



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Acesso ao tratamento oncológico do Sistema Único de Saúde na Região de Saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil)

Thiago Borges Arcanjo

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Arcanjo, Thiago Borges
A668 Acesso ao tratamento oncológico do Sistema Único de Saúde na Região de Saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil) / Thiago Borges Arcanjo. Salvador: TB Arcanjo, 2015.

viii, 63 fls. il. [graf., tab. quadros].

Professor orientador: Washington Luiz Abreu de Jesus.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão de Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Sistema Único de Saúde. 2. Oncologia. 3. Serviços de saúde. 4. Assistência à saúde. 5. Gestão em saúde. I. Jesus, Washington Luiz Abreu de. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU – 614.39



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Acesso ao tratamento oncológico do Sistema Único de Saúde na Região de Saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil)

Thiago Borges Arcanjo

Professor orientador: **Washington Luiz Abreu de Jesus**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

Monografia: *Acesso ao tratamento oncológico do Sistema Único de Saúde na Região de Saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil)*, de **Thiago Borges Arcanjo**.

Professor orientador: **Washington Luiz Abreu de Jesus**

COMISSÃO REVISORA:

- **Washington Luiz Abreu de Jesus** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lauro Antonio Porto**, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Selma Alves Valente do Amaral Lopes**, Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Carolina Cincurá Barreto**, Doutorando do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2015.

Se evito que um coração se parta, não terei vivido em vão; se suavizo a dor de uma vida, ou alivio um sofrimento, ou levo de volta ao ninho um filho ferido, não terei vivido em vão. (Emily Dickinson).

À minha querida e amada Mãe **Ednalva** (*in memorian*), aos meus irmãos **Verônica** e **João Paulo**, ao meu cunhado **Juliano**, ao meu amado sobrinho **Gabriel**, aos meus avós maternos **Ana Borges** (*in memorian*) e **João Moreira**, e aos meus tios pelo apoio.

EQUIPE

- Thiago Borges Arcanjo, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: thiagoborgesarcanjo@bol.com.br;
- Washington Luiz Abreu de Jesus, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

- Centro Estadual de Oncologia da Bahia (CICAN)
- Núcleo Regional de Saúde Oeste

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, Doutor **Washington Luiz Abreu de Jesus**, por acreditar nesta pesquisa, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas e à minha vida profissional de futuro médico sanitário.
- ◆ À Senhora **Dilma Moreira**, profissional do Núcleo Regional de Saúde Oeste (antiga 25ª Diretoria Regional de Saúde), pela colaboração no levantamento de dados do programa “Tratamento Fora de Domicílio” da Região de Saúde de Barreiras.
- ◆ À **equipe do Centro Estadual de Oncologia da Bahia (CICAN)** pelo apoio na coleta de dados nos prontuários.
- ◆ À doutoranda **Carolina Cincurá Barreto**, aos professores **Lauro Antonio Porto** e **Selma Alves Valente do Amaral Lopes**, membros da Comissão Revisora desta Monografia, sem os quais muito deixaria ter aprendido. Meus especiais agradecimentos pela constante disponibilidade.
- ◆ Ao professor Doutor **José Tavares-Neto**, pela experiência cedida e constante disponibilidade na retirada de dúvidas.
- ◆ Aos meus colegas **Cíntia Domingos Nascimento**, **Gabriel Kamei Guimarães** e **Juliana Lima Aguiar** pela colaboração.
- ◆ À minha querida mãe **Ednalva Borges dos Santos Arcanjo** (*in memoriam*), por todo incentivo na busca por conhecimento, na defesa do SUS e da Gestão em Saúde Coletiva. Obrigado por ter acreditado no nosso sonho, por ser a minha inspiração, pelo apoio e amor incondicional.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE GRÁFICOS, QUADRO E TABELA	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
IV. REVISÃO DA LITERATURA	8
IV.1. O que é o câncer	8
IV.2. A relevância do câncer no perfil de adoecimento da população brasileira	9
IV.3. Modalidades de intervenção e ações de controle	11
IV.4. Políticas, ações e programas para o controle do câncer no Brasil	13
IV.5. Linhas de cuidado	15
IV.6. Acesso aos serviços de saúde	17
V. METODOLOGIA	19
VI. RESULTADOS	22
VI.1. Atendimento oncológico do Sistema Único de Saúde	22
VI.2. Caracterização da Região de Saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil)	23
VI.3. Centro Estadual de Oncologia da Bahia (CICAN)	24
VI.4. Programa “Tratamento Fora de Domicílio” (TFD)	26
VI.5. Descrição de dados do TFD: número de usuários, custo financeiro e prontuários	27
VII. DISCUSSÃO	40
VIII. CONCLUSÕES	48
IX. SUMMARY	50
X. REFERÊNCIAS BLIOGRÁFICAS	51
XI. ANEXOS	56
•ANEXO I: Parecer consubstanciado do CEP	57
•ANEXO II: Carta de anuência	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS, QUADRO E TABELA

GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Número de inscritos no TFD da Região de Saúde de Barreiras, na modalidade de tratamento Oncologia – Período: janeiro – dezembro 2013	28
GRÁFICO 2. Número de inscritos no TFD da Região de Saúde de Barreiras, segundo modalidade de tratamento – Período: janeiro - junho 2013	29
GRÁFICO 3. Número de inscritos no TFD da Região de Saúde de Barreiras, segundo modalidade de tratamento - Período: julho – dezembro 2013	29
GRÁFICO 4. Somatório de inscritos no TFD da Região de Saúde de Barreiras, segundo modalidade de tratamento, por quadrimestre, 2013	30
GRÁFICO 5. Distribuição dos pacientes da Região de Saúde de Barreiras atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), conforme o sexo	32
GRÁFICO 6. Distribuição dos pacientes da Região de Saúde de Barreiras atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), conforme procedência	32
GRÁFICO 7. Distribuição dos pacientes da Região de Saúde de Barreiras atendidos no CICAN (Salvador, Bahia Brasil), conforme a escolaridade	33
GRÁFICO 8. Distribuição dos pacientes da Região de Saúde de Barreiras atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), conforme a renda mensal	33
GRÁFICO 9. Distribuição dos pacientes da Região de Saúde de Barreiras atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), conforme situação do tratamento	34
GRÁFICO 10. Distribuição dos pacientes da Região de Saúde de Barreiras atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), conforme tipo de neoplasia	35
GRÁFICO 11. Distribuição dos procedimentos realizados no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), entre os pacientes da Região de Saúde de Barreiras	35

QUADRO

QUADRO 1. Usuários do SUS, da Região de Saúde de Barreiras, que utilizaram o TFD para serem atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil)	36
--	-----------

TABELA

TABELA 1. Custo do programa TFD, em todas as modalidades de tratamento, da Região de Saúde de Barreiras, 2013	31
---	-----------

I. RESUMO

ACESSO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS (BAHIA, BRASIL). **Introdução:** O Sistema Único de Saúde é a expressão de uma política de Estado que se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde. A Política Nacional de Atenção Oncológica está estruturada para atender de forma integral os usuários, organizando as linhas de cuidados enquanto políticas matriciais que integram todos os níveis de atenção. **Objetivos:** Analisar o acesso ao tratamento oncológico na Região de Saúde de Barreiras; Caracterizar o perfil de serviços em saúde oncológica ofertados na região; Analisar o perfil da demanda dos usuários da região referenciados ao Centro Estadual de Oncologia da Bahia (CICAN) pelo programa “Tratamento Fora de Domicílio” (TFD); Identificar dificuldades de acesso ao tratamento oncológico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo, do tipo corte transversal e de caráter quanti-qualitativo, desenvolvido a partir da coleta de informações em 20 prontuários dos usuários da Região de Saúde de Barreiras que utilizaram o programa TFD, no ano de 2013, para serem atendidos no CICAN, constituindo uma amostra do tipo intencional. **Resultados:** A Região de Saúde de Barreiras é constituída por 15 municípios, com população estimada em 413.546 habitantes. Devido à inexistência dos serviços oncológicos na região, os usuários são referenciados para o CICAN pelo programa TFD. Em 2013 foram inscritos 1.742 usuários no programa, com custo anual de R\$ 1.322.042,80. A idade média dos usuários é de 50 anos, 75% são do sexo feminino, 80% têm 1º grau incompleto, 90% apresentam renda de 1 salário mínimo, 40% abandonaram o tratamento, 50% foram encaminhados para outras unidades. **Discussão:** Não existe a oferta efetiva de serviços em saúde oncológica na região. Faz-se necessária a construção de uma rede regionalizada e integrada, revertendo as iniquidades encontradas e garantindo a integralidade da atenção, reorientação do modelo assistencial, a clínica ampliada e acesso pleno à saúde. **Conclusões:** Evidenciam-se dificuldades no acesso e permanência ao tratamento oncológico, o que se explica pela baixa cobertura, ausência do planejamento e oferta fragmentada dos serviços.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde; Oncologia; Serviços de Saúde; Assistência à Saúde; Gestão em Saúde.

II. OBJETIVOS

PRINCIPAL

Analisar o acesso ao tratamento oncológico na Região de Saúde de Barreiras (Bahia, Brasil).

SECUNDÁRIOS

1. Caracterizar o perfil de serviços em saúde oncológica ofertados na Região de Saúde de Barreiras (Bahia, Brasil);
2. Analisar o perfil da demanda dos usuários da Região de Saúde de Barreiras referenciados ao Centro Estadual de Oncologia da Bahia (CICAN) pelo programa “Tratamento Fora de Domicílio” (TFD); e
3. 3. Identificar dificuldades de acesso ao tratamento oncológico na Região de Saúde do município de Barreiras, no período estudado.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A identificação de problemas e necessidades dos pacientes oncológicos é imprescindível para a formulação de políticas públicas coerentes com a realidade vivida por aqueles que residem na Região de Saúde do município de Barreiras. Assim, é essencial a realização de estudos de situação de saúde para se conhecer de que as pessoas adoecem e morrem e como esses problemas se relacionam com a gestão da saúde, práticas assistenciais e linhas de cuidado implementadas na região.

A análise de situação de saúde, em geral, compreende informações simples, mas indispensáveis, sobre as doenças e agravos que acometem a população de uma determinada comunidade. Nesse processo, o uso dos conhecimentos da Epidemiologia (disciplina que estuda o processo saúde-doença na sociedade, sua distribuição espacial e os fatores determinantes das enfermidades) é de fundamental importância não só para a integralidade da atenção oncológica e reorientação do modelo assistencial, mas também, para subsidiar o planejamento em saúde, a administração e avaliação dos serviços de saúde¹.

O planejamento, por sua vez, é entendido como um processo de racionalização das ações humanas, que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas². O planejamento também apresenta-se como uma tecnologia a serviço da gestão, sendo um conjunto de instrumentos que possibilitam imprimir uma maior eficácia na busca da otimização dos sistemas e serviços de saúde³. Depreende-se também que o planejamento é uma tecnologia ou dispositivo capaz de promover mudanças histórico-estruturais no ambiente social, através da instituição de processos de promoção da qualidade de vida de sujeitos e coletivos⁴.

A avaliação dos serviços de saúde promove um melhor conhecimento da realidade e, a partir disso, a elaboração de políticas, prioridades de ações e serviços, com capacidade de intervir sobre determinantes do modelo assistencial em oncologia na referida região de saúde. Entende-se que a avaliação de serviços de saúde é uma prática em construção no Brasil, consistindo em comparar um fato ou fenômeno com um

modelo, um padrão ou um conjunto de valores, para definir até que ponto o observado se aproxima do modelo escolhido. Pode-se dizer que é parte inerente ao processo de planejamento e que o próprio diagnóstico é basicamente um processo de avaliação. Configura como um instrumento essencial para que se possa controlar a implementação de um plano e o rumo das mudanças em direção ao objetivo proposto⁵.

A avaliação pode produzir informação, tanto para a melhoria das intervenções em saúde, quanto para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito, se considerados os diferentes níveis de complexidade e responsabilidades do sistema e dos serviços de saúde⁶.

Dentro dessa perspectiva, surgiram questionamentos básicos que nortearam esta pesquisa, tais como: qual o tempo de espera pelo atendimento oncológico nessa região? Qual o número de serviços procurados anteriormente objetivando o tratamento oncológico? Como o SUS está organizado na região para enfrentar esses problemas e necessidades de saúde? Infelizmente alguns destes questionamentos ainda não foram respondidos, já que não existem estudos específicos prévios sobre as características do acesso ao tratamento oncológico do SUS na Região de Saúde do município de Barreiras, além da inexistência de dados concretos dos usuários da região que estão em tratamento oncológico. Entretanto, existem estudos nacionais à respeito da organização dos serviços, e/ou do sistema de saúde como um todo, sendo utilizadas dimensões ou critérios relativos ao desenvolvimento de atividades curativas e preventivas, à continuidade do cuidado e a dimensão pessoal e familiar do cuidado^{7, 8}.

Para o desenvolvimento deste estudo, a integralidade da atenção à saúde foi definida como atendimento às necessidades de saúde de indivíduos, grupos e populações, nos diversos níveis que compõem um sistema de saúde, tais como: intervenção terapêutica (prevenção de doenças, promoção da saúde e ações curativas) e o cuidado individual desenvolvidas através de equipes multiprofissionais, valorizando o diálogo, o vínculo, a escuta qualificada, o acolhimento e a humanização^{9, 10}.

É inegável que há dificuldade de se formular uma definição mais precisa não só sobre o termo integralidade, mas também, pelo termo *acesso à saúde* — *no caso em*

questão, o acesso ao tratamento oncológico do SUS na Região de Saúde do município de Barreiras. Há divergência entre os teóricos em relação ao conceito de acesso à saúde, mas o núcleo significativo da terminologia expressa o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas ingressam nos serviços de saúde ou a determinação de ser atendido¹¹. Neste estudo, considerou-se o acesso como um contínuo, que se inicia no momento do diagnóstico e perpassa pelo atendimento dos usuários nos serviços de oncologia da rede SUS. Assim, este estudo levantou uma série de discussões construtivas à respeito das diretrizes e princípios do SUS relacionados ao acesso ao tratamento oncológico.

Diante do exposto, pode-se afirmar que este estudo surgiu da motivação pessoal do autor, já que o mesmo vivenciou, pessoalmente, as dificuldades de alguns familiares no acesso ao tratamento oncológico na região. É inegável que esta temática é de grande relevância, uma vez que o acesso adequado (no tempo e local) aos serviços de saúde, em especial ao tratamento oncológico, é tema da maior importância, dado ao subfinanciamento e apresentação de aparente desorganização assistencial dos serviços de saúde na Região Oeste do Estado da Bahia.

IV. REVISÃO DA LITERATURA

IV.1 O que é o câncer

A palavra câncer vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. As neoplasias compreendem um conjunto de diferentes doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células. As células neoplásicas malignas costumam ter um comportamento agressivo, de invasão dos tecidos e órgãos contíguos ao local de seu surgimento. Além disso, podem alcançar a corrente sanguínea ou a circulação linfática e disseminar-se para outros órgãos, originando as metástases¹².

O câncer não invasivo ou carcinoma *in situ* é o primeiro estágio em que o câncer pode ser classificado. Nesse estágio, as células cancerosas estão somente na camada do tecido na qual se desenvolveram. A maioria dos cânceres *in situ* é curável se for tratada antes de progredir para a fase de câncer invasivo (metástases). A capacidade invasiva das neoplasias malignas é a principal responsável pela dificuldade de erradicação cirúrgica¹³.

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. As causas das neoplasias são diversas e incluem fatores hereditários e fatores ambientais. Na grande maioria das vezes, é necessário que haja uma exposição ambiental a determinados fatores de risco (agentes carcinogênicos) para que a predisposição genética se manifeste¹².

Independente da fase em que o câncer é detectado há necessidade de se classificar cada caso de acordo com a extensão do tumor, cujo método se chama estadiamento (clínico ou patológico). Sua importância está na constatação de que a evolução da doença é diferente quando a mesma está restrita ao órgão de origem ou quando se estende a outros órgãos. O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado *Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos*. Esse sistema baseia-se na extensão

anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática(N), e a presença ou ausência de metástase(M)^{14,15}.

Os tipos de câncer mais incidentes na população brasileira são: da cavidade oral (boca), cólon e reto (intestino), esôfago, estômago, mama, pele do tipo melanoma, pele não melanoma, próstata, pulmão, colo do útero e leucemias¹⁶.

IV.2 A relevância do câncer no perfil de adoecimento da população brasileira

Nas últimas décadas, vêm ocorrendo no Brasil mudanças nas causas de mortalidade e morbidade, em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Esse fenômeno é chamado de transição epidemiológica. Dentro desse contexto, o câncer está entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) responsáveis pela mudança do perfil de adoecimento da população brasileira^{16,17}.

Vários fatores explicam a participação do câncer na mudança do perfil de adoecimento da população brasileira, entre eles: maior exposição a agentes cancerígenos e mudanças no estilo de vida, o prolongamento da expectativa de vida com o envelhecimento populacional (redução do número médio de filhos, melhoria das condições econômicas e sociais, evolução da medicina, uso de antibióticos e vacinas), aprimoramento dos métodos diagnósticos, a melhoria da qualidade e do registro das informações (base de dados). Entretanto, alguns tipos de câncer, a exemplo do colo do útero e do câncer gástrico, têm sua ocorrência influenciada por aspectos socioeconômicos e comportamentais, e isso faz com que a ordem de frequência das neoplasias no país seja variável de acordo com o nível de riqueza, o grau de desenvolvimento e os hábitos culturais das regiões^{16,18}.

De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012. A incidência do câncer continuará aumentando nos países em

desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas. Nesses, os tipos de câncer mais frequentes na população masculina foram próstata, pulmão e cólon e reto; e mama, cólon e reto e pulmão entre as mulheres. Nos países em desenvolvimento, os três cânceres mais frequentes em homens foram pulmão, estômago e fígado; e mama, colo do útero e pulmão nas mulheres¹⁹.

Em 2030, a incidência de câncer será de 21,4 milhões, com 13,2 milhões de mortes, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento¹⁹.

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que é válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil). Sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma, estimam-se 395 mil casos novos de câncer, 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para sexo feminino. Em homens, os tipos mais incidentes serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; e, nas mulheres, os de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide¹⁹.

É inegável que a mortalidade por neoplasias vem crescendo consideravelmente ao longo das últimas décadas (considerada a segunda causa de morte no Brasil), ao mesmo tempo em que diminuíram mortes por doenças infectoparasitárias. Em 2008, as neoplasias representaram mais de 14,6% do total de mortes ocorridas no país, e em 2010 responderam por 16,9% de todos os 1.057.325 óbitos registrados no país^{19, 20}.

No ano de 2010, o câncer dos brônquios e dos pulmões foi o tipo que mais levou ao óbito (21.779 pessoas), seguido do de estômago (13.402), da próstata (12.778), da mama (12.853) e do cólon (8.385)²¹.

É incontestável que o câncer é hoje, no Brasil, um problema de saúde pública, cujo controle e a prevenção deverão ser priorizados em todas as regiões, desde as mais desenvolvidas – cultural, social e economicamente – até às mais desiguais, como é o caso do estado da Bahia.

IV.3 Modalidades de intervenção e ações de controle

O risco de câncer depende das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas, bem como das características biológicas dos indivíduos. Essa compreensão é essencial na definição de investimentos em pesquisas de avaliação de risco e em ações efetivas de prevenção¹³.

O estudo dos fatores de risco e de proteção, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa-efeito com determinados tipos de câncer. De todos os casos de câncer, 80% a 90% estão associados a fatores comportamentais (cigarro, bebidas alcoólicas, exposição excessiva ao sol). As causas internas, como os hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas são, na maioria das vezes, geneticamente predeterminados. Assim, as causas podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais²².

Os fatores de risco para o câncer podem ser classificados em modificáveis (uso de tabaco, alimentação inadequada, inatividade física, obesidade, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, agentes infecciosos, radiação ultravioleta/ionizante, exposições ocupacionais, poluição ambiental, comportamento sexual) e não modificáveis (idade, etnia/raça, hereditariedade, gênero)²².

De modo geral, sabe-se que, quanto antes o câncer for detectado e tratado, mais efetivo o tratamento tende a ser, maior possibilidade de cura e melhor será a qualidade de vida do paciente. As principais estratégias utilizadas na detecção precoce são: diagnóstico precoce e rastreamento. Os dois principais componentes de programas nacionais para o controle do câncer são: informação para a população e informação para profissionais. O rastreamento (*screening*) é o exame de pessoas saudáveis (sem sintomas de doenças) com o objetivo de selecionar aquelas com maiores chances de ter

uma enfermidade por apresentarem exames alterados ou suspeitos e que, portanto, devem ser encaminhadas para investigação diagnóstica. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda o rastreamento populacional para os cânceres de mama e do colo do útero^{22, 23}.

É inegável que as estratégias de diagnóstico precoce aumentam a possibilidade de cura para alguns tipos de cânceres e reduzem a morbidade resultante da doença e de seu tratamento. O próximo passo fundamental para o tratamento adequado do câncer é o estadiamento, ou seja, a avaliação da extensão do comprometimento do organismo, na qual se baseará o planejamento terapêutico. Para isso, é essencial que a rede de serviços de saúde conte com especialistas nas áreas clínica, cirúrgica, laboratorial e nos demais métodos de apoio diagnóstico. O diagnóstico de câncer é feito a partir da história clínica e exame físico detalhados, e, sempre que possível, de visualização direta da área atingida, utilizando exames endoscópicos e outros que se fizerem necessários²².

As principais metas do tratamento são: cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. Existem tratamentos curativos para um terço dos casos de câncer, particularmente para os cânceres de mama, colo do útero, cavidade oral e cólon, quando são detectados precocemente e tratados de acordo com as melhores práticas clínicas. Existem três formas principais de tratamento do câncer: quimioterapia, radioterapia e cirurgia²².

A quimioterapia é a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados “antineoplásicos” administrados em intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos. A radioterapia é o método de tratamento local ou locoregional do câncer que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas²².

Sabe-se que os tratamentos instituídos devem ser inseridos em uma abordagem multidisciplinar, em que outras áreas técnico-assistenciais, como enfermagem, farmácia, serviço social, nutrição, fisioterapia, reabilitação, odontologia, psicologia clínica e psiquiatria estejam obrigatoriamente envolvidas. Embora cada área tenha papel bem estabelecido, a abordagem multidisciplinar integrada é mais efetiva do que uma sucessão de intervenções isoladas no manejo do paciente¹³.

As ações de controle do câncer não se restringem à prevenção, à detecção precoce, ao diagnóstico ou ao tratamento, exclusivamente, mas envolvem também os cuidados paliativos. Estes cuidados consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares e no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, pela prevenção e pelo alívio do sofrimento. Isso significa a identificação precoce e o tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual^{24, 25}.

IV.4 Políticas, ações e programas para o controle do câncer no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, estabeleceu princípios finalísticos e diretrizes estratégicas na área da saúde. Os princípios são: universalidade, igualdade, equidade e integralidade. As diretrizes estratégicas para a organização do SUS são: regionalização, descentralização, hierarquização e integração²⁶.

Estes princípios e diretrizes representam importantes instrumentos capazes de induzir mudanças no modelo de atenção à saúde e no processo de trabalho dos diferentes sujeitos sociais que constroem as suas práticas no dia-a-dia dos serviços de saúde. Todavia, o planejamento estratégico, participativo e democrático continua muito distante do cotidiano dos gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, apesar de ainda representar uma “imagem-objetivo” a ser alcançada pelos diferentes interlocutores que defendem uma saúde pública, universal e resolutiva²⁷.

De acordo com o Decreto Presidencial nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, compete ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), entre outras atribuições, participar da formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. O INCA coordena a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de câncer, a ser implementada em todas as unidades federadas de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. Os serviços de alta complexidade são compostos por Unidades de

Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia²⁸.

Objetivando fortalecer a PNAO, foi sancionada no ano de 2012 a Lei nº 12.732/12 que assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento em no máximo 60 dias após o diagnóstico. Além disso, para auxiliar estados e municípios a gerenciar sua fila de espera e acelerar o atendimento, o Ministério da Saúde criou uma plataforma web chamada de Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), garantindo um efetivo monitoramento individualizado do atendimento oncológico. O SISCAN deverá integrar os dados dos atuais sistemas do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), e do Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADSUS web), permitindo a identificação dos usuários pelo número do seu cartão do SUS e a atualização automática do seu histórico de seguimento²⁸.

De acordo com o Ministério da Saúde, de 2010 a 2012 o investimento do Governo Federal em oncologia passou de R\$ 1,9 bilhão para R\$ 2,1 bilhões (aumento de 26%). Com estes recursos, foi possível ampliar em 17,3% no número de sessões de radioterapia (de 7,9 milhões para 9 milhões), e um aumento de 14,8% em quimioterapia (de 2,2 para 2,5 milhões). Destaca-se também a inclusão de novos tipos de cirurgia oncológica, passando de R\$ 172,1 milhões em 2012 para R\$ 380,3 milhões em 2013, além da expansão do rol de medicamentos de alto custo ofertados gratuitamente pelo SUS :mesilato de imatinibe (contra leucemia), , rituximabe (tratamento de linfomas) e trastuzumabe (contra câncer de mama)²⁹.

IV.5 Linhas de cuidado

De acordo com o Ministério da Saúde, uma das maneiras de organizar o cuidado é pensar e planejar intervenções nos chamados grupos de risco, gerando ações mais efetivas. É importante integrar os diversos níveis de atenção (atenção básica, atenção especializada de média e alta complexidade) do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são palavras-chave e as chamadas linhas de cuidado ganham espaço. Tais linhas constituem-se em políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou para as necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades diagnósticas e terapêuticas, mas também, uma visão global das suas condições de vida²⁹.

As linhas de cuidado funcionam como instrumento de trabalho em duas áreas de atuação dos profissionais e trabalhadores em saúde: gestão e assistência. Na gestão, as linhas de cuidado podem ser utilizadas como estratégia de estabelecimento do “percurso assistencial”, com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com as suas necessidades, orientando os gestores públicos ao planejamento³⁰. Assim, planejamento em saúde é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interação com a realidade, programar estratégias e ações necessárias, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejadas e pré-estabelecidas³¹.

Cabe aos gestores de saúde a garantia de recursos humanos capacitados, oferecendo-lhes educação permanente, além de garantir a realização de procedimentos (exames e tratamentos) para prevenir e detectar precocemente os tipos de câncer passíveis dessas ações, bem como os que permitem o diagnóstico definitivo, o tratamento e os cuidados paliativos. Os gestores devem garantir a quantidade de ações necessárias, sempre levando em conta os diferentes tipos de recursos e cuidados assistenciais exigidos para cada tipo de câncer³². Assim, os gestores de saúde necessitam utilizar os recursos e instrumentos disponíveis através de um processo de definição de prioridades, pautado no diagnóstico exaustivo, na análise de custos e de

impacto econômico, de modo a racionalizar a utilização desses à adequada programação em saúde²⁷.

Partindo do princípio de que a atenção ao controle do câncer deve contemplar medidas de promoção da saúde e prevenção da doença ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o cuidado, os diversos tipos de serviços devem estar interligados, formando um conjunto integrado de atenção contínua à população³³. Para isso acontecer, estados e municípios devem planejar ações e serviços de saúde de modo a atender melhor às necessidades da população, incorporando o planejamento como um meio de intervenção em ambientes complexos³⁴. Na prática, isso implica uma hierarquização dos serviços, ou seja, a organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas. Embora nem todos os municípios do país possam necessidade e capacidade para oferecer todos os tipos de procedimento (ambulatorial e hospitalar), todos eles têm a responsabilidade de referenciar seus pacientes para locais onde possam ser atendidos, constituindo-se a regionalização²⁹.

A regionalização é um dos princípios que orientam a organização do SUS definidos pela Constituição Federal Brasileira e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Para “regionalizar”, estados e municípios precisam conhecer os problemas sociais e de saúde de suas localidades, bem como suas características demográficas, geográficas, perfil epidemiológico, fluxo da demanda, oferta de serviços e as necessidades expressas pelo usuário³³.

Desde o ano de 2006, a regionalização constitui eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, o que evidencia a importância da articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados que possibilitem o acesso, a integralidade e a resolutividade na atenção à saúde da população. No processo de regionalização são identificadas e constituídas as Regiões de Saúde, que são espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde, objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de cogestão regional³³.

Na década passada, com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde no SUS (NOAS-SUS) e com o Pacto pela Saúde, instituiu-se o olhar sobre a questão da regionalização do sistema e dos serviços, e sobre a necessidade de fortalecimento da função gestora do planejamento. Fato que se explicita pela proposição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), consolidação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), construção do Sistema de Planejamento do SUS e pela inserção da temática do planejamento dentre os compromissos do Pacto de Gestão²⁷.

IV.6 Acesso aos serviços de saúde

As diferentes abordagens de análise sobre o acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, considerando que acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde³⁵. Nesse contexto, destaca-se que o conhecimento acerca do tema acesso precisa ser mais bem entendido, não o restringindo à definição apenas de acessibilidade ou à oferta e uso de serviços de saúde, uma vez que tal reducionismo não contempla toda a importância e complexidade envolvidas com o seu significado. Assim, acesso vai além do simples conceito de “porta de entrada”, para um elemento transformador da realidade. A sua garantia constitucional, além de ser uma bandeira de luta dos movimentos sociais, passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos da cidadania³⁶.

Para que possa ser categorizado o acesso e analisado as condições de acessibilidade, torna-se necessário a criação de um modelo de análise organizado em cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica³⁶.

A dimensão política busca evidenciar o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde, a pactuação entre as instâncias de poder, envolvendo governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ou privados, por meio do acompanhamento do processo e da tomada de decisão partilhada entre os diferentes sujeitos com representação política, com transparência no processo decisório. Essas ações estratégicas podem promover a superação de carências históricas da oferta nos serviços de saúde³⁶.

No tocante à dimensão econômico-social, leva-se em consideração os investimentos na rede pública por nível de complexidade (básico, médio e alta complexidade), com definição das responsabilidades de financiamento por esfera de poder (federal, estadual, municipal). Possibilita a interação objetiva, traduzida na referência interestadual e intermunicipal. Faz-se necessário a identificação das barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas para proporcionar equidade na dinâmica da organização dos serviços em diferentes níveis de complexidade do sistema³⁶.

A dimensão relacionada à organização de rede de saúde sustenta-se na capacidade dos serviços de saúde em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. É necessário fortalecer a “porta de entrada” no nível básico da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social. A regulação teria que responder de fato a elas, com garantia do atendimento nos diferentes níveis de complexidade. Além disso, é preciso facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território social, integrando serviços e práticas por meio da referência e contrarreferência na rede SUS³⁶.

A dimensão técnica objetiva responsabilizar os trabalhadores de saúde, os gestores de saúde, os prestadores públicos e/ou privados, situando o usuário do SUS no centro do processo da atenção à saúde. Busca-se a apreensão de dispositivos da integralidade da atenção, como acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e usuário, indicando um projeto terapêutico compartilhado³⁶.

A dimensão simbólica adentra o campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, envolvendo a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos, e grupos sociais que vivem em diferentes territórios³⁶.

Assim, estas cinco dimensões congregam para o atendimento das necessidades de saúde, tendo como imagem objetivo uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade.

V. MÉTODOLOGIA

V.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo ecológico e retrospectivo do tipo corte transversal:

- Ecológico: coleta de informações na base de dados do programa TFD na 25ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), na vigência de janeiro a dezembro de 2013, identificando não só os custos do programa ao longo do ano de 2013, mas também, o quantitativo de usuários dos 15 municípios da Região de Saúde de Barreiras que se utilizaram do programa para serem atendidos em unidades de oncologia;
- Retrospectivo, de caráter documental: análise dos prontuários dos usuários previamente identificados na base de dados do TFD que foram atendidos no CICAN, em qualquer período de tempo.

V.2 População do estudo

O estudo teve como população-alvo os pacientes da região de saúde do município de Barreiras que utilizaram o programa “Tratamento Fora de Domicílio” (TFD) para serem atendidos no Centro Estadual de Oncologia da Bahia (CICAN), localizado na cidade de Salvador. Até o término desta monografia não foi possível obter dados concretos no que concerne à quantidade exata de pacientes da região que estejam em tratamento oncológico no CICAN, já que há pouca disponibilidade dos dados por parte dos órgãos governamentais. A seleção da população do estudo foi obtida por meio da disponibilização dos dados pessoais dos usuários por parte da equipe técnica do programa TFD na 25ª Diretoria Regional de Saúde de Barreiras. Dentro desse contexto, a população do estudo, escolhida de modo intencional, foi de 20 usuários. Os critérios de inclusão utilizados foram: pacientes da Região de Saúde do município de Barreiras que utilizaram o programa TFD (com registro no banco de dados do programa) para

serem atendidos no Centro Estadual de Oncologia (CICAN), localizado na cidade de Salvador (Bahia, Brasil), em qualquer período de tempo.

V.3 Variáveis

As variáveis analisadas nesse estudo foram: idade, sexo, procedência, escolaridade, profissão, renda familiar, tipo de câncer, situação atual do tratamento e número de consultas realizadas no CICAN.

V.4 Métodos estatísticos

Pelo fato de ser um estudo quanti-qualitativo, a análise descritiva foi desenvolvida, inicialmente, a partir do processamento das variáveis em tabelas de Excel®, sistematizados em tabelas e gráficos para a comparação das informações e com a posterior formulação das discussões e conclusões. Não se utilizou de *softwares* estatísticos para o processamento de dados pelo motivo da seleção da população-alvo ser pequena e não demandar análises estatísticas de maior envergadura.

V.5 Modelo de análise qualitativo

Os dados estatísticos foram analisados à luz do modelo teórico organizado em cinco dimensões (política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica), a partir de releituras teóricas e a sistematização sobre o acesso universal com qualidade aos serviços de saúde. O estudo foi complementado pela observação sistemática da realidade da Região de Saúde do município de Barreiras, além da análise de conteúdo temático, pela qual se buscou o aprofundamento dos dados coletados.

V.6 Aspectos éticos

Este estudo utilizou informações sobre seres humanos, obtidos de prontuários médicos e, por este motivo, necessitou de aprovação (Parecer nº. 644.460, de 02/06/2014) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), mediante um parecer obtido no Centro Estadual de Oncologia (CICAN), local em que se realiza a pesquisa, conforme anexos I, II, III, IV e V. As informações obtidas através da análise dos prontuários foram utilizadas apenas no intuito de compor a presente monografia e serão divulgadas exclusivamente na apresentação de monografia, em congressos e/ou publicações em periódicos relacionados à área médica, sem a identificação dos pacientes. Inicialmente seria necessária a obtenção de um consentimento livre e esclarecido de cada um dos pacientes, visto que o desenho do estudo contemplava a aplicação de questionários semiestruturados aos usuários. Entretanto, não foi possível aplicar os questionários já que os pacientes identificados não estavam regularmente sendo acompanhados no CICAN, além de uma expressiva parcela ter sido encaminhada para outras unidades, além do abandono de tratamento de alguns usuários.

Inicialmente, este trabalho apresentava o seguinte título: “Perfil da demanda e dificuldades de acesso dos usuários da microrregião de saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil) encaminhados pelo programa Tratamento Fora de Domicílio ao Centro Estadual de Oncologia da Bahia”, conforme consta no termo de aprovação do CEP e cadastro na Plataforma Brasil. Entretanto, conforme orientações houve ajustes no referido título, sem comprometer o conjunto de ideias inicialmente proposto para a realização desta pesquisa.

VI. RESULTADOS

VI.1 Atendimento oncológico do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é expressão de uma política de Estado que se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde, traduzida em valores, políticas organizativas e dispositivos jurídicos que orientam e definem o curso das ações governamentais.²⁷.

O atendimento oncológico do SUS é regulamentado pela portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. Esta política prioriza a constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, organizadas em níveis hierarquizados e com estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, estabelecendo as linhas de cuidados que perpassam todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), além de garantir a equidade e a autonomia dos indivíduos e coletividades.^{22, 30}.

Por meio da Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de março de 2009, foram credenciados, no Estado da Bahia, os seguintes estabelecimentos de saúde de Alta Complexidade em Oncologia, observando-se que não há nenhuma Unidade Especializada de Assistência em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência Oncológica (CACON) na Região Oeste da Bahia:

- Salvador: Hospital São Rafael – UNACON com Serviço de Radioterapia; Hospital Professor Edgard Santos – UNACON com serviço de Hematologia; Hospital Aristides Maltez – CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica; Hospital Santo Antônio – UNACON; Hospital Santa Isabel – UNACON com Serviços de Radioterapia e de Hematologia; Hospital Geral Roberto Santos/CICAN – UNACON; Hospital Martagão Gesteira –

UNACON exclusivo para o serviço de Oncopediatria; Hospital Português – Serviço Isolado/Radioterapia.

- Vitória da Conquista: Hospital Geral Vitória da Conquista – UNACON com serviço de Radioterapia.
- Itabuna: Hospital Calixto Midlej Filho – UNACON com Serviço de Radioterapia; Hospital Manoel Novaes – UNACON com serviço de Radioterapia.
- Ilhéus: Hospital São Jorge – UNACON com serviço de Radioterapia.
- Feira de Santana: Hospital Dom Pedro de Alcântara – UNACON.

VI.2 Caracterização da Região de Saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil)

A região do município de Barreiras é um importante pólo agropecuário, sendo a maior região agrícola do Nordeste. O município de Barreiras é o principal centro urbano, político, educacional, tecnológico, econômico, turístico e cultural da região Oeste da Bahia. Além dessas potencialidades, pode-se perceber também intensa atividade comercial. Atualmente, por força de seu grande desempenho nos setores do comércio e da prestação de serviços, Barreiras ocupa a posição entre os maiores centros econômicos e populacionais do Estado e o principal da região, nacionalmente conhecida pela força de seu agronegócio. A cidade de Barreiras apresenta importante entroncamento rodoviário onde passam as rodovias federais BR 242, BR 135 e BR 020 e da estadual BA 447³⁷.

A região de saúde do município de Barreiras é composta por 15 municípios, localizando-se na região Oeste do estado da Bahia, com uma população estimada em 413.546 habitantes. As regiões de Barreiras, Ibotirama e Santa Maria da Vitória formam a macrorregião oeste (uma das nove macrorregiões de saúde do Estado, definidas no

Plano Diretor de Regionalização pactuado na Comissão Intergestora Bipartite – CIB), totalizando 37 municípios, cujo maior centro fica na cidade de Barreiras, para onde pessoas de toda a região se deslocam à procura de serviços na área de saúde³⁸.

O município de Barreiras é a principal referência da micro e macrorregião na área da saúde, com a maior concentração de serviços tanto públicos como privados, sendo o Hospital do Oeste (HO) a principal porta de emergência do território, além do Hospital Eurico Dutra. De acordo com os dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (disponível na *homepage* da Secretaria Estadual de Saúde), competência de março de 2013, há registro de 1.611 profissionais da saúde em Barreiras, além de 226 estabelecimentos de saúde e 585 leitos, sendo 459 do SUS³⁷.

O município de Barreiras apresenta uma área de 11.979 Km² com cerca de 141.081 habitantes. O município, até dezembro de 2014, era sede da 25ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), que apresentava 15 municípios sob jurisdição (Angical, Baianópolis, Barreiras, Brejolândia, Catolândia, Cotegipe, Cristópolis, Formosa do Rio Preto, Luis Eduardo Magalhães, Mansidão, Riachão das Neves, Santa Rita de Cássia, São Desidério, Tabocas do Brejo Velho e Wanderley). Atendendo a lei número 13.204 de 11 de dezembro de 2014, foram extintas as DIRES em todo o Estado da Bahia, e criados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), com um núcleo no Oeste, na cidade de Barreiras. Sabe-se que a distância entre Barreiras e Salvador é cerca de 863 km, dificultando o acesso à capital baiana pela grande rota percorrida, demandando cerca de 12 horas de viagem (quando as rodovias estão em boa conservação)³⁷.

Devido à inexistência dos serviços na região, os pacientes são referenciados para o Centro Estadual de Oncologia (CICAN), em Salvador, pelo programa Tratamento Fora de Domicílio – TFD.

VI.3 Centro Estadual de Oncologia da Bahia (CICAN)

O Centro Integrado de Controle do Câncer foi criado em 1974, tendo como finalidade o atendimento à mulher nas áreas de planejamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Segundo a Lei Estadual 6.074/91 este Centro passou

a ser chamado Centro Estadual de Oncologia – CICAN, com o objetivo de ampliar sua assistência a todos os tipos de cânceres da população do Estado da Bahia. A partir desta lei foram implantados novos serviços, tais como: quimioterapia, diagnóstico por imagem, assistência em tumores de cabeça e pescoço, assistência em urologia e assistência farmacêutica³⁸.

O CICAN possui em seu corpo clínico as especialidades de Ginecologia, Oncologia Clínica, Dermatologia, Mastologia, Proctologia, Psicologia e Urologia, além de realizar exames laboratoriais, raio-X, mamografia, tomografia computadorizada e pequenas cirurgias. Para que um usuário da rede pública de saúde seja atendido e acompanhado pelo CICAN, ele deve atender a alguns critérios de admissão: ser maior de 18 anos, ser encaminhado por um profissional de saúde para investigar um suspeito de câncer ou pacientes que já possuem diagnóstico de câncer³⁸.

Tendo em vista a previsão de um incremento de 21.000 novos casos de câncer no Estado da Bahia em 2010 - segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) - tornou-se fundamental o crescimento quantitativo e qualitativo dos cuidados prestados à população através da melhoria do acesso, maximização da eficiência e fortalecimento de uma rede assistencial que possibilitasse a atenção integral à saúde desse conjunto de pacientes. Nessa perspectiva, em 14 de junho de 2010, foi firmada a união do CICAN e do Hospital Geral Roberto Santos, tornando-se Complexo Hospitalar CICAN-HGRS³⁸.

Atualmente o CICAN é considerado a principal porta de entrada ao atendimento oncológico, principalmente entre os usuários que residem em outras regiões do Estado da Bahia que não dispõem de recursos para suprir a demanda da saúde oncológica. Ou seja, o CICAN vem se tornando uma unidade que acolhe pacientes encaminhados pelos serviços de baixa e média complexidade dos municípios baianos, atuando principalmente no diagnóstico. Caso o CICAN não contemple as exigências mínimas para atender de forma integral as necessidades do usuário, o mesmo é referenciado para as UNACON's ou CACON's disponíveis no estado, corroborando na efetividade das linhas de cuidados.

VI.4 Programa “Tratamento Fora do Domicílio” (TFD)

O programa “Tratamento Fora de Domicílio” foi instituído pela Portaria SAS N° 55/99 do Ministério da Saúde como um instrumento legal que viabiliza o encaminhamento do usuário para tratamento médico a ser prestado em outra localidade, quando esgotados todos os meios de atendimento onde reside. As despesas cobertas são: ajuda de custo para alimentação e pernoite (paciente/acompanhante), ajuda de custo para deslocamento e despesas com óbito^{39,40}. O programa é dividido em duas modalidades: intermunicipal e interestadual³⁹.

O Intermunicipal é de responsabilidade municipal com recursos oriundos do SUS, alocados no teto dos municípios segundo parâmetros de financiamento per capita, acrescido, quando necessário, da contrapartida do Fundo Municipal de Saúde. Os municípios necessitam atender a requisitos para realizar o cadastramento do serviço de TFD, tais como: identificar a unidade pública para cadastramento do serviço (Unidade Básica), nomear comissão (composta por um médico, um técnico de nível superior e um técnico de nível médio) e publicar respectiva portaria municipal, encaminhar pedido de cadastramento do serviço à Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde – DICON³⁹.

A modalidade Interestadual do TFD é de responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde e financiado com recursos do Tesouro do Estado, abrangendo todos os procedimentos de Alta Complexidade não realizados no Estado da Bahia³⁹.

O TFD cobre despesas específicas, conforme portaria GM/MS N° 2.488 de 02 de outubro de 2007, e define critérios para inclusão de pacientes e concessão do benefício. O Estado da Bahia, conforme portaria estadual n° 1403 de 27 de setembro de 2011, instituiu contra partida para ajuda de custo do Programa TFD interestadual no valor de R\$ 25,25 (vinte e cinco reais e vinte cinco centavos), resultando em um valor total de R\$ 50,00 (cinquenta reais)³⁹.

As Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) devem assessorar os municípios na operacionalização do TFD através de: visitas técnicas às secretarias municipais de saúde, esclarecimentos de dúvidas, visitas domiciliares aos usuários, além de enviar

mensalmente relatório consolidado dos municípios da área de abrangência (planilhas de acompanhamento) e acompanhamento do programa. Todas as secretarias municipais de saúde devem encaminhar as planilhas de acompanhamento até o dia 05 do mês subsequente para as DIRES e estas a Comissão Estadual de Tratamento Fora de Domicílio (CETFD)³⁹.

VI.5 Descrição de dados do TFD: número de usuários, custo financeiro e prontuários

Inicialmente, acreditava-se que existiria um banco de dados do programa TFD na 25ª DIRES de Barreiras, conforme preconizado pela portaria SAS Nº55/99. Entretanto, até o término desta pesquisa não existia um banco de dados do programa na referida regional de saúde.

Apesar das dificuldades encontradas, a coordenação do programa TFD da 25ª DIRES disponibilizou uma série de tabelas que abordavam dados gerais do quantitativo de usuários da região que utilizaram o TFD (entre janeiro e dezembro de 2013) para receber atendimento oncológico, além de dados dos custos do referido programa, no mesmo período de tempo. Os dados obtidos contemplaram todos os pacientes inscritos no TFD da microrregião de saúde de Barreiras, sendo divididos por modalidades de tratamento, tais como: oncologia, terapia renal e outros (que inclui pacientes com anemia falciforme, lábio leporino, doenças cardíacas congênitas, cardiopatias em geral). Os destinos dos pacientes variam, podendo ser para: Salvador, Itabuna, Goiânia, Vitória da Conquista, Barreiras, Brasília e São Paulo. Assim, infelizmente, os dados disponíveis para Oncologia não são exclusivos de pacientes encaminhados ao CICAN.

No mês de Janeiro, 378 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 142 pacientes oncológicos, 37 para Tratamento Renal, 89 para Outros. O município que mais apresentou pacientes oncológicos foi Barreiras, com 84 pacientes, seguido de Luís Eduardo Magalhães, com 26. Baianópolis, Brejolândia, Catolândia, Cotegipe, Mansidão, Riachão das Neves, Santa Rita de Cássia, São Desidério e Wanderley não tiveram nenhum registro de pacientes oncológicos. No mês de Fevereiro, 1.726 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 174 pacientes oncológicos, 51 para

Tratamento Renal e 146 para Outros. No mês de Março, 630 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 94 pacientes oncológicos, 26 para Tratamento Renal e 75 para Outros. No mês de Abril, 1817 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 87 pacientes oncológicos, 124 para Tratamento Renal e 280 para Outros. No mês de Maio, 1773 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 174 pacientes oncológicos, 39 para Tratamento Renal e 204 para Outros. No mês de Junho, 1936 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 195 pacientes oncológicos, 46 para Tratamento Renal e 166 para Outros.

No mês de Julho, 1910 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 192 pacientes oncológicos, 45 para Tratamento Renal e 159 para Outros. No mês de Agosto, 378 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 142 pacientes oncológicos, 37 para Tratamento Renal e 89 para Outros. No mês de Setembro, 1887 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 184 pacientes oncológicos, 48 para Tratamento Renal e 171 para Outros. No mês de Outubro, 1906 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 196 pacientes oncológicos, 76 para Tratamento Renal e 147 para Outros. No mês de Novembro, 474 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 88 pacientes oncológicos, 21 para Tratamento Renal e 46 para Outros. No mês de Dezembro, 489 pacientes estavam inscritos no programa, sendo 74 pacientes oncológicos, 22 para Tratamento Renal e 53 para Outros.

Os dados descritos podem ser analisados de forma isolada e comparativa nos **GRÁFICOS 1, 2 e 3**.

Gráfico 1. Número de inscritos no TFD da Região de Saúde de Barreiras, na modalidade de tratamento Oncologia – Período: janeiro - dezembro 2013.

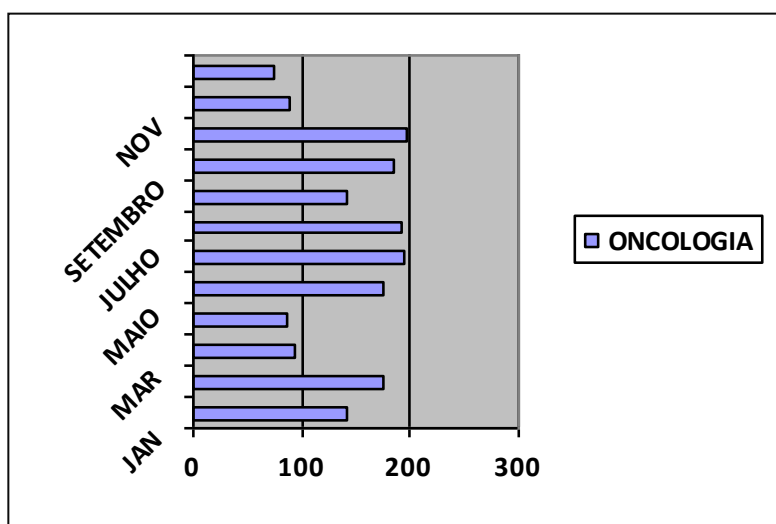


Gráfico 2. Número de inscritos no TFD da Região de Saúde de Barreiras, segundo modalidade de tratamento - Período: janeiro–junho 2013.

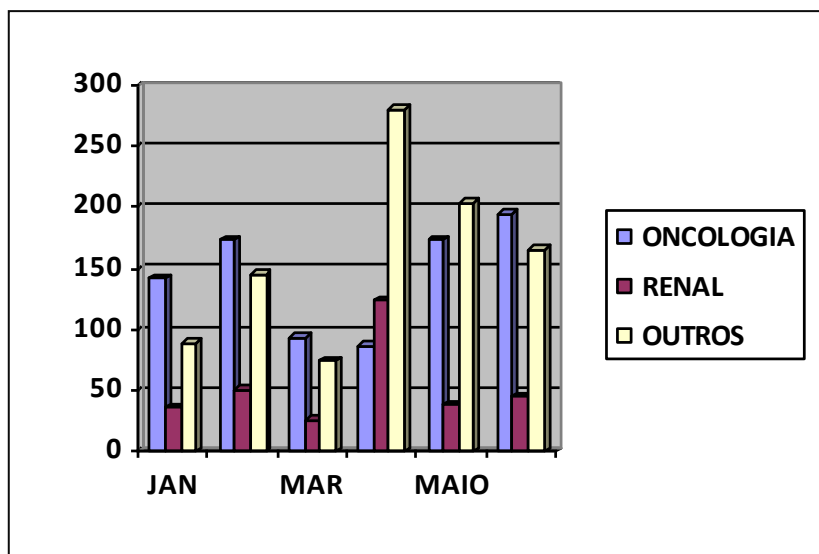
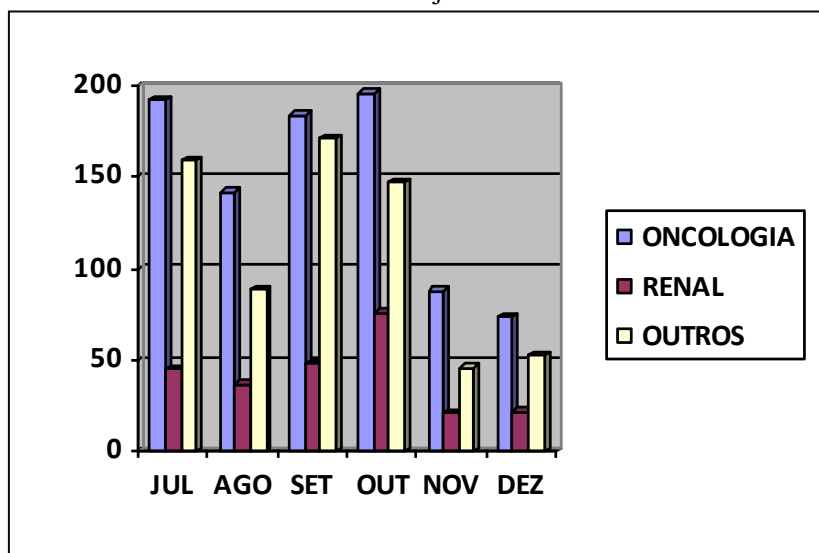


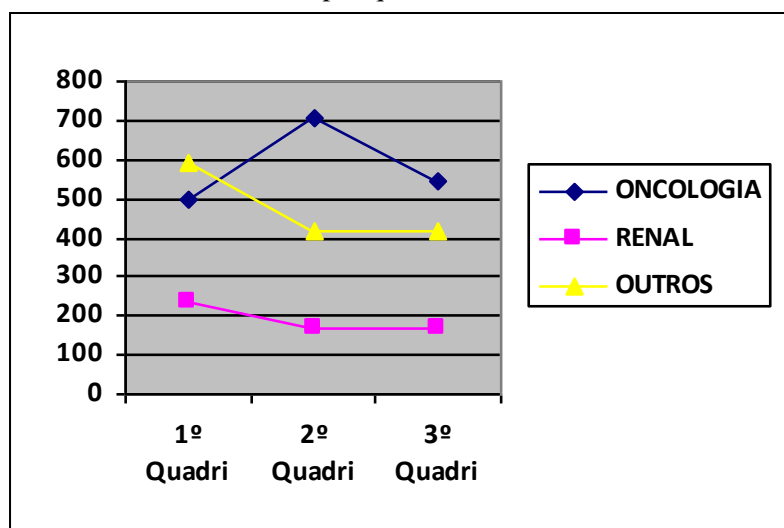
Gráfico 3. Número de inscritos no TFD da Região de Saúde de Barreiras, segundo modalidade de tratamento - Período: julho–dezembro 2013.



Somando-se cumulativamente os inscritos no TFD da microrregião de saúde de Barreiras por modalidade de tratamento, a cada quadrimestre do ano de 2013, é possível chegar aos seguintes valores: de Janeiro a Abril foram inscritos 497 para oncologia, 238

para tratamento renal e 590 para outros. No segundo quadrimestre foram: 703, 167 e 418, respectivamente. No último quadrimestre foram: 542, 167 e 417, respectivamente. Os dados descritos podem ser analisados no **GRÁFICO 4**.

Gráfico 4. Somatório de inscritos no TFD da Região de Saúde de Barreiras, segundo modalidade de tratamento, por quadrimestre, durante o ano de 2013.



De acordo com dados coletados na coordenação do TFD na 25ª Dires, também foi possível analisar os custos mensais do programa na região, conforme inicialmente sinalizado. Entretanto, estes custos não são específicos para o tratamento oncológico e sim, para todo e qualquer tratamento e /ou procedimento realizado durante o ano de 2013. No primeiro e segundo semestres de 2013 foram gastos, R\$ 724.878,40 e R\$ 597.164,44, respectivamente, totalizando R\$ 1.322.042,80. Os dados descritos podem ser analisados na **Tabela 1**.

Como a 25ª Dires de Barreiras não possuía uma base de dados que contemplava a descrição dos pacientes que utilizaram o TFD, tornou-se como alternativa a solicitação de uma lista de pacientes, às secretarias de saúde dos municípios da região. Contudo, somente 3(três) municípios (Barreiras, Luís Eduardo Magalhães e Santa Rita de Cássia) passaram os dados pessoais de 28 pacientes. Entretanto, dos 28 pacientes, o setor responsável de arquivamento do CICAN só

localizou 22 prontuários. Os 20 prontuários foram escolhidos por meio de amostragem aleatória simples [QUADRO 1].

TABELA 1. Custo do programa TFD, em todas as modalidades de tratamento, da Região de Saúde de Barreiras, 2013.

MÊS	CUSTO
JANEIRO	R\$ 40.653,72
FEVEREIRO	R\$ 162.299,69
MARÇO	R\$ 68.320,23
ABRIL	R\$ 151.744,46
MAIO	R\$ 161.639,94
JUNHO	R\$ 140.220,36
JULHO	R\$ 158.711,44
AGOSTO	R\$ 40.653,72
SETEMBRO	R\$ 133.047,95
OUTUBRO	R\$ 169.242,97
NOVEMBRO	R\$ 52.096,61
DEZEMBRO	R\$ 43.411,75
TOTAL	R\$ 1.322.042,8

A partir das informações obtidas nos prontuários, foi possível realizar uma análise dos dados. A *média de idade* é de 50 anos. Setenta e cinco por cento (75%) dos pacientes analisados são do *sexo feminino* (**GRÁFICO 5**). Dos 20 pacientes, 17 são de Barreiras, 2 de Luís Eduardo Magalhães e 1 de Santa Rita de Cássia – *procedência* (**GRÁFICO 6**).

Depreende-se que 80% da amostra analisada tem o 1º grau incompleto, 5% tem o primeiro grau completo e 15% tem o 2º grau completo – *grau de escolaridade* (**GRÁFICO 7**).

Gráfico 5. Distribuição dos pacientes da Região de Saúde de Barreiras atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), conforme o sexo.

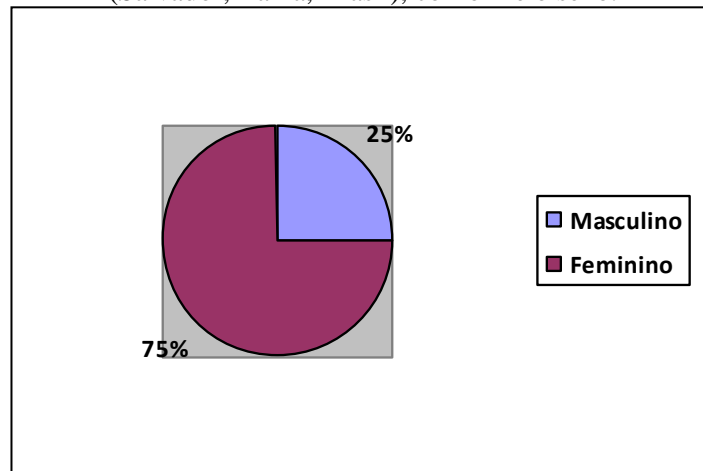


Gráfico 6. Distribuição dos pacientes da região de saúde de Barreiras atendidos no CICAN, pela procedência.

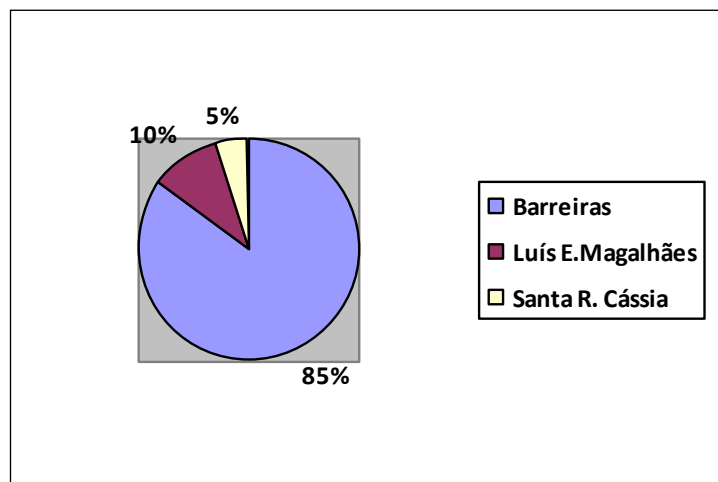
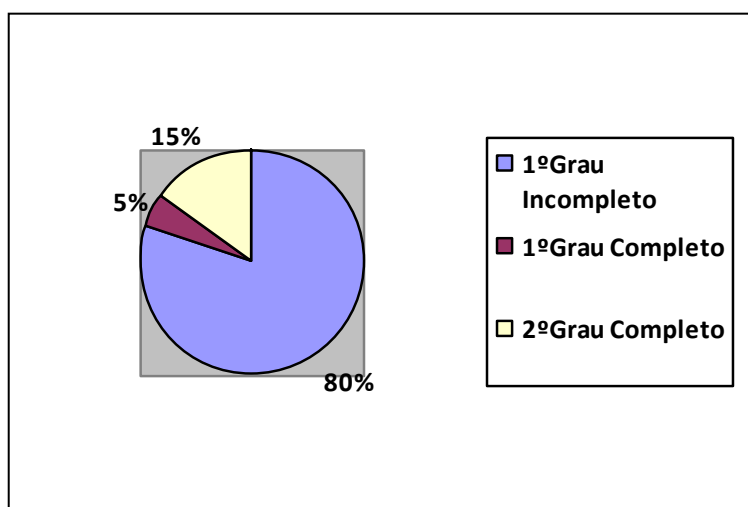
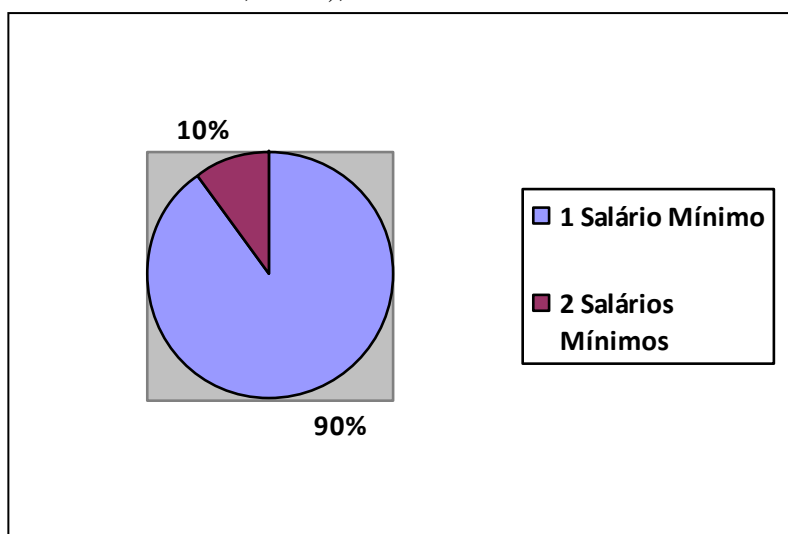


Gráfico 7. Distribuição dos pacientes da Região de Saúde de Barreiras, atendidos no CICAN (Salvador, Bahia Brasil), conforme a escolaridade.



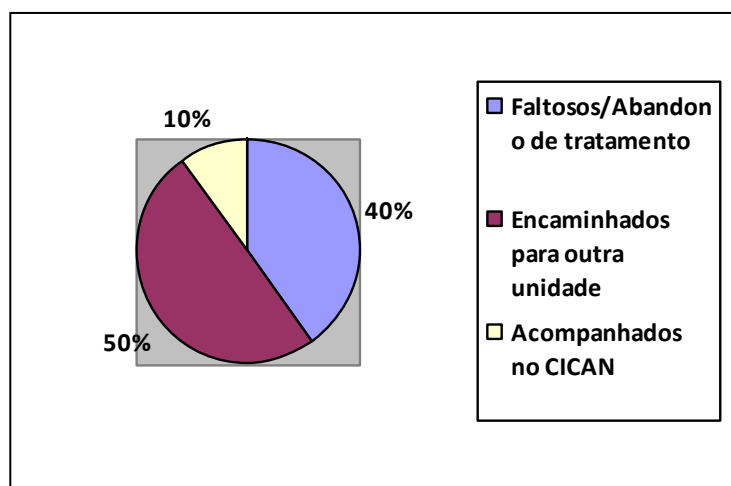
Quanto à *ocupação*, 9 são donas-de-casa, 3 são aposentados, 2 são cabeleireiras, e os outros são: padeiro, professora, comerciante, lavradora, vigilante e empregada doméstica. Percebe-se que 90% dos pacientes analisados apresentam uma *renda* de 1 salário mínimo, e os outros 10% apresentam renda mensal de 2 salários mínimos (**GRÁFICO 8**).

Gráfico 8. Distribuição dos pacientes da região de Barreiras, atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), conforme renda mensal.



Cerca de 40% dos pacientes faltaram às consultas e/ou sessões de quimioterapia, caracterizando-se como *abandono de tratamento*. Cerca de 50% dos pacientes foram *encaminhados para outras unidades* objetivando-se a realização de tratamento cirúrgico, destacando-se o Hospital Aristides Maltez (HAM) e o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), e 10% estão sendo acompanhados no CICAN (**GRÁFICO 9**). Em média, esses pacientes realizaram cerca de 12 consultas, ao longo de novembro de 2001 à junho de 2014.

Gráfico 9. Distribuição dos pacientes da Região de saúde de Barreiras, atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), conforme situação do tratamento.



O *câncer mais prevalente* entre os pacientes analisados é o de mama (7 pacientes), seguido do câncer de colo do útero e próstata com 3 pacientes cada e 1 caso de câncer de fígado e cólon. Há suspeita de 2 casos de câncer de colo do útero, e uma suspeita de câncer de próstata, endométrio e mama (vide **GRÁFICO 10**). Além disso, pode-se destacar que o principal procedimento realizado no CICAN foi a biópsia (feita em todos os pacientes), seguido da quimioterapia, que foi realizada em 10 pacientes (vide **GRÁFICO 11**).

Gráfico 10. Distribuição dos pacientes da Região de Saúde de Barreiras, atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), conforme tipo de neoplasia.

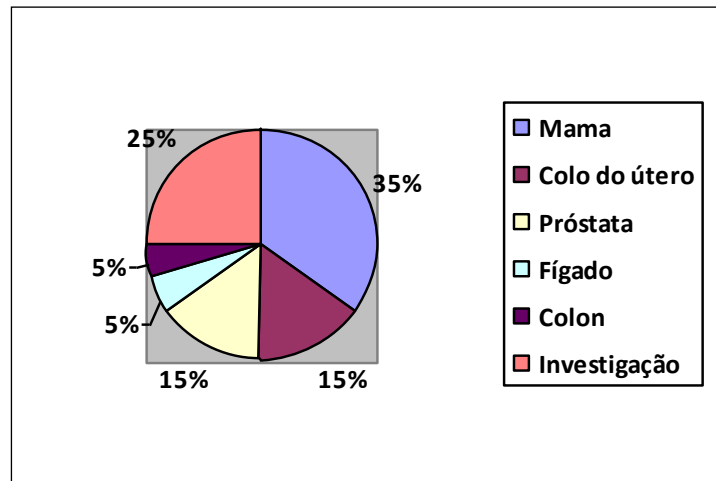
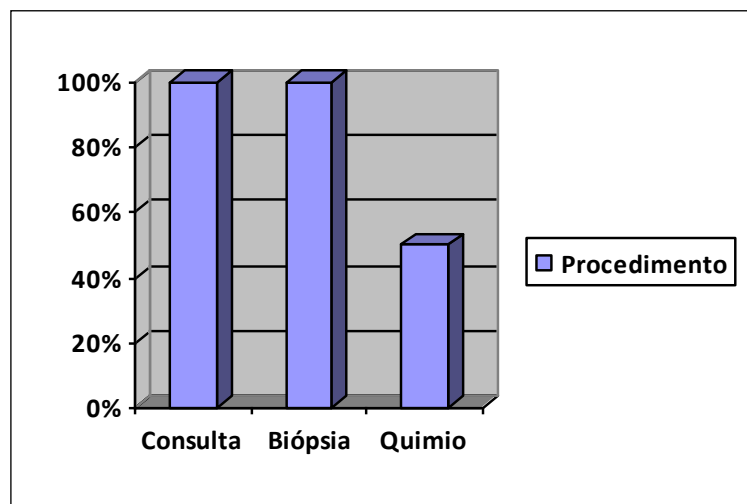


Gráfico 11. Distribuição dos procedimentos realizados no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil), entre os pacientes da Região de Saúde de Barreiras.



QUADRO 1. Usuários do SUS, da região de saúde de Barreiras, que utilizaram o TFD para serem atendidos no CICAN (Salvador, Bahia, Brasil)

Usuário	Idade atual (anos)	Sexo	Procedência	Escolaridade	Profissão	Renda (salário mínimo)	Motivo da consulta/tratamento no CICAN	Data da 1º e da última consulta no CICAN/Situação atual do paciente	Número de consultas e procedimentos realizados no CICAN
1	32	M	Barreiras	1º grau incompleto	Padeiro	1	Ca de Fígado	29/10/2009 23/05/2011 Faltoso/Abandono de tratamento	22 consultas Biópsia e quimioterapia
2	47	F	Barreiras	2º grau completo	Professora	2	Ca do Cólon Sigmóide	04/07/2011 12/02/2014 Em revisão periódica	38 consultas Biópsia e quimioterapia
3	36	F	Barreiras	1º grau incompleto	Dona de casa	1	Ca de Mama	11/10/2013 18/05/2014 Encaminhada para o Hospital Aristides Maltez(HAM)	13 consultas Biópsia e quimioterapia
4	71	M	Barreiras	1º grau incompleto	Comerciante	2	Suspeita de Ca de Próstata	05/11/2001 29/05/2008 Encaminhado para cirurgia no Hospital Geral Roberto Santos(HGRS)	7 consultas Biópsias
5	56	F	Barreiras	1º grau incompleto	Dona de casa	1	Suspeita de Ca de Endométrio	23/12/2010 25/11/2011 Faltosa/Abandono de tratamento	5 consultas Biópsias

Continua.

QUADRO 1. [Continuação].

Usuário	Idade atual (anos)	Sexo	Procedência	Escolaridade	Profissão	Renda (salário mínimo)	Motivo da consulta/tratamento no CICAN	Data da 1º e da última consulta no CICAN/Situação atual do paciente	Número de consultas e procedimentos realizados no CICAN
6	55	F	Barreiras	1º grau completo	Dona de casa	1	Suspeita de Ca de Colo do Útero	23/10/2003 05/11/2004 Encaminhada para tratamento cirúrgico no HAM	9 consultas Biópsias
7	28	F	Barreiras	2º grau completo	Cabeleireira	1	Suspeita de Ca de Mama	12/08/2013 03/02/2014 Faltosa/Abandono	3 consultas Biópsia
8	79	M	Santa Rita de Cássia	1º grau incompleto	Aposentado	1	Ca de Próstata	06/05/2010 09/05/2014 Encaminhado para tratamento cirúrgico no HUPES	17 consultas Biópsia e quimioterapia
9	60	F	Luís Eduardo Magalhães	1º grau incompleto	Dona de casa	1	Ca de colo do útero	27/11/2002 21/06/2014 Encaminhado para Radioterapia e Braquiterapia no HSR	42 consultas Biópsia e quimioterapia
10	45	F	Barreiras	1º grau incompleto	Cabeleireira	1	Ca de colo do útero	26/07/2004 04/08/2005 Faltoso/Abandono de tratamento	06 consultas Biópsia e quimioterapia

Continua.

QUADRO 1. [Continuação]

Usuário	Idade atual (anos)	Sexo	Procedência	Escolaridade	Profissão	Renda (salário mínimo)	Motivo da consulta/tratamento no CICAN	Data da 1º e da última consulta no CICAN/Situação atual do paciente	Número de consultas e procedimentos realizados no CICAN
11	47	F	Barreiras	2º grau completo	Dona de casa	1	Ca de Mama	31/03/2014 14/04/2014 Encaminhado para o HAM	02 consultas Biópsia
12	44	F	Barreiras	1º grau incompleto	Dona de casa	1	Suspeita de Ca de colo do útero	07/12/2011 24/03/2014 Em revisão	12 consultas Biópsia
13	56	F	Luís Eduardo Magalhães	1º grau incompleto	Lavradora	1	Ca de Mama	14/08/2012 14/09/2012 Encaminhado para o HAM	02 consultas Biópsia
14	70	F	Barreiras	1º grau incompleto	Aposentada	1	Ca de colo do útero	09/11/2009 29/10/2012 Faltosa/Abandono de tratamento	06 consultas Biópsia e quimioterapia
15	32	F	Barreiras	1º grau incompleto	Dona de casa	1	Ca de mama	04/10/2013 16/05/2014 Encaminhada para o HAM	03 consultas Biópsia
16	30	F	Barreiras	1º grau incompleto	Dona de casa	1	Ca de mama	25/04/2013 18/10/2013 Faltosa/Abandono de tratamento	02 consultas Biópsia

Continua.

QUADRO 1. [Continuação]

Usuário	Idade atual (anos)	Sexo	Procedência	Escolaridade	Profissão	Renda (salário mínimo)	Motivo da consulta/tratamento no CICAN	Data da 1º e da última consulta no CICAN/Situação atual do paciente	Número de consultas e procedimentos realizados no CICAN
17	64	M	Barreiras	1º grau incompleto	Aposentado	1	Ca de próstata	20/03/2012 05/12/2013 Encaminhado para tratamento cirúrgico no HGRS	05 consultas Biópsia
18	67	M	Barreiras	1º grau incompleto	Vigilante	1	Ca de próstata	17/07/2007 18/03/2014 Encaminhado para tratamento cirúrgico no HGRS	32 consultas Biópsia e quimioterapia
19	49	F	Barreiras	1º grau incompleto	Empregada doméstica	1	Ca de mama	15/02/2008 07/06/2010 Faltosa/Abandono de tratamento	12 consultas Biópsia e quimioterapia
20	52	F	Barreiras	1º grau incompleto	Dona de casa	1	Ca de mama	10/03/2007 20/04/2008 Faltosa/Abandono de tratamento	04 consultas Biópsia e quimioterapia

VII. DISCUSSÃO

Ao longo da construção desta pesquisa, foi possível perceber um conjunto de limitações decorrentes da obtenção de dados dos usuários da região de saúde de Barreiras que utilizaram o programa TFD para serem atendidos no CICAN. Conforme informações coletadas na Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde (DICON) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, o relatório consolidado (correspondente à planilha de acompanhamento da produção do TFD intermunicipal, que contém a discriminação dos deslocamentos por especialidades médicas) do TFD dos 15 municípios da região de saúde de Barreiras, deveria ser encaminhado, mensalmente, pela 25ª DIRES à Comissão Estadual de Tratamento Fora de Domicílio (CETFD). Entretanto, na prática, não é o que ocorre. Devido à grande extensão territorial e a falta de capacitação das equipes que lidam diretamente com o TFD nos municípios, há um grande número de pacientes "perdidos" na rede, sem um direcionamento adequado à unidade de referência para a realização de seu tratamento. Ou seja, depreende-se que há uma desorganização em relação às informações dos pacientes oncológicos da região de saúde do município de Barreiras, evidenciando a necessidade de um banco de dados regionalizado, de fluxo único (municipal, regional e estadual), contínuo e verdadeiramente efetivo.

Por meio de informações coletadas na 25ª DIRES de Barreiras e posterior análise de prontuários no CICAN, em Salvador, foi possível observar uma variação expressiva no número de usuários inscritos no programa TFD no ano de 2013. Por meio da observação do gráfico 1, por exemplo, nota-se a diferença de 80 pacientes inscritos entre os meses de fevereiro e março. Também é notória a queda no número de inscritos entre o mês de outubro e novembro, chegando-se à diferença de 108 inscritos, superando a diferença entre fevereiro e março. Percebe-se que no primeiro quadrimestre, no que tange ao somatório cumulativo, a modalidade de tratamento "Outros" estava em primeiro lugar, seguido da Oncologia. Entretanto, entre o primeiro e segundo quadrimestre, a oncologia apresentou um aumento de 206 inscritos, terminando o ano de 2013 com 542 inscritos, alcançando o primeiro lugar na somatória.

Quanto aos custos do programa TFD na região de saúde de Barreiras, observa-se que o mês de outubro apresentou o maior custo, com o valor de R\$ 169.242,97. Em

contrapartida, o menor custo foi detectado no mês de janeiro, com o valor de R\$40.653,72. Faz-se necessário compreender essa significativa variação de valores, já que entre os extremos houve uma diferença de R\$ 128.589,25.

Após análise crítica dos dados, percebe-se que a variação expressiva no número de usuários inscritos no programa TFD apresenta direta repercussão nos *custos financeiros* do programa, relacionando-se com as seguintes hipóteses: abandono de tratamento, cura da neoplasia ou óbito. Entretanto, acredita-se que o principal fator envolvido na expressiva variação dos dados é a falta de atualização e/ou envio dos dados dos usuários oncológicos por parte dos municípios. Tal fato pode ser justificado pela inexistência de um banco de dados do programa TFD na 25ª DORES de Barreiras, - conforme preconizado pela portaria SAS Nº55/99 - até o término dessa monografia.

Quanto à análise dos prontuários, pode-se resumir um perfil dos pacientes da região de saúde de Barreiras que utilizaram o TFD para serem atendidos no CICAN, sendo: usuário na quinta década de vida, do sexo feminino, dona de casa, com o primeiro grau incompleto, com a renda de um salário mínimo e com diagnóstico de câncer de mama.

Infelizmente, não foi possível aplicar os questionários semiestruturados aos usuários, porque os 20 pacientes não estavam sendo mais atendidos regularmente no CICAN (a última consulta mais recente foi realizada no mês de junho de 2014), já que alguns usuários foram referenciados para outros serviços de oncologia de maior complexidade (Hospital Aristides Maltez e Hospital Geral Roberto Santos), para realizarem, por exemplo, cirurgias. Além disso, dos 20 prontuários analisados, nenhum apresentava uma data prevista de retorno ao CICAN, dificultando a posterior aplicação dos questionários. Tal fato colocou em destaque o quesito “situação do tratamento”, pois somente 10% seguem em acompanhamento no CICAN e 50% são encaminhados para unidades de alta complexidade na área oncológica. Possivelmente, isso evidencia que os pacientes da região de saúde de Barreiras apresentam, de uma forma geral, uma neoplasia com estadiamento mais avançado, pois necessitam de tratamento em nível hospitalar e não ambulatorial, como é feito no CICAN para neoplasias em estágio inicial. Tal realidade – por sinal, preocupante – nos faz inferir a necessidade de :

1. Uma atenção básica estruturada na região de saúde de Barreiras que contemple, de forma efetiva, ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados. Tal estruturação iria possibilitar um aumento da credibilidade dos préstimos da equipe de saúde, garantiria a continuidade da assistência e a diminuição da sobredemanda para os serviços de média e alta complexidade.
2. Uma média complexidade capaz de realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, com a garantia do processo de referência e contrarreferência dos pacientes, sendo ações que devem ser organizadas segundo os princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

Outro dado expressivo é que cerca de 40% dos usuários da região de saúde de Barreiras abandonaram o tratamento, evidenciando uma problemática que necessita ser estudada e compreendida. Pode-se perceber que a distância de mais de 800 km, possivelmente, é o principal obstáculo que os referidos usuários enfrentam para o efetivo tratamento oncológico, já que há uma notória dificuldade de acesso e locomoção. Além do cansaço da viagem, muitos pacientes se sentem sozinhos e “perdidos” em uma capital que, culturalmente, apresenta diferenças marcantes em comparação com seu local de origem, além do fato de o usuário não manter mais o vínculo com a família e amigos que possui na região oeste, perdendo a sua rede de apoio e, por fim, comprometendo de forma significativa o seu tratamento oncológico - que, por si só, já é desgastante. Com isso, muitos usuários desistem do tratamento, enquanto outros buscam assistência médica no Distrito Federal ou Estado de Goiás, devido à proximidade dessa região central do país com a região oeste. Outra possível justificativa da alta taxa de abandono de tratamento deve-se ao fato da ajuda de custo do programa TFD não cobrir totalmente os gastos financeiros básicos que um usuário em tratamento oncológico demanda. Pode-se citar, por exemplo, pacientes que necessitam realizar quimioterapia e radioterapia em um longo período de tempo (um fato comum

entre os pacientes com câncer). Assim, sem o pleno suporte financeiro e político ao SUS e aos seus programas vinculados, a deterioração da rede pública está permitindo a desqualificação dos preceitos constitucionais da garantia do direito à saúde⁴¹.

Ou seja, pelo fato da macrorregião oeste do estado da Bahia não apresentar Unidade Especializada de Assistência em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência Oncológica (CACON), os usuários que apresentam algum tipo de neoplasia maligna deparam-se com duas problemáticas: não só o próprio diagnóstico de uma patologia que ainda carrega, de forma intrínseca, todo o estigma social, mas também, a dificuldade do acesso ao tratamento oncológico. Tal realidade confere ao SUS uma limitação da universalidade a partir da imposição de barreiras que caracterizam o acesso dos sujeitos como limitado, excludente e focalizado. Assim, o princípio da universalidade, considerado uma das maiores conquistas da Reforma Sanitária Brasileira, está sendo negligenciado pelo atual modelo de atenção em saúde, ressaltando que o acesso universal aos serviços de saúde é mais um exemplo de que a legalidade de uma proposta não se traduz na sua implementação, já que há um desacerto entre o que está disposto na lei e o que de fato a sociedade autentica.

Este conjunto de circunstâncias destaca a ausência de uma rede regionalizada para o tratamento oncológico no estado da Bahia. Inexoravelmente, a omissão do planejamento a esse cuidado em saúde resulta na busca incessante ou intermitente de quem procura por esse atendimento, no intento de resolver sua demanda oncológica (seja um problema sentido ou diagnosticado), com destaque para as desigualdades no acesso, que podem assumir caráter incontornável e multiplicado, caso persista a naturalização desta conduta por parte dos gestores em saúde.

Dentro dessa perspectiva, torna-se de fundamental importância novos estudos que possibilitem um aprimoramento e refinamento dos primeiros resultados obtidos neste trabalho. De antemão, entretanto, diante dos dados apresentados e considerando que o SUS garante a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a igualdade de uso dos serviços, é de fundamental importância a construção de um sistema de serviços de saúde oncológico no estado da Bahia. Além da descentralização da gestão da saúde, faz-se necessário a regionalização e articulação dos serviços, aprofundando a

integração, superando a fragmentação real dos sistemas de saúde e viabilizando a construção de redes de atenção à saúde. A rede constitui-se como um sistema bem integrado, composto por elementos interdependentes com o fito de oferecer atenção contínua à saúde oncológica da população, incluindo ações voltadas à prática clínica individual até as ações intersetoriais dirigidas aos determinantes sociais da saúde⁴¹. Nesse contexto, é necessário priorizar a atenção para pacientes mais graves e populações mais vulneráveis – com destaque para a região de saúde do município de Barreiras - que apresentam riscos diferenciados de adoecer e morrer de modo a alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma sociedade.

Ou seja, faz-se necessária a implementação de um sistema integrado de serviços de saúde na área oncológica que apresente um conjunto articulado de intervenções incidentes sobre o processo saúde-doença (promoção e reabilitação da saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos), gerido e ofertado de modo que as pessoas possam utilizar um contínuo de serviços, de acordo com suas demandas e suas necessidades, ao longo do tempo, recorrendo aos diferentes níveis de atenção à saúde. Além disso, a integração sistêmica viabiliza a emergência das linhas de cuidado, entendida como o caminho realizado pelo usuário desde a identificação até a satisfação de sua necessidade, por meio do acesso às intervenções capazes de reconstituir sua autonomia. Destaca-se também a necessidade da produção do cuidado e do acolhimento como uma proposta de reestruturação dos serviços para garantia do acesso, a partir da resolubilidade, do atendimento humanizado e da escuta qualificada. Assim, tomar a integralidade como eixo de atenção implica na construção do cuidado adotando um conceito amplo de saúde, garantindo o acesso a todos os serviços e ações que se façam necessários para o enfrentamento do câncer.

Conforme assegurado pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e pela Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003, torna-se também necessária a valorização do controle social como mecanismo primordial para a construção coletiva de debates a respeito do fortalecimento da descentralização e regionalização da assistência oncológica na região oeste da Bahia. A participação plural de diversos segmentos nas deliberações relativas à saúde visa à garantia do exercício da cidadania e assegura a

vocalização dos múltiplos segmentos, instituindo-se como ferramentas importantes na definição de políticas, na regulação, financiamento e avaliação dos sistemas e serviços de saúde oncológica⁴⁰. A participação popular reforça o empoderamento social no campo da saúde e coloca em destaque a importância dos conselhos e conferências de saúde não só como forma de interlocução da sociedade com o Estado, mas também como possibilidade de atuar como catalisador para a cidadania e promoção da consciência sanitária⁴³. O estímulo a essa participação faz parte da ideia de se inverter o paradigma da subordinação da sociedade ao Estado para o Estado subordinado à sociedade. Ou seja, somente por meio de políticas intersetoriais coordenadas e a participação ativa da sociedade e dos diferentes níveis de governo que será possível superar as complexidades existentes na assistência oncológica da região de Barreiras e garantir o direito à saúde de todos os baianos e brasileiros.

Para que possa ser categorizado o acesso e analisado as condições de acessibilidade, torna-se necessário o estudo do modelo de análise organizado em cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica³⁶.

Na dimensão política, é necessária a sensibilização dos gestores em saúde quanto à importância da formulação de políticas públicas e programas especiais que garantam o acesso universal ao tratamento oncológico na Região de Saúde do município de Barreiras. Exemplifica-se a necessidade de uma pactuação entre os quinze municípios que compõem a região e a gestão estadual, objetivando a construção de um projeto político para a garantia do tratamento oncológico aos residentes nessa região. Pode-se iniciar essa mobilização por meio da construção coletiva e apreciação de um projeto regional nas reuniões dos conselhos municipais de saúde, com posterior aprovação na reunião ordinária da Comissão Intergestora Regional (CIR), encaminhando as deliberações para a Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Na dimensão econômico-social, é de fundamental importância identificar as barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas entre os quinze municípios da região para a posterior definição das responsabilidades de financiamento entre as três esferas de poder. Nessa dimensão, pode-se firmar um acordo financeiro regional no Programa de Pactuação Integrada (PPI) para custear os gastos financeiros na execução e

aplicabilidade do projeto que garanta o acesso integral do usuário da região ao tratamento oncológico do SUS.

Na dimensão organizacional, torna-se primordial o fortalecimento da Atenção Básica na região de saúde do município de Barreiras por meio da ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, garantindo, efetivamente, a “porta de entrada” aos usuários. Assim, será possível estabelecer e demarcar os fluxos de atendimento por meio das demandas epidemiológicas e sanitárias da região, garantindo: linhas de cuidado, regulação entre os serviços, além de integrar o sistema de referência e contrarreferência na rede SUS, considerando nesse processo as barreiras geográficas.

Na dimensão técnica, faz-se necessário a integralidade da atenção, por meio do planejamento e programação das ações em saúde, garantindo: acolhimento, vínculo, autonomia do usuário, projeto terapêutico singular e qualidade da atenção. Nesse processo, torna-se fundamental a valorização do profissional da saúde e a garantia de condições adequadas no ambiente de trabalho, associado a um plano de cargos e salários condizente com a real importância dos trabalhadores da área da saúde.

Na quinta e última dimensão de análise de acesso, a simbólica, é necessário a valorização e o respeito da singularidade e subjetividade de cada usuário em tratamento oncológico, considerando a sua origem, crenças, valores e a sua própria imagem do processo saúde-doença. Nesse sentido, a equipe multiprofissional envolvida necessita ter um conhecimento amplo sobre as questões culturais presentes entre os municípios que compõem a região de saúde de Barreiras como uma forma de “conhecer para respeitar”.

Faz-se necessário, portanto, a construção de políticas públicas com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde e garantir um diagnóstico precoce da doença, além do tratamento oportuno para alcançar a cura. A expansão do acesso aos serviços de saúde vai exigir também políticas específicas para reduzir as desigualdades sociais inter-regionais, que terminam por produzir as iniquidades em saúde⁴⁴.

Recomenda-se aos gestores uma maior organização em relação às informações dos pacientes oncológicos, de modo descentralizado, por meio de um banco de dados regionalizado, de fluxo único (municipal, regional e estadual), contínuo e verdadeiramente efetivo. Além disso, faz-se necessário a consolidação de uma rede regionalizada e integrada para assistência na área oncológica, por meio da implementação de uma Unidade Especializada de Assistência em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência Oncológica (CACON) no município de Barreiras.

Tal unidade exigirá um planejamento estratégico no que concerne a gestão em saúde, financiamento, estrutura física, contratação de uma equipe multiprofissional altamente capacitada, priorizando a educação permanente por meio do quadrilátero da formação continuada (ensino, gestão, atenção e controle social), entre outros. Esse conjunto de ações viabilizará o acesso ao tratamento oncológico e irá auxiliar na redução das iniquidades encontradas, garantindo, efetivamente, a integralidade da atenção, a reorientação do modelo assistencial, a clínica ampliada e o acesso pleno à saúde.

VIII. CONCLUSÕES

1. Não existe a oferta efetiva de serviços em saúde oncológica na Região de Saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil), comprometendo o acesso dos usuários ao tratamento.
2. As principais demandas dos usuários da Região de Saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil) referenciados ao CICAN pelo programa TFD e incluídos neste estudo são: realização de biópsias, sessões de quimioterapia e cirurgias oncológicas.
3. É necessário a atualização do banco de dados do programa TFD na Região de Saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil), organizando-o de forma regionalizada e descentralizada, com fluxo único (municipal, regional e estadual), contínuo e verdadeiramente efetivo.
4. Evidenciam-se dificuldades no acesso e permanência ao tratamento oncológico do Sistema Único de Saúde entre os usuários da Região de Saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil) referenciados ao CICAN pelo programa TFD.
5. Considerando os resultados deste estudo, é possível perceber que no Estado da Bahia há uma baixa cobertura, ausência de planejamento e oferta fragmentada dos serviços especializados na área oncológica.
6. Não existe uma linha de cuidado ao paciente oncológico que organize, no território baiano, o acesso efetivo desses usuários aos serviços existentes no estado da Bahia.
7. Com o fito de viabilizar o acesso ao tratamento e reverter às iniquidades encontradas, faz-se necessária a consolidação de uma rede regionalizada e integrada para assistência oncológica na região oeste do estado da Bahia, por meio da implementação de uma Unidade Especializada de Assistência

em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência Oncológica (CACON) no município de Barreiras (Bahia, Brasil).

IX. SUMMARY

Access to oncologic treatment of the single health system from the health region of Barreiras' city (Bahia, Brazil). **Introduction:** The Single Health System is an expression of a state policy that is built in an expanded conception of health and an universal perspective of the access to health. The National Politics of Oncologic Care is organized to attend integrally the users that require treatment, organizing the care pathways as major policies that bind all the levels of attention. **Objectives:** To analyze the access to oncologic treatment at the health region of Barreiras; to characterize the profile of oncologic health services offered in the region; to analyze the profile of the user's demand of the region referred to the Bahia State Center of Oncology (CICAN) through the program "Treatment outside home" (TFD); identify difficulties to the access of oncologic treatment. **Methods:** The research had as target population the users from Barreiras' health region that used the program TFD to be attended at CICAN, located in Salvador. It is a ecologic study retrospective, documental, observational, quanti-qualitative, developed by collecting data from TFD databases and analysis of 20 records. This study required approval at Ethics and Research Committee. **Results:** The Barreiras' health region is made of 15 cities, with population esteemed of 413.546 habitants. The medium age of users referred to CICAN is 50 years old, 75% female, 80% has incomplete elementary school degree, 90% has 1 minimum wage, 40% abandoned their treatment, 50% were referred to other units. **Discussion:** Difficulties of access and permanence of oncologic treatment were found, what can be explained due the low coverage, the absence of planning and fragmented offer provided by the services. It is needed the creation of a regionalized and integrated network, reverting the injustices found and ensuring the: integrality of service, reorientation of the care model, the extended health concept and total access to health. **Conclusions:** There is no effective offer of services in oncologic health at the region. The main requests of the users in the region are: biopsies, chemotherapy and surgeries.

Key words: Single Health Service, Health Services, Health Care, Health Management.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida FN, Rouquaryol MZ. Introdução à epidemiologia moderna. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; 1992.
2. Teixeira CF, Vilasboas AL. Planejamento e Gestão em Segurança e Saúde no Trabalho. 2. ed. Salvador: Pisat; 2009.
3. Campos RTO, Merhy EE, Nunes ED. Planejamento sem normas. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
4. Campos RTO. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
5. Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. 2. ed. Salvador: Edufba; 2005.
6. Vieira LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. 3. ed. Salvador: Edufba; 2005.
7. Moreira MR. Democracia Participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. 3. ed. Rio de Janeiro: Cebes; 2008.
8. Castellans PL. A epidemiologia e a organização dos sistemas de saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994.
9. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: Edufba; 2006.
10. Soares DA, Andrade SM. Bases da saúde coletiva. Londrina: Uel; 2001.
11. Travassos CM. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. 3. ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2000.

12. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA; 1999.
13. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
14. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
15. Internatinal Union Against Cancer. TNM classification of malignant tumours. New York: Chichester; 2010.
16. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Informações sobre o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
17. Carmo EH, Barreto ML, Silva JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira. 2. ed. Brasília: Epidemiologia e Serviços de Saúde; 2003.
18. Schramm JMA. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
19. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
20. Medronho RA. Epidemiologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2008.
21. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

22. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Desenvolvimento e coordenação das ações integradas para do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
23. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas. Brasília: INCA; 2010.
24. Ferreira TB. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
25. Maciel MGS. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. 3. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006.
26. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
27. Jesus WLA, Assis MMA. Desafios do Planejamento na construção do SUS. 2. ed. Salvador: Edufba; 2011.
28. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: CONASS; 2014.
30. Franco TB, Magalhães HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
31. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em Saúde. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 1998.
32. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2007.

33. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Brasília: CONASS; 2008.
34. Campos RTO. O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
35. Travassos CM, Martins MB. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva; 2004.
36. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva; 2012.
37. Barreiras. Prefeitura Municipal de Barreiras. Conheça Barreiras. [Internet]. 2014 [Acesso em: março de 2014]. Disponível em: <http://www.barreiras.ba.gov.br>.
38. Bahia. Secretaria Estadual da Saúde. Saúde na Bahia. [Internet]. 2013 [Acesso em: março de 2014]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br>
39. Bahia. Secretaria Estadual da Saúde. TFD. [Internet]. 2013 [Acesso em: março de 2014]. Disponível em: http://saude.ba.gov.br/direg/images/Coordenacoes/Apresentacao_TFD.pdf.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde. Brasília: CONASS; 2001.
41. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
42. Gohn MG. Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo. Petrópolis: Vozes; 2010.

43. Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Porto Alegre: Hucitec; 2002.

44. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

XI. ANEXOS

ANEXO I: Parecer consubstanciado do CEP



**FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEMANDA E ACESSO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM MICRORREGIÃO DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS (BAHIA,

Pesquisador: WASHINGTON LUIZ ABREU DE JESUS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30643314.8.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 644.460

Data da Relatoria: 02/06/2014

Apresentação do Projeto:

O investigador responde às pendências indicadas pelo CEP. Anexa carta com as mudanças sugeridas.

RISCOS:

“...Será de responsabilidade da instituição o compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela envolvida, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar....”

A RES466/12 induz:

“V.6 - O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa.”

Compromisso ADEQUADO

BENEFICIOS:

RESPOSTA

“O estudo trará benefícios para a comunidade ao melhorar o entendimento dos aspectos clínicos e



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 644.460

epidemiológicos acerca do tratamento oncológico na rede SUS Bahia, tornando-se um apoio às decisões políticas em torno da melhoria do acesso aos serviços oncológicos no estado da Bahia e na possível implantação de um Centro Especializado em Oncologia na cidade pólo da Microrregião de Saúde de Barreiras. Ou seja, este projeto objetiva levantar uma série de discussões na Gestão em Saúde, corroborando na consolidação de Políticas em Saúde mais próximas da realidade social, colocando em prática os princípios finalísticos e diretrizes estratégicas do SUS, destacando-se: Universalidade, Igualdade, Integralidade, além da Regionalização e Hierarquização.”

ADEQUADA

Objetivo da Pesquisa:

Não mudam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Respondidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não mudam.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 644.460

SALVADOR, 12 de Maio de 2014

Assinador por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

ANEXO II: Carta de anuência



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB

Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão de Rede Própria
Centro Estadual de Oncologia - CICAN

CARTA DE ANUÊNCIA

Fica autorizada a realização do projeto: ***Perfil da demanda e dificuldades de acesso dos usuários da microrregião de saúde do município de Barreiras (Bahia, Brasil) encaminhados pelo programa "Tratamento Fora de Domicílio" ao Centro Estadual de Oncologia da Bahia***, a ser realizado no Centro Estadual de Oncologia (CICAN) pelo acadêmico Thiago Borges Arcanjo, sob orientação do Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus, projeto este submetido no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Serão utilizados os dados dos prontuários dos usuários da microrregião de saúde do município de Barreiras em tratamento no CICAN, objetivando avaliar o perfil da demanda e possíveis dificuldades de acesso ao tratamento oncológico, além da aplicação de questionários semiestruturados aos usuários em questão. Em tempo, fica também autorizado a utilização do nome CICAN no relatório final bem como em futuras publicações científicas. Os dados coletados permanecerão em sigilo de acordo com resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Salvador, 24 de Abril de 2014.


Diretor Geral: Dr. Douglas Nascimento Santana

