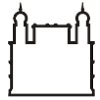




PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



FESF – FIOCRUZ

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UM PACIENTE COM CÂNCER DE BOCA

ÉRICA SANTOS DE SOUSA

SALVADOR-BA

2018

Residência Multiprofissional em Saúde da Família  
FESF-FIOCRUZ

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UM PACIENTE COM CÂNCER DE BOCA

ERICA SANTOS DE SOUSA

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado à Fundação Estatal em Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz-BA, para certificação como Cirurgiã Dentista Sanitarista, Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Inamari de Souza Almeida Amorim

SALVADOR-BA

2018

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	06
2.1 A chegada.....	06
2.2 O processo do cuidado.....	07
2.3 Construindo a rede.....	11
3. DISCUSSÃO .....	13
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
5. REFERÊNCIAS.....	20
6. Anexos.....	22
6.1 Anexo1 .....	22

## 1. INTRODUÇÃO

A atenção básica, porta aberta de acesso ao cuidado, direciona e apoia o caminho que o usuário tende a percorrer, ora no contínuo acompanhamento e vínculo com os profissionais em saúde da atenção primária, ora nas referências e percursos que o caminho da atenção secundária tende a propor. Envolve a resolução dos problemas apresentados pelas demandas que cercam os que procuram os serviços do SUS (AGUILERA,2013).

Para as lesões bucais, no que se refere ao câncer de boca, o Cirurgião Dentista junto à equipe de Saúde da Família é autor de melhorias e garantias do cuidado. Como ordenadora e coordenadora a Atenção Básica pode atuar nos casos de diagnóstico, orientação, busca ativa e suporte às necessidades de um caminho que por muitas vezes apresenta-se tortuoso ao usuário.

O câncer de boca, problema de saúde bucal no Brasil e no mundo, é responsável por significativa taxa de mortalidade dentre as neoplasias de cabeça e pescoço. De acordo com dados do INCA 2016 foram 11.140 casos para o câncer de boca em homens e 4.350 nas mulheres, um total de 15.490 novos casos diagnosticados. Na região nordeste ocupa a segunda posição, apresentando 6,86 casos para cada 100 mil habitantes (SASSI,2010; INCA,2016; GALBIATTI,2013;SANTOS,2015).

As maiores incidências da lesão encontram-se no lábio inferior, mucosa jugal, sendo o mais prevalente em língua. O carcinoma de células escamosas, corresponde ao tipo histológico que mais caracteriza esta neoplasia, de 90 a 95%. Os fatores predisponentes além da hereditariedade, estão vinculados as causas externas como o uso contínuo do tabaco isolado e associado ao álcool (SANTOS,2015; SASSI,2010).

O diagnóstico tardio, o avançado estadiamento e as dificuldades enfrentadas no tratamento são também resultado da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e das falhas de comunicação entre Redes de Atenção.

Para a garantia do cuidado e suporte á resolução de problemas que não podem ser resolvidos apenas nos níveis primários da atenção, é continua a necessidade da vinculação com todos os serviços que compõe o acesso à saúde do usuário, incluindo a média e alta complexidade.O usuário busca nas referências que obtém, na ida aos serviços especializados, e até mesmo por meio de sua escolha individual acessar os diferentes âmbitos de saúde e dessa forma solucionar suas dificuldades, dúvidas e busca da cura (PERONI,2017;VASQUEZ,2014).

A implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), apresenta uma nova forma de organizar o sistema de atenção em sistemas integrados que permitam dar resposta, compartilhar e com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (OLIVEIRA,2015).

Mesmo com as políticas em saúde construídas, na prática ocorrem pontos de fragmentação destas redes que prejudicam o cuidado. A chamada fragmentação das Redes é um dos problemas mais pertinentes no Sistema Único de Saúde, que para ser resolvida necessita de uma prática de interesses múltiplos de todos os seus trabalhadores, gestão e participação dos usuários neste processo (VASQUEZ,2011;CHAVES,2016; OLIVEIRA,2015).

Os Itinerários Terapêuticos constituem os percursos realizados por indivíduos durante todo o seu trajeto nos níveis de atenção, as escolhas realizadas para a resolução dos seus problemas e as dificuldades enfrentadas no decorrer do tratamento. Seu estudo orienta gestão e profissionais do SUS para a organização do cuidado, e nos pacientes com neoplasias, torna-se pertinente compreender este trajeto e adquirir melhorias para a integralidade do usuário (CABRAL,2017; PINHO,2017).

O objetivo do trabalho, por meio de relato de experiência, traz o itinerário terapêutico de um paciente com CA de boca, sua primeira escolha de acesso na Atenção Básica, os percalços no decorrer da trajetória com o tratamento, e as falhas no cuidado frente as interligações e união dos serviços que compõem as Redes de Atenção. Traçado por meio de fluxograma o relato é descrito por uma cirurgia dentista, onde é apresentado pelo olhar da profissional que presencia as dificuldades enfrentadas no processo do cuidado e na garantia da integralidade e dos princípios e diretrizes estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, frente as Redes de Atenção.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### A chegada

A Unidade que compõe o relato apresentado encontra-se no município de Camaçari BA, apresenta 02 equipes de Saúde da Família e 01 Equipe de Saúde Bucal. A USF está inserida na região IV. É na região IV que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família atua, profissionais de diferentes categorias realizam seu papel na saúde pública, completam o quadro de profissionais do SUS.

O Acolhimento, dentro das Estratégias de Saúde da Família recebe diversas demandas, usuários de diferentes regiões do Município de Camaçari BA, uma vez que este serviço é porta aberta ao usuário. Queixas e condições patológicas de saúde nos são trazidas, e no acolhimento ocorre o desejo de resolução dos problemas por estes usuários, seja na renovação de receita, ou na escuta do profissional que na sala do acolhimento tem papel de ouvinte das questões não só de saúde, mas que envolvem família, trabalho, anseios e dificuldades.

No início do meu processo como residente em Saúde da Família estava pronta para o atendimento ambulatorial de segunda à sexta, praticar a odontologia como prometi na faculdade em minha formatura, era visionado como resolver as demandas odontológicas por meio dos instrumentais caros, prescrever e liberar, não muito diferente do consultório privado. A única alteração estava em compreender que o trabalho era direcionado para o usuário do Sistema Único de Saúde.

A palavra acolhimento, quando me foi apresentada estava embebida no meu conceito, mero cumprimento de agenda, uma escala que por todos os residentes deveria ser cumprida. Chegava a ser cansativo para mim ouvir essa palavra tantas vezes neste início da pós graduação. Ratificava continuamente que o conceito era bonito, mas ineficaz na prática, era mais um trabalho, demandas diversas a serem resolvidas. Não sabia eu que mais tarde, poderia vê-la como instrumento de prática que não só direciona, mas também impacta a reflexão dos profissionais que conseguem enxergar nas suas mãos a vida do usuário como responsabilidade, cuidamos de vidas, o cuidado destas muitas vezes podem ser resolvidos com a escuta.

Era início de minhas atividades práticas na residência quando no acolhimento, nós da equipe odontológica fomos chamados e recebemos um usuário sem cadastro da família, o qual no território morava a pouco tempo. Apresentava queixa na região

retromolar e palato, dor há mais de 1 mês, intensificada com trauma obtido por garfada na garganta, em uma brincadeira com sua neta. O usuário já havia ido à UPA e à USF com o mesmo problema, sendo medicado com Dipirona Sódica 500 mg e orientado para retornar à USF caso não houvesse melhora. Demonstrando cansaço pelo seu problema e relatando muita dor decidimos solicitar uma radiografia panorâmica em topo e uma radiografia periapical para tentar identificar a causa da dor contínua, pedimos o retorno para avaliarmos a lesão e ouvirmos se ocorreu a continuidade da queixa. Para nós um dia corriqueiro como todos os outros, demanda, prescrição e retorno foram nossas condutas.

### **Processo do cuidado**

Quando retorna à Unidade com mesma queixa e não regressão da lesão, no consultório odontológico, indagamos a possibilidade de se tratar de uma lesão cancerizável. O usuário nos trouxe o relato de fazer uso do cigarro há mais de 40 anos, e resolvemos encaminhá-lo para o Centro de Especialidades Odontológicas do Município de Camaçari BA (CEO).

No município de Camaçari BA, o CEO apresenta a especialidade de Estomatologia, que trata das lesões do sistema estomatognático. Era a minha primeira ligação referente a um caso de cuidado diferenciado com o serviço do CEO que compõe a Rede do município.

Dentro do consultório, e ainda com os colegas, refleti um sentimento de inquietação e esperança na resolução deste caso com o encaminhamento ao especialista em lesões bucais, me perguntei no porquê de não termos encaminhado no primeiro acolhimento realizado e não associarmos de imediato o uso do cigarro com as lesões cancerizáveis para aquele caso, falhei na escuta qualificada?. Mas a lesão não apresentava sua característica a qual é exposta na literatura como lesão indolor, com bordas cruentas, eu havia aprendido assim. A lesão me pôs uma pegadinha? Era uma cobrança contínua que começaria a se intensificar a partir daquele dia.

Baseados na inquietude dos fatos agíamos com rapidez nas consultas, não porque queríamos secar a demanda, mas estávamos ansiosos com a resolução do caso.

Mas que o mais me deixou mais aflita a partir daquele dia foi o retorno deste usuário após a realização da biópsia.

Dias após o encaminhamento, o usuário retorna com dor contínua, e aumento significativo da lesão. Antes dessa intercorrência, o usuário já havia ido à Unidade com solicitação de exames complementares para a realização da biópsia. Ligamos para a regulação e conseguimos marcar estes exames para que a biópsia fosse realizada o mais rápido possível. Ao informar que o procedimento não foi realizado no CEO, mas em consultório privado, e que o mesmo não apresentava condições financeiras para pagamento de exame histopatológico, entramos em contato com o serviço de patologia da Universidade Federal da Bahia e o encaminhamos para este serviço na cidade de Salvador BA, apresentando as orientações necessárias para o exame. O município não apresentava laboratório de análise e tínhamos que extrapolar a Rede que estávamos inseridos buscando outras alternativas. É importante frisar que no período do ano de 2016 o CEO de Camaçari estava passando por algumas mudanças, envolvendo reformas e deficiência quanto a obtenção de materiais para a realização de alguns procedimentos, além de greve de alguns servidores. Não recebemos contra referência do CEO e o Serviço de patologia da UFBA foi nossa segunda parada ao nos ligarmos com as Redes de Atenção que estariam disponíveis. O paciente nos trouxe que não apresentava naquele momento condições financeiras para o transporte e alimentação, havia dias com a peça histopatológica na mão sem saber o que fazer com a mesma. Dessa forma, foi aguardado um certo período para que o dinheiro fosse conseguido e houvesse a realização da análise da peça histopatológica em Salvador BA.

Após ter conseguido ir ao serviço da UFBA, o usuário retorna à equipe sendo orientado e encaminhado ao CEONC (Centro de Oncologia de Camaçari BA). O CEONC foi a nossa terceira parada de serviço que compõe as Redes de Atenção. Ao entregar mais uma referência ao usuário, dentro da sala de reunião com a agente comunitária de sua micro área, assistente social, enfermeiro da equipe, e médico, e após desabafo do paciente alegando que não sabia o que realmente tinha, e que estava cansado de caminhar na busca da resolução do seu caso, sem condições financeiras e intensidade da dor, encontramos naquele momento a responsabilidade e o dever de deixar a parte que envolve protocolos de referência e contra referência de lado e conversar com este usuário do que realmente tratava sua doença. Entrei em conflito comigo mesma, um sentimento de culpa e apreensão rondavam-me na frente deste usuário, busquei não demonstrar. Além de estar na responsabilização de trazer o possível diagnóstico de uma lesão maligna, e estar ciente das falhas obtidas enquanto profissional da Atenção Básica e nos outros níveis de atenção, me fiz algumas perguntas subconscientes naquele momento: enquanto equipe procedemos



de forma cuidadosa e humanizada ao tratar este caso, compreendendo que nossa rede é fragilidade e que outras portas precisam ser fontes de opção ou o chamado plano b, na resolução de casos que envolvem a vida do outro, o risco de morte, a dor e os problemas sociais? Por que o CEO não nos havia contra referenciado e por que enquanto Centro de Especialidade não houve a informação a este usuário da possibilidade de se tratar de um câncer de boca? Estaríamos sozinhos nesse barco?

Foi como um tapa na cara e ao mesmo tempo um despertador à reflexão das nossas atitudes. Ali, entendi o significado de fragmentação das redes de atenção. Era de suma necessidade a consolidação de pactos, comunicação e alerta aos serviços que junto ao qual eu fazia parte precisavam assumir essa responsabilização do cuidado.

O fato é que não consegui dar o diagnóstico sugestivo ao usuário e junto à minha R2 chamamos nossa preceptora naquele momento para que nos ajudasse com esta situação. Percebi que deveria encarar o presente de forma cuidadosa e segura, que outros usuários, em outros serviços que estarei, chegarão com a mesma situação e que meu apoio e meu papel enquanto profissional é fundamental neste processo.

Sendo encaminhado ao CEONC, o oncologista deste serviço solicitou a este usuário uma consulta com o cabeça e pescoço, mais uma referência e mais um caminho a percorrer eu pensava, mas era necessário, era a opção naquele momento, opção esta que não havíamos construído, uma vez que confiávamos na Rede e acreditamos que o fluxo de encaminhamento após o acolhimento do usuário seria consolidado. Sem conhecer em qual espaço procurar este especialista, buscamos uma forma do usuário obter essa consulta e ao mesmo tempo iniciar seu tratamento. O Aristides Maltez, hospital filantrópico do município de Salvador ba, atende aos pacientes com câncer de todo o estado da Bahia, optamos por este ponto da rede, uma vez que Camaçari não apresenta um hospital especializado para o tratamento da patologia referida. No encaminhamento foi construído todo o histórico e condições de saúde deste usuário, desde sua primeira chegada ao serviço, até a biópsia realizada. O cadastro familiar na USF foi construído, e junto as orientações dadas, frisamos ao usuário o nosso contínuo apoio, e que sempre fosse trazidas notícias a respeito do tratamento. Após construir a referência eu tinha a convicção de que a única forma de obter informações a respeito desse cuidado, seria o retorno do usuário. Por se tratar de um serviço de alta complexidade, o âmbito hospitalar e os níveis de atenção primária que dispõem das unidades básicas apresentam grandes dificuldades de comunicação, nos esforçamos enquanto equipe para a obtenção desse contato, mas não obtivemos

sucesso nessa empreitada, seria o próprio usuário, o qual estava em cuidado que nos traria as informações do que estava sendo feito com ele.

Foram também dadas orientações acerca do auxílio financeiro obtido pelo município junto à assistente social da unidade, a qual foi muito importante no papel enquanto componente da equipe multiprofissional. O usuário passou a conhecer alguns direitos e foi apresentado a ele a possibilidade de aposentaria ao invés do auxílio doença, pois o mesmo apresentava mais de 15 anos de trabalho. A aposentadoria dessa forma foi consolidada posteriormente. Após alguns dias, recebemos o resultado do laudo histopatológico com diagnóstico conclusivo de Carcinoma Escamocelular de Orofaringe e o usuário consegue dar entrada ao HAM apresentando-nos solicitações de alguns exames complementares.

Apartir da construção desse processo do cuidado percebo uma consolidada ligação entre o usuário e a equipe, para mim a relação construída foi fundamental para o sucesso de diversas escolhas que foram realizadas junto a ele, interconsultas com avaliação nutricional, enfermagem, consulta médica e marcação de exames complementares tiveram o apoio da equipe multiprofissional composta na unidade. Diversos retornos e feed backs nos foram trazidos relacionados as condutas do tratamento, as inquietações, o medo, a fragilidade. Muitos destes conseguimos resolver junto a ele, como por exemplo o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o auxílio transporte, o auxílio nutricional, através da suplementação fornecida, além da co responsabilização dos membros da família. Outros não foram tão fáceis, como a busca pelo alívio da dor, intensificada com o começo da quimioterapia e radioterapia, a dispneia, as secreções no ouvido. Nesta fase, recorreremos a outros instrumentos de ajuda e suporte. Utilizamos o Tele Saúde para matriciamento de algumas condutas, posso considerar como uma opção de Rede ou talvez um forte instrumento do conhecimento aos profissionais do SUS. Recorreremos também ao Serviço de Laserterapia da UFBA para tratamento da hipossalivalação ocasionada pela radioterapia.

A ligação entre usuário e equipe de saúde bucal foi tão forte que não era realizado o uso de medicação sequer sem antes nos consultar. Não havia parado neste percurso para avaliar se havia o mesmo laço com os outros profissionais.

Durante o tratamento iniciaram-se melhoras no estado de saúde, nas sintomatologias. O quadro clínico tornava-se estável e de boa evolução, não foi nada mais prazeroso que perceber que este caso estava atingindo ganhos muito positivos, apesar de muitas frustrações e angústias na trajetória percorrida.

Em todo esse caminho, também me causou algumas inquietações, uma delas foi participar das falhas comuns e constantes no processo de comunicação com as Redes. Me perguntava muitas vezes se seria possível ligá-las como teoricamente se apresentam. Tínhamos muito trabalho a fazer, tínhamos que dar um pontapé inicial, mesmo que o fruto não se formasse era necessário plantá-lo. Outros usuários surgiram com lesões de boca no acolhimento, nas consultas odontológicas e era preciso criar ferramentas para desfragmentar a integralidade do cuidado. Este percurso me despertou, acho eu que tinha acordado.

### **Construindo a rede**

Apartir da avaliação do cuidado enquanto equipe e por observar a necessidade de articulação de rede com os centros de referência no município de Camaçari BA em específico ao paciente com câncer de boca, foram construídas ações com ênfase no território da USF objetivando atingir um modelo ou referência que pudesse alcançar outras Unidades e regiões do município de Camaçari Ba.

Dentre as falhas encontradas no fluxo da Rede de Camaçari BA estão o acesso aos usuários com lesões pré cancerizáveis nos serviços especializados e a continuidade do seu acompanhamento e monitoramento por estes serviços, a ausência da contra referência também dissolve a comunicação com a ponta e dificulta a inserção de todos os profissionais na coordenação do cuidado, principalmente para a Atenção Básica que introduz o cuidado e mantém o primeiro contato.

A construção de um fluxograma descritivo do usuário permitiu que a equipe pudesse melhor compreender as ações tomadas nesse processo, os pontos que dispunham da dissolução das Redes de Atenção, as falhas ocorridas neste e as possíveis resoluções que deveriam começar pela nossa atuação como profissionais e posteriormente aos outros serviços especializados. O fluxograma (anexo 1), foi construído com base no prontuário do usuário, por meio deste partimos para outras ações como a discussão assídua de outros casos nas reuniões de equipe, o matriciamento a todos os profissionais da unidade nos proporcionou compartilhar o que aprendemos na vida acadêmica, era necessário passar essa causa, dividi-la, e assim foi feito. É tecla repetida nesse meu processo de formação, pude compreender a importância e imprescindível necessidade do matriciamento em todos os serviços de saúde, a todos os profissionais e gestores. Nos matriciamentos ocorridos percebi a

boa receptividade de toda equipe para com esta causa, percebi a partir daí que não estava sozinha e que toda equipe estava pronta para encarar as ações propostas.

O câncer de boca, suas causas e possíveis tratamentos foram abordados, o que mais me chamou atenção neste matriciamento foram os casos trazidos por diversos agentes comunitários que presenciaram com algumas famílias de suas micro áreas, além do grande número de fumantes, pessoas que já apresentavam características de lesões e que não sabiam do que se tratava.

As salas de espera também receberam enfoque significativo referente ao tema, sendo este levantado por outras categorias.

Por meio das reuniões de equipe foram identificados novos casos e queixas recebidas no acolhimento e nas demandas de urgência médica e odontológica da unidade. Ao discutir estes novos casos avaliamos a necessidade de uma intervenção da equipe junto aos agentes comunitários não só dentro do espaço da Unidade, mas com abrangência nas visitas domiciliares e nas atividades coletivas realizadas.

O chamado rastreamento de câncer de boca na USF Piaçaveira foi um projeto de intervenção com foco na identificação de lesões pré cancerizáveis, objetivando a prevenção ao cigarro e a realização do auto exame bucal acompanhados de encaminhamento ao CEO e a Unidade para preservação e tratamento de outras demandas odontológicas. Contamos com a participação de duas internas em medicina que estavam estagiando na unidade e com a participação do médico e a equipe odontológica foi construído um projeto de cooperação chamado Rastreamento do câncer de boca, com dados de quantidade de fumantes em cada micro área do território da USF Piaçaveira e as lesões apresentadas em cada equipe. Recebemos em nossa Unidade a Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas, um encontro fundamental para a busca de melhorias e comunicação de Redes nos serviços do CEO. As informações trazidas colocam Camaçari, um município que apresenta índice significativo de usuários que procuram o serviço com lesões pré cancerizáveis, com prevalência para as leucoplasias (lesões brancas). A equipe avaliou a possibilidade de formação de um grupo de tabagistas na unidade, entretanto o projeto não pode ser realizado, uma vez que outros suportes como medicações para terapia são necessários e não obtivemos resposta do município quanto a estes insumos. Passamos a acompanhar outros usuários com diagnóstico de câncer de boca, vivenciei a diferença da primeira conduta que tomamos com o itinerário do usuário à agilidade da qual obtivemos nos outros casos tratados como: a continuidade aos encaminhamentos ao CEO, acompanhados de monitoramento e comunicação contínua com o usuário por meio de ligações e busca ativa, de uma forma mais

próxima, a possibilidade do encaminhamento ao Aristίδes Maltez caso houvesse dificuldades no fluxo da Rede , além da conduta durante a primeira consulta com orientações do cuidado e suporte as questões que envolvem a doença.

A USF atualmente conta com 3 casos em tratamento de Carcinoma de células escamosas, e diversos casos de lesões pré canceriáveis que envolvem com predominância a leucoplasias e a eritroplasia. Passado um ano e meio na USF me despedi desta com o caso do itinerário em acompanhamento, o usuário encontra - se em bom estado de saúde e passou a procurar pouco a equipe, uma vez que as demandas clínicas já não estavam intensificadas. Novos casos de CA de boca estavam sendo resolvidos, é importante frisar a mobilização intensa da equipe que começou a intensificar a partir deste caso seu papel fundamental enquanto equipe multiprofissional. Passamos também a receber mais contra referências do CEO, inclusive nos encaminhamentos de outras especialidades como periodontia, endodontia e cirurgia. Há muito o que se fazer, porém saio ratificando em meus pensamentos a frase que diz que plantando e semeando, no fim sempre teremos o que colher.

### **Discussão**

À luz do relato de experiência circunda todo um processo de aprendizagem que orienta e direciona o meu papel enquanto trabalhadora do SUS. Ser Dentista da Família neste período da Residência foi o meu legado nessa trajetória de aprendizagem, ganha um significado que parte para uma caminhada de desafios e conquistas somando-se pouco mais de 20 anos, a partir da Universalização do acesso à saúde no Brasil . O que nos cabe agora não limita-se à garantia do acesso, mas a continuidade deste em todas as esferas dos serviços ofertados, que compõem uma estrutura organizacional, pautada em princípios e diretrizes, na co responsabilização dos recursos humanos e pactuação de ações que direcionam quem procura o resolubilidade de suas necessidades.

Como componente da equipe multiprofissional, ampliando meu olhar como dentista de família, busco reafirmar em minha prática a dignificância da Atenção Básica como norteadora das linhas do cuidado. Compreender esse papel exige uma prática contínua em todos os espaços que a executam . Percebo nesta prática a minha capacidade e a de meus colegas em meio a tantas turbulências conseguir ordenar e coordenar o cuidado.

A estratégia de Saúde da Família é porta de entrada para os cidadãos ao Sistema de Atenção à saúde no Brasil (CESAR,2011).

O trabalho que está vinculado às equipes multiprofissionais não é um mérito específico da Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto, no caso da ESF ele se tornou um dos principais instrumentos de intervenção, pois as ações se estruturam a partir da equipe, dos planejamentos pactuados (PEREIRA,2011). A participação de toda a equipe multiprofissional teve um impacto decisivo na resolução de diversas problemáticas apresentadas no caso apresentado, a equipe de saúde bucal sozinha não preencheria o que a Integralidade do cuidado propõe.

Apartir da compreensão dessa importância enquanto profissional da Atenção Primária, fui apresentada à dispositivos que viabilizam o acesso e primeiro contato com os usuários que procuram o serviço. O Acolhimento, é um instrumento utilizado no processo de organização da Atenção Primária em Saúde e encontra-se presente na maioria dos serviços ofertados. OLIVEIRA,2015 traz que o Acolhimento deve estar presente em todas as relações do usuário com a equipe de saúde, é uma das práticas de relação com o cuidado. Nas Unidades de Saúde da Família é fundamental a boa escuta e compreensão de suas necessidades, assegurando uma atenção resolutiva. Pude identificar o impacto desta ferramenta no decorrer do tratamento do usuário, a partir do Acolhimento foram criados laços de confiança e consolidados pactos entre equipe, o primeiro acolhimento realizado serviu como aprendizagem para abrir espaço a algumas avaliações que seriam necessárias para o processo de trabalho e conduta no tratamento.

O diagnóstico conclusivo do exame histopatológico foi o carcinoma de células escamosas, o qual corrobora com a literatura (SASSI et al,2009). Os mais atingidos são os homens com uma faixa etária de 50 a 55 anos, e os fatores externos estão associados ao consumo do álcool e tabaco, compatível nos dados trazidos pelo uso do cigarro há mais de 40 anos. O que me impressiona neste caso foi a necessidade de uma realização de três escutas para dar ênfase a um diagnóstico sugestivo. Posso encontrar outros casos na prática e compartilho da ideia de que muitas vezes a bandeja não estará servida de prontidão ao profissional para diagnosticar, é necessário estar atento a todas as possibilidades.

ANDRADE et al,2015, em um estudo de caso controle no município de Feira de Santana BA, ao avaliar os fatores associados ao câncer de boca traz as condições

sociais como muitas vezes ignoradas na complexa cadeia causal da patologia ,e que podem ser incluídas como determinantes distais no processo saúde- doença. No caso apresentado, a experiência do cuidado foi por muitas vezes impedida de correr como deveria por conta das condições financeiras do usuário. Ressalta-se a limitação do relato na identificação dos dados do usuário, como profissão, escolaridade, presentes no prontuário médico e odontológico, entretanto, participamos desses entraves e adentramos na busca pela família do usuário.

As questões sócio econômicas, unidas à dificuldade de acesso com os pontos da Rede, ocasionaram uma espera que tornou-se aflita e continua pela execução do tratamento. Desde o diagnóstico até a escolha do tratamento pelos serviços especializados, foram muitas dúvidas e espera de respostas. Fui apresentada ao conceito de fragmentação das Redes de Atenção. Ao debruçar-me na literatura, acerca dos conceitos de rede, encontro dentre os objetivos a busca pela integralidade do cuidado. Para PERONI, 2013, o conceito de rede condiz como uma organização macro política à qual está inserida o desenho institucional do SUS. As ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada com aumento de cobertura das ações. Os debates acerca dos sistemas fragmentados e necessidade de organização das Redes de Atenção à saúde no Brasil tem avançado consideravelmente nos últimos anos.

Na prática, lugar do qual necessitamos desta cobertura, lidamos muitas vezes com pontos da rede fechados e como trabalhadores da Atenção Primária optamos por resolver sozinhos as demandas de acordo com nossas possibilidades e deixar que o barco tocasse sem parada para análise e alerta aos outros pontos de apoio que completam essa rede. No relato de experiência apresentado precebi como é dificultoso coordenar o cuidado, não é fácil estabelecer um direcionamento com essa falha estrutural. Os encaminhamentos realizados para os serviços especializados não apresentavam retorno e tínhamos que buscar alternativas para dar continuidade a esse direcionamento.

O principal elemento para a investigação das Redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contra referência (CESAR,2011). Neste percurso uma preocupação que envolveu toda a equipe e a possibilidade do sucesso do tratamento para nós estava em jogo no processo da espera. FUNDATO et al, 2012 em seu estudo sobre Itinerários Terapêuticos em pacientes com Osteossarcoma, adolescentes e adultoos jovens traz como resultado que o atraso do diagnóstico pode estar relacionado

a diferentes fatores sociais, culturais e econômicos, tanto por parte do paciente e familiares quanto pelas falhas do próprio sistema de atenção à saúde. No tempo médio do estudo, desde o aparecimento dos sinais e sintomas até a chegada de um serviço especializado para o diagnóstico foi de 06 meses. A experiência do relato corrobora com as dificuldades do diagnóstico e ao percurso do tratamento, apresentando um período de aproximadamente 2 meses para o começo do tratamento no Aristides Maltez.

No Brasil, foi publicado a Lei n. 12732/2012 do Ministério da Saúde , estabelecendo o direito do usuário com câncer ser tratado em um prazo de 60 dias após diagnóstico com laudo histopatológico, e que a inclusão do tratamento deve ser inserida em prontuário eletrônico, como forma de reduzir o tempo de espera no tratamento da doença ( AQUINO, 2016; RODRIGUES, 2016)

Para AGUILERA et al, 2013 as dificuldades no acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade promove interrupção na continuidade das linhas do cuidado, as quais objetivam garantir a saúde do usuário respeitando o princípio da integralidade e criam barreiras para a adequada coordenação da atenção primária.

A literatura aborda a necessidade de uma discussão acerca da Assistência à Saúde pelos serviços de Alta e Média complexidade no SUS, realizada por seus gestores, objetivando ações que garantam suporte à Atenção Básica (BRASIL,2007).

Para CHAVES,2016 ampliar a possibilidade de detecção precoce com envolvimento dos agentes comunitários de saúde é um caminho valorativo com encaminhamento dos usuários de alto risco para o exame clínico com os profissionais da unidade. O apoio de todas as outras categorias valoriza o trabalho multiprofissional com momentos de debate dos casos e contribui para uma mescla na procura, uma vez que não é atitude continua buscar imediatamente ao cirurgião dentista quando surge a suspeita da lesão. Concomitante à continuidade da equipe no tratamento do usuário e de outros casos que foram surgindo no decorrer do tempo, buscamos o CEO para pactuar algumas ações de apoio, como no relato apresentado com a participação da coordenação do CEO ,na reunião de equipe da unidade que abordou sobre lesões bucais e matriciamento do profissionais. Os Agentes Comunitários do serviço participaram conosco do Projeto de Rastreamento de Cancer de boca nas micro áreas, com o acompanhamento aos profissionais e busca ativa dos pacientes fumantes do território.



O matriciamento foi um instrumento promissor para a construção das práticas enquanto equipe, permitiu compartilhar em todas as categorias que fazem parte dos recursos humanos da Unidade o conceito da patologia enfrentada e as formas de promoção e prevenção para os usuários do território. Medeiros, 2015 traz que o matriciamento, como lógica de organização do trabalho em saúde, aponta para o segundo tempo lógico do cuidado integral ao constituir-se como prática de cooperação entre equipes de ESF e suas referências de apoio – setoriais e intersetoriais – e como modo de potencializar o trabalho com os cuidados primários em saúde em toda sua complexidade.

O Centro de Especialidades Odontológicas, primeiro serviço especializado que procuramos, tornou-se um norte das nossas atitudes enquanto executores da comunicação com a rede do município. As dificuldades de monitoramento do cuidado, nos encaminhamentos realizados e nas barreiras para compartilhar o acesso ao usuário, me possibilitou compreender que muito além da criação de um serviço especializado, existe a necessidade de que seus profissionais estejam atentos às fragilidades na oferta dos serviços que fazem parte. A expansão da rede assistencial secundária e terciária não acompanhou o crescimento e oferta de serviços da Atenção Básica (CESAR, 2011). CHAVES, 2016 em retrospectiva a um estudo realizado no ano de 2016 com 4 CEOs no estado da Bahia, traz alguns fatores relevantes para a garantia da assistência à saúde bucal, existe uma demanda maior do quantitativo de cobertura que a Atenção Primária oferta frente ao lugar que o serviço especializado se situa. É necessário planejamento para as ações.

O município de Camaçari apresenta 41 unidades de Saúde da Família e 06 regiões, e 01 Centro de Especialidades Odontológicas que recebe uma demanda de usuários todos os dias. Desfragmentar essa rede na oferta deste serviço especializado exige a participação de todos os setores que compõem o município, gestores profissionais e participação da comunidade. Não estávamos preparados também para buscar redes alternativas.

O Itinerário terapêutico mostrou-se ferramenta de acompanhamento e análise de toda as falhas envolvendo os participantes do cuidado e por meio dos caminhos percorridos pelo usuário permitiu um modelo de referência na planejamento e execução de outros casos. Planejamento, Organização e Ação dos serviços assistenciais em

saúde são base para a avaliação dos itinerários terapêuticos em todos os serviços, e os principais objetivos encontram-se na percepção do usuário sobre a doença e o tratamento, (CABRAL et al,2011; PINHO E PEREIRA,2012; NABÃO E MARUYAMA, 2009; FUNDATO et al, 2012; AQUINO E RODRIGUES,2016).

O relato apresentado diverge em alguns aspectos dos utilizados pelos autores, uma vez objetiva o olhar do profissional que analisa e traz sua vivência em todo o processo do cuidado. A percepção da doença é construída no relato desde a primeira procura do usuário ao associar a lesão por um trauma até a dúvida do que realmente apresentava a doença com os encaminhamentos. Outra abordagem significativa dos Itinerários Terapêuticos encontrados são as escolhas dos pacientes no percurso do tratamento que envolvem componentes sócio culturais que relacionam a religião, o saber popular e a cura. Pinho e Pereira, 2012 e Nabão e Maruyama 2009 trazem na construção dos itinerários a busca pela cura por meio do cuidado popular, a terapia religiosa, outras alternativas que ora estão relacionadas a considerar falhas do saber biomédico ou repúdio a este no tratamento. A experiência que tenho trazido no itinerário me chama atenção pelo fato da confiança que foi dedicada à equipe, nos limitamos a procurar saber se o usuário procurou outras fontes para a resolução da sua condição de saúde. A contínua procura pela equipe e o laço estabelecido por meio desta não foram desfeitos.

O uso do Fluxograma têm permitido aos projetos terapêuticos na literatura, apesar de poucos achados, uma via analítica mais enxuta dos passos que circundam o cuidado. Foi escolhido pela equipe para avaliar o desempenho na execução de ordenar e coordenar o cuidado, e as fragilidades da Rede. Franco, 2000 traz em seu relato por meio de um fluxograma a partir de um olhar usuário centrado, sobre os serviços de saúde, testando a eficácia dessa ferramenta. A proposta da chamada “Produção do Cuidado”, amplia e liberta os trabalhadores de saúde na apresentação do seu processo de cuidar, dando vida à construção do relato e passaporte ao planejamento das ações no consultório, junto à equipe e principalmente no espaço do território ligado aos pontos da rede.

### **Considerações Finais**

Ao construir um observatório que objetiva avaliar minha prática enquanto trabalhadora do SUS e tem no Itinerário Terapêutico um dispositivo que impulsiona o exercício do cuidado, compreendo como necessidade uma participação coletiva que envolva todos os níveis de atenção. A continuidade e oferta dos serviços, ordenando as redes e construindo projetos terapêuticos e itinerários para colaboração das atividades e busca à resolutividade dos casos em equipe são caminhos possíveis .

Para que sejam firmados apoio-me à necessidade do reivetar-se a cada prática, demandas do dia a dia que envolvem acolhimento, consultas, ou autorias de ações que nos responsabilizam para o alcance de um novo sujeito que executa e direciona as escolhas do tratamento junto ao usuário, na avaliação e planejamento em todos os pontos da Rede esta inserido este papel.

Ainda que os modelos que compõem Atenção primária e os serviços de alta e média complexidade estejam debruçados nas diferentes formas do cuidar, pausamos nas necessárias teias que ligam cada forma de assistência a sua maneira. Ainda que necessite ser pioneira no direcionamento aos outros pontos da rede, a Atenção Básica sozinha não consegue dar conta de um trabalho que é conjunto. São necessários mais estudos e debates sobre Redes de Atenção no Brasil e a busca por compreender como articular esta rede em todos os níveis.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Jarielle Oliveira Mascarenhas; SANTOS, Carlos Antônio de Souza Teles; OLIVEIRA, Márcio Campos. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Rev. Epidemiologia.*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 894-905, Dez. 2015. Acesso em 10 de Nov. 2017.
- AGUILERA, Sandra Lúcia et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde. *Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro* 47(4):1021-39, jul./ago. 2013.
- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
- CABRAL, A. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011. Acesso em 10 de novembro, 2017.
- CRISTINA LIMA CHAVES, SONIA. Políticas de Saúde Bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador: EDUFBA, 2016.
- DE AQUINO, R.C.A.; Rodrigues, M. ACESSO E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS PACIENTES COM CÂNCER: PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS PARA ESTE PERCURSO. *Rev. Saúde.Com* 2016; 12(1): 488-496. Recife, 2016.
- FEIJÓ, Aline Machado et al. O Itinerário Terapêutico das Mulheres com Câncer de Mama em tratamento radioterápico. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v7i0.2017>. Acesso em 08 de novembro de 2017.
- FRANCO, Túlio Batista. O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz – MG. São Paulo, 2003.
- Fundato CT, Petrilli AS, Dias CG, Gutiérrez MGR. Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(2):197-208. São Paulo, 2012
- GALBIATTI, Ana Lúcia Silva et al. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. *Braz. j. otorinolaryngol.*, São Paulo, v. 79, n. 2, p. 239-247, Apr. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art)

text&pid=S1808-86942013000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de julho de 2017.

Instituto Nacional de Câncer-INCA. Tipos de Câncer de Boca. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro – RJ, 2016. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/definicao>. Acesso em 03 de setembro de 2017.

Medeiros, Roberto Henrique Amorim. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [ 4 ]: 1165-1184, 2015.

Nabão FRZ, Maruyama AS. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(1):101-9. Acesso em 03 de setembro de 2017.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

PINHO, Paula Andréa; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-450, Junho de 2012. Acesso em 08 de novembro de 2017.

PERONI, Fabiana da Mota Almeida. TECENDO REDES: itinerários terapêuticos de pacientes com câncer na macrorregião de Campinas. Disponível em [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/310857/1/Peroni\\_FabianadaMotaAlmeida\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/310857/1/Peroni_FabianadaMotaAlmeida_D.pdf). Acesso em 08 de novembro de 2017.

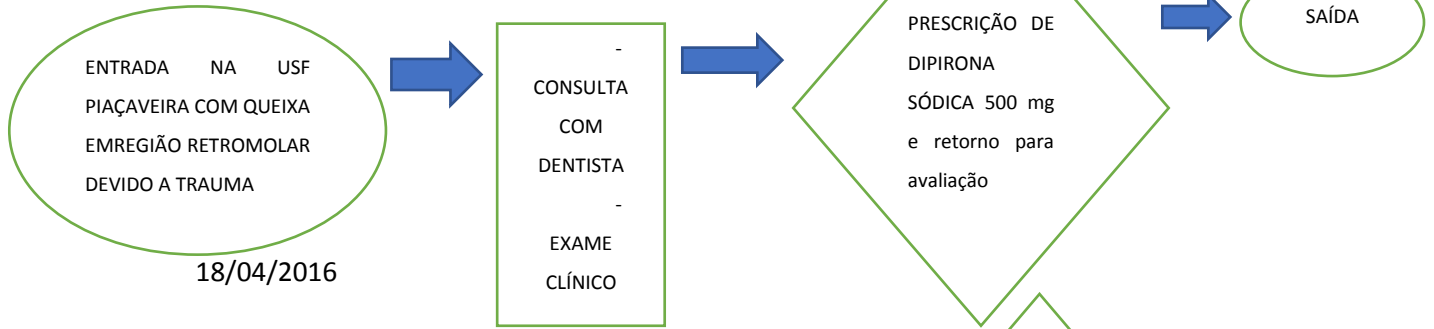
SANTOS, Livia Paulo de Sousa et al. Características de Casos de Câncer Bucal no Estado da Bahia, 1999-2012: um Estudo de Base Hospitalar. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2015; 61(1): 7-14. Jequié BA, 2015.

Sassi et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010 Mar;7(1):105- Disponível em 04 de setembro de 2017.

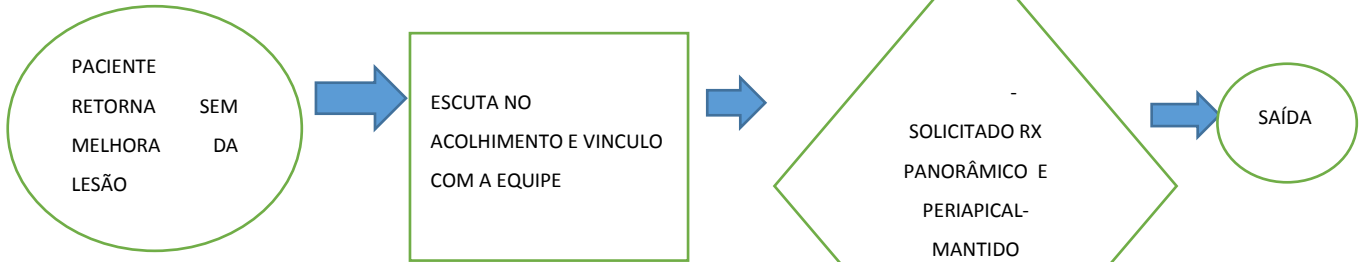
SANTOS, Daniel Lacerda.; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. *rio de janeiro*, v. 38, n. 103, p. 744-755, OUT-DEZ 2014.

### ANEXO 1. FLUXOGRAMA DESCRITIVO

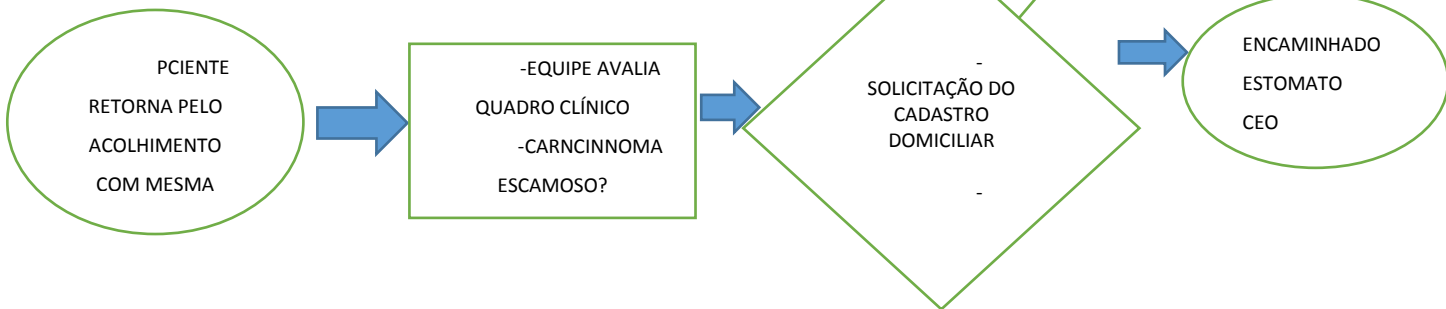
05/04/2016



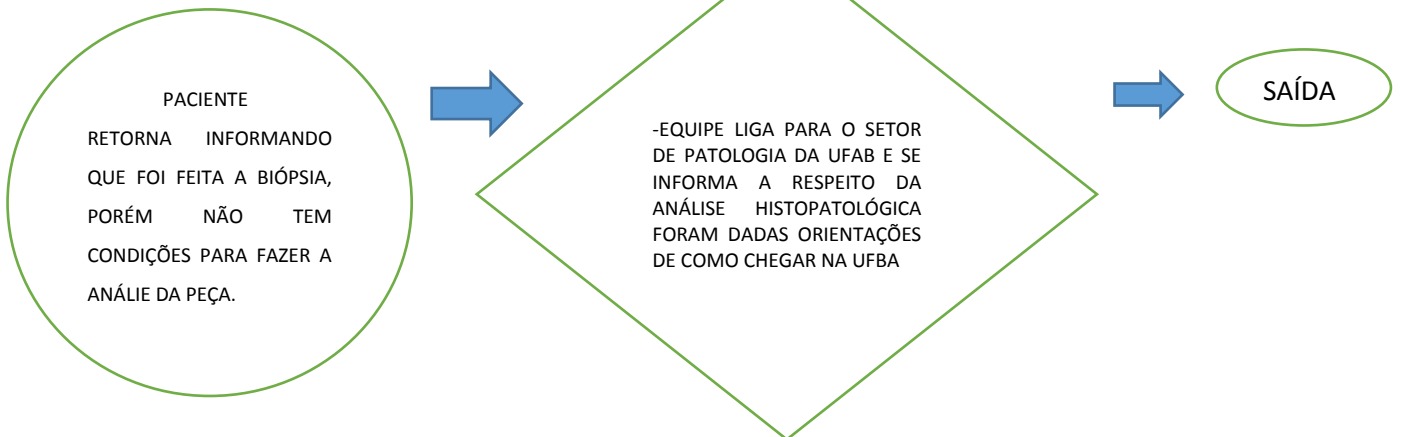
18/04/2016



26/04/2016



01/05/2016



31/05/16

PACIENTE RETORNA E INFORMA QUE CONSEGUIU LEVAR A PEÇA PARA ANÁLISE .



-ORIENTAÇÃO PARA QUE FOSSE AO CEONC PARA CONSULTA COM ONCOLOGISTA  
-ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA 1G INTRAMUSCULAR PARA ALÍVIO DA DOR  
-REALIZAÇÃO DO CADASTRO DOMICILIAR



SAÍDA

01/06/16

PACIENTE RETORNA COM UM GUIA DO ONCOLOGISTA AO ESPECIALISTA DE CABEÇA E PESCOÇO



-EQUIPE CONSTRÓI REFERÊNCIA COM HISTÓRICO DO PACIENTE  
-ORIENTAÇÃO PARA QUE O PACIENTE SEMPRE TRAGA NOTÍCIAS DO TRATAMENTO-ASSISTENTE SOCIAL DA ORIENTAÇÕES SOBRE AUXÍLIOS FINANCEIROS



REFERENCIADO PARA O HAM

03/06/16

PACIENTE RETORNA COM SOLICITAÇÃO DE EXAMES FEITO PELO HAM, QUEIXA-SE DE DOR, TRAZ RESULTADO HISTOPATOLÓGICO



-DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE OROFARINGE



SAÍDA

10/06/16

PACIENTE COMPARECE À UNIDADE PARA CONSULTA



INTERCONSULTA MÉDICO, ODONTOLÓGICA E NUTRICIONAL



PREENCHIMENTO DE LAUDO MÉDICO PARA TRATAMENTO FORADO DOMICÍLIO  
ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA ALIMENTAÇÃO

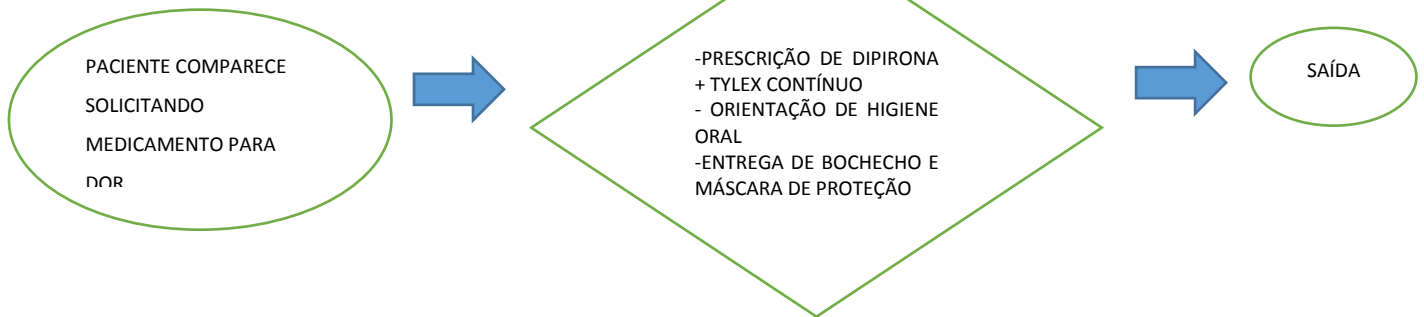


SAÍDA

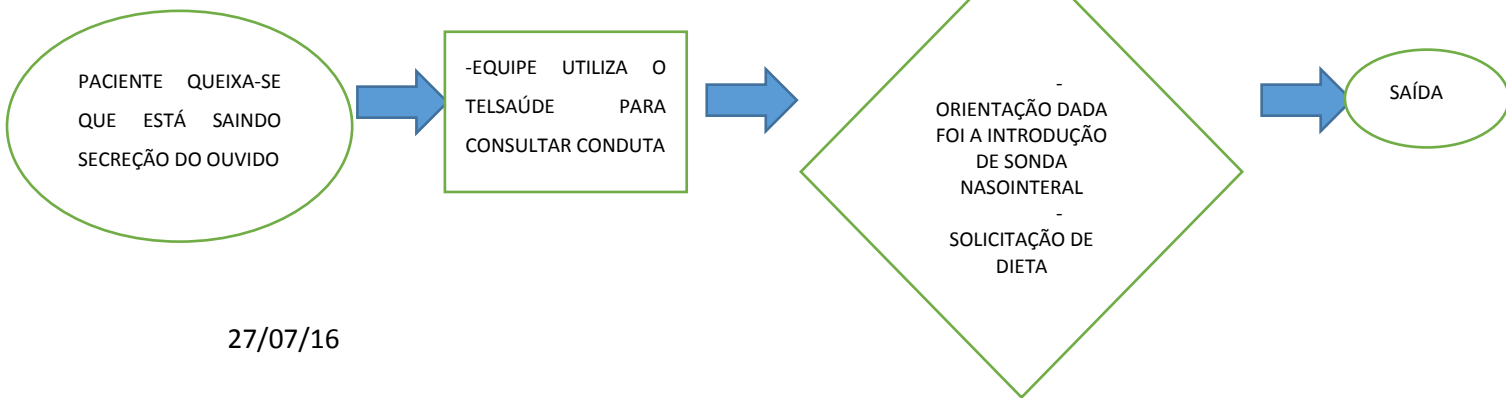
27/06/16



18/07/16



21/07/16



27/07/16

