessoas com câncer.

Tornou-se evidente que estímulo e apoio institucional para os profissionais de saúde são fundamentais no sentido de revalorizar a potencialidade do profissional para atuar na promoção da saúde e na prevenção, bem como de terapêutica, em especial nas doenças com demandas atuais para APS, como por exemplo o câncer. (TESSER et al., 2011)

Logo, após revisão da literatura acerca da capacitação profissional para atenção a pessoas com câncer na atenção primária verificou-se carência de material produzido, fragilidade da rede de atenção a saúde e na linha de cuidado, escassez de profissionais capacitados para essa atuação na APS e que a gestão de saúde deve garantir a capacitação, qualificação, humanização, gestão participativa das equipes e usuários.

3 FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO E AS EQUIPES DE SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pela Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, considera equivalentes os termos Atenção Básica (AB) e APS e define a organização de RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2012c)

Neste estudo optou-se por utilizar o termo APS entendendo que possui um sentido mais amplo da atenção, envolvendo as comunidades, se apropriando das expressões primária, secundária, terciária e quaternária nos níveis de atenção, ponderando que é linguagem mais utilizada internacionalmente para esse nível de atenção e estando em acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), embora haja diversas discussões acerca do termo mais adequado. (MELLO et al., 2009)

A RAS é formada pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, vinculados entre si num determinado território geográfico, responsável pela oferta e o interrelacionamento dos serviços, assegurando que a cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção no sistema de saúde. (BRASIL, 2012c)

A APS e os sistemas de apoio possuem conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e grau de importância entre eles. Através de diferentes modelos de atenção à saúde, sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulam os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais, vigentes em determinado tempo e sociedade. (MENDES, 2012; BRASIL, 2014a)

Na RAS, os fluxos de atendimento de saúde nos diversos níveis de atenção devem ser definidos, priorizando a APS como a principal porta de entrada e de

comunicação entre os diversos pontos da RAS, que se constitui de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva, contínua e integral à população da área adstrita e pela construção de vínculos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas.(BRASIL, 2012c; MENDES, 2012)

Desde 1978, a APS foi idealizada para universalizar o acesso, onde o primeiro contato das pessoas com a rede de saúde fosse possível e ocorresse a integração dos níveis de assistência quando necessário, promovendo a intersetorialidade mas concentrando ações de educação em saúde e resolvendo e acompanhando os principais problemas de saúde das comunidades com baixo-custo para o sistema de saúde. (BRASIL, 2014a; OMS, 1978) Assim, a APS deve ser o ponto central da rede de saúde, promovendo a integração na rede de saúde e a intersetorialidade, mantendo o usuário vinculado ao serviço, conforme pode-se verificar na figura 1.

Figura 1 - Pontos de atenção à saúde



Fonte: UNASUS (2016).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção

de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades visando acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minimizando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, garantindo sua integralidade.(BRASIL, 2012c)

As ações na APS devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A APS utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.(BRASIL, 2012c)

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), viabilizando novas oportunidades de acesso aos serviços pelas comunidades mais expostas à riscos de adoecer, direcionando a APS às necessidades do indivíduo, sua família e sua comunidade, promovendo vínculos e propiciando o conhecimento da realidade e as necessidades de cada grupo, fortalecendo o conceito de responsabilidade sanitária, estimulando a construção de cidadania, articulando a rede de saúde de forma hierarquizada e regionalizada com os demais serviços. (BRASIL, 2012c)

A ESF visa à reorganização da APS no BRASIL, de acordo com os preceitos do SUS, sendo considerada pelo MS e gestores estaduais e municipais a principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012c)

As equipes da ESF participam do processo de territorialização, identificando

situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória, cadastrando famílias e indivíduos para que sejam avaliadas e planejadas ações de acordo com determinantes e condicionantes de saúde daquela população. São realizadas consultas, palestras educativas, campanhas de saúde e acompanhamentos de indivíduos, famílias e da comunidade de um determinado território em uma determinada região de saúde. (BRASIL, 2012c)

A equipe da ESF deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos). O MS prioriza a Saúde da Família como a principal estratégia para a reorganização da APS, buscando a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados e exerce importante papel na atenção a saúde.(BRASIL, 2011)

A ESF propõe assumir um conceito ampliado de saúde que visa à compreensão do processo saúde/doença “na sociedade” e não apenas “no corpo” das pessoas.(FARIA et al., 2010) Os principais objetivos e diretrizes da ESF são o conhecimento do território e das necessidades, problemas e demandas da população que habita esse território (riscos e danos, percebidos ou não pelas pessoas) e a organização das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. (BRASIL, 2012c)

Pretende-se reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida, estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social, corresponsabilização e autonomia dos sujeitos, intervir sobre a exposição à riscos, estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários.(FARIA et al., 2010)

Os profissionais são vinculados a uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família), mantendo responsabilidade pela saúde da mesma população e território que a ESF assume. O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias

e grupos a equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde. (BRASIL, 2012c)

A APS deve atender mais de 85% dos problemas de saúde estabelecendo a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física, etc. (MENDES, 2012; BRASIL, 2014a)

Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS, baixos investimentos em capacitação e à fragmentação da atenção nas RAS. (MENDES, 2012; BRASIL, 2014a)

No estudo de Carvalho et al. (2005), os profissionais da APS destacam que praticam parcialmente ações para o controle do câncer e que dispõem de informações fornecidas pelos órgãos ministeriais e secretarias estaduais para alguns tipos de câncer, possuem consciência de seu papel na equipe de saúde para atuar junto à população no controle do câncer embora pudessem complementar o conjunto de atividades que desenvolvem e lhe são asseguradas no exercício profissional. Os profissionais ressaltam a necessidade de complementação dessas atividades utilizando inclusive materiais para apoio educacional em saúde. (CARVALHO et al., 2005)

A APS e a ESF necessitam de suporte da educação permanente que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas para que a atenção a saúde esteja qualificada e atualizada. Considerando as atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação da saúde de usuários com condições crônicas, a APS tem seu papel ampliado no acompanhamento desses usuários tendo em vista o vínculo e que mantém a responsabilização da ESF no cuidado contínuo e longitudinal nas RAS.

3.2 AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE E AS DCNT: UM FOCO PARA ATENÇÃO AO CÂNCER

São definidas como condições de saúde as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. As condições de saúde são caracterizadas como enfermidades em que há sofrimento mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos, incluindo certos estados fisiológicos e patológicos, que são de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde. (MENDES, 2012; BRASIL, 2014b)

As condições crônicas de saúde vão, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.) ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos), condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura), distúrbios mentais de longo prazo, deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.), doenças metabólicas e doenças bucais.(MENDES, 2012)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em geral, iniciam e evoluem lentamente e, como tal, requerem atenção e assistência por parte dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção de acordo com sua competência e complexidade. (BRASIL, 2011)

A melhoria da qualidade de vida e de saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, em um sistema proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde. Integralizar as ações visando a educação em saúde para mudanças de hábitos não saudáveis e redução de exposição à fatores de risco que contribuem para incidência e complicações das doenças crônicas são estratégias viáveis à APS.(MENDES, 2012; BRASIL, 2011)

As DCNT são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. Para o sistema de saúde representam impacto crescente, com custos elevados onde representam as principais causas de internações hospitalares. Programas e políticas locais e regionais devem ser articulados a estratégias para o enfrentamento das DCNT e ofertar cuidados aos indivíduos portadores de doenças crônicas, por meio do SUS visando fortalecer o compromisso governamental. (BRASIL, 2011)

No caso dos portadores de DCNT, a APS realiza ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal, vinculando e responsabilizando-se pelos usuários. Porém, cobre cerca de 60% da população brasileira e precisa ser expandida, sendo imprescindível articular ações que promovam a melhoria do Sistema de Informações, capacitação dos profissionais de saúde, financiamento adequado, obtenção de medicamentos e tecnologia essencial o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. (BRASIL, 2011)

O fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT inclui o fortalecimento da APS, articulando os demais níveis de atenção e as redes de serviços, porém uma abordagem integral das DCNT, inclui atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações da linha do cuidado no campo da macropolítica (ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da rede de serviços, atuação da equipe na linha do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e produção da autonomia do usuário) e da micropolítica. (BRASIL, 2011)

No cuidado a DCNT é indispensável o aconselhamento, educação e informação, a formação de equipes multidisciplinares e um sistema de informação clínico onde produza-se e compartilhe-se informações entre os serviços, facilitando a avaliação de portadores, o autogerenciamento, a otimização das terapias e o seguimento para continuidade do cuidado. (BRASIL, 2011)

No Brasil, foi elaborado um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT considerando a necessidade de preparo, investimentos e atitudes para enfrentar essas conjunto de doenças no período de 2011 a 2022 que, para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, é fundamental fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas, onde o Plano objetiva promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências visando a redução da morbidade, incapacidade e mortalidade através de ações preventivas e promocionais de saúde, associadas à detecção precoce e ao tratamento oportuno e ao reordenamento dos serviços de saúde do SUS, a partir da APS e da participação comunitária. (BRASIL, 2011)

Tem-se como foco nesse Plano o preparo para enfrentar os principais grupos de DCNT (doenças do aparelho circulatório (DAC), câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), que correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Com a expansão da APS, houve melhoria na assistência, redução da mortalidade, das desigualdades sociais, nas diferenças do acesso aos bens e aos serviços, na baixa escolaridade, nas desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção em importantes determinantes sociais que interferem na problemática. (BRASIL, 2011)

O Plano de Enfrentamento da DCNT visa o fortalecimento da capacidade de resposta do SUS e à ampliação de intervenções para uma abordagem integral da saúde tendo definidos como ações prioritárias: o estabelecimento de uma Linha de cuidado de DCNT onde é necessário definir e implementar protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da APS, garantindo a referência e contrarreferência para a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção. (BRASIL, 2011)

O envolvimento de especialistas no suporte às equipes de APS, para o cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas de maiores riscos ou complexidades, é fundamental para aumentar o controle das DCNT. As equipes da ESF em consonância com a APS precisa estar qualificada para atenção às DCNT visando a qualidade de vida dos usuários do serviço. Os profissionais de saúde devem ser permanentemente aperfeiçoados para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional.(MENDES, 2012)

A consolidação e o aprimoramento da APS como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer educação permanente que deve ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. (BRASIL, 2012c)

Nesse sentido, a educação permanente deve ser encarada como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários.(BRASIL, 2012c)

Na Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, o Ministério da Saúde (MS) Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. A Política resultou em maior responsabilização aos municípios na continuação da assistência haja visto que a doença recebe ênfase pela sua cronicidade sendo objetivo da PNPCC a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (BRASIL, 2013a)

A Política visa também o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde, garantindo a longitudinalidade do cuidado e ampliando a responsabilidade dos município e por consequência da APS. (BRASIL, 2013a)

A PNPCC tem como um dos objetivos organizar uma linha de cuidado para o câncer que perpassa por todos os níveis de atenção e atendimento nas três esferas de governo, dando ênfase a regionalização e descentralização. São diretrizes da PNPCC o tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa com atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença tendo garantido a realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior aporte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam. (BRASIL, 2013a)

As demandas de uma pessoa com câncer envolvem cuidados de diferentes complexidades devido à natureza e cronicidade de sua doença que necessita da presença frequente dos profissionais da saúde e carece de atenção integral, com atendimento pela equipe multidisciplinar onde são considerados os aspectos biopsicosociocultural no tratamento. Na evolução da doença, a assistência pode ser realizada em nível domiciliar, ambulatorial e através de internação quando necessário. (BRASIL, 2012a)

Uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das APS poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade (densidade tecnológica), reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários, garantindo qualidade de vida para os usuários, redução de demandas e custos para a atenção terciária. Para isso, é necessário organizar o fluxo de atendimento que perpassa pelas linhas de cuidados. (FRANCO; MAGALHÃES, 2004)

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos

assistenciais, define-se que a equipe da APS, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contrarreferência” para que o vínculo continue com a equipe da atenção primária, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário com câncer.(FRANCO; MAGALHÃES, 2004)

Para realizar um acompanhamento que envolva a integralidade da atenção é necessário se utilizar das tecnologia em saúde que perpassam pelos diferente níveis de complexidade no SUS e programar ações para estabelecer um fluxo de atendimento para a pessoa com câncer "caminhar" na rede. (MERHY; FEUERWERKER, 2009; BRASIL, 2013a)

A organização do fluxo de atendimento na RAS permite que o usuário tenha acesso às diferentes tecnologias de acordo com suas necessidades de saúde e a Atenção Especializada (composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica) deve apoiar e complementar os serviços da APS na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado nas redes. (MERHY; FEUERWERKER, 2009; BRASIL, 2013a)

3.3 LINHA DE CUIDADO E ATENÇÃO A PESSOA COM CÂNCER NA APS

As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos usuários no sentido de atender as necessidades de saúde e devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (primária, secundária, terciária e quaternária) e nos sistemas de apoio, delineando o itinerário terapêutico dos usuários, fornecendo uma referência para prever um conjunto mínimo de procedimentos necessários e estimar seus custos, orientando gestores públicos no planejamento de ações em saúde, servindo como um guia para profissionais na assistência. (FRANCO; MAGALHÃES, 2004; MENDES, 2011)

As linhas de cuidado funcionam como instrumento de trabalho na gestão e na assistência. Na gestão pode orientar os gestores públicos a planejar, programar e avaliar as modalidades de atendimento que o sistema precisa oferecer à população, os procedimentos necessários (exames e tratamentos, por exemplo) para prevenir e detectar precocemente agravos à saúde, quantos e quais os serviços locais devem oferecer para o controle de diferentes agravos à saúde. (FRANCO; MAGALHÃES, 2004; MENDES, 2011)

Na assistência, as linhas de cuidado servem como guias ou roteiros orientadores para o trabalhador e profissional de saúde sobre procedimentos mais efetivos sobre o controle da doença em questão, fornecendo orientação detalhada em cada fase do tratamento de condição específica, tem objetivo melhorar a continuidade e coordenação dos cuidados em diferentes disciplinas e complexidades. (FRANCO; MAGALHÃES, 2004; MENDES, 2011)

A relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à publicação da Portaria nº 483 de 2014 que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. (BRASIL, 2014b)

No Plano de Enfrentamento as DCNT para que exista um cuidado integral a pessoas com câncer é necessário definir linha de cuidado ao portador de DCNT garantindo projeto terapêutico adequado com vinculação entre cuidador e equipe, assim como a integralidade e a continuidade no acompanhamento. (BRASIL, 2011)

A fim de fortalecer o complexo produtivo da saúde para o enfrentamento das DCNT precisamos ampliar a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo de útero e de mama, fortalecer e qualificar a assistência oncológica no SUS, a área de educação em saúde para DCNT e a gestão da rede de serviços, além de desenvolver e implementar estratégias para formação profissional e técnica na qualificação das equipes de saúde para abordagem de DCNT, visando a qualificar os fluxos e as respostas aos portadores de DCNT. (BRASIL, 2011)

Para isso, são indispensáveis ações para um cuidado integral no eixo Linha de cuidado e capacitação para DCNT onde destaca que é fundamental vincular os

portadores ao cuidador e à equipe da APS, garantindo a referência e contrarreferência para a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção sendo indispensável a capacitação de equipes da APS, expandindo recursos de telemedicina, "segunda opinião" e cursos à distância, qualificando a resposta às DCNT. (BRASIL, 2011)

No que se refere à diretrizes do Plano de Enfrentamento a DCNT, que estabelece prioridades quanto ao câncer do colo do útero e de mama, destaca-se a necessidade de fortalecer as ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento, garantindo acesso ao exame preventivo e à mamografia de rastreamento de qualidade a todas as mulheres nas faixas etárias e periodicidade preconizadas, onde o tratamento adequado às mulheres com lesões precursoras e avaliação diagnóstica dos casos de mamografia com resultado anormal devem ser garantidos e além do tratamento adequado aos casos de mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama ou diagnóstico de lesões benignas. (BRASIL, 2011)

Após implementação da APS, houve aumento na cobertura de exame preventivo de câncer de mama (mamografia) em mulheres com idade entre 50 e 69 anos e aumento na cobertura de exame preventivo para câncer do colo do útero e entre mulheres com idade entre 25 e 64 anos nos últimos anos, mas ainda persistem desigualdades que precisam ser superadas não somente nos casos de câncer de mama e colo do útero mais de forma mais ampla. (BRASIL, 2011)

É necessário que casos sugestivos de câncer potencialmente curáveis possuam detecção rápida, acompanhada de diagnóstico e tratamento, bem como um treinamento das equipes de APS para fornecer cuidados paliativos a portadores em estágios terminais da doença considerando viabilizar o controle da doença na atenção primária e melhorar a qualidade de vida dos usuário do serviço.

Enquanto proposta de ampliação da responsabilidade na atenção a pessoa com câncer, inclui-se na APS o componente Atenção Domiciliar (AD) onde determina-se na PNPCC que tal componente deva realizar o cuidado paliativo de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção primária e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa com câncer, possibilitando ao paciente e à

família a possibilidade de receber todas as informações necessárias, buscando atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase no controle da dor; proporcionando o máximo alívio do sofrimento, procurando instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar e proporcionar qualidade de vida com todo o suporte e segurança possível. (BRASIL, 2013a)

Uma modalidade de atenção que seria uma alternativa aos gestores de saúde como apoio matricial para construção de um serviço visando articular o cuidado e atenção a usuário com câncer e dar suporte aos profissionais de saúde na APS são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os NASF são núcleos criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção primária para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes. (BRASIL, 2012c)

Os NASF fazem parte da APS, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção primária). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à RAS e seus serviços. (BRASIL, 2012c)

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de APS para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção primária, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012c)

Estes núcleos devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, em termos clínicos e sanitários. (BRASIL, 2012c)

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. Todas as atividades podem ser desenvolvidas nas Unidades Primárias de Saúde, Academias da Saúde ou em outros pontos do território. (BRASIL, 2012c)

Espera-se da APS realizar ações de saúde com foco nos fatores de proteção e prevenção de fatores de risco (agentes cancerígenos físicos e químicos no ambiente) relativos ao câncer, tais como (quadro1) :

Quadro 1: Exemplos de ações de saúde para APS conforme PNPPC

- Alimentação saudável e atividade física
- Desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo
- Analisar/avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer com o objetivo de construir atividades educativas, ampliando a autonomia dos usuários
- Encaminhar a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica
- Implementar ações de rastreamento e diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, respeitando-se o que compete a este nível de atenção
- Coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da RAS
- Realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de AD e com as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção da rede à saúde.

Fonte: BRASIL, 2013a

No que se refere ao processo de trabalho das equipes de APS é imprescindível implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como (BRASIL, 2012c):

- A participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;
- Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- Realizar atenção à saúde na Unidade Primária de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;
- Realizar AD destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

A Atenção Domiciliar (AD) constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS”. (BRASIL, 2013c)

No que se refere a AD implantada no SUS, precisa-se criar mecanismo para a vinculação dos portadores de DCNT à APS, definir fluxo de referência e contrarreferência entre a APS e a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado, intervir no fluxo de organização da Rede e no processo

de trabalho em saúde, garantindo o acesso e acolhimento em situações agudas ou crônicas "agudizadas" e o acesso e atenção às urgências, qualificar os profissionais da APS e aumentar a oferta de procedimentos aos indivíduos com doenças crônicas, implantar a Política Nacional de Atenção Domiciliar para atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros, fortalecer processos de monitoramento de equipamentos, produtos, insumos e medicamentos, garantindo a qualidade e a segurança das tecnologias, implantar sistema de gestão clínico para DCNT para apoio no gerenciamento do cuidado na APS, valorizando o profissional de saúde para atuação em DCNT. (BRASIL, 2011)

Quando aborda-se sobre cuidados paliativos, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) caracteriza em assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (ANCP, 2009)

O cuidado paliativo é iniciado desde o momento do diagnóstico de uma doença progressiva que ameaça a vida e vai se intensificando com a progressão da doença até o evento morte, o que exige dos profissionais capacitação para realizar esses cuidados. (ANCP, 2009)

A AD pode tanto substituir o cuidado prestado em outro ponto da RAS, a exemplo do hospital, como complementar os cuidados iniciados em um dos pontos, a exemplo das Unidades Primárias de Saúde (UBS) e do próprio hospital. (BRASIL, 2013c)

Assim, "a AD constitui-se como um dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde" garantindo a continuidade do cuidado prestado ao usuário do serviço ao potencializar a construção de "pontes" entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio mantendo a transversalidade do cuidado, devendo estar integrada à RAS através do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) - serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes

Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) - por meio do qual deve ter estabelecido e pactuado fluxos e protocolos com o conjunto dos pontos de atenção dessa rede. (BRASIL, 2013c)

Na APS, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos usuários com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a unidade de saúde, mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado onde as ações devem ser sistematizadas, articuladas e regulares visando integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde como no caso de pessoas com câncer. A admissão do usuário ao SAD exige prévia concordância de seu familiar ou cuidador, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. (BRASIL, 2013c)

São diretrizes da AD a estruturação da atenção primária como ordenadora do cuidado e da ação territorial na perspectiva das RAS, a incorporação ao sistema de regulação articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda, ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência, estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência, adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares e estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador. (BRASIL, 2013c)

A organização da AD, deve prever instrumentos que sistematizem os serviços prestados na perspectiva das RAS, resolutividade e integralidade da atenção. Destina-se a responder às necessidades de saúde de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária desenvolvida por meio do trabalho em equipe, utilizando-se de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento). (BRASIL, 2013c)

Na AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição nas diferentes modalidades o trabalho em equipe multiprofissional e integrada à RAS onde necessitam de capacitação para atuar pois devem identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades, abordando o cuidador como sujeito do processo e executor das ações e acolhendo dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar. Devem ainda elaborar reuniões para cuidadores e familiares onde utilizem uma linguagem acessível a cada instância de relacionamento a fim de promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários e participar da educação permanente promovida pelos gestores. (BRASIL, 2013c)

A modalidade que corresponde a responsabilidade da APS (AD1) destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Primárias de Saúde (UBS). A prestação da assistência à saúde por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês são apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambulatórios de especialidades e de reabilitação onde os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos usuários atendidos na modalidade AD1 ficarão instalados e armazenados na estrutura física das próprias UBS. (BRASIL, 2013c)

A atividade da AD é inerente ao processo de trabalho das equipes de APS, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Na APS em especial, as equipes devem identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar. (BRASIL, 2013c)

Os profissionais devem atuar com senso crítico mediante uma prática humanizada, competente e resolutive e articulada com os outros níveis da atenção para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários buscando melhorar a qualidade de vida das pessoas e para isso, é fundamental a capacitação profissional.

Considerando a PNPCC que determinam ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos e a PNAB que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, é possível realizar o cuidado a pessoa com câncer na APS através da articulação da RAS, a AD, o NASF e a atenção especializada, tendo em vista a definição de uma linha de cuidado que contemple todas essas ações para garantir a efetividade do cuidado e longitudinalidade na atenção.

3.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE E RESPONSABILIDADES DOS GESTORES DE SAÚDE

Considerando a necessidade de capacitação profissional para atenção a pessoas com câncer na APS por meio de UBS, AD, NASF e ESF nas RAS são necessárias ações de gestão em saúde que busquem garantir a qualificação da atenção em prol da continuidade do cuidado. Devem ser consideradas as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde, visando a capacitação dos profissionais de saúde, sustentado pelas novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS. (BRASIL, 2009)

A educação é um processo permanente que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades. A educação permanente e educação continuada se caracterizam pela

continuidade das ações educativas, quando implementadas em conjunto possibilitam a transformação profissional através do desenvolvimento de habilidades e competências e assim fortalecem o processo de trabalho. (PEIXOTO et al, 2012)

Para este estudo será considerado o conceito de educação permanente, definido na PNEPS como aprendizagem no trabalho por meio de atividade educativa de caráter contínuo para uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho e propõe que, os processos de educação da equipe multiprofissional e interdisciplinar se façam a partir da problematização da própria prática e das situações visando modificar a realidade. (PNEP, 2009; PEIXOTO et al, 2012)

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes. A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). (BRASIL, 2012c)

A PNPCC determina que os pontos de atenção à saúde devam garantir tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da RAS. (BRASIL, 2013a)

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção primária, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. É importante incorporar dispositivos de apoio e cooperação tais como trocas de experiências e discussão de situações entre profissionais,

comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc. (BRASIL, 2012c)

A capacitação é uma das estratégias para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Espera-se dos processos de capacitação, dentre outros, melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções, contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a autogestão, a gestão de qualidade, estimular transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população, além da ação educacional propriamente dita. (BRASIL, 2009)

A Educação Permanente em saúde, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos profissionais dos serviços. A prática prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. (BRASIL, 2009) Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo.

Em se tratando de atenção oncológica, é indispensável fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando qualificar os fluxos e as respostas os portadores de DCNT, em especial no câncer, garantindo o acompanhamento e a continuidade do cuidado. (BRASIL, 2011) Constitui-se princípios da educação no âmbito da PNPC o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da PNEPS onde sugere que hajam projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais, de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde. (BRASIL, 2013a)

É necessário desenvolver e implementar estratégias para qualificação profissional das equipes de saúde, implantar Telessaúde e em DCNT para equipes

de APS em 70% dos municípios, fortalecer as estratégias de ensino e aprendizagem para o trabalho multidisciplinar e intersetorial, visando a ampliar as ações de promoção da saúde às DCNT na APS, promover a educação permanente das equipes de saúde nas diretrizes clínicas das DCNT, formar técnicos e pós-técnicos para o apoio diagnóstico das DCNT, utilizar tecnologias de ensino a distância para educação permanente e atualização das equipes da rede primária por meio do Telessaúde⁵, Segunda opinião formativa⁶ e UNA-SUS⁷ em DCNT. (BRASIL, 2011)

Ainda nesse contexto, é fundamental fortalecer as diretrizes curriculares nacionais e as políticas interministeriais de reorientação curricular na graduação dos cursos da área da saúde, com vistas às ações de enfrentamento das DCNT, incluir a abordagem teórico-metodológica da educação popular em saúde nos processos formativos da APS, fomentar a abordagem das DCNT nos cursos de pós-graduação (sensu strictu e sensu lato) em áreas da saúde e correlatas, valorizar o profissional de saúde para atuação em DCNT, implementar os processos de educação permanente dos profissionais do SUS, por meio da articulação das instituições de ensino e pesquisa e associações de especialistas. (BRASIL, 2011)

A educação permanente dos profissionais que atuam na APS, enquanto diretriz e objetivo de diferentes políticas abordadas nesse estudo, amplia a capacidade técnico-científica para atenção a pessoas com câncer o que viabiliza o cuidado integral na rede de atenção e a longitudinalidade do cuidado.

O reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível (considerando a prevenção na redução de exposição a fatores de risco, mudança de hábitos e

⁵O Programa Telessaúde BRASIL Redes é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único da Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação.

⁶A Segunda Opinião Formativa (SOF) no contexto da BVS APS é uma fonte de informação como conteúdo as perguntas e respostas baseadas em boa evidência relacionadas com os problemas prioritários de atenção primária à saúde (APS). São originadas de teleconsultorias e elaboradas pelos Núcleos de Telessaúde (NT) que tratam de assuntos relevantes para o SUS e com possibilidade de responder a dúvidas e necessidades de outros trabalhadores da saúde, com vistas à ampliação da capacidade resolutiva em casos ou situações semelhantes.

⁷O Sistema Universidade Aberta do SUS - UNASUS criado pelo Ministério da Saúde em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS, onde objetiva a educação permanente, visando à resolução de problemas presentes no dia a dia dos profissionais de saúde que atuam no SUS. Para isto, os cursos oferecidos pela Rede têm enfoque prático e dinâmico, utilizando casos clínicos comuns.

alimentação, por exemplo) e necessidade de oferta de cuidado integral (prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos) com incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer em redes de atenção regionalizadas e descentralizadas com articulação intersetorial, determina a necessidade de formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde das pessoas com DCNT no âmbito do SUS. (BRASIL, 2013a)

Quanto a educação permanente das equipes de APS, a PNAB defende que a consolidação e o aprimoramento da APS como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. (BRASIL, 2012c) Nesse sentido, a educação permanente, é uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica. (BRASIL, 2012c)

Segundo a PNEPS são responsabilidades do MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde planejar a formação e a educação permanente de profissionais de saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço, estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde e articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária. (BRASIL, 2009)

São principais responsabilidades do MS e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS,

considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer. (BRASIL, 2013a)

Considerando a qualificação dos profissionais da APS para atenção a pessoas com câncer é de relevância conhecer as principais responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde e o papel dos gestores da atenção primária que segundo a PNPC devem pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer. (BRASIL, 2013a)

São algumas responsabilidades comuns a todas as esferas de governo a contribuição para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados com o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, a valorização dos profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários. (BRASIL, 2012c)

São algumas competências das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a inserção da ESF em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da APS prestando apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção primária para desenvolvimento de ações em articulação a instituições formadoras para garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção primária e das equipes de Saúde da Família; garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e para a execução do conjunto de ações propostas; organizar o fluxo de usuários visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção primária e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL, 2012c)

Os gestores municipais de saúde devem planejar, organizar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando sua base territorial, as necessidades de saúde locais e os serviços disponíveis no Município; planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio Município; pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL, 2013a)

São responsabilidade dos gestores de saúde analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com câncer; selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão que ofertam ações de promoção e de prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente e garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas. (BRASIL, 2013a)

Foi proposto pela PNEPS que a condução regional ocorra por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) considerando as especificidades locais. É destacado que Colegiados de Gestão Regional, conforme a Portaria nº399/GM de 2006, são as instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais) e os mesmos devem definir as prioridades, as responsabilidades para o processo de planejamento local.(BRASIL, 2009)

São algumas atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde a construção coletiva do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, as necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde onde é necessário incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência e acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região. (BRASIL, 2009)

Em acordo com a PNPC, no âmbito das secretarias municipais de saúde são responsabilidades dos gestores de saúde a programação de ações de qualificação para profissionais de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e controle do câncer assim como cuidado às pessoas com câncer, visando instrumentalizar a APS para atender às diretrizes dessa Política, constituindo-se em desafios para os gestores de saúde. (BRASIL, 2013a)

Por fim, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando articular necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. De modo análogo, é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos do que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas. (BRASIL, 2012c)

Em análise às políticas públicas de APS, de Atenção Oncológica e de Educação Permanente em Saúde, pode-se destacar a necessidade de melhorar a comunicação no SUS e capacitar os profissionais da APS para prestar cuidados à

peças com câncer através da conformação da linha de cuidado para as peças com câncer que precisam das diferentes tecnologias de saúde em diferentes momentos do desenvolvimento da doença crônica e a rede de atenção precisa estar integrada com a APS para garantir uma assistência integral de forma a promover a qualidade de vida e a prevenção de agravos a pessoa com câncer, tendo a APS papel fundamental no acompanhamento dessa pessoa em seu ambiente.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa com dados coletados por meio de questionário semi-estruturado que identificou recursos para atenção a pessoas com câncer na APS e as ações, estratégias e desafios dos gestores no âmbito da saúde na capacitação dos profissionais para atenção à pessoas com câncer na APS.

Participantes do Estudo: Gestores de saúde da APS dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Critérios de inclusão: Responsáveis técnicos pela APS: secretários (as), subsecretários (as), superintendentes, diretores e coordenadores da atenção primária a saúde dos 92 municípios situados no Estado do Rio de Janeiro, que possuísem além de disponibilidade e interesse para participar da pesquisa, pelo menos seis meses de experiência em gestão de saúde nos últimos cinco anos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) conforme número do CAAE 55261016.1.0000.5285, ao qual o estudo está vinculado devido à inserção da pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico.

O contato e convite aos gestores municipais de saúde se deu após aprovação no CEP e a participação voluntária foi informada através da aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012. (BRASIL, 2013b)

4.2 A TÉCNICA PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Através do acesso ao portal eletrônico do Conselho Municipal dos Secretários de Saúde (COSEMS) das prefeituras situadas no Estado do Rio de Janeiro, disponíveis na internet, foi possível identificar os atuais gestores municipais de saúde, o contato telefônico das secretarias de saúde ou das prefeituras e o endereço eletrônico (e-mail), para iniciar uma aproximação com os participantes em potencial da pesquisa ou apurar contatos direto com gestores da APS para explanação do propósito do estudo e posterior convite e divulgação do questionário.

A técnica utilizada na coleta de dados foi amostragem em sequência para realizar os convites, onde envolve recrutar todas as pessoas que atendam aos critérios de elegibilidade até que se esgotem os participantes do perfil ou saturem-se os dados. (POLIT, 2011) Neste caso, foi realizado o contato telefônico com secretaria de saúde dos 92 municípios situados no Estado do Rio de Janeiro para identificação dos responsáveis pela APS no município e posterior convite a tais gestores de saúde.

Ressalta-se que para este estudo não se possui o objetivo de identificar e ou estudar o município A ou B e sim a experiência de diferentes gestores diante de uma política nova como a PNPCC. Logo, o consentimento de uma unidade, empresa ou instituição seria dispensável pois o que interessa é a experiência do participante do estudo através da concordância com assinatura do TCLE após aprovação do estudo no CEP vinculado à instituição de origem do pesquisador e não a realidade de uma instituição, empresa ou órgão competente.

4.3 A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada após contato telefônico onde a pesquisa foi apresentada e foi realizado o convite a gestores de saúde da APS para participar do estudo. Ao apresentarem interesse no estudo, foi solicitado um contato por endereço eletrônico (e-mail) onde foi enviado o convite através do endereço eletrônico

disponibilizado encontrando-se ao final do e-mail, que apresentava a pesquisa e reforçava o convite, o endereço eletrônico para acessar o TCLE. Ao selecionar a opção aceite do TCLE, prosseguiu-se para o questionário com perguntas que contemplam os recursos para atenção a pessoa com câncer na atenção primária e as ações, estratégias e desafios na capacitação de profissionais de saúde atuantes na APS para atenção à pessoa com câncer.

Os questionários foram elaborados pela ferramenta gratuita disponível na internet DOC.GOOGLE.COM que possibilita criação de formulários, documentos, planilhas e apresentações, entre outras ferramentas, de acesso público, onde foram enviados para os participantes por email individualmente para acessar o convite, visualizar o TCLE e dar o aceite para prosseguir com acesso ao questionário. Após ser respondido, seguiu-se para a conclusão do questionário e reenvio online, onde era arquivado na ferramenta juntos com outros questionários respondidos onde apenas o pesquisador tem acesso. Os indivíduos e seus municípios não foram identificados e para facilitar a análise, foram atribuídos aos questionários códigos alfanuméricos que garantem o anonimato dos participantes em atendimento a resolução 466 de 2012.

Os participantes tiveram o prazo de 45 dias para responder ao questionário a partir da data de envio do email com o link de acesso e foram enviados e-mails a cada 15 dias, após o primeiro contato até o vencimento do prazo, para lembrar o convite para resposta ao questionário, sendo reforçado o prazo e a importância da pesquisa. Dos 92 (100%) municípios do Estado do Rio de Janeiro, 44 gestores não estiveram disponíveis mesmo após retornar o contato telefônico posteriormente e 48 (52,2%) gestores da APS foram encontrados e demonstraram interesse no estudo disponibilizando seus contatos por email porém desses 48 apenas 11 responderam aos questionário.

Todos os 11 participantes se intitulavam, no momento do convite, serem responsáveis pela APS no Município, sendo seus cargos de coordenadores, superintendentes, diretores e Subsecretários de saúde e possuíam diferente formações profissionais na área da saúde.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi temática e orientou a interpretação dos dados, onde foram agrupadas as ideias convergentes sobre o tema investigado no intuito de estabelecer maiores relações e possibilitar inferências a partir do quadro conceitual. Foram decompostas as questões de acordo com as relações de afinidade do tema e destacados os relatos relevantes para exemplificar os achados descritos nos resultados. (MINAYO, 2010)

Os dados obtidos em questões semiestruturadas foram armazenadas no banco de dados do programa GOOGLE.DOC, com a formação de grupos de respostas por questão.

As questões de cunho objetivo em que os participantes apenas escolhiam uma opção para marcar foram verificadas a frequência e formaram gráficos em pizza com número e percentual para cada resposta.

Houveram quatro questões abertas que possibilitaram a organização das respostas em temáticas por subunidades onde as respostas de cada unidade tiveram ideias convergentes agrupadas em diferentes eixos temáticos de acordo com as relações de afinidade do tema que posteriormente permitiram a análise de acordo com as inferências feitas pelos participantes. Destacou-se os relatos relevantes para exemplificar os achados descritos nos resultados. A literatura atual disponível forneceu fundamentação para a discussão.

4.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO QUANTO A ETAPA DE COLETA DE DADOS

Após contato com COSEMS que representa os gestores municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro para solicitação de Termo de anuência, visando assegurar a ciência dos mesmos a respeito do desenvolvimento do estudo houve por parte do Conselho o entendimento que não caberia assinar tal termo sendo cabível a cada gestor convidado decidir pela participação ou não. Ressalta-se que

foi explicado ao representante do Conselho que cada gestor seria convidado e assinaria, caso aceitasse, o TCLE. Contudo, o Conselho informou por escrito que não caberia a ele a anuência e sim a cada participante.

Inicialmente, pretendia-se utilizar a técnica de coleta de dados "bola de neve" (Snowball) onde seriam convidados aleatoriamente 12 gestores e seria solicitado indicação de outros gestores com experiência semelhante para contribuir com o conhecimento até que se esgotassem os participantes ou saturassem os dados por meio de repetição onde não acrescentariam novas informações.

Objetivou-se conversar com os gestores municipais de saúde representados pelos secretários e subsecretários de saúde identificados a partir da página eletrônica disponível na internet referente ao COSEMS dos Estado do Rio de Janeiro, porém a cada contato com as prefeituras e gabinetes tais sujeitos não se demonstravam acessíveis e, mesmo explicando o interesse do contato e solicitando convidá-los para o estudo, seus representantes, secretárias(os) de gabinete, solicitavam que o convite fosse realizado por email institucional ou profissionais que foram disponibilizados.

Porém, não houve êxito no retorno desses contatos, mesmo quando foram refeitos os contatos, posteriormente, para verificar o recebimento do email com o convite e reforçá-los. Os contatos foram realizados em horário comercial entre 8 e 17 horas de segunda a sexta-feira, onde foram realizadas pelo menos 3 tentativas de contato com cada município. Assim, foi necessário realizar ajuste na técnica de acesso aos participantes visando ampliar os sujeitos do estudo onde se incluíram outros representantes que pudessem responder pela atenção primária nos municípios (não apenas Secretários e subsecretários de saúde, mas intendentess, diretores, coordenadores e outros responsáveis pela APS nos municípios), sendo implementada outra estratégia para a coleta de dados (técnica de amostragem em sequência) nos 92 municípios.

No período de coleta de dados foram realizados contatos telefônicos para todos os municípios até que se alcançou o total de convites em 48 prefeituras diferentes onde os gestores de saúde que respondiam tecnicamente pela APS no município foram identificados como secretários, subsecretários, superintendentes,

diretores e coordenadores.

Seguiu-se uma lista de telefones disponíveis no portal eletrônico do COSEMS com todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro onde foram realizadas pelo menos 2 tentativas de contato com cada município e foram sendo realizados os convites aqueles que atendessem a ligação e o contato com o gestor de saúde responsável pela atenção primária fosse possível.

Em 42 municípios não houve êxito no contato, alguns não atenderam, outros não foi possível conversar direto com o gestor de saúde responsável pela atenção primária. Os contatos foram feitos em horário comercial entre 8 e 17 horas de segunda a sexta-feira, porém muitos gestores não eram encontrados por estarem em atividades externas às secretarias de saúde segundo relato de profissionais que trabalhavam nesses locais.

Após exposição dos objetivos do estudo e convite para participação, os gestores de saúde responsáveis pela atenção primária nos municípios forneceram emails pessoais e/ou profissionais para onde foram direcionados o convite com um endereço eletrônico para acesso ao TCLE que após conhecimento e aceitação consentida, prosseguiram para o formulário com as perguntas referentes ao estudo que visa contribuir para entendermos o que está sendo realizado para qualificar profissionais da atenção primária para atenção a pessoas com câncer por parte dos gestores de saúde, quais ações, recursos, desafios e estratégias existem nesse sentido.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que estratégias de gestão sejam eficazes, é imprescindível conhecer o olhar dos gestores da saúde e dos dirigentes de seus órgãos de representação sobre o processo de gestão do SUS, o que implica identificar sua experiência anterior na gestão de saúde, seus pontos de vista sobre aspectos positivos e problemas do SUS, suas expectativas e avaliações quanto à necessidade e efetividade de apoios à gestão, assim como suas opiniões quanto às políticas e aos programas prioritários do MS, dentre outras questões. (BRASIL, 2006)

Em análise às políticas públicas de APS, de Atenção Oncológica e de Educação Permanente em Saúde, verifica-se a qualificação profissional como diretriz comum a essas políticas.

Enquanto membros de equipe de saúde, seja na APS ou em outros âmbitos da atenção, os profissionais devem estar qualificados e capacitados para reconhecer as demandas de pessoas com câncer e os recursos disponíveis para organizar o cuidado na rede de atenção, garantindo qualidade na assistência a essa pessoa que possui necessidades peculiares à doença e do cuidado longitudinal.

Conhecer as limitações, recursos, desafios e estratégias da equipe e da gestão de saúde no âmbito da APS permite discutir e buscar soluções para problemas encontrados nesse âmbito da atenção que assiste a essa pessoa próximo a sua residência e pode viabilizar o vínculo e o acompanhamento do quadro clínico, minimizando intercorrências e agravos, dando suporte e orientando sempre que necessário e melhorando a adesão da pessoa com câncer ao tratamento desde que essas equipes estejam capacitadas e instrumentalizadas para tal.

O estudo verificou as ações, desafios e estratégias para capacitação profissional e os recursos para atenção a pessoa com câncer na APS.

Foi questionado aos gestores quanto as ações para capacitação profissional para atenção a pessoa com câncer onde foram obtidos resultados separados em dois eixos: Incipiência de ações para capacitação profissional e Ações Integradoras

para capacitação, que possibilitaram a discussão relativa a cada temática.

No questionamento aos gestores participantes sobre quais recursos o município dispões na APS para assistência a pessoa com câncer, verificou-se que os recursos foram identificados com origens distintas na experiência de cada gestor, sendo divididos em dois eixos: Ausência de recursos ou conhecimento e Recursos assistenciais gerais que possibilitaram discutir tais assuntos.

Foi questionado aos gestores se existem desafios para capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária para assistir a pessoas com câncer, aqueles que responderam haver desafios responderam à questão aberta sobre esses desafios e as respostas possibilitaram a formação dos quatro eixos: ausência de recursos financeiros, ausência de apoio e ausência de profissionais qualificados para capacitação.

Questionou-se ainda aos gestores de saúde se existem estratégias para capacitar os profissionais da atenção primária para assistir a pessoas com câncer. Aos gestores que responderam haver estratégias, questionou-se quais seriam essas estratégias e as respostas foram alocadas em 2 eixos: ações inespecíficas para capacitação profissional e profissionais qualificados para capacitação.

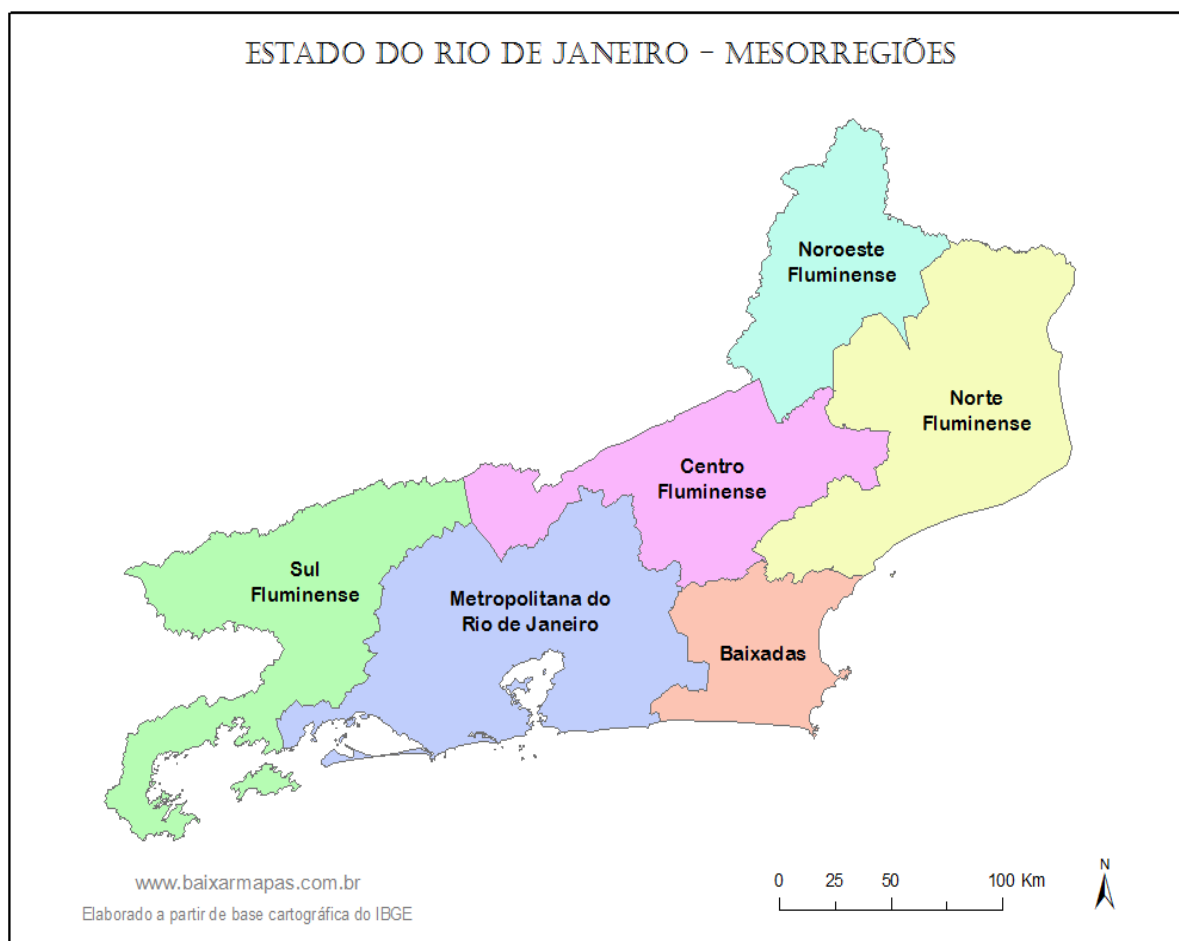
Após alocar as respostas dos participantes em eixos foi possível analisar as ideias agrupadas que possibilitaram discutir os dados. Para fundamentar a discussão os resultados foram analisados a luz da fundamentação conceitual e da literatura atual disponível sobre a temática.

5.1 PERFIL DOS GESTORES E MUNICÍPIOS PARTICIPANTES

Quanto aos participantes convidados para responder ao estudo, dos 48 (100%) convidados, 11 (22,9%) participantes responderam os emails e aceitaram participar do estudo, respondendo ao questionário. Os participantes não foram identificados no formulário quanto ao município ou seu papel na gestão, mas por mesorregiões administrativas onde se encontram os municípios e pelo tempo de

experiência na gestão, conforme disposta no mapa do Estado do Rio de Janeiro (figura 2).

Figura 2 - Mesorregiões administrativas do Estado do Rio de Janeiro



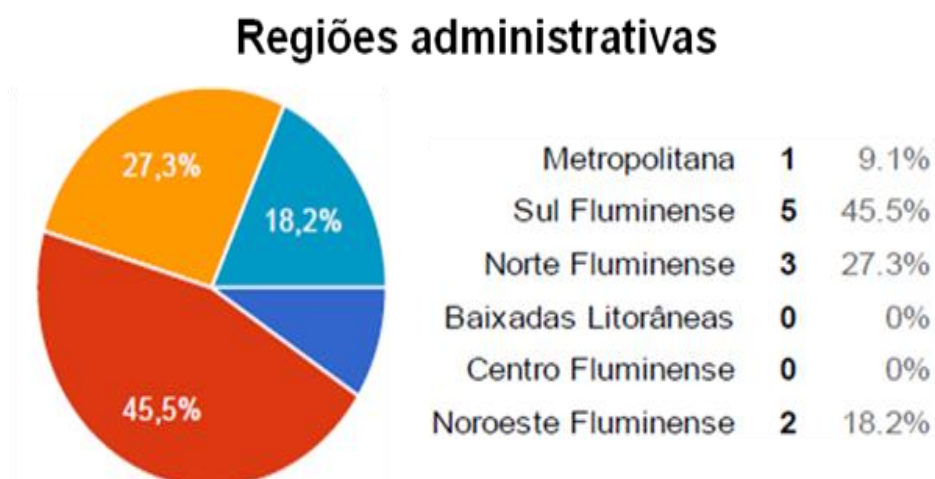
Fonte: Mapas geográficos, 2016.

Os municípios do Estado do Rio são divididos em seis mesorregiões político-administrativas compostas de 18 microrregiões: Metropolitana, Sul Fluminense, Norte Fluminense, Baixadas Litorâneas, Centro Fluminense e Noroeste Fluminense. Cada uma dessas mesorregiões possuem municípios com microrregiões político administrativas. A mesorregião Metropolitana possui 30 municípios e 5 microrregiões (Itaguaí, Macacu-Caceribu, Rio de Janeiro, Serrana e Vassouras), a mesorregião Sul Fluminense possui 14 municípios e é subdividida em 3 microrregiões (Baía da Ilha Grande, Barra do Piraí e Vale do Paraíba Fluminense), a mesorregião Norte Fluminense possui 9 municípios e é subdividido em 2 microrregiões (Campos dos Goytacazes e Macaé), a mesorregião Baixadas Litorâneas possui 10 municípios é subdividido em 2 microrregiões (Bacia de São João e Lagos), a mesorregião Centro Fluminense possui 16 municípios e é subdividido em 4 microrregiões (Cantagalo-

Cordeiro, Nova Friburgo, Santa Maria Madalena e Três Rios) e na mesorregião Noroeste Fluminense há 13 municípios e é subdividido em 2 microrregiões (Itaperuna e Santo Antônio de Pádua). (IBGE, 2010)

Dentre os 11 participantes, foram 1 (9,1%) da região Metropolitana, 5 (45,5%) da região Sul Fluminense, 3 (27,3%) da região Norte Fluminense e 2 (18,2%) da região noroeste Fluminense. Não houve resposta dos participantes convidados das regiões Centro Fluminense e Baixadas litorâneas, conforme o gráfico 1.

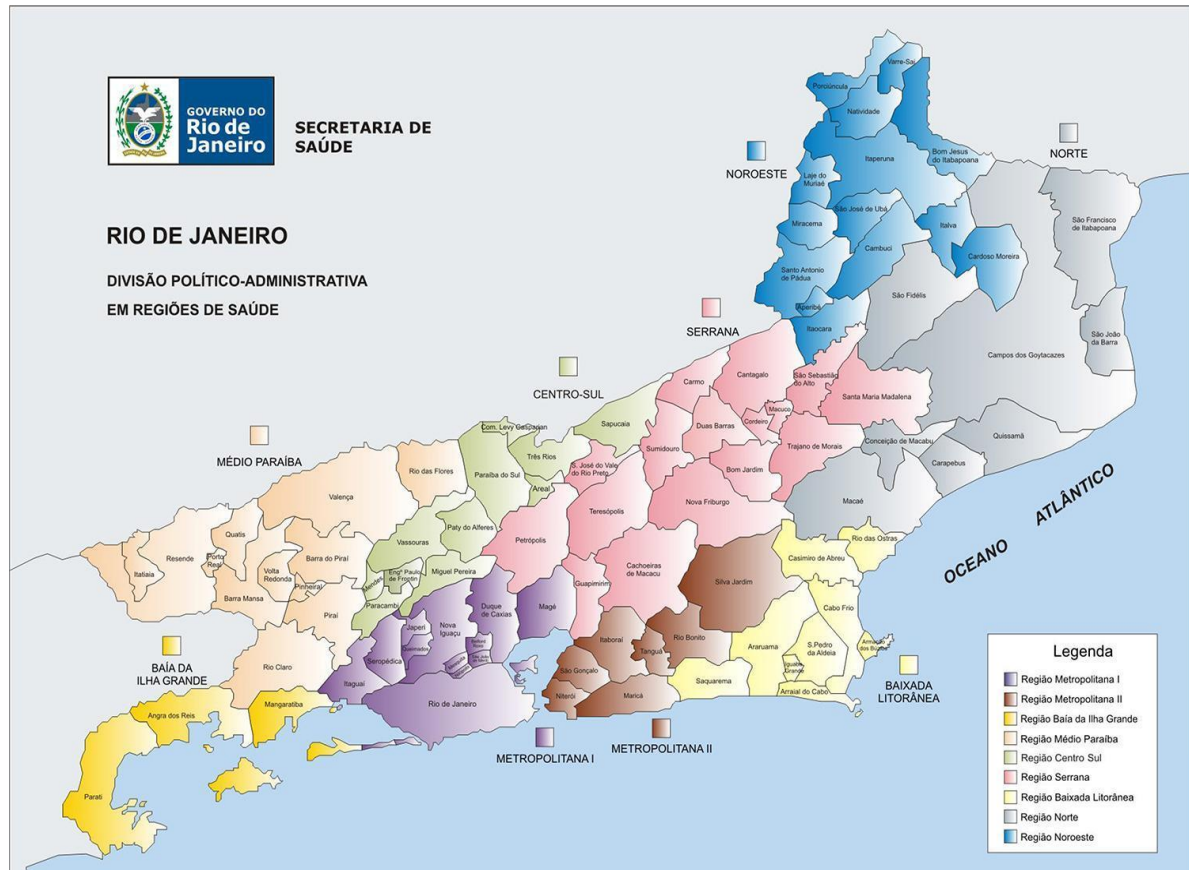
Gráfico 1 - Percentual de Mesorregiões administrativas (regiões) participantes do estudo



Fonte: Google.docs a partir questionário criado pelo autor, 2016.

Comparando as regiões de saúde e as mesorregiões administrativas do Estado do Rio de Janeiro, houveram 11 participantes das seguintes 4 regiões de saúde: 1 Metropolitanas (I ou II), 5 (45,5%) da região Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande (Sul Fluminense), 3 (27,3%) da região Norte Fluminense e 2 (18,2%) da região noroeste Fluminense, conforme é possível visualizar na figura 3 onde encontram-se as divisões político-administrativas das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Figura 3 - Regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro

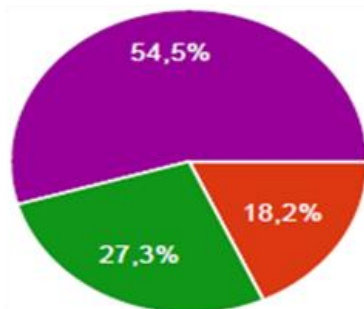


Fonte: SES RJ, 2015

Quando questionado sobre o tempo de experiência na gestão em saúde, 9 (81,8%) participantes afirmaram que exerceram atividades de gestão nos últimos cinco anos 2 (18,2%) participantes informaram ter entre 6 meses até 1 anos de experiência, conforme exposto no gráfico 2.

Gráfico 2 - Tempo de experiência dos atuais gestores da APS participantes do estudo

Tempo de experiência em gestão de saúde



< 6 meses	0	0%
< 1 ano	2	18,2%
1-2 anos	0	0%
2-5 anos	3	27,3%
> 5 anos	6	54,5%

Fonte: Google.docs a partir questionário criado pelo autor, 2016.

Acredita-se que a experiência infere maior capacidade de observação, planejamento, resolutividade e conhecimento sobre e quanto a aplicabilidade de políticas públicas de saúde.

Um gestor com experiência prévia pode contribuir para melhorar a execução de propostas de gestão em saúde, conhecendo estratégias, desafios, ações e recursos disponíveis no SUS para planejamento em saúde (BRASIL, 2006), sendo tal experiência foi evidenciada nos gestores participantes 6 (54,5%) desse estudo que possuem ampla experiência.

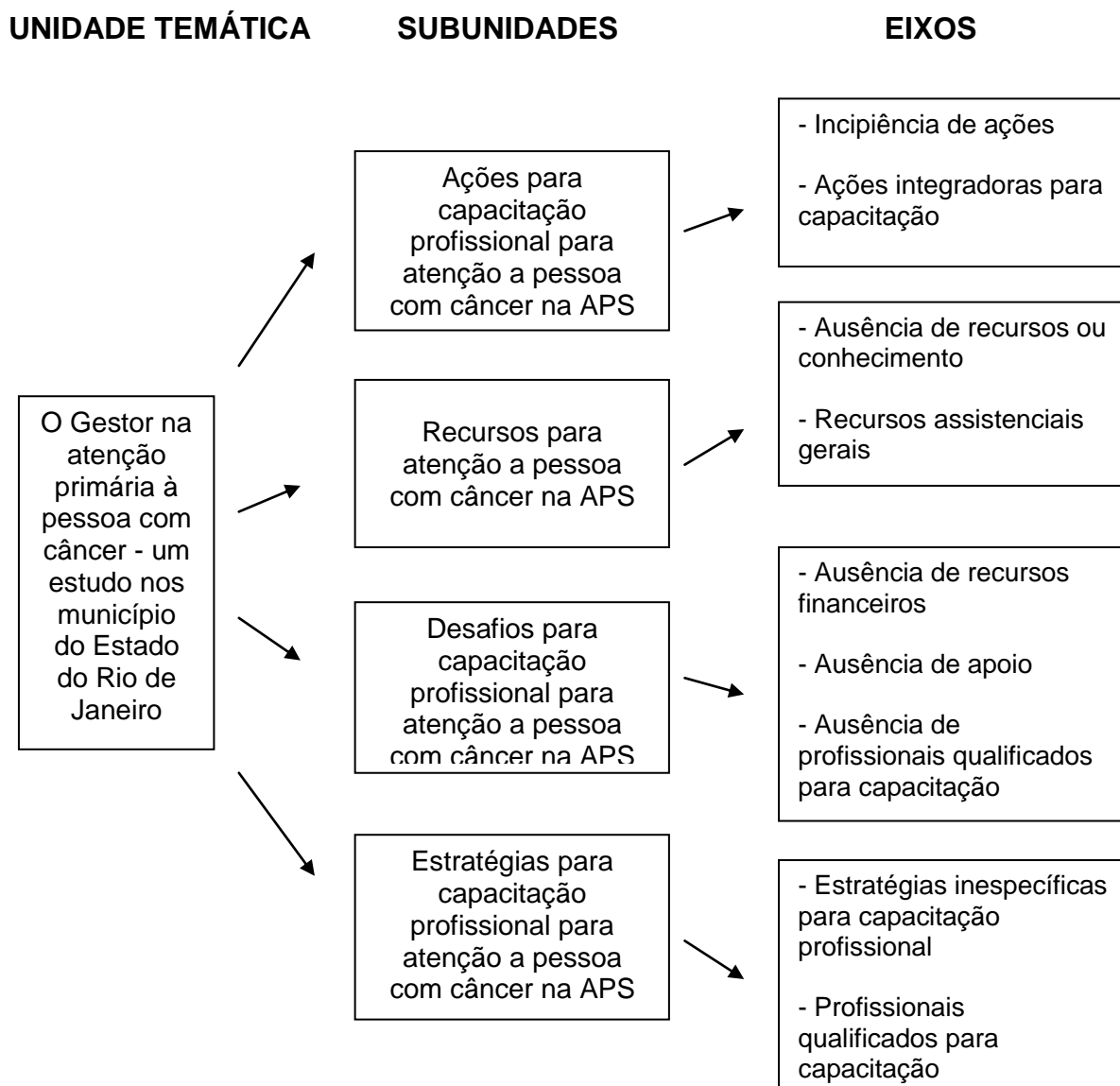
Embora, os 11 (100%) gestores participantes possuam experiência em planejamento e execução de ações em saúde, 9 (81,8%) apresentem relatos de ausência de ações para capacitação profissional para atenção a pessoa com câncer na APS apesar de tal experiência, os gestores demonstraram pouco domínio e envolvimento com capacitação profissional.

5.2 UNIDADE TEMÁTICA: AÇÕES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA CAPACITAÇÃO E RECURSOS PARA ATENÇÃO À PESSOA COM CÂNCER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - COM A PALAVRA OS GESTORES

Com intuito de discutir as ações, desafios e estratégias para capacitação profissional e os recursos para atenção a pessoa com câncer na APS abordadas pelos participantes do estudo, classificou-se as respostas em unidades subtemáticas e subdividiu-se em eixos visando melhor compreensão do assunto.

Em síntese, apresento a construção das subunidades e eixos temáticos após análise dos dados encontrados que possibilitaram a construção do conhecimento e a discussão baseada na fundamentação teórica, conforme disposta na figura 4.

Figura 4 - Síntese das subunidades e eixos temáticos

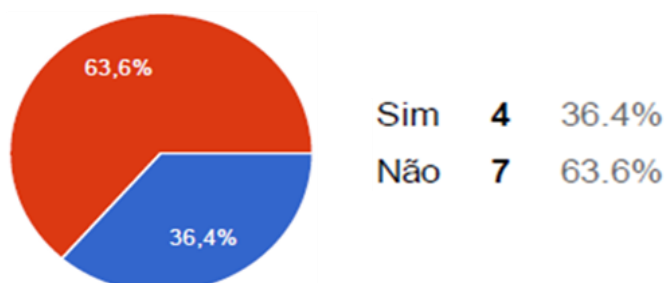


Fonte: "o autor", 2017.

Quando questionado se **no município em que o gestor de saúde atua no momento, há capacitação para profissionais da Atenção Primária a Saúde para atender as propostas da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)** 4 (36,4%) afirmam que sim e 7 (63,6%) não. Este percentual de respostas podem ser visualizados no gráfico 3.

Gráfico 3 - Percentual de municípios com capacitação profissional conforme propostas da PNPPC

No seu município existe capacitação para profissionais e trabalhadores de saúde para atender à PNPPC?



Fonte: Google.docs a partir questionário criado pelo autor, 2016

Visando verificar em questionamento posterior, se há e quais são, as **ações realizadas no município na esfera da atenção primária para capacitar os profissionais da saúde para assistir às pessoas com câncer**, os 11 participantes responderam a questão porém, confrontando com questão anterior onde 7 gestores tenham negado haver capacitação profissional, detectou-se que 9 gestores (G1, G2, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10) apontam para ausência de ações para capacitação para profissionais da saúde para atenção a pessoa com câncer na APS.

5.2.1 Subunidade 1: Ações para capacitar os profissionais da saúde para assistir às pessoas com câncer na APS

Considerando-se as respostas quanto às ações para capacitação profissional, foram divididos em dois eixos: Incipiência de ações para capacitação profissional e Ações Integradoras para capacitação.

No primeiro eixo Incipiência de ações, 9 gestores de saúde (G1, G2, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10) negam ações voltadas para capacitação de profissionais da APS para atenção a pessoas com câncer no município em que atuam, conforme relatos de alguns gestores "*Não existem ações atualmente no município*" (G2), "*No momento não existe ação em curso.*" (G4), "*No momento não há ações sendo desenvolvidas nesta área.*" (G6), "*Não existe.*" (G7), "*Não há.*" (G9) e "*Existe*

capacitação de um modo em geral, nada específico para assistir às pessoas com câncer."(G10)

O G5 não responde a questão quanto às ações para capacitação mas relata sobre a assistência a pessoas com câncer que são realizadas por equipe multiprofissional tendo encaminhamento para tratamento oncológico em locais de referência *"São assistidas através dos Médicos, Enfermeiros e ACS, Assistente Social, Nutricionista e feito encaminhamento para os locais de tratamento que temos como Referência"* (G5), o que não caracteriza ações para capacitação profissional para atenção a pessoas com câncer. O gestor caracterizado como G8 afirmou haver apenas ações oferecidas em caráter Estadual, *"Apenas as oferecidas pelo gestor estadual."* (G8), o que evidencia ausência de ações realizadas pelos gestores municipais de saúde.

Tais resultados evidenciam a Incipiência de ações específicas, demonstrando que tal problemática não é o foco das ações da APS e da gestão de saúde, demonstrando a falta de sensibilização quanto às condições de cronicidade da doença, indeferindo aos princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade da atenção, inclusive para a pessoa com câncer, assim como as propostas da PNPC de incluir essa atenção em toda a RAS, tendo a APS a responsabilização por esse usuário aumentada, no intuito de viabilizar a continuidade do cuidado a esse usuário, o acompanhamento, o estabelecimento de uma linha de cuidado e a consolidação da RAS.

A ausência de medidas que visem a capacitação para promoção de habilidade e conhecimentos dos profissionais de saúde para atenção a pessoas com câncer pode contribuir para um grande impacto na continuidade da atenção na RAS e na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde. (COSTA et al., 2011)

O planejamento de medidas que visem capacitar os profissionais para realizarem um atenção qualificada é um princípio a ser alcançado quão logo for possível, sendo uma estratégia para a gestão de saúde cumprir com as diretrizes das políticas de saúde que preconizam a atenção a pessoas com câncer na APS e em todos os âmbitos com objetivo de ampliar e viabilizar uma reestruturação na rede de saúde para incluir essa demanda de atenção. A ausência de ações para

capacitação profissional impacta não somente na prevenção, rastreamento e no diagnóstico do câncer mas também na vigilância de agravos, manutenção do tratamento oncológico e na qualidade de vida desses usuários.

Com a municipalização do sistema de saúde, torna-se imprescindível que a avaliação e o controle social atentem-se para as unidades administrativas municipais e consorciadas no nível microrregional. São nessas esferas onde, efetivamente, as ações poderão ser implantadas e avaliadas considerando as diferenças e características epidemiológicas, de infraestrutura, socioeconômicas e organizacionais. (TORRES et al., 2012)

No eixo Ações Integradoras para capacitação, 2 gestores (G3, G11) apresentam informações quanto a ações para capacitação profissional, o G3 afirma haver capacitação realizada por profissionais médicos capacitados e participação em capacitações pelo Telessaúde do Ministério da Saúde, "*Capacitações teórico/prática com profissionais capacitados (médicos) e Participação de capacitações do MS pelo Telessaúde.*" (G3). O G11 refere que os profissionais possuem capacitação com uma Liga de oncologia de uma determinada universidade, "*Os profissionais passam por capacitações constantes em parceria com a liga de oncologia da Universidade[...]*" (G11).

Neste caso, os gestores utilizam como ferramentas de capacitação o Telessaúde e suporte de profissional capacitado ou especialistas em Universidade por meio de convênios, o que é preconizado nos diferentes documentos Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011), PNAB (2012c), PNCC (2013a), PNEPS (2009) e a PNAD (2013c). Esses recursos são importantes estratégias disponíveis a serem melhor exploradas, divulgadas e utilizadas na gestão de saúde para capacitação profissional.

São recursos para os gestores de saúde promoverem ações de capacitação profissional às oficinas de discussão, aulas, dinâmicas e outras, usufruindo de recursos disponíveis em prol da capacitação profissional (Telessaúde, UNASUS e Segunda Opinião Formativa) e em conjunto com as instituições de ensino e unidades especializadas, para ampliar o debate e possibilitar a discussão sobre a atenção a pessoa com câncer na APS, instrumentalizando os profissionais para

orientarem e assistirem a essas pessoas, assim como realizado em Minas Gerais em um projeto piloto de capacitação para profissionais da atenção primária através de oficinas de capacitação profissional e tutoria no direcionamento de grupos (COSTA et al., 2011)

A PNPC tem como princípio o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da PNEPS onde sugere que hajam projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais. (BRASIL, 2013a)

Logo, os gestores da atenção primária precisam articular-se com as instituições especializadas e de ensino para programar/pactuar medidas que viabilizem a atualização, a formação contínua e o esclarecimento dos atores que lidam diretamente com a assistência, devendo acompanhá-las na APS, assim como pessoas com câncer, com o propósito de ampliar a capacidade técnico-científica desses profissionais para oferecerem uma atenção de qualidade a essas pessoas.

Para o reconhecimento e controle do câncer os profissionais necessitam de capacitação, tendo os gestores de saúde de cada município o papel no planejamento de ações para capacitar esses profissionais, estando segundo os relatos ausente tais ações o que vai contra as diretrizes e princípios das PNPC, PNAB, PNEPS e o plano de enfrentamento a DCNT, inviabilizando a consolidação da linha de cuidado para o câncer e ações de integralidade nas RAS. é imprescindível a articulação com instituições de ensino e a contratação de profissionais especialistas e qualificados para realizar educação permanente dos profissionais da assistência na APS.

5.2.2 Subunidade 2: Recursos na APS para assistência a pessoa com câncer

A pessoa com câncer carece de recursos assistenciais diversos, com diferente complexidades, que podem ser supridas com a continuação do cuidado

tanto na atenção especializada quanto na APS, precisando de exames de rotina para verificar alterações que podem comprometer sua qualidade de vida, controle da dor, cuidado paliativo, curativos, orientações, aconselhamento entre outros que muitas vezes podem ser realizados com os componentes comum a outras doenças e disponíveis na APS, mas que exigem o conhecimento do profissional de saúde para realizar adequações, quando necessário, à atenção a pessoa com câncer.

Nesse estudo, foi **questionado quais recursos o município dispõe na APS para assistência a pessoa com câncer** onde o gestor de saúde atua, verificou-se que os recursos foram identificados com origens distintas na experiência de cada gestor, sendo divididos em três eixos: Ausência de recursos/desconhecimento - G1, G3, G6, G7, G9 e G10 e Recursos assistenciais gerais – G2, G4, G5, G8 e G11.

No eixo Ausência de recursos/desconhecimento, os gestores são afirmativos em declarar que não possuem recursos disponibilizados para assistência a pessoas com câncer na APS, como por exemplo nos relatos seguintes "*Não há recurso direcionados para essas ações*" (G7), "*não sei informar*" (G9) e "*Neste momento nenhum recursos está sendo destinado*" (G10). O gestor (G6) afirma que os recursos existentes no município são o "*PAB e recursos próprios*".

Verifica-se que não foram considerados a assistência prestada por profissionais capacitados (para avaliar, orienta, acompanhar, assistir, encaminhar, dentre outras ações relacionadas à atenção), realização de exames e procedimentos, administração e dispensação de medicamentos, remoções e transportes associados a regulação de procedimentos em outras unidades ou qualquer meio que se constitua em um recurso para atenção a pessoa com câncer que são passíveis de acontecer na APS, assim como para outros usuários, embora hajam algumas intervenções específicas que exijam conhecimento prévio e que necessitem de cuidados paliativos, controle da dor oncológica, entre outras ações.

Entende-se que existem recursos para atenção a pessoas com câncer visto que existem demandas de cuidado comuns a outras DCNT e condições de saúde acompanhadas na APS, embora haja a necessidade de adequação em alguns cuidados e da capacitação dos profissionais para essa atenção, ampliando tanto o olhar e a sensibilidade dos gestores para esses usuários quanto dos profissionais e

da população vinculada ao serviço.

Os maiores recursos disponíveis na APS são os próprios profissionais que ao serem instrumentalizados e qualificados para a atenção podem conduzir e acompanhar esses usuários com conhecimento, senso crítico, capacidade de intervenção e orientação.

Os profissionais devem atuar com senso crítico mediante uma prática humanizada, competente e resolutive e articulada com os outros níveis da atenção para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários buscando melhorar a qualidade de vida das pessoas e para isso, é fundamental a capacitação profissional. (BRASIL, 2013c)

Tal prática requer profissionais experientes, qualificados e capacitados a identificar necessidades e prioridades dos usuários, para avaliar corretamente os sinais e sintomas estabelecidos em protocolos e saber orientar, assistir, intervir e direcionar a atenção prestada conforme as necessidades detectadas. (COSTA et al., 2011)

Nesse sentido, sugere-se que os gestores de saúde busquem parcerias com profissionais especialistas e unidades de referência especializadas em oncologia onde há profissionais capacitados visando estabelecer sociedades para a elaboração de projetos de capacitação profissional nas unidades de saúde da APS, que ocorram em diferentes espaços de aprendizagem do ensino e do serviço, com intuito de promover o conhecimento através da oferta de informações que viabilizem o desenvolvimento de habilidades pelos profissionais da saúde da APS para reconhecerem necessidades de saúde e de intervenções contribuindo para melhorar a qualidade da atenção prestada a pessoas com câncer, permitindo a continuidade do cuidado aos longo da RAS e garantindo segurança e capacitação para os profissionais que atuam nesse âmbito.

A equipe multiprofissional como principal recurso para atenção a pessoa com câncer na APS, com capacidade adequada para avaliar, orientar, detectar problemas potenciais e agravos reais, assistir e intervir dentro de sua competência ou encaminhar a pessoa com câncer à unidade de referência para avaliação e

intervenção especializada, como referido por gestores (embora não reconhecido anteriormente enquanto recurso), são ferramentas importantes para transformação dessa problemática e para a construção de uma linha de cuidado para pessoa com câncer ter garantido a integralidade do cuidado na rede de saúde. Para que isso seja real, é indubitável a necessidade de capacitação profissional para essas ações e essa mudança no olhar para o usuário com diagnóstico de câncer.

A integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção primária, onde a assistência deve ser multiprofissional, assim como a capacitação dos profissionais que deve ter educadores multiprofissionais, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Este é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais. (FRANCO; MAGALHÃES, 2004)

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes. A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado. (BRASIL, 2012c)

Os gestores referiram ainda como ausente recursos financeiros, sendo abordado por 1 (9,09%) gestor que os recursos seriam oriundos do PAB e de recursos próprio. O PAB (Piso da Atenção Básica) é o recurso financeiro disponibilizado ao município para desenvolver e implantar estratégias e programas prioritários à APS, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios. (BRASIL, 2012c)

O PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde. Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde. (BRASIL, 2012c) Esses recursos são destinados à APS,

mas na PNAB não são pré-estabelecidos para determinado grupo ou ações desenvolvidas, o que não determina o direcionamento para desenvolvimento de ações específicas para atenção a pessoas com câncer.

O montante de recursos financeiros destinados ao setor saúde é insuficiente e inadequado para atender às reais necessidades de saúde da população devido a fragmentação na alocação de recursos financeiros, atraso nos repasses dos recursos, tanto federais quanto estaduais, baixo valor do piso da APS, entre outros. (BRASIL, 2006) São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com câncer, de acordo com suas responsabilidades. (BRASIL, 2013a)

Atualmente, o foco no cuidado a pessoas com câncer se direcionam ao rastreamento do câncer de mama e colo do útero e programas de prevenção ao tabagismos e obesidade, que se constituem importantes fatores de risco modificáveis, porém não há direcionamento de recursos para capacitação profissional e assistência visando garantir a continuidade da atenção a pessoas com câncer na APS conforme preconiza a PNPCC.

. Acredita-se que o próprio processo de trabalho da APS se constitua em um desafio para os profissionais, porém os gestores devem capacitá-los, ampliar os recursos humanos para o cuidado, repensar e reorganizar as prioridades da APS. A PNAB foi redigida anteriormente à PNPCC e é fundamental a adequação dos gestores de saúde dos municípios na APS, visando contemplar as novas propostas a PNPCC. Os gestores de saúde nos municípios precisam adequar a ações na APS de acordo com as condições e necessidades de saúde emergentes e planejar ações que envolvam a ampliação da atenção a pessoas com câncer e a capacitação profissional para viabilizar essa atenção.

Quanto a recursos financeiros para APS, o financiamento federal dispõe recursos para projetos específicos, tais como os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Primárias de Saúde, recursos de investimento/estruturação e recursos de

estruturação na implantação. (BRASIL, 2012c) A demanda por atenção ao câncer justifica a utilização de recursos da APS para assistência a pessoas com câncer e para utilização em projetos que visem a capacitação dos profissionais que atuam nesse âmbito para realizar tal assistência.

Parte dos recursos da APS podem ser repassados para implantação e execução de ações e programas específicos definidos de maneira tripartite. O recurso complementar disponibilizados para enfrentamento de especificidades regionais geradoras de iniquidade, tais como: com maiores necessidades, projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade por meio de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização e qualificação da gestão, implantação de ações ou outros podem ser transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes da APS sendo direcionados para estruturação dos serviços e ações da APS para essas populações. (BRASIL, 2012c) Nesse caso, tais recursos podem ser uma fonte onde os gestores de saúde direcionem recursos para estruturar a atenção a pessoas com câncer na APS seja para assistência ou para capacitação profissional em prol desta.

É imprescindível que os gestores de saúde na APS garantam recursos financeiros destinados ao PAB para certificarem-se que esses serviços e ações necessárias a atenção a pessoas com câncer sejam disponibilizados e que profissionais possuam capacitação para ofertar esses cuidados e garantir a continuidade da atenção na rede visando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e prevenir agravos.

No eixo Recursos assistenciais gerais aborda recursos assistenciais como exames, medicamentos e remoção de usuários através do serviço de ambulâncias do município como recursos oferecidos a pessoas com câncer conforme no relato "*Através de medicação, exames, meio de transporte, entre outros*" (G5) e "*Recursos básicos da assistência*" (G8). Os gestores afirmaram receber pessoas com câncer e encaminhá-las a serviços locais ou em outro município para acompanhamento conforme relatado "*A assistência de pessoas com câncer é feita em municípios vizinhos[...]*"(G2) e "*Os pacientes são acolhidos nas Unidade Primárias de Saúde,*

sendo referenciados ao profissional especialista no próprio município"(G4), onde os gestores da atenção primária mencionam orientar e acolher essas demandas, "[...]são devidamente orientados e encaminhados para o serviço de oncologia do município[...]" (G11), o que está de acordo com as diretrizes da PNAB (BRASIL, 2012c) e PNPCC (BRASIL, 2013a) embora não haja menção, por parte dos gestores, ao acompanhamento a essas pessoas garantindo a contrarreferência e a integralidade do cuidado na RAS.

Recursos assistenciais básicos foram relatados por 2 (18,2%) gestores que informam oferecerem dispensação de medicamentos, realização de exames disponíveis nesse âmbito, transporte desses usuários para consultas, exames e procedimentos em outras unidades da rede.

Percebe-se que embora os gestores acreditem não haver recursos para atenção a pessoa com câncer na APS ou entendam que só existem recursos básicos, os recursos presentes para a atenção aos usuários vinculados ao serviço são semelhantes e comuns, diversas vezes, aos disponibilizado aos demais usuários acompanhados na comunidade, ainda que possam existir abordagens específicas ao usuário com câncer, assim como acontece em caso de pessoas com problemas renais crônicos, pulmonares e outros.

Alguns gestores (3 [27,3%]) apontaram o encaminhamento dos usuários para outras unidades como recurso. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores, realizar a regulação entre os componentes da RAS, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com câncer, com sustentabilidade do sistema público de saúde; e estabelecer e implantar o acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2013a)

Fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na APS, sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido, revela um certo

modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário. A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde. (FRANCO; MAGALHÃES, 2004)

Não houve menção à contrarreferência, manutenção do vínculo e ao acompanhamento dos usuários com câncer que realizam tratamento em outras unidades, demonstrando a fragilidade da RAS, fragmentação da atenção que é crucial à integralidade e a descontinuidade do cuidado ao usuário que passa pelo processo de vinculação às equipes da APS. Tal fragmentação é determinante na fragilidade da RAS e na conformação de uma linha de cuidado.

Sugere-se que haja uma mudança de paradigma para fortalecer a interação entre os níveis de atenção, considerando a formação estratégica de núcleos dentro de unidade de saúde para gerenciar esses usuários que apresentem vínculos em diferentes instituições, visando fortalecer a rede e as linhas de cuidados, garantindo uma continuidade e uma atenção de qualidade.

Segundo os gestores participantes do estudo há o acolhimento e a regulação na rede de saúde visando garantir a atenção a pessoas com câncer, o que fornece subsídio para entender que há um fluxo na atenção embora pouco articulada, sem continuidade e retorno dessas pessoas para acompanhamento na APS, o que precisa ser trabalhado e construído através de uma linha de cuidado funcionante para pessoas com câncer.

A APS de assistência à saúde deve ser levada ao limite das suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico. As equipes da APS tem responsabilidades sobre o cuidado e devem organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, sendo gestor do projeto terapêutico e portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contrarreferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário com câncer.(FRANCO; MAGALHÃES, 2004)

Os responsáveis pelas estruturas operacionais das RAS devem coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde, registrar as informações referentes às ações de controle de câncer, realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as UNACON e os CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde. (BRASIL, 2013a)

Ainda que o profissional da APS que receba a pessoa com câncer não possua um programa pré-determinado para atenção a pessoas com câncer ou o município não possua recursos de alta densidade tecnológica para realizar assistência especializada, essas pessoas devem ter garantido a referência à unidades e profissionais especializados em oncologia mas precisam ter garantido o retorno a sua comunidade, região de saúde ou unidade primária de referência mantendo o vínculo e o acompanhamento, em paralelo ao tratamento especializado se utilizando do apoio do NASF e da AD, durante todo o processo da doença confirmando o compromisso da integralidade do cuidado, o que não foi relatado pelos gestores participantes desse estudo.

À SMS compete organizar e pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral à pessoa com câncer, a prevenção e o controle do câncer, planejar e programar as ações necessárias para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no município. (BRASIL, 2013a)

Compete ainda, pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção, pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, programar ações de qualificação para profissionais de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer. (BRASIL, 2013a)

5.2.3 Subunidade 3: Desafios para capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária para assistir a pessoas com câncer

Foi **questionado aos gestores se existem desafios para capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária para assistir a pessoas com câncer** tendo 9 (81,8%) respostas sim (G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G10 e G11) e 2 (18,2%) negando (G1 e G9) tais desafios.

Dentre os desafios para capacitar profissionais para atenção a pessoas com câncer na atenção primária dos 11 gestores participantes 9 referiram haver desafios para capacitação profissional para atenção a pessoa com câncer na APS. Nessa unidade temática são destacados como desafios os eixos: ausência de recursos financeiros, ausência de apoio e ausência de profissionais qualificados para capacitação.

Dentre os 9 participantes que afirmam haver desafios, 5 gestores (G2, G4, G5, G6, G7, G8) apontam como principais desafios a ausência de profissionais qualificados para capacitação na RAS dos profissionais da atenção primária. Seguem alguns relatos "*Falta profissionais qualificados para capacitar os profissionais da rede de atenção primária no município em relação à pacientes com câncer.*" (G2) , "*Há carência de profissionais qualificados para a implementação de capacitação nessa área em nosso município*" (G4) e "*[...] capacitar melhor as equipes*" (G8).

As equipes da ESF em consonância com a APS precisam estar qualificadas para atenção às DCNT visando a qualidade de vida dos usuários do serviço. Os profissionais de saúde devem ser permanentemente qualificados para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional.(MENDES, 2012)

Por mais qualificados que sejam os profissionais da APS para atenção às DCNT, na perspectiva da regionalização do cuidado a pessoa com câncer conforme prevista na PNPCC (2013), é fundamental que os gestores da APS busquem

articulação com unidades especializadas em oncologia, instituições com serviço de oncologia e instituições de ensino, a fim de pactuar ações de promoção de educação permanente e capacitação profissional visando qualificar a atenção e superar os desafios e deficiências presentes na assistência prestada na APS para atenção a pessoas com câncer.

Na atenção oncológica, é indispensável fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando qualificar os fluxos e as respostas os portadores de DCNT, em especial no câncer, garantindo o acompanhamento e a continuidade do cuidado, ampliar, fortalecer e qualificar a assistência oncológica no SUS e capacitar servidores da APS para cuidados paliativos, fortalecendo e expandindo a rede de tratamento do câncer.

São metas do Plano de Enfrentamento capacitar a APS para promoção, prevenção e diagnóstico precoce das neoplasias mais prevalentes, agilizando o acesso aos centros de tratamento, capacitar a APS para cuidados de suporte, paliativos e dor oncológica para acompanhamento conjunto com os centros de tratamento e divulgar à comunidade as ações de promoção, prevenção e cuidados relacionados a pessoa com a doença além de informações epidemiológicas sobre câncer. (BRASIL, 2011) Logo, o papel da APS deve ser ampliado, adequando as ações desenvolvidas nesse âmbito da atenção a fim de atender às metas do plano de enfrentamento às DCNT.

Dentre os 11 gestores ainda nesse questionamento, 3 gestores (G3, G5, G6) afirmam ainda a ausência de apoio de outras instituições e instâncias como o MS e Secretarias de saúde para a realização dessas ações conforme relatos "*Capacitações mais elaboradas, com apoio e matriciamento do MS e Secretarias de Saúde Estadual e Municipal.*"(G3) e "*Instituições que ofereçam capacitação nessa área*" (G6).

[...]existe desafios porque falta mais conhecimento e capacitação para ser oferecido pelo Ministério, baseado em um todo enfrentado pela doença no País, para então se desenvolver mais em prol dos nossos usuários.(G5).

No que se refere ao eixo ausência de apoio apontado por alguns gestores de saúde, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) são responsáveis pela a inserção da ESF em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da APS prestando apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção primária para desenvolvimento de ações em articulação a instituições formadoras para garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção primária e das equipes de Saúde da Família; garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Primárias de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas; organizar o fluxo de usuários visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção primária e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL, 2012c)

São responsabilidades dos gestores municipais de saúde planejar, organizar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, programar ações de qualificação para profissionais de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer. (BRASIL, 2013a)

A ausência de apoio e da articulação com outras instâncias de governo para efetivar ações de capacitação aos profissionais interfere na execução de propostas do SUS que necessita de profissionais capacitados para aplicar na prática suas diretrizes e princípios. Os gestores de saúde devem buscar apoio no município e na secretaria de Estado para execução de propostas de ensino visando articular forças para possibilitar a capacitação dos profissionais de saúde.

Dentre os possíveis motivos para a ausência de investimento em educação permanente dos profissionais de saúde estão as contínuas mudanças entre dirigentes das SMS, que acarretam desgaste e descontinuidade nas ações, nos serviços e nos programas de saúde, dificultando a gestão dos sistemas locais ou municipais de saúde. (BRASIL, 2006)

A desqualificação dos profissionais de saúde é um problema que os gestores acreditam influenciar diretamente na qualidade da gestão dos sistemas locais ou

municipais de saúde. A falta de capacitação dos quadros funcionais (tanto administrativos como da assistência) é um dos principais problemas a serem enfrentados com o auxílio dos estados e da União. (BRASIL, 2006)

Segundo Costa et al. (2011), a instabilidade dos profissionais do SUS tem sido discutida na literatura. Na década de 1990, nos municípios brasileiros aumentaram os contratos informais na saúde, sem respeito aos direitos legais adquiridos pelos trabalhadores – férias, fundo de garantia, dentre outros, ficando os profissionais à mercê dos gestores que se sucedem no poder, onde as constantes mudanças nas rotinas dos serviços a cada mudança política interfere, muitas vezes, no planejamento e nas prioridades de cada governo. (COSTA et al., 2011)

Muito do conhecimento produzido se perde com as mudanças políticas, por isso é fundamental a continuidade de propostas de capacitação nas diferentes gestões políticas, o que não comprometeria a execução dessas propostas, beneficiando tanto os profissionais quanto os usuários, o serviço de saúde e a rede.

Percebe-se nos apontamentos dos gestores que participaram do estudo, ainda que limitados, a necessidade de oferta de recursos tanto financeiros, estruturais e educacionais quanto profissionais capacitados para treinamento e para atuação profissional na assistência a pessoas com câncer. Embora pontualmente sejam relatadas ações para atenção a pessoas com câncer, os gestores percebem ainda que o indivíduo com câncer seja responsabilidade de determinados profissionais ou da especialidade e reconhecem a dificuldade para capacitação dos profissionais para atender às propostas das políticas públicas de saúde.

O componente financeiro é visto ainda como grande desafio para esses gestores, onde 3 gestores (G7, G10 e G11) definem a ausência de recursos financeiros como um problema para estabelecer medidas de capacitação no município onde relatam como desafios para a capacitação a "*Falta de capacitações e recursos.*" (G7), "*Principal é a falta de recurso.*"(G10) e a ausência de recursos "*Financeiro*" (G11).

Verifica-se que a ausência de recursos é continuamente repetido pelos gestores participantes do estudo nas questões relativas à recursos para atenção a

pessoa com câncer e desafio para capacitar os profissionais da APS para essa atenção, sendo um discurso utilizado para justificar a ausência de responsabilidades ou atitudes proativas acerca dessas questões.

O componente financeiro constitui-se em recurso importante para estruturação não apenas da assistência a pessoa com câncer mas também para o investimento em capacitação profissional já que é necessário dispor de tempo, espaço, material, profissional qualificado, tecnologias que facilitem as ações de capacitação que demandam custos para elaboração. Porém, não bastam insumos para assistência ou para investimento financeiro para propiciar ações mas vontade política, gestão qualificada, comprometimento e interesse nos profissionais e nos usuários da APS, além de determinada criatividade por parte dos gestores na promoção de educação permanente se utilizando dos recursos disponíveis na própria APS, como o uso de Telessaúde e oficinas de discussão, por exemplo.

O investimento em educação permanente em saúde constitui uma importante estratégia em busca de transformações do trabalho, local de atuação crítica e reflexiva, com compromisso, e o uso de técnica competente.(COSTA et al., 2011) Nesse sentido é fundamental o envolvimento dos profissionais, dos gestores de saúde e formadores no processo de ensino-aprendizagem.

5.2.4 Subunidade 4: Estratégias para capacitar os profissionais da atenção primária para assistir a pessoas com câncer

Outros estudos apontam como dificuldades a mobilização dos profissionais e sensibilização dos gestores para a necessidade de novas ações. A mudança no paradigma assistencial na saúde é um grande desafio e envolve fragilidades e potencialidades na gestão de saúde. (COSTA et al., 2011)

Questionou-se aos gestores de saúde se existem estratégias para capacitar os profissionais da atenção primária para assistir a pessoas com câncer e 7 (63,6%) gestores (G1, G2, G4, G6, G8, G9, G11) afirmaram que não há estratégias, enquanto 4 (36,4%) gestores (G3, G5, G7, G10) responderam que sim.

Quanto às estratégias informadas foram classificadas em 2 eixos: estratégias inespecíficas para capacitação profissional e profissionais qualificados para capacitação.

Dentre os 4 gestores que referem haver estratégias para capacitação, no relato de 2 gestores é possível verificar estratégias inespecíficas para capacitação profissional para atenção a pessoa com câncer apesar de responder haver estratégias sendo relatados "[...] a ação não é específica para pacientes com câncer" (G3) e "*Montamos estratégias através da Educação e Saúde, preventivos e etc.*"(G5) que informa como realizam assistência a pessoas com câncer na APS e não sobre a capacitação dos profissionais para tal assistência. Logo, dos 11 participantes do estudo, 2 referiram haver estratégias para capacitar os profissionais no município.

Constatar os problemas não é suficiente para provocar mudanças necessárias. É imprescindível empenhar-se na construção de estratégias que possam promover mudanças no cotidiano dos serviços de saúde públicos através da adoção de novas práticas, habilidades, capacidades e competências gerenciais, técnicas de relacionamento interpessoal, mobilização dos profissionais de saúde, gestores e sociedade civil para garantia do acesso por meio do acolhimento dos cidadãos. (COSTA et al., 2011)

A ausência de estratégias para capacitação profissional demonstra a fragilidade na execução das políticas públicas de saúde e justificam a fragmentação da assistência e o despreparo profissional para atender as crescentes demandas de atenção na área da saúde, em especial à pessoa com câncer.

As atualizações nas políticas de saúde exigem que os gestores estejam atualizados e sejam proativos no planejamento de suas ações e estratégias para os serviços de saúde onde precisam se articular de forma a absorver essas demandas nos municípios e preparar os profissionais para atender oferecer uma assistência qualificada e integrada à rede.

A capacitação é uma das estratégias para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Espera-se dos processos de capacitação melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções,

contribuir para o desenvolvimento de novas competências e não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe. (BRASIL, 2009)

A baixa adesão à essas estratégias demonstra o desinteresse política por parte da gestão de saúde em educação permanente na APS e a desarticulação das atividades educacionais e formadoras das atividades assistenciais de forma mais ampla e difundida além de fragilidade no processo de educação permanente para esses profissionais, o que compromete a qualidade da atenção aos usuários do sistemas de saúde público, a capacitação profissional e o cumprimento de princípios e diretrizes das diferentes políticas mencionadas nesses estudo.

Verifica-se a falha tanto no papel dos gestores em buscar parcerias com instituições de ensino e de assistência especializada visando qualificar os recursos humanos na APS para atenção a pessoa com câncer e garantir o fluxo dessas pessoas na RAS viabilizando a consolidação da linha de cuidado, assim como observa-se falha das instituições de ensino e de serviço especializado que precisam rever a formação profissional que oferecem e os projetos com vínculo e foco na comunidade e nos setores de saúde, viabilizando a proposta de educação permanente na área da saúde após os profissionais serem egressos das instituições de ensino.

Segundo a PNEPS são responsabilidades do MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). (BRASIL, 2009)

A PNEPS estabelece que todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento, além de promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde e apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos

profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde. (BRASIL, 2009)

De forma significativa, as políticas públicas de saúde são propostas para organizar e qualificar a atenção a saúde visando garantir integralidade, equidade e universalidade do acesso a serviços de saúde pela população, oferecendo oportunidade a profissionais que atuam no SUS de agirem com competência e formação técnico científica assegurada por propostas que visam a qualidade dos serviços e a resposta às ações desenvolvidas na RAS.(FARIA et al., 2010; MENDES, 2012)

Porém, tais propostas estão desarticuladas da realidade atual vivenciada por esses profissionais, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde público, que encontram a fragmentação do cuidado, despreparo na assistência a grupos de relevante importância como pessoas com câncer, por exemplo, que não possuem direcionamento da atenção por parte dos serviços e da gestão em saúde e a ausência de educação permanente de profissionais de saúde para atenderem a essas populações com doenças sem abordagem ampla em programas do MS na APS.

É necessário adequar os serviços à demandas considerando as propostas das políticas públicas de saúde que são estruturadas de acordo com estudos sobre condições de saúde que afetam a população e possuem importante interferência na qualidade de vida da população e fortalecer a rede de atenção e instrumentalizar os profissionais da APS para a atenção a pessoas com câncer, no intuito de qualificar a assistência prestada aos usuários do SUS.

Visando garantir essas ações é fundamental que gestores de saúde articulem-se para promover a capacitação dos profissionais de saúde, financiamento adequado, obtenção de medicamentos, tecnologia essencial e melhoria dos sistemas de informação, buscando melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT no SUS. (BRASIL, 2011)

É necessário que casos sugestivos de câncer potencialmente curáveis possuam detecção rápida, acompanhada de diagnóstico e tratamento, bem como

um treinamento das equipes de APS para fornecer cuidados paliativos considerando viabilizar o controle da doença na atenção primária e melhorar a qualidade de vida dos usuários do serviço. (BRASIL, 2011)

A PNPC institui como responsabilidades das estruturas operacionais das RAS que os pontos de atenção à saúde deverão garantir tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde. (BRASIL, 2013a) A RAS é formada pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, vinculados entre si, responsável pela oferta e o interrelacionamento e comunicação entre os serviços, assegurando dessa forma que a ampliação da cobertura em saúde a fim de garantir a integralidade da atenção.(BRASIL, 2012c)

Verifica-se na PNPC (2013) que a APS deve realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários, realizar rastreamento, implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção, encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica, realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer. (BRASIL, 2013a)

A APS deve atender problemas de saúde de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade levam políticos, gestores, profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS, baixos investimentos em capacitação e à fragmentação da atenção nas RAS.(MENDES, 2012; BRASIL, 2014a)

No nível dos fatos, o que vemos, de maneira geral, são equipes

sobrecarregadas no seu dia-a-dia, com muita dificuldade para atender à demanda espontânea e organizar sua agenda. Raramente as ações são planejadas ou baseadas em informações sistematizadas. Também não se observa avaliação sistemática daquilo que está sendo feito e de seus resultados. A sensação que se tem é de que as ações são fragmentadas e pouco resolutivas. Com o tempo, isto pode levar a equipe ao desânimo, ao descompromisso com seu trabalho ou, até mesmo, à desistência em trabalhar na atenção primária. (FARIA et al., 2010)

É importante incluir as equipes da APS nas conscientização das necessidade relacionadas à capacitação e na elaboração de estratégias que beneficiem o grupo de profissionais que atuam na APS, envolvendo-os nos processo aprendizagem, empoderando-os para atenção à pessoas com câncer.

Apesar dos avanços quantitativos, principalmente em relação à cobertura populacional e ampliação do acesso, observados recentemente na ESF, com o aumento do número e incentivo financeiro para ampliar a cobertura da APS, ainda é possível identificar grande dificuldade na modificação do modelo assistencial, com a esperada reorientação e reorganização de atenção prometida pela ESF. (TORRES et al., 2012)

Observa-se que frequentemente os usuários com câncer sendo acolhidos como demanda espontânea, sendo que, em muitos casos, inicia-se na atenção primária um fenômeno de sucessivos atrasos, do diagnóstico à referência, que acabam por adiar as possibilidades de abordagem precoce e conseqüentemente limitam as chances de sobrevida dos pacientes. (TORRES et al., 2012)

É fundamental que os gestores de saúde da APS instrumentalizem os profissionais para receberem essa demanda espontânea e promovam estratégias e ações de valorização dos profissionais com levantamento de dificuldades das equipes, administração de conflitos, reorganização das demandas e prioridades em acordo com a realidade local conciliando às propostas das políticas de saúde vigentes e atuais, promovendo espaços para discussão sobre dinâmicas vivenciadas pelas equipes, sobre casos clínicos, espaços de estudo, atualização, cursos, oficinas e treinamentos.

Essas ações constituem-se em estratégias para melhorar a atenção a pessoas com câncer na APS, minimizando as problemáticas da abordagem tardia, dos agravos e da alta morbimortalidade associada ao câncer, assim como são importantes estratégias para a instrumentalização desses profissionais para essa atenção.

No eixo profissionais qualificados para capacitação, 2 gestores afirmam como estratégias para capacitação profissional para atenção a pessoas com câncer na atenção primária haver "*Infraestrutura adequada, profissional capacitado na região*" (G7) e G10 relata que "*Fizemos um convênio para que através desta parceria, consigamos capacitar a todos*", assim é possível verificar o foco das estratégias na capacitação relacionada a instrumentalização dos profissionais.

Enquanto estratégia para instrumentalizar os profissionais de saúde que atuam na APS ou em outros âmbitos do cuidado, é importante incorporar na gestão de saúde dispositivos de apoio e cooperação tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, entre outras ações que valorizem os profissionais no serviço e melhorem a atenção prestada. (BRASIL, 2012c)

A educação permanente oferece elementos valiosos ao prover uma visão geral filosófica-política e técnico-pedagógica para o processo de formação e aperfeiçoamento constante dos profissionais da saúde em relação aos desafios de seu trabalho cotidiano. É fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do trabalho e na valorização deste como fonte de conhecimento, na valorização da articulação da atenção à saúde com a gestão e o controle social e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores. (TESSER et al., 2011)

Investir em educação permanente pode reduzir as barreiras associadas ao diagnóstico precoce e no decorrer do tratamento, a capacitação deve ser repensada na forma e nos objetivos a que se propõe. (TORRES et al., 2012)

Reforçando tal observação, a PNPC aborda que o reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral determinam a necessidade de capacitação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde das pessoas com DCNT no âmbito do SUS. (BRASIL, 2013a)

No exemplo apresentado no estudo de Costa et al. (2011), a aquisição de conhecimentos através da participação dos profissionais em oficinas facilitou o desempenho das atividades no trabalho, a organização dos serviços, a capacitação de funcionários e o trabalho em equipe. Logo, a elaboração de oficinas de capacitação profissional é uma estratégia viável aos gestores para instrumentalizar os profissionais da APS para atenção a pessoa com câncer, constituindo-se em recurso com grande chance de êxito.

Em relação a capacitação profissional para atenção a pessoas com câncer, o Plano de Enfrentamento da DCNT reafirma que é imperativo desenvolver e implementar estratégias para formação profissional e técnica e de qualificação das equipes de saúde, implantar Telessaúde e em DCNT para equipes de APS, utilizar tecnologias de ensino a distância para educação permanente e atualização das equipes da rede primária por meio do Telessaúde, Segunda opinião formativa e UNA-SUS em DCNT, fortalecer as diretrizes curriculares nacionais e as políticas interministeriais de reorientação curricular na graduação dos cursos da área da saúde (Pró-Saúde) e implementar os processos de educação permanente dos profissionais do SUS, por meio da articulação das instituições de ensino e pesquisa e associações de especialistas. (BRASIL, 2011)

Embora existam tecnologias de ensino que podem oferecer suporte aos gestores de saúde e serem utilizadas como instrumentos que viabilizem a capacitação, percebe-se que os mesmos ainda são pouco explorados apesar de se constituírem em ferramentas de fácil acesso, manejo e baixo custo. As estratégias disponíveis devem ser exploradas e melhor aproveitadas visando disseminar esses recursos e expandir a adesão a essas ferramentas de divulgação e apropriação do conhecimento.

Costa et al. (2011) refere que as estratégias para superar as dificuldades nos municípios se constituíam em contratação de profissionais capacitados, adequação de estrutura física, aproximação do profissionais com coordenação da APS, mobilização de funcionários, sensibilização de gestores e orientação da população. (COSTA et al., 2011)

Essas estratégias podem servir de exemplo na mobilização de gestores e profissionais no sentido de estruturar um serviço de qualidade, por meio de capacitação profissional para atender às demandas de pessoas com câncer na APS, pactuação de acordos com instituições de ensino e especializadas em oncologia para capacitação profissional, estabelecendo uma linha de cuidado na APS para essa pessoas, reorganizando o cuidado na rede de saúde e garantindo melhor qualidade de vida a esses usuários.

É possível realizar o cuidado a pessoa com câncer na APS através da articulação da RAS, a AD, o NASF e a atenção especializada, tendo em vista a definição de uma linha de cuidado que contemple todas essas ações para garantir a efetividade do cuidado e longitudinalidade na atenção, mas para que esse cuidado tenha continuidade e seja eficaz, é fundamental que gestores de saúde planejem, pactuem e articulem ações que visem a formação profissional para capacitar as equipes da atenção primária para qualificar a atenção oncológica garantindo a continuidade e o acompanhamento na RAS, viabilizando a linha de cuidado.

O profissional capacitado na APS se constitui em um membro da equipe instrumentalizado para atenção apresentando condições de ampliar a atenção a pessoa com câncer, utilizando-se de conhecimento para orientação, aconselhamentos, avaliação, intervenção, planejamento e comunicação na RAS e fortalecimento de uma linha de cuidado para usuário com câncer que pode utilizar como recursos a ESF, a AD e o NASF articulados a atenção especializada para promover um cuidado integral.

5.3 ESTRATÉGIAS PARA ATENÇÃO A PESSOA COM CÂNCER NA APS

Para que a atenção a pessoa com câncer seja uma prática difundida e real nos serviços da APS é necessário não somente de profissionais capacitados mas também de uma estruturação e comunicação dos serviços de saúde por onde esses usuários devem percorrer no decorrer de seu plano terapêutico ou na ausência de intervenções mas com acompanhamento e cuidados paliativos. Para isso, uma linha de cuidado direciona os profissionais e esse usuário na rede.

A organização de linhas de cuidado através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, prevenindo complicações e reorganizando o cuidado, visa a qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.(BRASIL, 2014b)

As linhas de cuidado, na gestão, podem orientar os gestores públicos a planejar, programar e avaliar as modalidades de atendimento que o sistema precisa oferecer à população, para prevenir, detectar e controlar agravos à saúde. Na assistência, as linhas de cuidado servem como roteiros orientadores para o trabalhador e profissional de saúde sobre procedimentos mais efetivos sobre o controle da doença em questão, fornecendo orientação detalhada em cada fase do tratamento de condição específica, tem objetivo melhorar a continuidade e coordenação dos cuidados em diferentes disciplina e complexidades. (FRANCO; MAGALHÃES, 2004)

A linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos atores que controlam serviços e recursos assistenciais. O pacto para construção da linha do cuidado se produz a partir do anseio, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, é o centro nervoso de viabilização da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da APS. O usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de

forma compartimentada. (FRANCO; MAGALHÃES, 2004)

No sentido de ampliar a atenção a pessoa com câncer na APS, é essencial que os gestores de saúde se articulem com outros níveis de atenção, considerando o percurso terapêutico desses usuários que devem permanecer vinculados à APS, para que possam viabilizar a construção e a concretização de uma linha de cuidado e promova capacitação aos profissionais que atuam na rede para que elas possam funcionar na rede de saúde.

As linhas de cuidado se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação e associação técnica e política, implicando em um grande acordo de todos os atores dos diversos níveis assistenciais, que garanta disponibilidade de recursos que devem alimentar essas linhas de cuidado, ampliando os fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”, constituindo-se em instrumentos que garantam a referência aos diversos níveis de densidade tecnológica da atenção, com garantia de contrarreferência para a ESF na APS, onde deve se dar o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial, sendo a equipe APS responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo um acompanhamento seguro do usuário. (FRANCO; MAGALHÃES, 2004)

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da UBS ou a ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contratransferência” para que o vínculo continue com a APS, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário. (FRANCO; MAGALHÃES, 2004)

No caso da ESF, em muitos casos, é a própria equipe que tem a responsabilidade de gerir seu processo de trabalho. Nesse modelo de organização é exigido que a equipe tenha competência não somente técnica e política, mas também gerencial. Desta forma, é da máxima importância a discussão de um modelo de gestão que dê a essas equipes instrumentos potentes para gerenciarem seu dia-a-dia. (FARIA et al., 2010) Considera-se que a educação permanente é uma importante estratégia de instrumentalização profissional onde conhecimento é uma

ferramenta sólida para gerir problemas no cotidiano da área da saúde.

Na APS brasileira, com a ESF, há uma possibilidade de detecção precoce de riscos e agravos se materializar na visita dos agentes comunitários de saúde (ACS). A visita do ACS é uma real possibilidade de se realizar, pela inversão do acesso, o encaminhamento do paciente com câncer em risco de agravamento da doença para ser examinado. (TORRES et al., 2012) As estratégias de capacitação profissional devem estar voltadas para qualificar essa abordagem, ampliando as ações que contemplem o acompanhamento desses usuários na APS.

A capacitação para os membros das equipes de saúde, devem abordar os fatores de risco para o câncer, as barreiras que impedem ou dificultam a realização do diagnóstico precoce, sinais e sintomas iniciais do câncer, sinais de agravo e emergências oncológicas. (TORRES et al., 2012) A difusão desses conhecimentos ampliam a capacidade de avaliação dos membros da equipe e qualifica-os para orientar, intervir ou encaminhar pessoas com câncer que apresentem sinais de agravamento da doença. Ampliar a capacidade de acompanhamento das equipes a esses usuário, dentro de sua competência de atuação, valoriza as ações de gerenciamento da APS na rede e, expande a integralidade da atenção.

Na APS, o componente AD é uma possibilidade de ampliação da responsabilidade na atenção a pessoa com câncer, onde determina-se na PNCC que tal componente deva realizar o cuidado paliativo, apoiadas pelos NASFs, de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa com câncer, promovendo uma comunicação de forma clara, possibilitando ao paciente e à família a possibilidade de receber todas as informações necessárias, buscando atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase no controle da dor proporcionando o máximo alívio do sofrimento, proporcionando qualidade de vida com todo o suporte e segurança possível. (BRASIL, 2013a)

Em se tratando da AD, a modalidade que corresponde a responsabilidade da APS (AD1) destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção

até uma unidade de saúde, que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das UBS. (BRASIL, 2013c)

Esta modalidade da AD permite incluir o acompanhamentos de pessoas com câncer também na APS considerando a capacitação profissional para acompanhar esses usuários do serviço de forma a identificar necessidade de saúde dessa população específica.

Os NASFs foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, bem como sua resolubilidade, atua de forma integrada à RAS e seus serviços, compartilhando a responsabilização de populações específicas entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de APS. (BRASIL, 2012c) Essa modalidade de atenção se constitui em uma alternativa aos gestores de saúde como apoio matricial para construção de um serviço visando articular o cuidado e atenção a usuário com câncer e dar suporte aos profissionais de saúde na APS.

As estratégias para capacitação profissional para atenção a pessoa com câncer na APS, assim como a composição de uma assistência que funcione dentro de uma linha de cuidado na RAS onde esses profissionais atuam, são constituídas de grandes possibilidades mas dependem de vontade política dos gestores em utilizar os recursos disponíveis como telessaúde, parcerias com instituições de ensino, realização de oficinas, reuniões de grupo, treinamentos, rodas de discussão, programas de capacitação com o suporte de profissionais especialistas, entre outras medidas que visem qualificar o profissional para a atenção a pessoa com câncer e se caracterizam em aumento na oferta de recursos para a assistência a essas pessoas em parceria com modalidades de atenção presentes na APS que são meios de interação com outros níveis de atenção possibilitando concretizar a integralidade na RAS.

Por tanto, com o levantamento das ações, desafios e estratégias para a capacitação profissional e os recursos para atenção a pessoa com câncer na APS através de uma abordagem qualitativa verificou-se que em municípios do Estado do

Rio de Janeiro, os gestores da APS precisam adequar suas ações em prol das políticas de saúde que se atualizam e determinam que hajam mudanças de paradigmas e no agir no cotidiano dos serviços visando preparar os profissionais para atenderem às demandas atuais e contemplar ações de saúde a todos os usuários, garantindo a integralidade do cuidado na RAS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, as Políticas de saúde abordadas nesse estudo apontam para a necessidade de atenção a pessoa com câncer contemplando a integralidade da atenção em toda a rede de saúde e a necessidade da continuidade do cuidado na atenção primária através da consolidação de uma linha de cuidado para pessoas com câncer, além da educação permanente dos profissionais de saúde na atenção primária através de capacitação sejam imprescindíveis para se concretizar esse cuidado.

Identificou-se ações, estratégias e desafios para a capacitação profissional e recursos para atenção a pessoa com câncer na APS.

Foi possível verificar que os gestores de saúde responsáveis pela atenção primária sinalizam carência de ações que visem a capacitação dos profissionais para atenção a pessoas com câncer na APS onde as ações identificadas foram a utilização de recursos como Telessaúde e parcerias com instituições de ensino que possuem especialistas em oncologias para realizar suporte e capacitação profissional para equipes da APS. Embora citados esses exemplos, ficou evidente que ainda há muito o que se avançar em termos de capacitação e promoção de educação permanente aos profissionais como estratégias de gestores para qualificar a assistência e a atenção a pessoas com câncer nesses âmbito.

É fundamental a articulação do município e dos gestores de saúde da APS com as instituições de ensino e as especializadas em oncologia para compor parcerias visando o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais da APS, possibilitando instrumentalizá-los para uma melhor assistência a pessoa com câncer visando melhora na qualidade de vida desses usuários.

Verificou-se ainda que muitos gestores relatam ausência de recursos para atenção a pessoa com câncer, onde desconsideram que muitos recursos oferecidos na APS são semelhantes aos oferecidos a outros usuários acompanhados com DCNT, ainda que existam especificidades na assistências e que um profissional capacitado se constitui no maior recurso disponível para avaliar e orientar, onde são possíveis fazer as adequações necessárias para atender também esses usuários

com câncer. Esses gestores referem não haverem recursos financeiros destinados a atenção à pessoa com câncer, onde o PAB e recursos próprios são as fontes que financiam a APS, logo nestas fontes devem ser incluídos os custos com a assistência e capacitação profissional para absorver esses usuários e adequar à APS.

Foram considerados ainda por alguns gestores, enquanto recursos assistenciais, a dispensação de medicamentos, realização de exames, transportes e remoções além de encaminhamentos de pessoas com câncer para outras unidades, destacando a existência de determinado suporte, possível, na APS a esse usuário, embora seja necessário ampliar a oferta de ações no município, explorando ao máximo suas possibilidades antes de direcionar esses usuários para outro serviço, assim como deve ser garantido o acompanhamento e continuidade da atenção nesse âmbito visando concretizar a integralidade na rede, podendo serem utilizados todos os recursos presentes na APS como Atenção domiciliar, Núcleos de Apoio Assistencial a Família, a Estratégia de saúde da Família em articulação com serviços de atenção domiciliar das unidades de média e alta densidade tecnológica, configurando uma linha de cuidado para a pessoa com câncer.

Quanto aos desafios, os gestores de saúde da APS entenderam que a ausência de recursos financeiros, ausência de apoio e de profissionais qualificados para capacitação de profissionais da APS para atenção a pessoa com câncer são os maiores obstáculos a serem superados. Para isso, é fundamental a vontade política de mudar esses cenários, buscando se articular com outras instâncias de governos, buscando suporte em unidades especializadas e instituições de ensino a fim de superar esses impasses em prol de uma gestão fortalecida, agregadora, integrada com as equipes da APS e com os usuários dos serviços.

A ausência de estratégias para capacitação profissional demonstra a fragilidade na execução das políticas públicas de saúde e justificam a fragmentação da assistência e o despreparo profissional para atender as crescentes demandas de atenção na área da saúde, em especial à pessoa com câncer.

As estratégias referidas pelos gestores como educação em saúde, utilização de Telessaúde, UNASUS e vínculos com instituições de ensino precisam ser melhor

exploradas e divulgadas pelas instituições de ensino, assim como realização de grupos de pesquisa, aulas, palestras, oficinas, treinamentos, fóruns e outras possibilidades para capacitação profissional que propiciem aos profissionais maior segurança e ampliação do conhecimento para melhorar sua prática e a atenção a pessoas com câncer na APS, possibilitando ainda instrumentalizá-los para contribuir com a conformação e consolidação de uma linha de cuidado para a pessoa com câncer, se utilizando de modalidades de atenção disponíveis como AD, ESF, NASF, as redes de apoio e outros que estejam disponíveis para fortalecer a RAS.

As mudanças de paradigmas na gestão de saúde contribuiriam para fortalecer a gestão do SUS e dar efetividade aos princípios de universalidade, integralidade e equidade, propiciando melhora da comunicação no SUS, viabilizando a conformação de uma linha de cuidado para pessoa com câncer, que na atualidade não é concreta e precisa da comunicação dos diferentes níveis de atenção e de diferentes tecnologias de saúde em diferentes momentos da doença.

Tal fato, demonstra a fragilidade na rede de atenção à saúde onde os municípios não desenvolvem estratégias e ações para qualificar profissionais de saúde para atenção à pessoa com câncer. Para isso, a rede de atenção precisa estar integrada com a APS visando garantir uma assistência integral de forma a promover a qualidade de vida e a prevenção de agravos, tendo a APS papel fundamental no acompanhamento dessa pessoa em seu ambiente.

Os resultados desse estudo contribuem para a discussão de novos aspectos acerca da temática proposta e para reflexão da gestão da atenção primária no sentido de adequar as ações propostas à APS para possibilitar o retorno da pessoa com câncer que após o diagnóstico confirmado acaba tendo o acompanhamento na atenção especializada e a descontinuidade da atenção na rede de saúde por meio de uma linha de cuidado, o que pode acarretar agravos a saúde que poderiam ser evitáveis caso houvesse acompanhamento em todos os níveis de atenção a saúde de forma contínua, visando a qualidade de vida dessas pessoas.

Propõem-se que os gestores de saúde da atenção primária considerem as demandas de cuidado e atenção do usuário no SUS, de acordo com as políticas

públicas que são atualizadas de acordo com as mudanças no perfil epidemiológico das doenças, o que exige adequação das condutas e preparo dos profissionais de saúde.

Esse estudo possui muitos aspectos que possibilitam aprofundamento e novas discussões em estudos futuros, como identificar prioridades nas demandas da APS para a gestão de saúde e discutir as razões para a priorização de ações; discutir as contribuições da enfermagem na equipe multidisciplinar na atenção à pessoa com câncer na APS; Propor como organizar a linha de cuidado para a pessoa com câncer na RAS identificando o percurso terapêutico e a como se articulam; entre outros.

8 DISSEMINAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo oferece ainda contribuição na coautoria de um capítulo do Programa de Atualização em Enfermagem - PROENF onde será publicado um artigo sobre Assistência de enfermagem a pessoa com câncer na atenção primária a saúde previsto para 2017.

A revisão da literatura acerca da capacitação profissional para atenção a pessoas com câncer na atenção primária resultou em um artigo que será submetido às revistas científicas após ajustes.

O estudo foi apresentado no 67º Congresso Brasileiro de Enfermagem em comunicação coordenada.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados aos participantes posteriormente através de artigo científico para tomarem conhecimentos dos achados que poderão servir na elaboração futura de novas ações e estratégias para a capacitação profissional para assistência às pessoas com câncer na atenção primária à saúde.

Pretende-se ainda, apresentar o estudo no COSEMS e na Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Estado do Rio de Janeiro..

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS [ANCP]. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens primárias para o controle do câncer – 2. ed. rev. e atual.–** Rio de Janeiro: INCA, 2012a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ensino em Atenção Oncológica no Brasil: Carências e Oportunidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2012b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa / 2016. Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOBSUS 96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n.140, de 27 de fevereiro de 2014**. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à

Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012.** Trata de pesquisas com seres humanos e atualiza a resolução 196/96. Brasília. Ministério da Saúde, 2013b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. **Política Nacional de Atenção Primária.** Brasília : Ministério da Saúde, 2012c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS : olhares e vivências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no BRASIL 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Ações de Enfermagem Para o Câncer: uma proposta de integração ensino- serviço – 3º Ed. rev.atual. ampl.** Rio de Janeiro: INCA, 2008.

Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem. Módulo 5: Cronicidade e Suas Inter-relações na Atenção à Saúde. Unidade 3: Modelos de atenção à saúde em DCNT com enfoque nas Linhas de Cuidado e Clínica Ampliada. **Pontos de atenção à saúde.** Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/10189/mod_resource/content/1/un03/top03p05.html#> Acesso: 02 Mai 2015

CARVALHO, Emília C et al. **Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades primárias de saúde de um município do estado de São Paulo**. Rev bras cancerol, v.4, n.51, p. 297-303, 2005.

COSTA, Simone M et al. **Processo de implantação do plano diretor da atenção primária à saúde no norte de minas gerais, BRASIL: fragilidades e potencialidades**. Rev baiana de saúde pública, v. 35, n. 3, p. 556-74, jul/set 2011.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DECs). Disponível em:
<<http://decs.bvs.br/>> Acesso em 02 Mai 2016

FARIA, Horácio P et al. **Modelo assistencial e atenção primária à saúde** 2. ed. -- Belo Horizonte. Coopmed, 2010.

FRANCO, Túlio B. MAGALHÃES, Helvécio MG. **A Integralidade e as Linhas de Cuidado**; IN MERHY, Emerson E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS [IBGE]. **Censo demográfico 2010**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj#>> Acesso: 02 dez 2015

Mapas geográficos. **Mapa do Rio de Janeiro dividido em mesorregiões**. Disponível em: <<http://www.baixarmapas.com.br/mapa-do-rio-de-janeiro-dividido-em-mesorregioes/>> Acesso em 02 dez 2015

MELLO, Guilherme A. FONTANELLA, Bruno José B. DEMARZO, Marcelo Marcos P. **Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais**. Revista de APS, v. 12, n. 2, 2009.

MENDES, Eugênio V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, Emerson E, FEUERWERKER, Laura CM. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. IN: MANDARINO Ana Cristina S, GOMBERG Eatélio, org. Leituras de Novas Tecnologias e Saúde. São Cristóvão: Editora UFS, p. 29-56, 2009.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **Declaração de Alma-Ata.**
In: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma Ata, 1978.
[cited 2016 Apr 13] Disponível em: [<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>].

PEIXOTO, Letycia Sardinha et al. **Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos.** Enfermería Global, v. 12, n. 1, 2012.

POLIT, Denise F, BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 7 ed. Porto Alegre. Artmed, 2011.

PASSOS, Joanir P, et.al. **A unidade primária de saúde como espaço para o rastreamento de câncer.** IN: Tonini, Tereza et.al. Enfermagem oncológica: Conceitos e práticas. 1 ed. São Caetano do Sul. Yedis, 2009.

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Divisão político-administrativa das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro.** Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>> Acesso: 28 Set 2016

TESSER, Charles D. et al. **Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente.** Ciênc saúde coletiva, v. 16, n. 11, p. 4295-306, 2011.

TORRES-PEREIRA, Cassius C. et al. **Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde.** Cad saúde pública, v. 28, p. s30-9, 2012.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: O GESTOR NA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À PESSOA COM CÂNCER - UM ESTUDO NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste estudo é Identificar as ações para capacitação de profissionais de saúde da atenção primária para atenção a pessoa com câncer nos municípios do Estado do Rio de Janeiro e os recursos na atenção primária para atenção a pessoa com câncer e Analisar as estratégias e os desafios dos gestores para capacitação de profissionais de saúde da atenção primária para atenção a pessoa com câncer.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para identificar, na perspectiva dos gestores de saúde dos municípios do Rio de Janeiro, ações implementadas para a qualificação de profissionais e trabalhadores de saúde da atenção primária para atenção a pessoas com câncer. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você responderá um questionário disponibilizado online por endereço eletrônico (e-mail) onde através do acesso ao convite e clicando no página disponível no email você terá acesso ao TCLE online onde poderá optar por aceitar ou recusar a participação no estudo e a partir do aceite você terá acesso ao questionário que constará questões sobre o objeto da pesquisa e será respondido online. Após conclusão das respostas será submetido direto ao pesquisador.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências profissionais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua participação ajudará a ampliar o conhecimento sobre as ações implementadas para a qualificação de profissionais e trabalhadores de saúde da atenção primária para atenção a pessoas com câncer e como elas podem beneficiar os indivíduos com câncer, os recursos disponíveis nos serviços de saúde e as demandas de cuidados, possibilitando que os achados possam direcionar a execução das políticas de saúde voltadas para esses usuários, a assistência e as intervenções das equipes de saúde na APS além de auxiliar na capacitação dessas equipes que atuam na APS.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá em nenhum questionário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

APÊNDICE 1

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/EEAP. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Mestrado acadêmico em Enfermagem sendo a aluna Taiane Bertoldi da Costa a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Drª Sônia Regina de Souza. As pesquisadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate Taiane Bertoldi da Costa no telefone (21) 982653858, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

APÊNDICE 2

Questionário online utilizado na pesquisa e acessível na ferramenta DOC.GOOGLE.COM enviado por email, com acesso através do endereço online disponibilizado para os participantes responderem as seguintes questões:

Região administrativa:

Metropolitana Sul Fluminense Norte Fluminense Baixadas Litorâneas Centro Fluminense Noroeste Fluminense

Atuou na Gestão em saúde nos últimos 5 anos? sim não

Tempo de Experiência em Gestão de Saúde:

< 6 meses < 1 ano 1-2 anos 3-5 anos > 5 anos

No Município em que atua na gestão de saúde existe capacitação para profissionais da atenção primária para atender à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)? sim não

Quais ações são/foram realizadas no município na esfera da atenção primária para capacitar os profissionais de saúde para assistir às pessoas com câncer?

Quais recursos o município dispõe na atenção primária para assistir às pessoas com câncer?

Em sua experiência enquanto gestor de saúde, existem desafios para capacitação dos profissionais e trabalhadores de saúde para assistir às pessoas com câncer na atenção primária? sim não

Se sim, quais?

Existem estratégias para superar desafios de capacitar os profissionais de saúde para assistir às pessoas com câncer na atenção primária? sim não

Se sim, quais?

Comentários:

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO A PESSOAS COM CÂNCER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - AÇÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Pesquisador: TAIANE BERTOLDI DA COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55261016.1.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.519.439

Apresentação do Projeto:

Se trata de um estudo qualitativo exploratório que tem como objeto as ações, desafios e estratégias para a qualificação dos profissionais e trabalhadores de saúde para atenção a pessoas com câncer nos municípios do Rio de Janeiro tem como objetivos identificar, na perspectiva dos gestores de saúde dos municípios do Rio de Janeiro as ações implementadas para a qualificação de profissionais e trabalhadores de saúde da atenção primária para atenção a pessoas com câncer, analisar as estratégias utilizadas para qualificação implementadas pelos gestores de saúde e discutir os desafios e possibilidades das estratégias identificadas.

Critério de Inclusão:

Os participantes do estudo serão secretários ou subsecretários de saúde dos 92 municípios situados no Estado do Rio de Janeiro, que tenham pelo menos 4 meses de experiência em gestão de saúde nos últimos 5 anos e disponibilidade e interesse para participar da pesquisa.

Coleta de dados:

Será iniciada após contato telefônico onde a pesquisa será apresentada e será realizado o convite para participação do estudo a 12 informantes-chaves (sementes) pertencentes às seis diferentes regiões administrativas do Estado do Rio de Janeiro, escolhidos aleatoriamente, sendo apresentado e convidado a participar do estudo. Ao apresentar interesse em responder ao questionário, será

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.519.439

solicitado um contato por endereço eletrônico (e-mail) onde será enviado o TCLE e o questionário com perguntas contemplando a experiência na implementação de ações, estratégias utilizadas e desafios para capacitação de profissionais e trabalhadores de saúde atuantes na atenção primária à saúde para atenção à pessoas com câncer.

Os questionários:

Foram elaborados pela ferramenta DOC.GOOGLE.COM onde os participantes receberão um link por e-mail para acessar o convite, visualizar o TCLE e dar o aceite para prosseguir com acesso ao questionário que será respondido e enviado online após conclusão. Aos questionários serão atribuídos códigos alfanuméricos que garantam o anonimato dos participantes. Os participantes terão o prazo de 30 dias para responder ao questionário a partir da data de envio do e-mail com o link de acesso e serão enviados e-mails a cada 15 dias para lembrar do prazo de resposta ao questionário, reforçando o convite e a importância da pesquisa. Após coleta de dados com os 12 primeiros informantes-chaves será solicitado que o o mesmo indique outros convidados para participar do estudo até que se esgotem os participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar, na perspectiva dos gestores de saúde dos municípios do Rio de Janeiro, as ações implementadas para a qualificação de profissionais e trabalhadores de saúde da atenção primária para atenção a pessoas com câncer.

Objetivo Secundário:

Analisar as estratégias utilizadas para qualificação implementadas pelos gestores de saúde e discutir os desafios e possibilidades das estratégias identificadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora, quanto aos riscos, em Informações Básicas do Projeto, informa que não há, entretanto, segundo a Resolução 466/2012 toda a pesquisa que envolve seres humanos apresenta riscos.

A pesquisadora quanto aos Benefícios, informa que:

Toda a comunidade será beneficiada pelo estudo visto que há escassez de conhecimento sobre a temática e os resultados poderão não só ampliar o conhecimentos sobre as ações pra qualificação dos profissionais da atenção primária no que diz respeito à assistência à pessoas com câncer como poderá se conhecer desafios e estratégias que são enfrentada pelos gestores de saúde no intuito de buscar soluções e quem sabe até parcerias que visem superar tais desafios e ampliar

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.519.439

estratégias que garantam que o profissional terá capacitação e as pessoas com câncer serão melhor assistidas na atenção primária à saúde usufruindo do cuidado integral e melhorando sua qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

Anexar o modelo de questionário em arquivo separado e em Informações Básicas do Projeto é preciso informar que há riscos de acordo com o disposto no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso a pesquisadora realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO PROJETO_674915.pdf	13/04/2016 17:37:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	13/04/2016 17:37:10	TAIANE BERTOLDI DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	08/04/2016 08:23:48	TAIANE BERTOLDI DA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Scan0001.pdf	08/04/2016 08:19:29	TAIANE BERTOLDI DA COSTA	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

Eail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.519.439

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa.pdf	06/04/2016 22:23:38	TAIANE BERTOLDI DA COSTA	Aceito
---	-------------------	------------------------	-----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 28 de Abril de 2016

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com