

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Lívia Wagner Paes

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO:  
o caso da Catalunha

Rio de Janeiro  
2019

Lívia Wagner Paes

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO:  
o caso da Catalunha

Dissertação apresentada à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim  
Venâncio para como requisito parcial  
para obtenção do título de mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Danielle Ribeiro de  
Moraes

Coorientadora: Rosana Kuschnir

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-75234

Renata Azeredo CRB-75207

P126a Paes, Livia Wagner  
Atuação do enfermeiro na coordenação do  
cuidado: o caso da Catalunha / Livia Wagner Paes.  
- Rio de Janeiro, 2019.  
77 f.

Orientadora: Danielle Ribeiro de Moraes  
Coorientadora: Rosana Kuschnir

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
Rio de Janeiro, 2019.

1. Enfermeiros. 2. Avaliação de Desempenho  
Profissional. 3. Atenção à Saúde. I. Moraes,  
Danielle Ribeiro de. II. Kuschnir, Rosana.  
III. Título.

CDD 610.73

Lívia Wagner Paes

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO:  
o caso da Catalunha

Dissertação apresentada à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim  
Venâncio para como requisito parcial  
para obtenção do título de mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 03/05/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Danielle Ribeiro de Moraes – FIOCRUZ/ENSP-EPSJV

---

Profa. Dra. Rosana Kuschnir – FIOCRUZ/ENSP

---

Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza Machado – FIOCRUZ/ENSP-EPSJV

---

Profa. Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto – FIOCRUZ/ENSP

*Dedico este trabalho as pessoas mais presentes em minha vida:*

*À minha filha, que sem dúvida é o maior amor da minha vida,*

*Ana Carolina (Carol).*

*À minha mãe Margot pelo exemplo de mulher estudiosa,  
educadora e guerreira.*

*Ao meu pai, Luiz que me deixou um enorme legado.*

*Valeu a pena todo esforço e todas as renúncias!*

*Esta vitória é de todos vocês também!*

*AMO VOCÊS!!! GRATIDÃO!!!*

## AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos pelo Pai Maior, **DEUS**, por estar sempre comigo! Por colocar pessoas especiais ao meu lado, pelo alimento diário de coragem, saúde e fé para vencer!

À minha amada filha, **Ana Carolina**, espírito de luz, por tanto me ensinar com sua paciência, sua fé cristã, compaixão e carisma sem igual. Dizem que as mães são sinônimos de anjos da guarda...e quando sua filha é o seu anjo? **Anjo** (do latim *angelus*) criaturas espirituais, mensageiros de Deus, donos de uma beleza delicada, de diversas virtudes e de um forte brilho...minha Carol.

Aos meus pais, **Luiz e Margot**, meu infinito agradecimento. Que sempre acreditaram em minha capacidade, me incentivando a me dedicar e me aproximar da minha melhor performance. E principalmente a minha **mãe**, que também tem buscado sua melhor versão, obrigada pelo amor incondicional!

À minha tia **Geiza**, que me orienta e influencia profissionalmente, me acolhendo sempre com uma palavra de conforto. Obrigada pela amizade, carinho e ensinamentos.

Ao meu irmão, **Leandro**, pelos sobrinhos que me deu, **Lis e Théo**. Meu agradecimento especial, me fornecendo diversas ferramentas que impactaram minha vida, aprimorando minha evolução. Obrigada pelo incansável apoio e incentivo. Meu orgulho e admiração!

À minha cunhada, **Eline**, gratidão pelo incentivo de me fazer acreditar que “o melhor está por vir”!

À **tia Ângela**, que cuida de mim e da minha filha de forma incondicional, que se preocupa sempre com minha mala e comidinhas. Que está sempre temperando nossas vidas com sua calma e amor.

Ao meu avô, **Gil**, que se emociona com minhas aprovações, que com seu orgulho me incentiva lutar e vencer!

A minha avó, **Marinete**, minha paixão, à quem admiro e me identifico, que me traz cheiro de avó, de família, que sempre cuidou de mim em todas as minhas solicitações, que dá um jeito de fazer a saia que quero e os crochês.

À minha professora e orientadora, **Danielle Moraes**, que me faz cada dia mais enxergar que existem mais que pesquisadores e resultados por trás de uma dissertação, mas vidas humanas...

À minha coorientadora, **Rosana Kuschinir**, suas palavras foram o catalisador para que eu superasse minhas limitações. Gratidão por sua capacidade de ensinamento e disponibilidade.

Às minhas coordenadoras do LARA, **Romilda e Simone**, por fazerem me sentir amada e respeitada, por compreenderem a minha ausência, por me apoiar e se preocupar com minha rotina de vida. Vocês ficarão guardadas para sempre em mim!

A toda a equipe técnica do LARA, Bárbara, Laura, Vanda, Patrícia, Renato e Terly, pelo apoio, incentivo e pelas palavras de conforto.

Ao casal de amigos, **Fernanda e Geraldinho**, que cuidaram de mim e da minha filha nesse período de tanto desgaste emocional. Gratidão por nossa amizade e por tudo que aprendo com essa família linda!

A **todos** aqueles que de alguma forma proporcionaram-me mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma lição de vida, superação e autoconhecimento. Ninguém vence sozinho... Eu sou uma longa história ainda em construção, e em busca da minha melhor versão!

**GRATIDÃO!**

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”*

*(Carl Jung)*

*“Pessoas comuns só acreditam no possível. Pessoas extraordinárias não visualizam o que é possível ou provável, e sim o que é impossível. E, ao visualizar o impossível, elas começam a vê-lo como possível.”*

*(Cherie Carter-Scott)*



## RESUMO

O desenvolvimento de processos e instrumentos que reforcem e aperfeiçoem a organização de redes de atenção em saúde é um dos desafios atuais do Sistema Único de Saúde. As neoplasias, por sua magnitude e pelas especificidades dos processos de cuidado, são um caso potente de análise dos instrumentos de coordenação do cuidado e integração na atenção à saúde. Nesse sentido, é necessária a coadunação entre integralidade da assistência e o uso racional de recursos e tecnologias sanitárias, de modo a aumentar as chances de cura e a sobrevida. O enfermeiro é um profissional-chave nesse processo, sobretudo em relação à sua atuação na gestão de casos, que requer conhecimento técnico especializado. Por meio de pesquisa bibliográfica, este estudo teve como objetivo conhecer e analisar o papel do enfermeiro no cuidado prolongado com foco na política de atenção ao câncer, no âmbito dos Sistemas Nacionais de Saúde, estudando o caso da comunidade autônoma da Catalunha (Espanha). Naquele contexto, é expressiva a atuação do enfermeiro no âmbito de equipes multidisciplinares com papéis e perfis bem estabelecidos, o que colabora para a qualidade da coordenação do cuidado nas redes de atenção, na medida em que se obtém celeridade ao processo de diagnóstico e tratamento, com notável efetividade. Avaliou-se que se trata de um modelo que pode inspirar mudanças na organização das redes de cuidado brasileiras. Nesta direção, a inserção de enfermeiros com perfis análogos aos catalães pode auxiliar a agilizar a atenção aos usuários e, conseqüentemente, impactar na melhoria da qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Sistemas Nacionais de Saúde, redes, coordenação do cuidado, enfermeiro.

## SUMMARY

The development of processes and instruments that reinforce and improve the organization of health care networks is one of the current challenges of the Unified Health System. Neoplasms, by their magnitude and by the specificities of care processes, are a powerful case of analysis of the instruments of coordination of care and integration in health care. In this sense, it is necessary to coordinate the integrality of care and the rational use of health resources and technologies, in order to increase the chances of cure and survival. Nurses are a key professional in this process, especially in relation to their role in case management. The purpose of this study was to study and analyze the role of nurses in long - term care with a focus on cancer care policy within the National Health Systems, studying the case of the Autonomous Community of Catalonia (Spain). In this context, the nurse's performance within multidisciplinary teams with well-established roles and profiles is significant, which contributes to the quality of coordination of care in care networks, as speed of diagnosis and treatment is obtained, with remarkable effectiveness. It was evaluated that it is a model that can inspire changes in the organization of Brazilian care networks. In this direction, the insertion of nurses with profiles analogous to the Catalan ones can help to accelerate the attention to the users and, consequently, to impact in the improvement of the quality of the care.

Key words: National Health Systems, networks, care coordination, nurse.

## **LISTA DE SIGLAS**

**AB** – Atenção Básica

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**APS** – Atenção Primária a Saúde

**CACON** - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

**CCAA** - Comunidades Autônomas

**CFB** – Constituição Federal Brasileira

**EPA** - Enfermeiros em Prática Avançadas

**GP** – General practioners

**HPV** – Papiloma Vírus Humano

**ICN** - Conselho Internacional de Enfermeiros

**IDS** – Integrated Delivgeryz Systems

**INCA** - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

**INSALUD** - Instituto Nacional de Salud

**INSS** - Instituto Nacional de Seguridad Social

**NHS** - National Health Service

**NOB** – Norma Operacional Básica

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**ONU** - Organizações das Nações Unidas

**OPAS** - Organização Panamericana de Saúde

**RAS** – Redes de Atenção a Saúde

**RSB** – Reforma Sanitária Brasileira

**SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UAACA** - Coordenação de Unidades da Área do Câncer

**UNACON** - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 METODOLOGIA.....	18
<b>2. CAPÍTULO 1 – AS REDES DE ATENÇÃO, COORDENAÇÃO DO CUIDADO E A ENFERMAGEM.....</b>	<b>20</b>
2.1 REDES .....	20
2.2 COORDENAÇÃO DO CUIDADO .....	24
2.2.1 Mecanismos de coordenação assistencial.....	27
2.3 CONTEXTO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM.....	31
2.3.1 Enfermeiros na gestão de casos .....	33
<b>3. CAPÍTULO 2 – ESPANHA/CATALUNHA .....</b>	<b>38</b>
3.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE ESPANHOL .....	38
3.2 O SISTEMA ESPANHOL E A POLÍTICA DO CÂNCER.....	40
<b>4. CAPÍTULO 3 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO CÂNCER NA CATALUNHA .....</b>	<b>45</b>
4.1 ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES .....	48
4.1.1 Circuito de diagnóstico rápido.....	48
4.1.2 Equipe Multidisciplinar .....	49
4.1.3 Papel do enfermeiro na gestão de casos na Catalunha .....	54
4.1.4 Circuito pré-alta.....	57
<b>5. CAPITULO 4 – AVANÇOS OBTIDOS E O PAPEL DO ENFERMEIRO....</b>	<b>59</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia uma longa história de desafios com elementos antagônicos que delineiam o curso da sua trajetória, transformando as políticas públicas num emaranhado de contradições. Após a ditadura de Vargas, as novas políticas de saúde em prol da superação de um Brasil doente, de pés descalços, dos trabalhadores devorados pelas doenças transmissíveis, malária, febre amarela, tuberculose, verminoses e ainda pela subnutrição.

As expectativas das reformas políticas se esbarraram nos interesses da elite Brasileira, no sentido de adaptar-se às exigências da modernização, sob a égide do capital, que assume a saúde como mercadoria, impactada pelo capitalismo (PEREIRA, 2007). Neste enfoque, a sustentabilidade do sistema de saúde do atual século XXI, com a falta de recursos orçamentários, a reformulação das políticas de saúde e o Estado forçado nocivamente a atender as demandas da lucratividade.

Historicamente, as políticas públicas no Brasil caracterizam-se como subordinadas aos interesses econômicos e políticos, sendo implementadas através de práticas assistencialistas e clientelistas. Até a constituição de 1988, o modelo de saúde vigente no país era o de seguro social, um tipo de proteção limitada, que garantia direitos aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, à sua família, e aqueles que contribuía mensalmente como autônomos.

O marco histórico de mudança desse modelo meritocrático, que vinha gerando muitas insatisfações, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Palco de intensos debates e reflexões sobre saúde e democracia, a conferência trouxe como saldo positivo a formulação e tradução operacional da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). No entanto, a legitimação desta só ocorre em 1988, na nova constituição Brasileira, que define saúde como dever do Estado. Portanto, com a nova constituição, a saúde passa a ser entendida como direito adquirido, inerente à cidadania, onde todos os brasileiros possuem, a partir de então, a garantia de acesso universal e igualitário.

O fato é que esse processo de mudança do modelo de saúde, de seguro social para seguridade social, somente se consolidou após a luta dos vários segmentos sociais: movimento popular, estudantil, professores, pesquisadores e profissionais da saúde, na conquista de uma sociedade mais justa e igualitária. Desse modo, o Sistema Único de Saúde – o SUS – é uma conquista do povo, da sociedade civil. O SUS não foi criado pelo Estado Brasileiro, por governos ou mesmo por partidos políticos. (PAIM, 2008).

No entanto, a política de saúde brasileira vem adquirindo novos contornos na busca de avanços e na superação dos desafios para implementação do SUS, como direito universal e

equitativo. E mesmo após quase trinta anos de história do nosso sistema de saúde, o que observamos são políticas de saúde direcionadas via interesses do capitalismo, que encontra no neoliberalismo o suporte ideológico, dentre elas a complexa relação entre o público e privado. Como resultado, a saúde vem expressando um hiato entre direito social proclamado na Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 e seu dever efetivado (BAHIA, 2009).

Para Paim (2009) os descaminhos da RSB e do SUS passaram por distintas etapas, como por exemplos: as reformas neoliberais, o clientelismo político, as políticas de ajuste macroeconômico e os desvios de recursos da saúde para outras áreas. Como vias destes processos, há sobreposição da área econômica nas tomadas de decisões do sistema de saúde. Ou seja, apesar da demanda socialmente constituída e da decisão não ser apenas técnica, existe um desrespeito à Constituição e as Leis Orgânicas da Saúde - Lei 8.080 e 8.142 de 1990.

Isso se refletiu na falta de acesso, na fragmentação do sistema, na ausência de integralidade e responsabilização, dificuldades de financiamento do SUS e expansão da saúde suplementar. O que parece estar claro é que, apesar da existência do SUS, o sistema ainda não é único, fato que se reafirma no fortalecimento do sistema suplementar de saúde, representado por consultórios, clínicas e hospitais particulares, através do desembolso direto ou planos de saúde, produto das mudanças no processo de estratificação da oferta e demanda (BAHIA, 2009).

Ainda como afirma a pesquisadora Lígia Bahia (2009, p.761): “é no mínimo irônico constatar que a contribuição para o financiamento da seguridade social e o regime jurídico único, criados na CFB para viabilizar os direitos sociais à saúde, previdência e assistência social, tenham sido adequados aos requerimentos da privatização da saúde”.

Para ela, a constatação sobre as irregularidades da expansão do subsistema privado orienta que leis e normas sejam relacionadas à sua preservação e expansão. Fato é que a legislação tributária foi alterada para autorizar a dedução do imposto de renda das despesas médicas e seguros privados de saúde. Além disso, o aumento absoluto do número de brasileiros vinculados a planos e seguros privados de saúde, produto de políticas estimuladas pelo governo, cursam *pari passu* aos esforços de implantação do SUS. Situações estas que têm sido debitadas na conta da fragilidade da cidadania brasileira e percorrem em direção contrária à equidade (BAHIA, 2009).

A observação das práticas sanitárias e do referencial teórico reafirmam que essas práticas políticas conservam em sua concretização os caracteres fragmentários, setoriais e emergenciais reforçados gradativamente com a expansão da saúde suplementar. Uma das

causas da fragmentação ocorre principalmente pelo processo de segmentação do sistema de saúde através de subsistemas direcionados a beneficiários de planos privados de saúde. Essa dinâmica preconiza a retração do Estado na órbita da responsabilidade social, observadas por meio do incentivo ao dinamismo empresarial na área de saúde e a redução dos investimentos públicos nos serviços (BAHIA, 2009).

Somado a isso, essa onda empresarial de privatização da saúde se articula cada vez mais com o sucateamento dos serviços públicos, gerando a precariedade no atendimento, nas ofertas e nos recursos institucionais, se tornando um grande impasse para a efetivação dos direitos sociais, que são gradualmente descartados em nome da lógica do mercado (LIMA et al., 2018).

No entanto, não se deve deixar de considerar os avanços com a RSB, com a municipalização determinada pela criação da Norma Operacional Básica (NOB 91, 93 e 96), a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Emenda Constitucional 29 - que visa garantir os repasses mínimos de recursos financeiros das três esferas de governo. Além disso, a criação do Pacto pela Saúde, com o objetivo de melhorar a eficiência e qualidade das ações de saúde, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão, bem como a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), das políticas de reforma psiquiátrica, entre outras.

O mais recente que se tem em relação ao norteamto das políticas públicas de saúde é o Decreto 7.508/2011 e a Lei complementar 141/2012, que ratificam alguns compromissos e responsabilidades dos entes na Gestão do SUS, assim como esclarece o que é gasto com saúde e a forma de prestação de contas.

Todavia, torna-se cada vez mais evidente que, apesar dos esforços, os governos não se empenharam na construção do SUS e nas legislações que legitimou, muito menos no avanço da RSB, interpretadas nas transformações da base física, no volume e destino de recursos financeiros para o subsistema privado, bem como, na alteração da oferta e demanda. Por trás desse movimento, está o segmento privado, difundindo ativamente suas demandas pela desregulamentação da intervenção governamental, bem como a crise econômica (BAHIA, 2009).

Com a questão do envelhecimento populacional, ou seja, o fator social com aumento da expectativa de vida, este remete à melhoria das condições de vida e bem-estar dos cidadãos devido ao progresso do setor sanitário. No entanto, o aumento da expectativa de vida influencia na demanda, visto que essas pessoas requerem maior atenção e cuidado. O fato é que todas essas questões de como e a quem ofertar saúde, somadas à fragmentação, falta de

recursos orçamentários, infraestrutura, entre outros, são ainda mais complexas em se tratando de doenças crônicas, particularmente o câncer, que demandam cuidado coordenado ao longo da rede e atenção integral por longos períodos.

A fragmentação se expressa por problemas de acesso à atenção integral, pela baixa qualidade técnica e pela falta de continuidade da atenção ao longo do tempo, impactando na taxa de sobrevivência. Nesse sentido, os arranjos organizacionais em forma de redes contribuem para melhoria da atenção integral, principalmente para os pacientes que convivem com doenças crônicas.

Aprofundar a temática da integração/fragmentação do sistema e da organização do cuidado é de grande importância para superação dos desafios no contexto brasileiro das primeiras décadas do século XXI. Revisar modelos já existentes, estratégias de planejamento, critérios, prioridades, assim como, avaliar os benefícios para implementação, possibilita contribuir para uma melhor resolutividade e eficácia dos serviços de oncologia, essencial principalmente por se tratar de uma enfermidade que acomete milhões de brasileiros.

O sistema de rede, os instrumentos de coordenação do cuidado e integração, requerem uma quebra de paradigmas, especialmente em termos de minimizar o tempo do atendimento inicial, exames diagnósticos, tratamento e acompanhamento, para alcançar maior efetividade na cura e tratamento. Como relata a especialista Inez Gadelha, “os maiores desafios, hoje, são garantir a integralidade assistencial, o uso racional das tecnologias e a aplicação dos recursos nas ações assistenciais de relação custo/benefício demonstrada e de impacto efetivo” (INCA, 2018, p.30). No entanto, a incorporação de novas tecnologias nos sistemas de saúde são reflexo da modernização, e requerem a reformulação, ou mesmo a construção de modelos com vistas à organização do processo de trabalho e melhores resultados (TRAPÉ, 2015).

O câncer é um dos principais problemas de saúde do mundo economicamente desenvolvido ou em desenvolvimento. É uma doença grave e frequente, com crescente incidência atualmente. A essas características se adiciona a complexidade do tratamento, que se caracteriza por ser tecnicamente complexo, agressivo, dispendioso e requer a colaboração organizada dos diversos profissionais e unidades envolvidas.

No sentido desta organização, as redes integradas de atenção à saúde são estratégicas na viabilidade de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população. Para Kuschnir e Fausto (2014, p. 131) “um dos requisitos essenciais para a constituição de redes de atenção é a coordenação, referida a diferentes dimensões do sistema – política, organizacional, financeira, assistencial – que permite que um conjunto de unidades de saúde atue de forma coordenada no âmbito de uma concepção sistêmica”.



A redes articulam serviços e sistemas e tendem a facilitar o processo de continuidade do cuidado. Configuram-se de extrema relevância para os sistemas de saúde, principalmente na questão de coordenação do cuidado prolongado, como no caso do câncer. Para a saúde pública, o câncer tem sido um grande desafio, tanto pela sua incidência quanto pelas dificuldades de disponibilização de recursos frente às novas e modernas tecnologias de diretrizes diagnósticas e terapêuticas. A nível global, uma em cada seis mortes são relacionadas à doença. É a segunda principal causa de morte no mundo e foi responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018. Além disso, aproximadamente 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda. Portanto, requer como essencial a organização do cuidado (OPAS, 2018).

Também no Brasil isso é verdade, pelo crescimento da proporção da população idosa. Além disso, estima-se para o Brasil a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer para o ano de 2019 (INCA, 2017). Essa questão reflete diretamente na atenção ao câncer e no financiamento público do tratamento oncológico. Em 1999 foram gastos no tratamento de 156 mil pacientes portadores de câncer o valor de R\$ 470 milhões. Já em 2008, os gastos ultrapassaram R\$ 1,7 bilhões com um aumento de 60,9% no número de pacientes em tratamento, configurando um incremento de 176,4% nos custos do ano de 2008 (FONSECA et al., 2010).

Nesse sentido, aprofundar a observação das experiências de países que são dotados de sistemas de saúde do tipo universal e igualitário e aproximar esta realidade delineia um caminho singular de trazer propostas para o contexto brasileiro, na possibilidade de aplicação nas políticas de enfrentamento do câncer, no sentido de pensar em novas estratégias e criar referências para a discussão brasileira. Conill, Fausto e Giovanella (2010) assinalam a importância desses estudos em sistemas distintos, apesar das especificidades histórico-sociais, mas que podem compartilhar semelhanças e diferenças complementares. Gerschman (2008, p. 1442) tece a seguinte afirmação: (...) “se trata quase de uma licença metodológica; poderíamos considerá-la como um exercício teórico-conceitual que não pretende estabelecer um marco teórico acabado, mas apenas uma aproximação ou a elaboração de alguns parâmetros para a análise.”

Além disso, para Silva Júnior et al. (2007) a estrutura e os processos de gestão se constituem em grandes desafios, e ainda hoje os mecanismos que favorecem a construção coletiva de desenhos tecnoassistenciais são incipientes. Nota-se a necessidade de análises aprofundadas do modelo de atenção das políticas do câncer que pudessem incorporar novas

pautas na agenda de debates da saúde, diante dos desafios que o SUS enfrenta nos tempos atuais, no que se refere à organização sistêmica.

O interesse de entender como se realiza a organização do cuidado no enfrentamento do câncer em países desenvolvidos dotados de SNS surgiu como ideia desse trabalho. O trabalho não pretende discutir as questões brasileiras frente às políticas públicas de saúde, mas apenas relativizar, cotejar, analisar e criar um quadro referencial através dos modelos utilizados na Catalunha. A questão de destaque é atuação do enfermeiro, uma breve trajetória histórica da profissão do enfermeiro e estudo sobre o trabalho do enfermeiro como gestor de caso, como coordenador do cuidado ao paciente oncológico, mais especificamente na Catalunha. Portanto, a escolha da temática terá como enfoque primordial o papel do enfermeiro na atenção oncológica.

Com relação ao modelo de SNS selecionado, optamos pela Espanha, especificamente a Comunidade Autônoma da Catalunha, que vem apresentando sucedidas experiências quanto a organização do cuidado prolongado no bojo do processo de regionalização. Somado a isso, o processo histórico da saúde na Espanha possui semelhanças com o contexto Brasileiro. Como no caso do Brasil, a Espanha, vivenciou o processo de transição de sistemas de Seguro Social a Sistema Nacional de Saúde mais recentemente.

Com relação ao câncer, a Comunidade Autônoma da Catalunha desenvolveu o Plano Estratégico de Oncologia que orientou o atual plano nacional. Esse plano é um instrumento que determina as diretrizes para a promoção, planejamento, coordenação e avaliação das ações do departamento de saúde no campo da prevenção, tratamento, reabilitação e da pesquisa em oncologia e que tem sido destaque por seus resultados para o sistema e reconhecimento internacional.

Nesse sentido, o olhar da pesquisadora foi atraído para buscar compreender a realidade da Espanha, especificamente fazendo um recorte teórico da política de saúde do câncer na perspectiva da coordenação do cuidado e a práxis operacional do enfermeiro, com enfoque na Comunidade Autônoma da Catalunha. A atuação do enfermeiro tem sido inovadora para a administração das demandas de cuidados de saúde, com melhoria na qualidade e na otimização de recursos do sistema de saúde.

Ressalta-se que cada sistema de saúde é único, fruto de sua história, das lutas, dos pactos e de como uma determinada sociedade considera a vida e os direitos de seus cidadãos, bem como a forma que define garantir saúde ou não aos seus membros (KUSCHNIR, 2012). Cada um apresenta uma resposta específica as peculiaridades de seu país, portanto, não existe sistema de saúde igual ao outro. Como diriam Prades e Borrás (2011), a idiossincrasia dos

sistemas de saúde e suas organizações não permite adotar as mudanças organizacionais como tal, mas pode ser aprendida com experiências positivas de outros países, como o papel do enfermeiro na Espanha.

A definição de um modelo passa por princípios organizativos legais, redefinição das instituições assistenciais, alteração na prática clínica, além da viabilidade política e econômica. Em um modelo, ainda pode exigir alterações estruturais que desafiam interesses corporativos e mudanças culturais.

No entanto, a Espanha vem se desafiando com mudanças na organização do seu sistema de saúde. Ao longo de mais de duas décadas, tem adotado medidas que reorientaram o gerenciamento, bem como o sistema de financiamento, através de profundas reformas e da introdução de novos instrumentos de gestão. Apesar das reformas serem relativamente recentes, foram também amplas e estruturais, refletindo na organização de serviços com avanço da resolutividade e eficácia (SARCADO et al., 2010).

Para a efetivação dos direitos sociais e persistindo no sentido de uma relação entre Estado e sociedade, pautada pela participação, articulação, controle social, respeito à diversidade, transparência e descentralização, essa pode ser uma boa estratégia para o alinhamento de incentivos à integração no domínio do *continuum* assistencial. Para tanto, aponta-se como direcionamento viável para o enfrentamento do câncer a busca de experiências através de políticas adotadas em países que vem apresentando êxito na superação dos desafios das políticas de saúde, como é o caso da Espanha.

Este trabalho visa conhecer e analisar o papel do enfermeiro no cuidado prolongado com foco na política de atenção ao câncer, no âmbito dos Sistemas Nacionais de Saúde, estudando o caso da comunidade autônoma da Catalunha. Investiga-se em que medida a participação dos enfermeiros como gerente de casos nos diversos equipamentos que promovem cuidado ao paciente oncológico possibilitam mudanças na sobrevivência do paciente.

A dissertação está organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda o contexto histórico da formação das Redes de Atenção à Saúde e o Sistema Nacional de Saúde. Além disso, descreve a questão do aumento da população idosa, a vulnerabilidade com relação às doenças crônicas e apresenta estratégias para o enfrentamento do problema através da coordenação do cuidado e a atuação do enfermeiro.

No segundo capítulo são identificadas as abordagens sobre a formação e organização do sistema de saúde Espanhol. São descritos os modelos teóricos do processo de atenção ao câncer e apresentado o referencial teórico do plano nacional de oncologia. Encerra o capítulo com a identificação dos principais elementos que constituem a garantia do cumprimento do

plano diagnóstico e terapêutico, assumindo as necessidades específicas dos pacientes que ocorrem em todas as etapas do plano terapêutico (MADRID, 2013).

O capítulo seguinte descreve a organização da atenção ao câncer na Catalunha e como o atual plano propõe uma série de objetivos práticos ligados à realidade catalã, no que se refere a saúde e pesquisa, e o detalhamento do desenho organizacional do mesmo. Esta seção também expõe a estratégia adotada pela Comunidade Autônoma e seu objetivo de englobar o câncer na sua totalidade, desde a prevenção e triagem, o diagnóstico e tratamento, bem como aspectos psicossociais e terapia paliativa. Além disso, relata a importância desse plano que serviu de base para a construção do Plano Nacional Espanhol.

O quarto capítulo e último capítulo destina-se à exposição dos avanços obtidos e do papel do enfermeiro na atenção ao câncer na Catalunha. Expõe-se o processo de construção dos elementos que caracterizam as formas organizativas e os conhecimentos clínicos que acumulam os enfermeiros, permitindo-os atuar como figura transversal na equipe e de forma expressiva.

## 1.1 METODOLOGIA

Considerando que a metodologia científica é o estudo dos métodos e instrumentos necessários para a realização de um trabalho científico, adotou-se a pesquisa bibliográfica qualitativa-descritiva com o intuito de levantar um conhecimento disponível sobre teorias, a fim de analisar, produzir ou explicar o objeto de estudo investigado.

Essa abordagem consiste em levantar dados e informações embasadas em bibliografia especializada sobre conceitos teóricos e em documentos históricos, possibilitando analisá-los de modo aprofundado, perceber regularidades, identificar continuidades e descontinuidades, deslocamentos e transformações” (GIL, 1994, p.171).

Foram selecionados documentos do curso de Redes de Atenção à Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), bem como informações disponibilizadas em diferentes sites da área pública de saúde. Além disso, o presente trabalho faz uma descrição detalhada de três documentos específicos da atenção ao câncer da Espanha, que foram: Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad (MADRID, 2013); Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020 (CATALUNYA, 2015); e por último, o livro elaborado por autores que foram os diretores dos planos da atenção oncológica nacional e da Catalunha - La Organización de la atención multidisciplinar em câncer. (PRADES e BORRAS, 2011).

Ao longo da pesquisa, foram selecionados documentos oficiais na atenção ao câncer, relatórios com autoria conhecida, pareceres técnicos e publicações de autores referência no assunto disponíveis no acervo digital do Ministério da Saúde da Espanha, disponíveis em página eletrônica e em bibliotecas brasileiras. Todas as publicações consultadas também estarão devidamente referenciadas na bibliografia que compõe este trabalho, que se consolida no referencial teórico.

## **2. CAPÍTULO 1 – AS REDES DE ATENÇÃO, COORDENAÇÃO DO CUIDADO E A ENFERMAGEM**

### **2.1 REDES**

Antes de falar dos mecanismos de coordenação do cuidado na perspectiva da organização do câncer, buscou-se abranger o conceito de Sistema Nacional de Saúde (SNS), Redes de Atenção a Saúde (RAS) e seu contexto histórico.

A questão central dos SNS são: a universalidade, a equidade e a integralidade garantidos pelo Estado. O modelo do SNS contempla os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico, tratamento e reabilitação. Aos cidadãos, é garantido o direito à proteção da saúde e, ao Estado, o dever de promover as ações de saúde. O direito efetiva-se através de um serviço nacional de saúde de acesso universal, integral e gratuito. O Estado deve garantir o acesso de seus cidadãos aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, independentemente da sua condição econômica, através de uma cobertura integral de serviços e ações de saúde (Lei nº 8.080/90).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o conjunto de instituições e serviços dependentes do Estado, que têm como missão garantir o acesso de seus cidadãos aos cuidados de saúde (SNS, 2019). Os limites no marco legal em relação ao modelo de SNS é ditado por cada país, no que diz respeito à forma de participação, bem como, recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

Normalmente os serviços são estruturados através de uma organização descentralizada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais. Dispondo de serviços de cuidados primários de saúde (centros comunitários de saúde ou unidade básicas de saúde) e de serviços de cuidados especializados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

A estratégia no processo de organização de serviços, dos diversos países que adotaram os SNS, e que possuem princípios de universalidade, equidade e integralidade, foi a de Redes de Atenção à Saúde (RAS). A RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (OPAS, 2010). As redes

são, portanto, referidas à população de abrangência que ocupam um dado território e tendem a facilitar o processo de continuidade do cuidado no sentido da integração assistencial.

Dentro do contexto histórico, os conceitos de rede e de responsabilidade do cuidado nasceram juntos na Inglaterra após apresentação do Relatório Dawson, em 1920. O relatório coordenado por Lord Dawson propunha a definição das bases territoriais e populações-alvo, bem como unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma integrada (DAWSON, 1920).

Propunha também o conceito de “porta de entrada” do paciente. Essas “portas de entrada” seriam os centros de saúde, e os médicos generalistas (general practitioners – GP’s) dessas unidades teriam como função definir a forma como o paciente “caminha” pelo sistema de saúde. Foram então definidos como coordenadores do cuidado, os gate-keeper (tradução: porteiros) (KUSCHNIR e FAUSTO, 2014).

Adotado também pela OMS, este modelo deve ser orientado pelos conceitos de bases territoriais, populações adscritas e porta de entrada. Conceitualmente, as RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio, técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (OPAS, 2010).

A partir dos anos 2000 novas formas de aprimoramento dos mecanismos de coordenação foram lançadas pelos países europeus. Frente aos novos perfis epidemiológicos, aos rápidos avanços tecnológicos, ao aumento das doenças crônicas e à maior incidência do câncer, tornam-se importantes novas estratégias de organização dos serviços de saúde, utilizando mecanismos de coordenação ao longo da rede, na lógica do fortalecimento da continuidade do cuidado e da atenção integral.

Nessa perspectiva, o aperfeiçoamento da coordenação assistencial no âmbito das RAS, de modo a dar conta dessas questões derivadas da mudança de perfil epidemiológico, tem como estratégia fortalecer a continuidade do cuidado no caso de usuários mais idosos e afetados por doenças crônicas e multimorbidades. Para tanto, no que se refere ao aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional, devem-se utilizar fundamentos conceituais e operativos essenciais para esse processo de organização da RAS.

A fragmentação é traduzida pela atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a hegemonia da atenção hospitalar e pela ausência de uma integração dos pontos de atenção à saúde. É o reflexo da ausência de comunicação e a falta de controle do paciente nesses pontos de atenção a saúde. Para Kuschnir e Fausto (2014): “quanto menos segmentado e fragmentado um sistema de saúde, maior a possibilidade de que

os arranjos organizacionais já em operação ensejem a coordenação do cuidado, como é o caso das redes em Sistemas Nacionais de Saúde.”

Nesse sentido, para a OPAS/OMS, as Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. (OPAS, 2009, p.9).

O modelo orienta ainda que a atenção primária, entre suas atribuições, é central na coordenação do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde, ou seja, é responsável pela articulação dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população.

Para a efetividade da RAS, a responsabilidade pelo paciente deve ser priorizada, bem como o caminhar do usuário ao longo da rede, orientado pelo primeiro nível de atenção a partir da avaliação clínica. Portanto, “o primeiro nível é responsável pela atenção integral, compreendida como o cuidado preventivo, a atenção a episódios agudos e o acompanhamento de casos crônicos.” Esse conjunto de responsabilidades e ações caracteriza a função de coordenação do cuidado (KUSCHNIR, 2014, p. 33). Para tanto, deve haver uma extensa rede de estabelecimentos de saúde, com unidades de diferentes perfis e funções, utilizando um sistema de governança única para toda a rede.

O primeiro nível é definido como a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde que, por meio de equipes resolutivas, possibilita resolver a maioria dos problemas *in loco*, promovendo um cuidado qualificado e abrangente, de acordo com critérios de eficiência assistencial no *continuum* de serviços. Além disso, ocupa uma posição privilegiada e estratégica dentro da rede, principalmente para os agravos crônicos à saúde, resultado de seus quatro atributos essenciais: primeiro acesso; integralidade; longitudinalidade; e coordenação do cuidado (OPAS, 2010).

A integralidade é definida como todo o leque de serviços disponíveis e prestados aos usuários durante todo o processo saúde-doença, com ações de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação. Já a longitudinalidade é definida pela existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo (OPAS, 2010; STARFIELD, 2002). No sentido da longitudinalidade, a AB acompanha os usuários mesmo quando eles demandam um serviço especializado ou de uma internação. Apesar do paciente caminhar/ser referenciado a outros níveis do sistema, ele continua vinculado ao médico generalista do seu território.



A atenção primária deve ainda proporcionar maior proximidade entre profissional e usuário, construindo vínculo entre ambos. Deve ofertar a utilização do serviço de saúde para o indivíduo como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas (OPAS, 2010; STARFIELD, 2002).

Para a OMS (2010), uma maior integração entre o cuidado da atenção primária e a especializada, proporciona a melhor oportunidade de enfrentar três principais problemas sociais do século XXI - a globalização de modos de vida pouco saudáveis, a aceleração da urbanização desordenada e o envelhecimento demográfico - que favorecem o aumento da incidência de doenças crônicas e geram novas demandas para os serviços.

A relevância da atenção primária na melhoria da eficiência com relação à gestão assistencial tem se mostrado cada vez mais importante para os Sistemas Nacionais de Saúde, com o fortalecimento dos mecanismos utilizados pela rede. Esta proposta, do ponto de vista teórico-prático, alerta para que os gestores potencializem esse nível de atendimento, melhorando a resolutividade do sistema.

Ainda no que se refere à resolutividade, as redes de saúde devem operar de forma articulada num conjunto organizado, de modo que a passagem do usuário de um serviço a outro, de um nível a outro, seja simples e sem trâmites, com o menor número de barreiras (KUSCHNIR e FAUSTO, 2014). Para as autoras: “a coordenação e a integração assistencial representam etapas ao longo do *continuum* da integração, onde esta representa o nível mais avançado da coordenação.”

Para que um serviço seja resolutivo necessita estar definido seu perfil, funções, tipos de ações e atividades que deverá realizar. Necessita ser planejado com os devidos equipamentos. Segundo o Ministério da Saúde (1990), a resolutividade é definida como: "a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência."

O fato é que, tanto para resolutividade, quanto para a continuidade do cuidado em saúde de um indivíduo, na dimensão longitudinal, são requeridos vários atributos que devem ser integrados através da coordenação assistencial. Para Brito et al. (2012, p. 414) “os cuidados com um indivíduo diferenciam a continuidade de atributos como a integração de serviços e coordenação assistencial, que são muitas vezes utilizados indistintamente como continuidade.”

A continuidade assistencial para Reid et al. apud Brito et al. (2012, p. 414), “é o grau de coerência e união das experiências na atenção percebida pelos usuários ao longo do tempo, de maneira que sejam coerentes com suas necessidades médicas e contexto pessoal.”

Para os autores com relação a continuidade da assistência se levam em conta todas as suas dimensões, ou seja, a relação entre o paciente e os serviços ao longo do tempo, a transferência de informação e a gestão da atenção. Alguns elementos da continuidade devem ser analisados desde a perspectiva de outros atores. Isto possibilita identificar aspectos onde sejam necessários a implantação ou a implementação adicional de medidas que melhorem a assistência (BRITO et al., 2012, p. 414).

Como resultado da continuidade assistencial vincula-se a uma maior satisfação dos usuários, percepção de melhor qualidade de vida, maior utilização dos serviços preventivos, maior taxa de adesão aos tratamentos e ainda diminuição do índice de internação (PARCHMAN, 2002).

Por fim, nos Sistemas Nacionais de Saúde, as redes são instrumentos que possibilitam a garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades, através de serviços equitativos e integrais.

## 2.2 COORDENAÇÃO DO CUIDADO

No que se refere à coordenação do cuidado, as novas tendências sociais configuraram a necessidade de investir nas ações ligadas às doenças crônicas devido, principalmente, à mudança do perfil epidemiológico da população. Essa necessidade se deu principalmente pelo aumento considerável da população idosa e, nessa leva, o incremento do número de doenças crônicas. Outra questão foi devida às ações e serviços de saúde prestados aos pacientes com diagnóstico de doenças crônicas, ser totalmente diferenciado dos casos de doenças agudas. No caso das doenças crônicas, a continuidade do cuidado é central por um longo período de tempo, envolvendo diversos profissionais e, na maioria dos casos, diversas instituições.

O modelo de coordenação emerge da consciência sobre as insuficiências do sistema sanitário em termos da integração assistencial. Surge a preocupação pela continuidade assistencial, devido a determinadas enfermidades comportarem uma demanda intensa que o sistema assistencial assimila de forma burocrática e fragmentada.

A coordenação do cuidado é definida pela capacidade de integrar todo cuidado que o paciente recebe em diferentes pontos, por meio do gerenciamento e da coordenação entre os serviços (OPAS, 2010). “Sem ela, a longitudinalidade perderia muito do seu potencial, a

integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa” (STARFIELD, 2002, p. 365).

Para Vazquez e colaboradores (2009) a coordenação é entendida como uma conexão harmoniosa de diferentes serviços, necessários para prover cuidado continuado das pessoas, articulados para resolver as necessidades dos usuários na sua integralidade.

Além disso, a coordenação do cuidado é a responsabilidade pelo indivíduo, assumindo a função primordial de auxiliar no desenho e na organização da teia de serviços envolvidos no seu cuidado de saúde. Compreende ainda o acompanhamento multidisciplinar, podendo envolver interseções mais amplas, com as áreas da educação e da assistência social, por exemplo (BRASIL, 2015).

Para Kuschnir e Chorny (2010) o campo do cuidado integrado e da coordenação do cuidado possui uma gama de intervenções com diferentes denominações em vários países. Os arranjos organizacionais de cada país variam em seu grau de abrangência, com objetivos e escopos que, em comum, buscam por mecanismos e instrumentos de integração, orientados à prática clínica individual, à integração organizacional horizontal ou vertical na saúde e entre outros setores.

Com relação a coordenação do cuidado, um modelo desenvolvido no mercado americano, originados na década de 30, que inclusive incorporou algumas das características organizacionais das redes dos SNS's, foi o *managed care*. Esse modelo se responsabiliza pela provisão de todo o cuidado a um paciente, normalmente através de uma rede própria de serviços, respondendo de forma sistemática e controlada a demanda de recursos para enfermidades mais prevalentes. Realiza o controle de acesso aos especialistas e utiliza instrumentos de gestão de casos, como guias e protocolos (PRADES e BORRAS, 2011).

O *managed care*, contribuiu também para o desenvolvimento de mais dois mecanismos de coordenação do cuidado a pacientes crônicos como: *case management*/gerenciamento de casos e *disease management*/gerenciamento de doenças.

O *case management*/gerenciamento de casos é dirigido a pacientes com altos custos para o sistema. São pacientes mais frágeis que possuem um coordenador, em geral enfermeiros especializados em doenças crônicas específicas. Esses desenvolvem o papel de articular as práticas dos múltiplos provedores envolvidos no cuidado.

Já os programas de *disease management*/gerenciamento de doenças crônicas específicas visa o controle do processo de desenvolvimento da doença e tem por alvo pacientes de grupos de risco. A partir da década de 1990, os programas de *disease*

*management* mudaram seu foco de uma patologia específica a pacientes crônicos e portadores de comorbidades (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Portanto, como marco da gestão de processos, na década de 1990 começam a surgir novos modelos no sentido da melhoria da coordenação profissional, principalmente devido aos contínuos avanços técnicos-científicos no tratamento do câncer que reorientam os sistemas de atenção.

Nessa mesma época, o modelo dos norte-americanos foi marcado pelo movimento da integração vertical, com a articulação de serviços clínicos em diferentes níveis, que recebeu a denominação de *Integrated Delivery Systems* (IDS) - Sistemas Integrados de Provisão (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Os IDS foram definidos como “uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, um continuum coordenado de serviços de saúde a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (SHORTELL, 1994).

Durante os anos 2000, a integração do cuidado passa a ser foco da atenção a saúde pelo NHS da Inglaterra, com influência direta da experiência americana de sistemas integrados, adotando a estratégia de coordenação do cuidado em forma de redes através das *clinical networks* (redes clínicas). As clínicas são orientadas a tratamentos de pacientes crônicos, com articulação funcional de profissionais dos diversos níveis de atenção e mecanismos próprios de integração (KUSCHNIR e FAUSTO, 2014).

A coordenação pode ser definida como a articulação entre diversos serviços e ações de atenção à saúde, de modo que, independentemente de onde sejam prestados, é necessário que estejam em harmonia e voltados ao alcance de um mesmo objetivo (NÚÑEZ; LORENZO; NAVARRETE, 2006).

Como vimos, o conceito de coordenação do cuidado não é novo, no entanto, vem cada vez mais se consolidando, principalmente na questão das doenças crônicas e de longos tratamentos, como é o caso do câncer. Porém, é notável que isso não é tudo, um serviço só conseguirá resolver um problema se este for preparado previamente para dar conta da demanda.

Ainda na questão do câncer, a alta demanda por cuidado prolongado e de reabilitação dentro do processo terapêutico devem contar com unidades especializadas, profissionais capacitados e equipe multiprofissional para demanda de cuidados. Para isso, essas unidades também necessitam estar orientadas no processo de organização e comunicação com a rede,

uma vez que essas unidades em algum momento do tratamento podem não ser mais funcionais, necessitando referenciar o paciente à hospitais de sua região, ou mesmo a AB.

No entanto, com a falta de organização, referenciar esse paciente pode ser um nó crítico dos sistemas de saúde por dois motivos: primeiro pela insegurança da família que deseja realizar todo o tratamento com profissionais qualificados; e segundo pelos próprios profissionais que não se sentem capazes de assumir devido à complexidade da enfermidade.

Nesse sentido, o sucesso da coordenação ao longo do *continuum* assistencial envolve uma série de modelos/instrumentos com o objetivo de integração entre os níveis. Portanto, para o fortalecimento da integração assistencial, é necessária a existência de uma cultura comum e a presença de valores orientados à coordenação, como a colaboração, o trabalho em equipe e a orientação a resultados (KORNACKI, 1998).

Para Cecílio e Merhy (2003): ... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores.

Por fim, devido a todo o avanço nas últimas décadas, ao desenvolvimento da medicina e do conhecimento, o acesso à informação e a esse conhecimento, que tem se tornado cada vez mais amplo e irrestrito, sem falar nas inovações tecnológicas que influenciam o mercado, é cada vez mais importante a utilização de instrumentos de coordenação no sentido da integralidade assistencial e fortalecimento das rede de atenção.

### 2.2.1 Mecanismos de coordenação assistencial

Na atenção ao câncer, deve ser destacada a importância da atenção básica como coordenadora do cuidado, mas também é preciso ser destacada a organização do cuidado especializado nos níveis secundário e terciário. Nesses níveis a organização é fundamental como garantia da integralidade. Para isso é necessária a articulação entre a atenção especializada e os procedimentos diagnósticos, por exemplo, evitando filas longas e demora para os exames solicitados, pontos esses cruciais na atenção oncológica, que pode ser significativo na mudança de prognóstico no curso da doença.

Para entender como ocorre o processo de coordenação assistencial, é importante entender como funcionam os mecanismos institucionais da RAS. Esses mecanismos são divididos em gestão clínica e coordenação entre serviços e níveis assistenciais. Apesar de

conceitualmente serem divididos, eles devem estar conexos para que sejam possível finalidade da integração (KUSCHNIR e FAUSTO, 2014).

Os primeiros mecanismos - gestão clínica – estão diretamente ligados ao processo assistencial à gestão da atenção/do cuidado, coordenando e integrando as ações e intervenções clínicas praticadas por diferentes profissionais e serviços para o mesmo paciente. São os guias de prática clínica/protocolos.

O segundo, são modelos de organização e gestão também chamados coordenação entre serviços e níveis assistenciais e têm por finalidade apoiar o processo assistencial, com estabelecimento de fluxos assistenciais – gestão não clínica. Se relacionam à coordenação entre unidades e níveis assistenciais. São espaços de construção dos caminhos a serem percorridos pelos usuários, de forma articulada, ao longo da rede (KUSCHNIR, 2014).

Esse mecanismo de coordenação assistencial pode estar orientado a gestão de pacientes, gestão da atenção e gestão da informação. A gestão de pacientes visa coordenar os fluxos dos pacientes através da programação do acesso, gestão dos leitos e gestão de filas, por exemplo. Portanto, coordena os diversos pontos de atenção e níveis assistenciais. Atualmente existem mecanismos e instrumentos de impacto para assistência, com redução do tempo de espera, atingindo limites temporais clinicamente aceitáveis até o diagnóstico, bem como a prevenção de internações desnecessárias. Exemplos destes são as Unidades de Diagnóstico rápido e o Circuito de Pré-Alta, que abordaremos em outro tópico (KUSCHNIR, 2014).

Para a autora, Kuschnir (2014) no que se refere à gestão clínica ou do cuidado, os instrumentos utilizados são os roteiros assistenciais – Guias de Prática Clínica - que são importantes no sentido de integrar o cuidado. Esses guias definem as condutas a serem tomadas por todos os profissionais na atenção de seguimento aos pacientes crônicos, e orientam ainda dentro dos cenários tanto da doença estável quanto na agudização do quadro. São de relevância principalmente porque também podem evitar internações desnecessárias e ainda orientam o manejo em serviços de emergências.

Para Grifell e Fernandez (2012), os guias de recomendações baseadas em evidências têm por objetivo orientar o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde com relação aos procedimentos mais adequados em uma situação clínica específica. São instrumentos complementar à organização da RAS, dão suporte à equipe de saúde para o tratamento de doenças crônicas, orientando a coordenação do cuidado.

Os guias de prática clínica junto com o desenho organizacional (fluxos assistenciais) que identifica a trajetória do usuário nos diferentes níveis de atenção do sistema, bem como a coordenação do cuidado, formam o que chamamos de linha de cuidado. Toda essa

organização funcional, que não necessita estar inserida no mesmo espaço físico, ou seja, toda a articulação dos serviços somada a coordenação do cuidado estruturam a linha de cuidado.

Para Cecílio e Merhy (2003), a linha de cuidado é a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, centrada nas necessidades do usuário desde sua entrada na rede. Eles defendem ainda que a linha de cuidado deve atravessar inúmeros serviços de saúde, via um grande pacto realizado entre todos os atores envolvidos, sendo o usuário o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde (MERHY e CECÍLIO, 2003).

No geral, as linhas de cuidado são organizadas/programadas para problemas de saúde considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico, portanto são instrumentos de grande relevância no tratamento do câncer devido a sua especificidade no requerimento de cuidados permanentes ou de longa duração, implicando conexões e comunicações fundamentais, a fim de garantir à população integralidade, acesso ao sistema e às ações de saúde segundo suas necessidades. Vale ressaltar que a linha de cuidado é um dos diversos mecanismos de coordenação do cuidado.

Para isso é fundamental a efetividade da coordenação pelo princípio da RAS, a qual requer três questões centrais: cobertura de oferta de ações e serviços para toda população da região, desde a mais baixa complexidade à alta complexidade; os mecanismos institucionais de coordenação assistencial e gestão clínica; e a responsabilização conjunta pela atenção ao usuário (co-provisão da atenção) (KUSCHNIR e FAUSTO, 2014).

O mecanismo de co-provisão da atenção também utilizado para o fortalecimento da coordenação do cuidado e da integração, tem como princípio a organização da assistência do ponto de vista do trabalho conjunto, com o planejamento das intervenções (o plano terapêutico), ou seja, a atenção compartilhada (*shared care*), incluindo a participação dos profissionais que atuam nos diferentes níveis assistenciais; a equipe da atenção primária e os especialistas no planejamento da atenção para os pacientes crônicos (HICKMAN et al., 1994). Em suma, é a responsabilidade partilhada entre os profissionais que intervêm na resolução do problema de saúde.

Existem ainda outros dispositivos e arranjos utilizados para a coordenação entre os níveis de atenção na gestão do cuidado, como: os profissionais de enlace; a consulta virtual sem paciente; consulta de alta resolução em especialidades; consulta de atenção imediata.

O primeiro, profissionais de enlace, facilitam a transição entre diferentes pontos e níveis de atenção, ofertando suporte para o paciente e sua família no retorno do hospital, o chamado circuito pré-alta. Normalmente os profissionais são os enfermeiros com a função de

gestores de caso. Já a consulta virtual, sem o paciente, é outro tipo de instrumento de coordenação assistencial, evitando filas e deslocamentos desnecessários do paciente. São consultas com especialistas, solicitadas pelo médico da atenção básica, e estes emitem pareceres no prazo de até 7 dias, através da transmissão virtual de imagens, informação clínica e exames diagnósticos (KUSCHNIR e FAUSTO, 2014).

O terceiro, a consulta de alta resolução em especialidades, tem como objetivo a celeridade no diagnóstico para início da terapêutica, possibilitando melhor prognóstico do paciente. Por fim, a consulta de atenção imediata a pacientes que apresentam episódios de agudização ou descompensação do quadro de doença crônica. Essas consultas são realizadas nas unidades de consulta ambulatorial especializada e em leitos de regime hospital-dia (CHC, 2013).

O último elemento fundamental em relação ao mecanismo assistencial, central às estratégias de coordenação entre pontos e níveis assistenciais, é a informação compartilhada – a gestão da informação. Os sistemas de informação das unidades e dos diferentes níveis de atenção dispõem aos profissionais a informação clínica necessária para realizar atenção de qualidade, através de dados da anamnese, exames e diagnóstico, que são compartilhados em rede e possuem legitimidade na melhoria da assistência e na integração do cuidado.

É sabido que para a implantação desses mecanismos de coordenação existem barreiras associadas aos vários cenários políticos e seus contextos específicos, um deles são atribuídos aos recursos financeiros.

Outra questão, é que para os instrumentos já implantados, estes devem ser periodicamente revisados e adaptados a eventuais mudanças organizacionais que vão se produzindo, no sentido de incorporar novos conhecimentos científicos e tecnológicos, substituindo versões obsoletas e aprimorando modelos, bem como viabilizar a inovação de instrumentos (KUSCHNIR, 2014).

É bom lembrar que a mera existência de instrumentos não garante sua utilização. É fundamental para o sucesso e alcance do nível mais avançado da coordenação – o *continuum* assistencial – que tanto a fase de implantação dos instrumentos e adesão, devem-se solidificar o envolvimento das equipes profissionais com participação nas etapas de construção, acordos e avaliações.

Atualmente existem diversos mecanismos de coordenação do cuidado desenvolvidos por diferentes países. Esses modelos normalmente necessitam ser aprimorados para o devido estreitamento da coordenação entre níveis e da gestão clínica compreendendo a RAS, na perspectiva de integrar os serviços de saúde pela lógica da responsabilização do cuidado.



Somado a isso, a combinação dos tipos de desenhos organizativos, bem como dos elementos, dos mecanismos utilizados e o grau de descentralização define a configuração das atividades e são determinantes para a coordenação, ou seja, influenciam diretamente no *continuum* assistencial.

### 2.3 CONTEXTO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM

O enfermeiro ao longo de sua história foi destaque no que se refere a coordenação do cuidado, sendo importante articulador na organização da assistência hospitalar, na melhoria dos cuidados relacionados ao paciente entre os diferentes níveis de atenção e na resolutividade dos problemas.

Neste tópico a finalidade é apresentar, em breve relato, o contexto histórico pelos quais permeiam o ofício da enfermagem. A enfermagem, ideologicamente marcada ao longo de muitos anos pelos conceitos religiosos de caridade na prática de cuidar do outro, também foi marcada pela transformação da estrutura das classes sociais que reconfigura o setor saúde. O mundo moderno analisa as práticas de saúde e, em especial, as de enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista.

A enfermagem é uma profissão que ao longo do tempo vem desconstruindo e reconstruindo sua história. Enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa. Para os autores, Costa e colaboradores (2009), sua relação com a sociedade é permeada pelos conceitos, preconceitos e estereótipos que estabeleceram sua trajetória histórica e que influenciam até hoje a compreensão de seu significado enquanto profissão da saúde composta de gente que cuida de gente.

O marco histórico da enfermagem foi a partir do cenário de guerra dos anos de 1854, quando Florence Nightingale foi convidada pela Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos na Guerra da Criméia. Nessa época, seu trabalho teve grande repercussão, sendo considerado o início da Enfermagem moderna. O período também pode ser considerado como primórdios da coordenação do cuidado devido as novas formas de organização hospitalar, limpeza, práticas de precaução e isolamento. Essas práticas foram instituídas por Florence, durante a guerra, para o cuidado de 38 enfermeiras a 4000 soldados feridos. Para ela os prejuízos dos ambientes fechados e mal arejados, a importância da iluminação, do silêncio, do sono e da alimentação, foram aspectos importantes para a incorporação de novos conceitos.

Nightingale, possuía inteligência incomum, sagacidade e personalidade plural. Filha de família rica, dominava o inglês, o francês, o alemão, o italiano, além do grego e latim e ainda lhe configurava habilidade em dialogar com políticos e oficiais do Exército. Foi chamada pelo jornal *The Times*, de Londres, de “A Dama da Lâmpada”, pelo fato de servir-se deste instrumento para auxiliar na iluminação dos cuidados aos feridos durante as noites nas enfermarias (UNIFAP, 2019).

Após a guerra foi reconhecida com honra ao mérito devido à redução da mortalidade dos soldados de 40 para 2%. Tornou-se mito da Era Vitoriana pelo trabalho desenvolvido. Foi reconhecida pela instituição de novas diretrizes e caminho para a enfermagem moderna, bem como pelas importantes contribuições a respeito da medicina militar (COSTA et al, 2009).

O século XIX marcado pelo surgimento da Enfermagem moderna também foi influenciado pelos processos de reprodução das condições de acumulação de capital. Para o pesquisador Júlio Lima (2010), a presença de um setor de atenção à saúde de base hospitalar eficiente era necessária, principalmente para o tratamento dos agravos à saúde da força de trabalho, uma vez que a melhoria/preservação das condições de saúde dos trabalhadores mantém relações com a produtividade. O capital começa a se preocupar em encontrar uma forma de assistência médica mais efetiva para seus empregados, já que o corpo é por excelência o seu objeto de trabalho (COSTA et al, 2009).

Como indica Donnangelo (1976), se de um lado as práticas de saúde fazem parte do processo de produção da vida, de outro criam e recriam as condições materiais necessárias à produção econômica. Nesse sentido, com a reorganização da instituição hospitalar, devido ao avanço da medicina, a profissão da enfermagem encontra raízes para seu progresso e reconhecimento.

Portanto, a partir da década de 1950 se buscou fundamentar a prática de enfermagem com princípios científicos de física, química, anatomia, fisiologia, bacteriologia, bioquímica, psicologia, ética, sociologia e religião. Até então, a enfermagem era considerada uma profissão não-científica.

Para Costa e colaboradores, (2009): ao institucionalizar a enfermagem como profissão, ela produziu um significado no silêncio que havia na prática de enfermagem, que até então era envolta em regulamentos internos das instituições de cuidado, executadas por aquelas que faziam parte de associações, geralmente religiosas, cujo espírito era servir ao próximo, por amor a Deus.

Atualmente, a enfermagem pode ser amplamente definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado,

quanto no sentido de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BACKES et al., 2012).

Para Backes e colaboradoras, a enfermagem vem ampliando seu espaço na área da saúde, nos diversos cenários mundiais, assumindo papéis decisivos e proativos no que se refere à identificação das necessidades de saúde da população, na coordenação do cuidado, bem como, na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em seus diferentes níveis de atenção. Operando de forma criativa e autônoma, seja através da educação em saúde, na promoção ou na reabilitação da saúde dos indivíduos (BACKES et al., 2012).

Além disso, o cuidado de enfermagem tem se tornado um componente fundamental no sistema de saúde, com reflexos bastante expressivos, e motivo de crescentes debates e novas significações. Nesse campo das discussões, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou o papel profissional do enfermeiro para o século 21, afim de alcançar níveis cada vez mais amplos de saúde. Além disso, a OMS tem colaborado para elevar o perfil da enfermagem, incentivando o desenvolvimento de papéis de liderança. Estimulam ainda que disseminem evidências do impacto positivo da enfermagem no acesso, na qualidade e nos custos do atendimento à saúde, assegurando sua incorporação nas políticas e determinando que essas sejam implementadas (OPAS/OMS, 2018).

Por fim, o processo de trabalho do enfermeiro é notório, particularmente no empenho de levantamento de situações críticas, na intervenção sistematizada da assistência através do planejamento do cuidado, e na gestão de casos, sendo factível para a superação do processo de fragmentação e assegurando a continuidade e resolutividade do cuidado em saúde (BACKES et al., 2012).

### 2.3.1 Enfermeiros na gestão de casos

Entende-se a gestão do cuidado em saúde como a abordagem efetiva e eficiente de pessoas com doenças crônicas ou complexas necessidades, como o provimento ou disponibilização das tecnologias de saúde, considerando as necessidades singulares de pessoas, nos distintos momentos de sua vida com vistas ao bem estar, segurança e autonomia, sendo realizada em seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECÍLIO, 2011).

Para Ferro (2011), a gestão de casos se trata de uma ferramenta que foi desenvolvida há mais de 20 anos, e importante no contexto da administração de cuidados de saúde, com o objetivo de melhorar a eficiência e efetividade dos serviços sanitários. Cuidados esses que se

tornam mais complexos quando se trata das enfermidades crônicas ou estado de pluripatologias, principalmente porque normalmente nesses casos é necessária a participação de uma gama de profissionais e de diferentes dispositivos sanitários para atender uma situação de saúde concreta.

A gestão de casos surge com a necessidade de beneficiar um sistema de prestação de cuidados que se concentra no cuidado real que necessita o paciente e atenda as expectativas do usuário, dos profissionais e dos gestores de saúde com propósito da melhoria da qualidade da assistência a saúde. Viabilizando para o usuário o aumento do seu bem-estar e satisfação, e contribuindo para o empoderamento dos profissionais, no sentido de servir como combustível motivacional tanto para os profissionais como para os gestores. Esses aspectos podem também contribuir com a redução de estadias da internação hospitalar e para a otimização de recursos (COMELLAS-OLIVA, 2016).

A gestão de casos tem uma dimensão tanto para o paciente com relação a seu cuidado quanto para a equipe de atenção multidisciplinar em relação a dinamização dos processos assistenciais planejados. É conceituada como uma intervenção integral e integrada no processo assistencial aos pacientes crônicos. Sua propriedade elementar se baseia em absorver a complexidade organizativa assistencial que supõe por exemplo a atenção oncológica. Outra finalidade é prover cuidados especiais ao paciente ao longo do processo assistencial através da prevenção, do cuidado direto, e do cuidado na derivação aos serviços necessários, de acordo com seu estado clínico, e orientá-los na condução do plano de tratamento (FERRO, 2011).

Para a autora, Ferro (2011), a gestão de casos é, portanto, uma ferramenta de aplicação diversa em que são reconhecidos elementos comuns essenciais para a identificação da patologia a intervir, e mesmo para situações complexas de saúde. Requer conhecimento de todo o ciclo de desenvolvimento da patologia; protocolização e/ou guias de prática clínica para a ação e rastreabilidade dos processos assistenciais; operatividade dos processos para a navegação do paciente no sistema sanitário; intervenção preventiva e resolutiva sobre os critérios clínicos; capacitação do paciente para o autocuidado; continuidade assistencial; e orientação a resultados de efetividade e eficiência.

Na Inglaterra, a prática do enfermeiro na gestão de casos é guiada pelo uso de protocolos de cuidado baseados em evidências diagnósticas, procedimentos, tratamento medicamentoso, orientações para mudanças no estilo de vida e monitoramento individual (TOSO et al., 2016).

Atualmente existe uma diversidade de nomenclaturas para o termo gerenciamento de casos: case manager na atenção primária; enfermeiro de ligação (da atenção primária e da

atenção hospitalar); enfermeiro navigator (câncer) no Reino Unido e no Canadá; case management nos EUA; enfermeiro clínico ou gerente de casos nas unidades funcionais ou comitês de tumores.

Além disso, novos papéis associados a gestão de casos estão emergindo nos últimos anos com funções destinadas a dar respostas ao envelhecimento da população. Com isso, tem surgido uma diversidade de modelos de gestão de casos, com diferenças na formação estrutural em função das etapas de identificação, triagem e inclusão dos pacientes, a forma de avaliação global, planejamento assistencial, organização e vinculação dos serviços necessários, assim como a monitorização e a reavaliação (FERRO, 2011). Esse conjunto de funções, inclusive, desenvolvem-se nos diversos níveis assistenciais, tanto em atenção primária, como hospitalar e comunitária de diversas maneiras.

Cabe ressaltar, que a gestão de casos não se concebe com uma ferramenta para melhorar, por si só, um problema sistêmico como a fragmentação do sistema sanitário. Para tanto, com relação a efetividade da gestão de casos é necessário o desenvolvimento de boas práticas clínicas e organizativas. Nesse sentido, depara-se com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas, das ações dos gestores e, por fim, da correção das insuficiências com formulação de novos planos e propostas.

Somado a isso, oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos. Segundo Magalhães Junior e Oliveira (2006), a formação técnica é determinante para a resolutividade clínica do caso, bem como a formação ética, para definir o grau de vínculo e responsabilização dos profissionais com o usuário e seus problemas.

Em 1988, a Associação Americana de Enfermagem definiu que gerenciamento de casos em enfermagem era um processo de cuidados que incluía assistência, comprometimento, coordenação e monitoramento de serviços e recursos que assegurassem as necessidades dos clientes. Baseada no conceito de processo de enfermagem, esta definição deu um norte para a conceituação e implementação do papel do enfermeiro gerente de casos. Até o presente momento, este conceito ainda é considerado confuso, pois, em primeiro lugar cabem ao enfermeiro no gerenciamento, diferentes papéis; entre eles: o de coordenador de

serviços, monitor de ensino, gerente de casos propriamente dito, entre outros de acordo com a realidade do local onde o modelo é empregado (HUSSAIN, 2000).

Para Ferro (2011), os principais objetivos do papel de gestão de casos são: contribuir para uma assistência efetiva e centrada no paciente; melhorar a experiência do paciente ao longo do processo assistencial; contribuir para a otimização da atenção multidisciplinar. Para isso, são necessárias as ações: de integração na atividade gerada antes da reunião multidisciplinar com vista a decisão terapêutica (juntamente com o médico de referência que cuida do paciente); suplementar e fornecer informações específicas para o paciente no sentido de apoiar na sua tomada de decisão e seu processo de assistência; coordenar o desenvolvimento do plano de tratamento; proporcionar a redução ou eliminação de circunstâncias evitáveis; gerenciar as contingências para a melhor assistência; estabelecer mecanismos de melhoria contínua em relação ao processo de bem-estar.

Ressalta-se que esse modelo de gestão de casos é importante no sentido de resolver as necessidades práticas do paciente intervindo mais precocemente, de ofertar recomendações para perguntas diárias. Outra representação importante do enfermeiro para o paciente é devido ao compromisso e apoio emocional no compartilhamento de preocupações e medos, situações comuns no perfil dos pacientes oncológicos (VILELAS, 2013). Esse profissional também é responsável pelo encerramento e encaminhamento do caso quando necessário e promove uma transição integrada entre o serviço hospitalar e o comunitário, assegurando a continuidade do caso, uma vez que o cliente retorna à comunidade (LEE et al., 1998).

Nesse sentido, o binômio enfermeiro-paciente, pode ainda proporcionar um aumento da sensação de segurança, que se traduz na forma de cuidar das necessidades específicas que se produzem.

Nesse sentido, o desenvolvimento de um escopo de conhecimentos sobre gerenciamento de casos para a enfermagem é essencial para assegurar sua expansão e seu incremento, assegurando assim mecanismos que validem a importância desse modelo de atenção para enfermagem contemporânea (REINALDO e LUIS, 2006).

O impacto desse modelo na vida dos enfermeiros também tem sido motivo de pesquisas, incluindo a individualização do cuidar, o aumento na capacidade de planejar, o cuidado em longo prazo e a redução no uso dos serviços hospitalares e de urgência (REINALDO e LUIS, 2006).

Por fim, resultados de estudo sobre o trabalho do enfermeiro como gestor de caso na Inglaterra mostraram forte evidência da efetividade, uma vez que se intensificaram a responsabilidade ao tratamento e o entendimento do paciente acerca de sua condição.

Ademais, os enfermeiros percebem-se com maior autonomia profissional (TOSO et al., 2016). No entanto, para que coordenação/integração seja facilitada através dos papéis do tipo transversais do enfermeiro, deve haver envolvimento com todas as dimensões/atributos das redes, e não somente aos ligados à produção do cuidado.

O ajuste dos atributos da rede é fundamental, pois se um atributo estiver fora dos padrões, possivelmente comprometerá todos os demais no que se refere a integração. Esse contexto propicia com a ausência da coordenação, tanto entre os níveis assistenciais como entre as intervenções clínicas, dificuldade na continuidade assistencial e que configura um grande entrave à garantia da atenção integral.

### 3. CAPÍTULO 2 – ESPANHA/CATALUNHA

#### 3.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE ESPANHOL

O sistema público de saúde da Espanha desenvolveu-se no final do período de guerra civil e, ao longo desses anos, vem adotando diversas medidas que reorientaram seu gerenciamento, melhoraram sua eficiência e aprimoraram seu sistema de financiamento, resultado de profundas reformas e da introdução de novos instrumentos de gestão no sentido da organização do sistema de saúde (SARCADO et al., 2010).

No período da guerra, em 1942, foram criados os “Seguros Obligatorios de Enfermedad” (PONSÁ e col., 2003), que ofereciam assistência médica a aproximadamente 50% da população, com proteção apenas a trabalhadores industriais, que mais tarde foram ampliadas à classe média. No período de 1942 a 1977, a prestação de serviços de saúde estava vinculada à Seguridade Social (SARCADO et al., 2010).

A partir de 1978, uma nova constituição foi estabelecida, com uma série de mudanças fundamentais na ordem política. Uma delas foi o artigo 43, que estabelece a proteção da saúde como um direito fundamental do cidadão. E a outra, se refere ao novo ordenamento constitucional da Espanha, com a criação das dezessete Comunidades Autônomas – CCAA, que passam a possuir autonomia legislativa e competências executivas, bem como da faculdade de se administrar mediante representantes próprios. Além disso, essa nova constituição cria duas novas entidades gestoras – o Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) e o Instituto Nacional de Salud (Insalud), separando a seguridade social da assistência sanitária (REY DEL CASTILLO, 1998).

Para Rey Del Castilho, 1998, a organização em CCAA foi motivada por questões políticas e permitiram que estas assumissem competências de cuidado à saúde. Nesse processo, a primeira comunidade autônoma a realizar as transferências sanitárias, assumindo o planejamento de saúde, as ações de saúde pública e de assistência, bem como, responsabilizar-se por sua gestão, foi a Catalunha em 1981 (SARCADO et al., 2010).

O Insalud foi a entidade pública responsável pela prestação e gestão de saúde da Espanha até a configuração do atual Sistema Nacional de Saúde. Constituía o organismo federal responsável pela gestão direta dos serviços de saúde no território espanhol e era organizado em três níveis de assistência: primária, especializada extra-hospitalar e hospitalar (REY DEL CASTILLO, 1998).



O sistema público de saúde desenvolveu-se em prol da democracia, uma reforma sanitária baseada no conceito de cobertura universal, financiado com impostos estatais e defendida por atores sociais progressistas, marcada ainda por conflitos entre os diferentes interesses de classes. Nesse sentido, a Espanha e o Brasil guardam semelhanças no contexto histórico das políticas públicas de saúde (SARCADO et al., 2010).

Em 1986, foi criada uma nova forma para a organização da saúde espanhola, com a publicação da Lei nº 14 – Lei Geral de Saúde, criando o Sistema Nacional de Saúde e definindo o conceito de serviço público de saúde e como o Estado deve fornecer saúde aos seus cidadãos. Especifica os princípios e diretrizes que permitem o exercício desse direito, que são: financiamento público, universalidade e gratuidade; direito e deveres definidos pelos cidadãos e pelos poderes públicos; e modelo de atenção com integração entre as diferentes estruturas e serviços públicos do sistema de saúde (SARCADO et al., 2010).

Uma das importantes funções do Estado desenvolvida na Lei Geral da Saúde refere-se à coordenação geral do sistema de saúde espanhol, com mudanças no processo, que passou a configurar um conjunto de serviços coordenados entre si, integrando a assistência sanitária às distintas redes públicas de saúde, sob responsabilidade principal das Comunidades Autônomas (SARCADO et al., 2010).

No entanto, esse processo de descentralização para as CCAA durou mais de vinte anos, sendo fortalecido após promulgação da Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde, em 2003, que garante a coordenação e a cooperação dos distintos serviços regionais. Após efetivação dessa lei, houve incremento pelas comunidades autônomas, na melhoria da gestão com relação ao acesso dos serviços de saúde e à incorporação de novas tecnologias (SARCADO et al., 2010).

O processo de reforma da saúde na Espanha teve como objetivo manter a unidade e coesão do Estado nacional e, ao mesmo tempo, propiciar autonomia, solidariedade e cooperação entre as CCAA, visando assegurar equidade no acesso aos serviços, qualidade das ações de saúde e participação da sociedade no processo de gestão. Nesse sentido, o Sistema Nacional de Saúde Espanhol está orientado para a superação dos desequilíbrios territoriais e sociais, devendo suas ações priorizar a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades (DURÁN et al., 2006).

Por fim, ao longo da trajetória do sistema sanitário espanhol, diversos autores como Del Aguila e Montoro (1984); Almeida (1995); Etviti, Leyva (1995) tiveram como pauta em suas agendas discussões sobre estratégias de fortalecimento da democracia na busca por consensos e pactos no processo de negociação política. O autor Martin (2008), expõe que essa

pauta foi fundamental devido à demanda de inovação institucional e organizacional sob a influência do processo de reorientação do Estado de Bem-Estar.

### 3.2 O SISTEMA ESPANHOL E A POLÍTICA DO CÂNCER

Como foi mencionado, nesta seção, foi realizado o recorte de três documentos específicos da atenção ao câncer na Espanha, que são: Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad (MADRI, 2013); Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020 (CATALUNYA, 2015); além do livro La Organización de la atención multidisciplinar em câncer (PRADES e BORRAS, 2011).

A partir da década de 1990 a patologia oncológica, por seu volume e nível de complexidade clínica do processo diagnóstico-terapêutico, e pelo grande número de profissionais envolvidos começa a ser objeto de mudanças notórias (PRADES e BORRAS, 2011). Na atenção ao câncer, é importante assinalar que a maneira como se organiza influencia indiscutivelmente na tomada de decisões sobre o diagnóstico e tratamento do câncer, assim como no seguimento dos pacientes.

Portanto, evidencia o valor da estreita relação entre conhecimento e capacidade de melhoria na atenção, através dos chamados processos assistenciais; da atenção multidisciplinar como padrão de qualidade; do papel da atenção primária no câncer; do apoio matricial; dos papéis profissionais da equipe e a importância da enfermagem.

Para isso, evidências apontam, de acordo com os resultados do estudo do EUROCORE, a importância dos elementos organizativos sobre processo de atenção, os quais podem contribuir na melhora da sobrevivência e da qualidade de vida dos pacientes oncológicos, dado expresso na diferença da taxa de sobrevivência observadas em relação aos melhores países da Europa (PRADES E BORRAS, 2011).

O EUROCORE é o mais amplo projeto de pesquisa colaborativa sobre sobrevivência de câncer na Europa. O projeto começou em 1989, sob a iniciativa dos institutos de pesquisa de Milão e Roma, e tem como objetivo fornecer uma descrição atualizada das tendências do tempo de sobrevivência ao câncer e diferenças entre os países europeus, medir a prevalência do câncer e estudar os padrões de tratamento dos pacientes com câncer. Atualmente, a base de dados possui mais de 21 milhões de diagnósticos de câncer fornecidos por 116 Registros de Câncer em 30 países europeus. Além disso, o estudo fornece regularmente publicações abrangentes sobre a sobrevivência do câncer na Europa (EUROCORE, 2019).

A crescente complexidade clínica da patologia coloca as estruturas e os processos de tomada de decisão entre os elementos-chave do cuidado, e esse processo, quando realizado em conjunto com outros profissionais, reflete um melhor resultado principalmente devido aos diversos olhares e opiniões.

Com relação à inovação institucional e organizacional, o sistema espanhol vem ao longo dos últimos anos se estabelecendo principalmente no que se refere a doenças crônicas, propondo uma mudança cultural e organizacional em profundidade, adotando modelos de excelência que têm apresentado resultados satisfatórios e contribuído para a integração e melhoria da assistência a saúde. Nesse sentido, a oncologia tem sido estratégia prioritária para o país, desde 2015, momento em que se adotou o plano sistêmico de atenção ao câncer (MADRI, 2013). Vale lembrar que o Plano Nacional tomou como base o Plano da Câncer da Catalunha e o coordenador do Plano Catalão posteriormente assumiu a Coordenação do Plano Nacional.

Para entender como funciona essa estratégia Espanhola do câncer, é preciso contextualizar como funciona o sistema de saúde atualmente. A assistência do sistema espanhol se organiza em dois níveis: Atenção Primária e a Atenção Especializada.

Com relação à atenção primária, em 2012 foi criado o decreto Real número 16: “Reforma Sanitária sobre Medidas Urgentes para Garantir a Sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e Melhorar a Qualidade e a Segurança de seus Serviços”, que define uma carteira básica de serviços à qual cada comunidade autônoma poderá acrescentar os serviços que forem necessários (MADRI, 2013).

A equipe de atenção primária é composta por médicos de família e comunidade, pediatras, profissionais de enfermagem, um enfermeiro obstetra e odontólogo, além dos profissionais administrativos. Todos responsáveis por uma população específica de 1500 e 2000 habitantes, chamada de “zona básica de saúde”. Cada zona básica, quando necessita encaminhar os pacientes para avaliação especializada, possui seu hospital de referência com serviço de emergência, internação e atenção especializada ambulatorial (CEBES, 2014).

As consultas na atenção primária são agendadas em cerca de 95% dos casos, podendo ser agendada pelo usuário por telefone. As especializadas são todas agendadas, já que são acessadas através de referência. É disponibilizado prontuário eletrônico comum para toda a região, que possui conexão com o sistema de informação da atenção especializada, permitindo acesso aos exames radiológicos e aos resultados de exames laboratoriais do hospital de referência, e, em algumas regiões, também aos registros clínicos hospitalares (CEBES, 2014).

Já a atenção especializada possui serviços de emergência, hospitais e centros sócios-sanitários. Os centros sócios-sanitários são unidades de longa permanência, orientada a cuidados de pacientes crônicos e/ou cuidados paliativos, especialmente para os pacientes com diagnóstico de câncer (CEBES, 2014).

Nessa perspectiva, é importante entender como se desenvolveu a estratégia nacional para enfrentamento do câncer na Espanha. O câncer é uma das principais causas de morbidade na Espanha e a segunda causa de morte, bem como um dos principais motivos de atendimento hospitalar. A área do câncer engloba uma série de unidades de cuidados de saúde que apoiam o paciente com câncer e visam a garantia da continuidade do cuidado que implica também na superação, por parte dos serviços clínicos, dos limites rigorosos do hospital, para ser integrada em uma rede articulada, ou seja, organizada em torno de um processo de saúde. A rede de assistência deve integrar diferentes recursos que fornecem assistência com o serviço mais apropriado, de tal forma que a qualidade, continuidade e abrangência dos cuidados sejam garantidos de maneira mais eficiente (MADRI, 2013).

Com relação ao aspecto técnico da estratégia nacional do câncer na Espanha, este foi discutido por uma comissão, que incluiu representantes de cada serviço de saúde regional, sociedades científicas e associações voluntárias e de pacientes que definiram o plano nacional. O documento de padrões e recomendações enfoca os aspectos relacionados à organização e gestão, planejamento e projeto de cuidados para pacientes com câncer. Prevê ainda o estabelecimento de critérios e circuitos para acesso rápido a recursos diagnósticos, em caso de suspeita clínica baseada em câncer. Torna-se importante destacar que o referencial para elaboração deste plano nacional tomou como base os planos de câncer já implementados em nível regional, como na Catalunha, Andaluzia e Valência (MADRI, 2013).

Construir um processo cooperativo na implantação do plano nacional estratégico do câncer foi um dos principais desafios enfrentados pelo país. Além disso, o atual plano orienta o manejo dos tratamentos oncológicos por meio de um modelo centrado no paciente, que promovem aspectos como: as opiniões nas decisões, a proteção profissional e a continuidade do cuidado nos diferentes momentos evolutivos da doença. Portanto, nesta nova abordagem organizacional somam-se quatro grandes linhas estratégicas: humanização, inovação tecnológica, visão multidisciplinar e coordenação (MADRID, 2013).

O processo envolveu revisão das evidências, análise do impacto das tendências no câncer, avaliação dos fatores de risco relevantes e uma discussão sobre as prioridades em seis áreas diferentes, a saber: prevenção primária; triagem; cuidado do câncer entre os adultos;

cuidado do câncer na infância; cuidados psicossociais e paliativos; e pesquisa (MADRID, 2013).

O plano conceitua a diferença entre os recursos não específicos e específicos para o tratamento de pacientes. Os recursos não específicos são aqueles relacionados à atenção primária, ou mesmo aqueles profissionais que podem servir de apoio ou prestar assistência aos pacientes, fazendo parte do núcleo de equipes multidisciplinares.

Já os recursos específicos são unidades que têm relação com a Coordenação de Unidades da Área do Câncer – UAACA – que são: anatomia patológica; bloqueio cirúrgico; cuidados paliativos; hospitalização convencional; medicina nuclear; radiologia; reabilitação; unidade radiológica; unidade de tratamento da dor; e emergências hospitalares (MADRID, 2013).

Os profissionais dos recursos não específicos são treinados para prestar assistência ao paciente no caso de suspeita ou confirmação diagnóstica de câncer. Este nível realiza o encaminhamento para unidades especializadas, além de realizarem atividades de controle e monitoramento. Nesse sentido, é principal na estratégia do câncer, o encaminhamento do paciente imediatamente e diretamente para a UAACA após o diagnóstico pela atenção primária (MADRID, 2013).

O modelo de assistência compartilhada entre a atenção primária e o enfermeiro especialista e referência da unidade multidisciplinar pode ser denominado Plano de Assistência Conjunta (PAC).

O PAC normalmente funciona da seguinte forma: será acionado quando o responsável pelo atendimento primário e o especialista de referência da unidade multiprofissional considerarem, de comum acordo, que o paciente necessita da intervenção conjunta de ambos para o controle clínico. Esta intervenção pode ser uma consulta ou avaliação pelo especialista de referência no hospital-dia oncológico. A internação hospitalar será programada por meio do médico da atenção primária em contato com o especialista de referência, objetivando evitar, na medida do possível, que o paciente recorra ao serviço de emergência do hospital. Durante qualquer episódio de internação hospitalar do paciente, o especialista de referência será solicitado para sua avaliação, independentemente do motivo e da unidade ou serviço onde for realizado, e somente, após será decidido, em colaboração com o especialista correspondente da unidade (MADRID, 2013).

Ressalta-se que o conceito de unidades de tratamento do câncer incorpora o critério de interação e sinergia entre os diferentes recursos específicos organizados em redes. Visam garantir a qualidade, assistência segura e eficiente ao paciente com câncer. Para isso, é

necessária a coordenação com a atenção primária e outras unidades e serviços especializados não específicos, bem como as unidades de reabilitação, convalescença e cuidados paliativos (MADRID, 2013). Para os autores Prades e Borrás (2011) o aspecto mais crítico no cuidado oncológico é o primeiro tratamento, que é o principal determinante no prognóstico da doença e, portanto, requer uma melhor organização.

Além disso, a rede de cuidados oncológicos é integrada com base em cuidados multidisciplinares, que deverá ter todos os recursos necessários para o tratamento do paciente, direcionados pelos comitês de tumores, assunto que ainda será abordado. O conceito de "multidisciplinaridade" no manejo clínico de pacientes com câncer, que se tornou central na estratégia do câncer no sistema nacional de saúde Espanhol (MADRID, 2013).

Mais uma recomendação de forte relevância do plano é a padronização do planejamento da alta, para garantir que o paciente e o profissional de saúde que o assiste na atenção básica obtenham informações sobre o diagnóstico, o tratamento e os planos de cuidados – o mapa de atenção – para o acompanhamento do paciente (MADRID, 2013).

Por fim, para além dessas questões que envolvem o processo de diagnóstico, a combinação de diferentes terapias, a intervenção de diferentes serviços de saúde e o trabalho multidisciplinar, no sistema Espanhol, todos esses processos se edificam através do enfermeiro gestor de casos. Esse tem como função a coordenação dos cuidados multidisciplinares oncológicos, garantindo o cumprimento do plano diagnóstico e terapêutico, bem como assistindo as necessidades específicas dos pacientes que ocorrem em todas as etapas do plano terapêutico (MADRID, 2013).

#### **4. CAPÍTULO 3 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO CÂNCER NA CATALUNHA**

Com relação ao câncer na Catalunha, cerca de 17.000 pessoas morrem a cada ano por conta dessa enfermidade. De acordo com os dados mais recentes coletados pelo Plano Diretor de Oncologia da Catalunha, em 2018, estima-se que mais de 36.500 novos casos de câncer foram diagnosticados. O câncer afeta mais homens do que mulheres: dos 36.500 novos casos de câncer detectados em 2018, 20.749 casos foram em homens e 15.782 mulheres. De acordo com os dados do Registro de Mortalidade da Catalunha, os homens têm uma mortalidade maior que as mulheres, do total de 17.156 pessoas que morreram de câncer em 2018, 10.394 casos foram em homens e 6.762 em mulheres. No entanto, a sobrevivência do câncer aumenta ano a ano: a porcentagem de pessoas que sobrevivem ao câncer nos últimos cinco anos é de 54% em homens e 62,5% em mulheres (EL NACIONAL, 2019).

Atualmente é a primeira causa de mortalidade entre os homens e a segunda nas mulheres, depois das doenças cardiovasculares. Os cânceres mais frequentes em homens: são os da próstata, 22%, o de cólon, com 16%, o de reto, com 15% e o de pulmão, com 9%. Os cânceres mais frequentes em mulheres: são os da mama, que representam 28% dos novos diagnósticos, do cólon e do reto, com 16%, o do corpo uterino, 6% e o do pulmão, com 4% (EL NACIONAL, 2019).

Estima-se que, até 2020, o número de casos incidentes de câncer aumente para 26.000 em homens e 18.300 em mulheres, um aumento em torno de 20% devido ao envelhecimento da população Catalã e alguns fatores de risco (BAGÁN et al., 2017).

Devido à demanda crescente de casos de oncologia, resultado do aumento da expectativa de vida, e somado a isso, o crescente volume de serviços assistenciais com avanços em diagnóstico, terapia e tecnologia, em março de 2015 foi aprovado o Plano contra o câncer na Catalunha para o período de 2015 a 2020.

Diante da análise do impacto do câncer, a estratégia adotada foi desenvolvida com o objetivo de englobar o câncer na sua totalidade, desde a prevenção e triagem, o diagnóstico e tratamento, bem como aspectos psicossociais e terapia paliativa. Esse plano tem ainda como foco o aperfeiçoamento da coordenação do cuidado, a fim de evitar a duplicação de recursos, consolidar pesquisas epidemiológicas e clínicas e ainda fortalecer os serviços de cuidados oncológicos (CATALUNYA, 2015).

O atual plano propõe ainda uma série de objetivos práticos ligados à realidade catalã no que se refere a saúde e pesquisa, e teve como objetivo melhorar a atenção ao câncer, bem

como destacar a importância de colocar o paciente no centro do sistema, garantindo o contínuo assistencial. Além disso, esse plano serviu de base para o Plano Nacional Espanhol.

Abaixo um breve resumo dos escopos prioritários do plano: definir, através dos circuitos de assistência, as portas de entrada de cada nível, identificando os profissionais de referência; estabelecer e diferenciar mecanismos de comunicação entre profissionais em ambos os níveis com sistemas de informação sensível ao monitoramento; bem como a comunicação com base na educação sobre a saúde e informações do câncer, e ainda o seguimento.

Portanto, uma das prioridades é melhorar a comunicação com foco na coordenação ao longo do tratamento do paciente e ainda fortalecer o apoio psicossocial no enfrentamento da doença. Em relação aos cuidados de saúde, outra questão chave é a necessidade de garantir a tomada de decisões multidisciplinares para todos os pacientes, apoiado em diretrizes clínicas baseadas em evidências, algo que demonstrou ser capaz de melhorar a qualidade do tratamento do câncer (CATALUNYA, 2015).

Como no plano nacional, a atenção primária fica a cargo da promoção e prevenção de saúde, devendo descentralizar o baixo risco para desenvolver intervenções em adoção e adesão a hábitos de vida saudáveis, com ênfase especial na promoção de exercícios físicos e do autocuidado. Destaca-se nessa estratégia de promoção e prevenção: o controle do tabagismo, a redução da obesidade especialmente entre os adolescentes, o rastreamento de câncer colorretal para as pessoas com idade entre 50 e 69 anos e a triagem de câncer de mama (CATALUNYA, 2015).

Como cuidados primários, é prioritário também o estímulo à melhoria da coordenação do cuidado no rastreamento do paciente oncológico, garantindo um retorno rápido a cuidados especializados, se necessário. O plano ainda define, para a atenção primária, a meta de alcance da cobertura vacinal, acima de 85% contra o vírus do papiloma humano (HPV) em meninas de 11 a 12 anos, e mais de 90% para a vacina contra o vírus da hepatite B (VHB). Intervenções essas que visam também enfrentar os processos advindos dos movimentos de imigração que vivencia o país (CATALUNYA, 2015).

No que diz respeito à atenção especializada, o plano tem como prioridades melhorar o processo de diagnóstico para celeridade no tratamento; garantir o acesso dos pacientes a cuidados oncológicos de qualidade, bem como avaliar os resultados clínicos periodicamente, na perspectiva de consolidar os instrumentos de atenção. Nesse sentido, deve ainda estimular a investigação oncológica, a coordenação, a integração e cooperação entre pesquisadores, no



âmbito dos institutos de pesquisa em saúde. Tem como objetivo ampliar investimentos em tecnologia de radioterapia e procedimentos de alta complexidade nos centros de referência terciária para patologias oncológicas de baixa frequência (tumores raros e pediátricos) (CATALUNYA, 2015).

No entanto, o que parece ser destaque na atenção especializada, é a responsabilidade em consolidar o modelo de atenção multidisciplinar na atenção ao câncer. Como eixo norteador desse processo, o modelo de gerenciamento de casos, através das entidades organizativas, os comitês de tumores, estabelecendo uma rede de cuidados oncológicos que permita a melhoria da coordenação no caminho assistencial dos pacientes ao longo da evolução de sua doença, bem como, padronizar a qualidade por meio das experiências clínicas e ainda fortalecer a atenção especial na alta hospitalar.

A entidade organizacional de assistência oncológica multidisciplinar – o comitê de tumores - integra os profissionais envolvidos na apropriação de decisão sobre a estratégia terapêutica, com base em evidências científicas e no conhecimento especializado. O comitê tem como objetivo a melhoria no processo de tomadas de decisões, favorece ainda a coesão da equipe oportunizando a aprendizagem e a troca de experiências (MADRI, 2013).

Para a organização do processo de saúde na oncologia, o comitê de tumores deve ser utilizado como um dispositivo assistencial, devendo ser entendido como a primeira fonte de opinião clínica e dispositivo necessário para a coordenação assistencial. Dessa forma, a discussão multidisciplinar precede ao tratamento para todos os casos de câncer. Para isso, existe uma normativa que exige aos profissionais, que tratam o câncer, associar-se a um comitê e assistir. Por esse motivo, não deve existir membros flutuantes, além disso, o tempo do comitê deve ser considerado como mais uma tarefa assistencial (PRADES e BORRAS, 2011).

Para uma dinâmica de trabalho do comitê esteja bem estruturada, este deve incorporar diversas características na organização do processo de saúde dos pacientes com câncer como, por exemplo, os encontros semanais de toda a equipe consumindo horas da tarefa assistencial, equipe especializada na composição do comitê; responsabilidade de dinamizar a equipe e formalizar a decisão terapêutica através dos papéis identificados na equipe, como por exemplo, presidência, coordenador e secretário; suporte administrativo; papéis transversais que facilitem a coordenação da patologia para a implantação do plano terapêutico, como o coordenador clínico e o enfermeiro gestor de casos; processo de decisão entre a equipe de saúde e paciente; avaliação dos resultados clínicos, entre outras (MADRI, 2013).

Sobre o reconhecimento do tempo de comitê, um estudo realizado pela Associação Britânica de cirurgia oncológica, revela que somente 28% das reuniões dos comitês de

tumores ocorreu com horários fixos (apesar dos guias estipularem). A investigação revela a experiência dos comitês que possuem uma representação limitada para a tomada de decisões terapêuticas, assim como outros que mostram uma ampla representatividade relacionada com a variedade de seus objetivos e a importância da organização multidisciplinar, revelando o peso assistencial que têm os comitês. Portanto, a regularidade na assistência e a composição do comitê são aspectos importantes que denotam se o comitê é representativo e funcional, contribuindo finalmente para seu possível grau de desenvolvimento (PRADES e BORRAS, 2011).

Por fim, os gestores de caso junto com a equipe multidisciplinar devem garantir os elementos de gestão que direcionam todo o processo de cuidado no sentido da coordenação. Devem reforçar a centralidade no paciente e aumentar o seu envolvimento na decisão terapêutica, considerando suas preferências no tratamento. A equipe deve ainda fornecer plano personalizado de monitoramento que detalham o seguimento, levando em consideração os possíveis efeitos adversos do tratamento, o prognóstico e as sequelas da doença.

#### 4.1 ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES

##### 4.1.1 Circuito de diagnóstico rápido

A gestão de pacientes deve ocorrer nos diferentes níveis da rede. O circuito de diagnóstico rápido é um instrumento com impactos expressivos na agilidade do diagnóstico, melhorando o prognóstico e a sobrevida do paciente. A Catalunha adotou esse instrumento desde 2003 e visa garantir o diagnóstico e o início do tratamento dentro dos prazos estipulados, ou seja, organizar o sistema de saúde para detecção do câncer o mais precocemente possível, reduzindo o tempo entre a suspeita diagnóstica e o diagnóstico e entre o diagnóstico e o tratamento.

A meta do circuito é que 90% dos casos realize, no período máximo de 30 dias, todo o processo que envolve desde a consulta do paciente com sintomatologia suspeita pelo médico da APS, bem como o diagnóstico de certeza, através da anatomia patológica, até o início do tratamento cirúrgico, clínico ou mesmo paliativo. Nesse sentido, os objetivos do sistema são, além de reduzir o tempo, melhorar a qualidade da atenção e diminuir a ansiedade dos pacientes e de seus familiares (CATALUNHA, 2015).

Atualmente o sistema abrange cinco tipos de tumores que são: mama, cólon, pulmão, bexiga e próstata. Possui protocolos específicos das patologias com as definições do quadro

quanto a suspeita diagnóstica, além de critérios para inserção do paciente no circuito – os mecanismos de entrada - as condições, sinais e sintomas e o caminho que o paciente deverá percorrer em todos os níveis de atenção (CATALUNHA, 2015).

As unidades da APS, de urgência e emergência são as portas de entrada e, portanto, são elas que referenciam o paciente com suspeita diagnóstica para as unidades de diagnóstico rápido. Para isso, é pactuado com a atenção primária e especializada a meta de diminuir o tempo de espera e de início do tratamento evitando complicações pela doença e/ou internações desnecessárias (CATALUNHA, 2015).

No caso de suspeita baseada em câncer e início do processo diagnóstico, o tempo recomendado entre o encaminhamento do médico da atenção primária ou outros especialistas e a consulta ao especialista não deve exceder 15 dias. A consulta especializada para investigação, após ser referenciado pela porta de entrada, também tem como meta ser realizada em período máximo de 7 dias, e nesta são realizados os exames complementares. De posse das provas diagnósticas, é realizada a consulta médica para o diagnóstico definitivo e tão logo dar início ao tratamento (MADRI, 2013).

No entanto, o que parece determinar a efetividade do circuito é o trabalho coordenado dando suporte à equipe multiprofissional dos comitês oncológicos, que realizam estudo de caso semanalmente de cada paciente, integrando todos os profissionais envolvidos para determinar o plano terapêutico singular. Além disso, com a coordenação é possível também estabelecer uma relação intrínseca dos serviços desde a APS até os demais pontos de atenção, que envolve para além dos profissionais que participam das diversas fases do cuidado, os instrumentos de seguimento e avaliação do circuito. O circuito ainda favorece a identificação precoce de patologias e agravos permitindo aperfeiçoar o processo de cuidado (MADRI, 2013).

#### 4.1.2 Equipe Multidisciplinar

Entender o contexto histórico-crítico do trabalho multidisciplinar para o enfrentamento das doenças crônicas é relevante na compreensão das questões atuais. A importância deste enfoque sobrepõe a pesquisa sobre o de câncer, devido a sua grande demanda envolvendo os diferentes níveis de atenção, que reúne diversas especialidades e profissionais e ainda mobiliza uma grande quantidade de recursos humanos e tecnológicos, que por sua boa ou má gestão tem grande impacto assistencial ao paciente (PRADES e BORRAS, 2011).

Além disso, a gama de profissionais envolvidos se produz em terreno fértil para diversos problemas de comunicação pobre e coordenação. Por isso, cabe refletir sobre a correlação do cuidado com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe como somatório de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, papéis hierárquicos e rígidos; a outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária, articulando um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado (MALTA e MERHY, 2010).

Portanto, é principalmente, nos interstícios dos serviços de saúde que se ativa um tipo de atenção que, bem estruturada, revoluciona a tomada de decisão e fornece novas diretrizes para a articulação entre os serviços e os profissionais. Cabe ressaltar, que os mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores no trabalho em equipe para que o cuidado aconteça (MALTA e MERHY, 2010).

Segundo Merhy (2006) e Merhy e Cecílio (2003): “o cuidado, nas organizações de saúde em geral, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais”. Para tanto, o desenvolvimento de equipes multidisciplinares com capacidade organizativa sobre os processos de atenção tem incidência direta na coordenação dos serviços.

É ímpar o reconhecimento que a organização da atenção multidisciplinar possui, contribuindo para garantir que se adotem as melhores decisões, através da tomada de decisão em conjunto e da coordenação dos diversos tratamentos, de maneira compreensível para o paciente e clinicamente efetiva. (PRADES e BORRAS, 2011).

Em relação a esse cuidado, com o aumento crescente do número de casos de câncer, começa a haver um maior fortalecimento da atenção, atrelado a tratamentos multidisciplinares, principalmente no período de 1970 a 1980. O fato é que a complexidade da patologia tumoral e as variadas opções de tratamento, bem como as diversas especialidades envolvidas (cirurgiões, médicos oncologistas, radiologistas, entre outras), foi o viés principal para o surgimento desse modelo como eixo do cuidado.

Cabe ressaltar o câncer como paradigma do trabalho multidisciplinar, pois é uma patologia que obtém melhor prognóstico clínico quando se utilizam armas terapêuticas diferentes de forma combinada (PRADES e BORRAS, 2011).

Nesse sentido, a partir da década de 1980, os profissionais empenhados nessa área, vislumbram, de forma mais consciente, que nenhum profissional pode resolver as necessidades do paciente sozinho, sendo crucial a reunião de todos os envolvidos para definição do melhor tratamento possível, surgindo então as primeiras concepções do conceito de continuidade dos cuidados e de comitês (PRADES e BORRAS, 2011).

Em suma, os profissionais se veem na necessidade de discutir as diferentes propostas terapêuticas. Sem contar que, discutir em conjunto os processos de cuidados que apresentam alta complicação clínica, possibilita minimizar a frustração do profissional que carrega a incerteza sobre como incorporar as preferências e necessidades dos pacientes (PRADES e BORRAS, 2011).

Na década de 1990 os profissionais das equipes multidisciplinares começam a se organizar em comitês. Período em que se consolida os chamados cuidados gerenciados (*managed care*), originados nos Estados Unidos. (ENCYCLOPEDIA BRITANNICA, 2019).

No entanto, o desenvolvimento efetivo dos comitês e do trabalho multidisciplinar possui base em constatações de que a aplicação efetiva de combinações terapêuticas possui valor no prognóstico e na sobrevida do paciente. Nesse sentido, e nessa mesma época, inovações organizacionais foram produzidas na busca por configurar um atendimento mais integrado com melhores resultados clínicos, com foco no paciente, especificamente no que se refere à continuidade do cuidado no câncer.

O principal objetivo do comitê de tumores é a tomada de decisão com base em protocolos específicos, a fim de garantir a melhor opção terapêutica possível. Atualmente as equipes de comitês são consideradas importantes para o desenvolvimento e discussão de protocolos, avaliação de casos, bem como estabelecer a realização eficaz de tratamentos coordenados (MADRI, 2013).

Outra questão importante é que a organização multidisciplinar visa dar resposta à complexidade do gerenciamento oncológico, com foco na importância do contexto organizacional para as tomadas de decisões. Trata-se de uma entidade que promove a comunicação evidenciada na tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas. Em resumo, é uma instituição relacional que centraliza e facilita um debate coordenado entre os profissionais, proporcionando discussão dos casos com as contribuições de cada um dos membros do grupo, facilitando a decisão da assistência e ao mesmo tempo reforçando cada um dos integrantes (SÁNCHEZ e VICARIO, 2019).

No que se refere à abordagem multidisciplinar, que compõe os comitês, sua relevância para a patologia de câncer, se dá primeiro pelo contexto de mudança na oferta e demanda

devido ao volume de casos novos. Segundo pela complexidade clínica da patologia; e depois pela multimodalidade na oferta dos serviços; inovação diagnóstica e terapêutica.

O atendimento multidisciplinar é a marca para cuidado oncológico de qualidade e o elemento essencial dos comitês de tumores, devendo ser implementada como instrumento essencial para uma política eficaz do câncer (SEOQ.ORG, 2018).

Internacionalmente, a promoção das equipes multiprofissionais se considera como um padrão de qualidade pensado para prever uma atenção centrada no paciente, uma maior aderência aos guias de prática clínica ou ao acesso de pacientes aos ensaios clínicos, entre outros. Para tanto, devido à dinâmica complexa interna do tratamento do câncer, a equipe multidisciplinar se tornou componente central da política Espanhola, se consolidando como estratégia essencial para o parâmetro de qualidade e eixo do modelo organizativo do processo de cuidado.

O processo de trabalho do modelo da atenção multidisciplinar foi postulado em colocar o paciente no centro e produziu alteração substancial e inovações organizacionais. Para Mosqueda apud SBGG (2015), “Os valores defendidos na atenção centrada na pessoa nos lembra da importância de identificar e trabalhar de acordo com as preferências e os objetivos de nossos pacientes. Temos agora uma visão mais clara de como traduzir a aspiração de cuidados centrados na pessoa em uma realidade.”

A atenção multidisciplinar promete um atendimento mais integrado e melhores resultados clínicos na oncologia, e requer a subspecialização por patologia; a reorganização dos processos de atenção; e a necessidade de cooperação e coordenação (MADRI, 2013).

Para Prades e Borrás (2011), a existência de figuras transversais, como coordenadores, pode exercer um papel muito importante no sentido de dinamizar as equipes e conseguir que a comunicação e a confiança fluam, já que, normalmente, o que separa uns profissionais dos outros são fronteiras do tipo mental mais que outras. Por esse motivo destacam os coordenadores que dispõem de habilidades para a comunicação em equipe e a resolução de conflitos.

O primeiro objetivo de um coordenador é conseguir a plena participação dos diferentes profissionais no comitê. Além da tarefa estar centrada em facilitar a comunicação entre os profissionais, é fundamental também a interlocução com os serviços. Um estudo de Harwad et al. (2003), demonstra a importância da liderança quando é funcional ou compartilhada, o que contribui para que o processo de decisão clínica seja mais efetivo. Sua funcionalidade poderia resumir-se a partir de que consiga uma coerência contínua entre profissionais e objetivos; e entre processos e atividades. Por outra parte, a liderança é um dos âmbitos que pode

desenvolver a atenção multidisciplinar, influenciando assim na qualidade das reuniões ou de qualquer prática multidisciplinar.

As funções atribuídas ao coordenador da equipe multidisciplinar dentro do escopo da dinâmica do grupo são: ativar e motivar a equipe, promovendo o consenso e que todos os membros possam opinar; ajudar a estabelecer objetivos de curto e longo prazo, desenvolver ferramentas para coleta e para reflexão das necessidades compartilhadas, utilizando por exemplo, o plano funcional; promover que a equipe se autoavalie a partir do consenso de indicadores clínicos e de processo de referência; homogeneizar os instrumentos de coleta de informação; gerir positivamente os conflitos e promover a coesão; e promover sessões para compartilhar a evidência clínica (PRADES e BORRAS, 2011).

No entanto, o coordenador também possui funções dentro do escopo de organização operacional da equipe que são: convocar a equipe; atualizar a lista de pacientes, especificando a fase clínica; procurar que assista ao comitê ao menos um membro de cada especialidade; fazer constar e respeitar as decisões que se tomam; assegurar pela eficiência do comitê, dispondo de informações dos pacientes antes de ser discutido o caso, adequando o tempo para as discussões e separando os casos a serem apresentados dos que serão discutidos (PRADES e BORRAS, 2011).

Apesar das múltiplas tarefas, os coordenadores acumulam mais e mais funções e são instados a gerenciar a organização multidisciplinar em todos os níveis. Seu contexto de trabalho, no entanto, está sujeito às seguintes condições de insatisfação dos profissionais como: baixo salários e carga horária excessiva; demanda de trabalho alta; falta de conexão com outras funções como chefes de serviço e direção; pouco reconhecimento como figura transversal e apoio insuficiente pelo secretariado do comitê.

Para Prades e Borrás (2011) os mecanismos de coordenação pobres, com líderes de serviços “alérgicos” as formas transversais de integração, que facilmente limitam a implementação do modelo são as principais dificuldades a serem superadas dentro das equipes multiprofissionais.

A eficácia do modelo está relacionada ao seu bom funcionamento. Os principais requisitos para que ocorra são: a influência da comunicação interprofissional eficaz em um espaço de aprendizagem compartilhada, que possua ainda discussão qualitativa e a formulação da estratégia terapêutica; o uso efetivo do tempo comum da equipe, a adesão dos profissionais, bem como, a coesão e coordenação das atividades que são geradas (MADRI, 2013).

Para além disso, o processo de decisão da estratégia terapêutica inclui a combinação de conhecimento especializado por meio de uma equipe multidisciplinar e o uso de evidências científicas disponíveis de acordo com as necessidades, características e preferências individuais do paciente (MADRI, 2013).

No contexto dos SNS a atenção multidisciplinar é uma proposta emergente no núcleo da organização e na prestação de serviços oncológicos. Considerando a introdução de cuidados multidisciplinares, vários países da Europa reconheceram a necessidade de estimular o cuidado multidisciplinar entre seus objetivos e recomendações, principalmente no que se refere a responsabilização do cuidado e o comprometimento do profissional, destacando a importância da interdependência clínica para organizar o processo de cuidar das pessoas que sofrem desta doença (PRADES e BORRAS, 2014).

Em última análise, diante das necessidades, a patologia oncológica vem cada vez mais se tornando objeto de mudanças visíveis, assumindo a concepção do cuidado multidisciplinar organizado e destacando por sua capacidade de garantir que a atenção seja realizada de forma global e na perspectiva da superação da fragmentação (PRADES e BORRAS, 2011). É notória a importância desse cuidado frente aos processos de mudanças tecnológicas e organizacionais que auxiliam a tradução do conhecimento disperso para um tratamento integrado que concretizam em mudanças exitosas no processo do cuidado ao paciente oncológico.

Por fim, o SNS Espanhol propõe seu firme compromisso de promover a atenção multidisciplinar como um padrão de qualidade a todos os paciente com câncer na Espanha, no sentido que recebam o diagnóstico e o planejamento do tratamento sob o consenso de uma equipe multidisciplinar que compartilhe objetivos assistenciais amplos e propõe ainda um profissional que atue como referente para o paciente (PRADES e BORRAS, 2011).

#### 4.1.3 Papel do enfermeiro na gestão de casos na Catalunha

Em relação ao acompanhamento durante as etapas de diagnóstico e tratamento da doença, e especialmente no seguimento a longo prazo, a atenção contínua a esses pacientes é beneficiada das experiências dos gestores de casos, que orienta o paciente dentro do sistema no sentido de sua recuperação, bem como, realiza toda a colaboração entre a atenção primária e especializada.

A aplicação da estratégia terapêutica para enfrentamento do câncer inclui diversas terapias, serviços e centros de saúde, que exigem uma coordenação específica e próxima das



necessidades do paciente, a fim de garantir o cumprimento. Requer um profissional responsável pelo cuidado e pelo gerenciamento do caso, integrado à equipe multiprofissional, sendo referência tanto para a equipe quanto para o paciente em relação ao desenvolvimento do plano terapêutico (MADRI, 2013). Os gestores de casos que atuam em conjunto com a equipe multiprofissional devem facilitar a coordenação dos recursos de saúde, sócio-assistenciais e a continuidade dos cuidados.

As experiências organizacionais desenvolvidas demonstram que, para a verdadeira contribuição para o sistema de saúde, é relevante que esse profissional tenha alto conhecimento clínico e capacidade organizacional em todo o processo de saúde de uma patologia específica. O gestor de caso clínico deve ser uma figura coerente com a existência de processos que se sobrepõem entre diferentes níveis da rede assistencial. Atuam para absorver parte importante da complexidade do sistema assistencial através da coordenação. No entanto, levando em conta a natureza emergente desse papel profissional, bem como a maior flexibilidade e autonomia associadas ao gerenciamento de casos, é necessário enfatizar que impliquem a essa figura o reconhecimento explícito do perfil, com apoio da direção em relação aos demais profissionais (MADRI, 2013).

De acordo com o NICE (National Institute for Health and Care Excellence), que produz estudos sobre avaliação de tecnologias, guidelines, entre outros, um profissional chave é uma pessoa que, com o consentimento do paciente, tem um papel fundamental na coordenação do atendimento ao paciente e na promoção da continuidade, garantindo por exemplo que o paciente saiba como acessar as informações e orientações (MADRI, 2013).

Nessa perspectiva, para facilitar aspectos organizacionais e melhorar os circuitos, emergem os papéis dos enfermeiros gestores de casos. Na Catalunha, os pacientes diagnosticados com câncer devem ser tratados no marco de uma equipe multidisciplinar e com um profissional que atue como referente para o paciente – o enfermeiro gestor de caso.

Para os autores Prades, Espinàs, Font, Argimon e Borràs (2011) o enfermeiro com esse perfil foi reconhecido com sucesso e, de fato, tem sido amplamente difundido. Em 2008, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), definiu os Enfermeiros em Prática Avançadas (EPA) como profissionais que possuem conhecimento especializado e capacidade de tomar decisões complexas, possuem ainda habilidades clínicas necessárias para realizar a prática estendida, sendo recomendado um nível de especialização para sua atuação (COMELLAS-OLIVA, 2016).

A principal função desses enfermeiros de gerenciamento de casos é, como o nome sugere, "gerenciar atenção", embora eles também realizem a prática clínica. Exercem papel

fundamental na coesão dos circuitos preferenciais, estando comprometidos no sentido da atenção integral aos pacientes crônicos, possibilitando tornar o sistema de saúde mais eficiente.

Atuam também como guardiões dos encaminhamentos de casos suspeitos. São referência para o paciente e toda equipe multidisciplinar durante o caminho assistencial, fornecendo cuidados, informações específicas e recursos ao paciente, família ou cuidador principal. O trabalho se produz também com avaliação dos resultados ao longo do continuum assistencial, buscando intervir nos momentos oportunos, propiciando atingir resultados clinicamente desejáveis (HILL, 1998).

Com isso, na Catalunha, a equipe multidisciplinar conta com um coordenador global para o atendimento personalizado ao paciente em todo o percurso do cuidado. Esse profissional participa do comitê de tumores desempenhando um papel importante na deliberação, já que ele é muitas vezes o único profissional experiente nos detalhes de todo o processo clínico do paciente, bem como suas necessidades e preferências específicas de tratamento.

O enfermeiro de gerenciamento de caso tem participação na equipe multidisciplinar, mantendo uma dinâmica médico/enfermeiro-paciente em um quadro de comunicação que promova a participação do paciente durante todo o processo de cuidado. Realiza a integração das atividades em conjunto com o restante das disciplinas para o desenvolvimento do cuidado do câncer. Realiza preventiva e continuamente a gestão de barreiras organizacionais na aplicação do plano terapêutico. Atua na prevenção dos efeitos evitáveis dos tratamentos, através da educação em saúde para o autocuidado do paciente, e se necessário, na derivação de pacientes em situações agudas para os serviços apropriados (MADRI, 2013).

A unidade multidisciplinar deve ter uma política operacional que garanta um profissional de saúde chave para cada paciente no sentido da liderança em aspectos relacionados ao cuidado e gerenciamento de casos; participação na informação ao paciente; entre outros. A unidade deve possuir ainda pelo menos um enfermeiro com formação avançada em atendimento oncológico. Para a garantia de todo o processo de cuidado, as responsabilidades de cada enfermeiro na unidade multiprofissional devem ser claramente definidas, incluindo sua contribuição para a decisão de avaliação e planejamento da assistência ao paciente nas reuniões periódicas da equipe através do apoio de outros membros profissionais da equipe. A enfermagem da unidade multidisciplinar deve participar com responsabilidade na gestão do serviço e no desenvolvimento de pesquisas na área de habilidades de enfermagem. (MADRI, 2013).

O enfermeiro responsável pelo processo desenvolve as seguintes ações: complementar e fornecer informações específicas ao paciente relacionadas à tomada de decisão e seu processo de atendimento; garantir o desenvolvimento do plano de tratamento de acordo com o planejado, conduzindo o paciente através dos diversos serviços e provedores, bem como, treinando o paciente sobre os cuidados a serem executados, de acordo com o tratamento, para reduzir ou eliminar circunstâncias evitáveis por meio da educação em saúde; gerencia as contingências para que o paciente se beneficie dos cuidados de saúde em todos os momentos. (MADRI, 2013).

Entre suas tarefas ainda estão: coordenar e acelerar testes diagnósticos, organizar e otimizar agendas, monitorar intervalos de tempo, fortalecer o entendimento do paciente com relação a informação clínica e realizar a última consulta após o tratamento para explicar e planejar o programa de acompanhamento (MADRI, 2013).

Em suma, um enfermeiro gestor será designado a cada paciente, que será responsável pela "navegação" do paciente dentro do sistema. Para isso, o plano de cuidados conjuntos para o acompanhamento a longo prazo de pacientes em tratamento para oncologia deve considerar os seguintes requisitos: a ligação entre o especialista e o enfermeiro de referência da unidade multidisciplinar de câncer e médicos de atenção primária; o tempo recomendado entre a consulta inicial ao especialista de referência e o início do tratamento não deve exceder um mês (MADRI, 2013).

Portanto, nesse processo diagnóstico e para a combinação de diferentes terapias no câncer é necessário a intervenção de vários serviços e até mesmo de vários hospitais. O enfermeiro gestor de casos oferece, desde o atendimento oncológico multidisciplinar, a garantia do cumprimento do plano diagnóstico e terapêutico, além de atender as necessidades específicas dos pacientes que ocorrem nessas etapas (MADRI, 2013).

#### 4.1.4 Circuito pré-alta

Um papel precursor da gestão de casos foi o chamado "enfermeiro de ligação", que antes da alta hospitalar, realiza a coordenação entre áreas, instituições e departamentos. O circuito de pré-alta, é um tipo de modelo que incorpora a normalização dos processos de trabalho e pode ser chamado de mapa de atenção. Neles são elaborados os planos de gestão da atenção que fixam os objetivos para o cuidado, direcionando as sequências de intervenções a serem executadas pelos profissionais da assistência primária, afim de atingirem os objetivos desejados num determinado prazo de tempo, minimizando tempo de espera e custos e,

consequentemente, melhorando a qualidade da atenção. Com o planejamento da alta hospitalar, é possível definir a provisão de serviços, o seguimento e avaliação do paciente após a alta hospitalar (HAMPSON et al., 1996).

Recomenda-se a padronização do planejamento de alta para garantir que, no momento da alta hospitalar, o paciente e o profissional da atenção primária responsável pelos cuidados de saúde obtenham as principais informações relacionadas ao diagnóstico na alta, tratamento, planos de cuidados, medicamentos (MADRI, 2013).

O objetivo desse circuito é garantir que todos os pacientes durante a alta hospitalar recebam uma atenção especial por parte de sua equipe de APS. Nesse sentido, é mantido contato entre os médicos da APS e especialistas de referência. Os pacientes são referenciados para a sua unidade primária e a consulta é agendada para o dia seguinte à alta, esta podendo ser inclusive em domicílio (CHC, 2013).

Para pacientes internados no hospital, o planejamento inicial da alta hospitalar será realizado com 24 a 48 horas de antecedência através do contato com a equipe da APS, orientando todo o mapa de atenção. Para isso, será realizada uma avaliação das necessidades de cuidado do paciente, família e meio ambiente. No momento da alta hospitalar, todos os pacientes receberão um relatório de continuidade de cuidados que coleta o nível de dependência e problemas ativos. Incluirá neste ainda o número de telefone e o nome do profissional de referência (gerente de caso) da unidade multidisciplinar. Este relatório será entregue ao paciente e será direcionado ao enfermeiro da área de atenção primária (MADRI, 2013).

Para os autores Prades, Espinàs, Font, Argimon e Borràs (2011) apesar dos problemas de implementação apresentados nos circuitos, estes conseguiram impactar positivamente na prestação de serviços de saúde, algo que precisa ser pesado com base na melhoria dos indicadores de monitoramento e no fornecimento de dados. Por fim, ao que parece é que os circuitos preferenciais favorecem o processo de continuidade do cuidado no sentido do atendimento integral, minimizando custo e ainda produzindo resultados clínicos satisfatórios.

## 5. CAPÍTULO 4 – AVANÇOS OBTIDOS E O PAPEL DO ENFERMEIRO

Nos últimos anos, na Catalunha, diversas mudanças organizacionais foram feitas na abordagem ao cuidado das pessoas em situação de complexidade. Uma delas, tem sido a incorporação em instituições, de novos perfis profissionais de enfermagem como, por exemplo, os profissionais gerentes de caso e os provedores de link (CATALUNYA, 2010).

Em 2008, o Departamento de Saúde formou um grupo de trabalho de profissionais de enfermagem, a fim de elaborar um documento para unificar conceitos e estabelecer linhas comuns em relação ao papel desses profissionais. Este documento tem como objetivo fornecer a base para a compreensão da contribuição desses enfermeiros para melhorar a qualidade de vida e o acompanhamento das pessoas. Propõe recomendações, sobre a metodologia de gestão de casos e enfatiza a coordenação como pedra angular da continuidade do cuidado da pessoa que apresenta uma situação de complexidade clínica e social. A metodologia baseia-se na continuidade dos cuidados de enfermagem através de circuitos que garantam a transferência de informações entre níveis ou entre setores (CATALUNYA, 2010).

O papel do enfermeiro gestor de casos tem se tornado elemento chave e figura de referência única para o paciente oncológico, que necessita conviver com as diferentes terapias e serviços por longos períodos de tratamento. No entanto, esse processo de consolidação dos enfermeiros integrando e coordenando a equipe multidisciplinar foi iniciado há mais de 10 anos. Nesse processo ainda é fundamental para o gestor de casos, a formação clínica adequada, com conhecimento do modo de trabalhar do sistema e apoio da equipe multidisciplinar, que possibilita proporcionar maior garantia de conformidade do plano diagnóstico e terapêutico e maior qualidade na assistência ao paciente (SMITH, 1998).

Para esses enfermeiros dotados de conhecimento clínico e alto nível de especialização, oportuna tomar decisões complexas atuando com proatividade no processo clínico, exercendo papéis de liderança para a equipe, bem como, realizando avaliação na intervenção inicial e contínua, educação do paciente e preparação para a alta.

Existem ainda experiências a partir da perspectiva da gestão de casos em cuidados primários, onde o enfermeiro realiza acompanhamento dos pacientes crônicos, com auxílio de dispositivos que possibilita o controle da doença, a fim de evitar complicações e reinternações.

As capacidades organizativas e os conhecimentos clínicos que acumulam o enfermeiro gestor de casos permitem atuar como figura transversal na equipe e de forma expressiva, além disso, esse formato de gestão de casos agrega valor ao grupo.

Como se pode ver no Quadro 1, no contexto atual, da Catalunha, é notável a pluralidade nas imagens que os enfermeiros representam nas equipes pelas diferentes tarefas e responsabilidades que assumem, e pelo papel que exercem na tomada de decisões durante o processo diagnóstico-terapêutico. Atualmente, os enfermeiros se delimitam a três perfis no âmbito do câncer, com diferentes níveis de integração nas equipes, que são:

O enfermeiro “clássico” ou “não expert” com perfil majoritário na equipe mas, que no entanto, atua sem compor a equipe multidisciplinar; o enfermeiro "expert" - envolvido em diversos segmentos com maior responsabilidade, podendo fazer parte do comitê; e por último, a enfermeiro "gestor de casos" ou "titular do processo" que possui capacidade de organização de todo o processo de saúde, atuação transversal, sendo corresponsável junto ao coordenador e referência da equipe e do paciente (PRADES E BORRAS, 2011).

**Quadro 1. Perfis de Enfermeiros na Atenção ao Câncer. Catalunha, 2011.**

<b>Enfermeiros:</b>	<b>“Clássico” ou “não expert”</b>	<b>“Expert”</b>	<b>“Gestor de casos”</b>
<b>Funções</b>	Possui funções específicas do segmento da atenção sem identificar-se com a patologia concreta.	Acumula funções clínicas em um ou vários segmentos de atenção do paciente com câncer.	Possui o conhecimento específico e grande variabilidade sobre as funções como: coordenar e acelerar provas diagnósticas, organizar e otimizar agendas, vigília pelos intervalos de tempos, filtrar chamadas, reforçar a compreensão da informação clínica pelo paciente, e realiza a última visita depois do tratamento para planejar o seguimento.
<b>Grau de responsabilidade</b>	Baixo. O médico detém o manejo das toxicidades.	Assume responsabilidade de manejar toxicidades leves, realiza consultas de tratamento e seguimento simples, avalia a aderência aos tratamentos, filtra chamadas evitando consultas médicas, etc.	Possui capacidade organizativa sobre todo o conjunto do processo assistencial. A equipe dispõe de um coordenador global e o paciente de uma atenção personalizada em todo seu caminho.
<b>Características básicas</b>	Pode ter um papel relevante no envolvimento do paciente no manejo de sua própria patologia a partir do conhecimento sobre os efeitos secundários e toxicidades, dando recomendações sobre irradiação, nutrição, etc.	É uma figura de referência que transcende seu próprio serviço, o que acaba repercutindo em seu rendimento organizativo (dispondo de consulta própria na unidade de oncologia). Atua na linha de personalizar a atenção.	Realiza a primeira conexão do paciente com a equipe, evita dispersão de recursos, promovendo os processos com eficácia e agilidade. Dispõe de consulta, telefone móvel e metodologia de trabalho em rede.
<b>Assistência ao comitê</b>	Não assiste aos comitês	Assiste ao comitê de tumores de maneira pouco sistemática e sem cumprir com uma função específica.	Assiste ao comitê de tumores cumprindo um papel importante na deliberação, já que muitas vezes é o único profissional conhecedor de todo o caminho assistencial e clínico do paciente em detalhe, assim como suas necessidades e preferências.
<b>Presença no SNS</b>	Perfil maioritário	Perfil minoritário	Perfil muito minoritário

Fonte: Prades e Borrás, 2011.

Outro marco importante na Catalunha, desde 2011, com o apoio do Ministério da Saúde, na busca pela consecução da enfermagem, foi a publicação do instrumento de Direcció Estratègica d'Infermeria - La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya (Gestão Estratégica de Enfermagem - A pesquisa de enfermagem em saúde na Catalunha). Esse instrumento foi criado a partir de um grupo de trabalho de enfermeiros líderes em pesquisa e tem por objetivo estimular e apoiar o desenvolvimento científico baseado em evidências científicas promovendo mudanças na prática assistencial da saúde através da avaliação da prática atual, com o intuito de melhorias nos padrões de qualidade e segurança no atendimento ao paciente (CATALUNYA, 2011).

No sentido de apoio ao desenvolvimento científico, o grupo de pesquisa orienta ideias sobre linhas estratégicas, bem como estimula novos enfermeiros pesquisadores, através de treinamentos, para o desenvolvimento de seus projetos nas diversas áreas de saúde.

Ainda com relação ao trabalho de pesquisa, os institutos da Catalunha estão preocupados em dar repostas aos desafios dos cuidados de saúde relacionados ao envelhecimento da população com enfoque nas doenças crônicas. Para o departamento de Saúde da Catalunha, a pesquisa em enfermagem no país tem despertado novas etapas do processo experimental que vem contribuindo para a implantação de bons resultados na prática diária das ações dos profissionais de enfermagem, com melhoria no conhecimento da disciplina, no bem-estar do paciente e até mesmo na relação custo-benefício do atendimento (CATALUNYA, 2011).

Realizar uma prática baseada em evidências científicas e gerar seus próprios conhecimentos, favorece no sentido de questionar sua prática e assistência, viabilizando incentivar novas perspectivas, novos interesses, práticas e conseqüentemente melhorar a assistência a saúde dos cidadãos (CATALUNYA, 2011).

Para a Catalunha, a incorporação de novos enfermeiros pesquisadores é uma questão importante e ímpar para consecução do papel da enfermagem. Se faz importante também para o desempenho das autoridades sanitárias, auxiliando na forma de gerir os processos de implantação dos mecanismos de coordenação em todas as dimensões e aspectos, principalmente no que se refere a doenças crônicas.

Para finalizar, o Sistema Nacional de Saúde espanhol nas últimas décadas tem apresentado resultados significativos na capacidade de resposta aos problemas de saúde, com desenvolvimento na área de pesquisa e organização no sentido de ampliar a qualidade da atenção à saúde das pessoas que vivem nesse país. Para a qualidade dos cuidados oncológicos, novas estratégias de organizações capazes de fornecer uma saída, e a utilização de modelos



eficazes tem sido lançadas por SNS, uma vez que existem evidências suficientes quanto a melhora do prognóstico clínico dos pacientes que possuem cuidados multidisciplinares organizados.

## 6. DISCUSSÃO

Com relação ao caso Brasileiro, no contexto atual do país ainda são indispensáveis esforços para os avanços e superação dos desafios com relação ao SUS, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e principalmente com relação às ações do MS para progredir no cuidado do Câncer.

Apesar do avanço na descentralização, na maior capacidade de gestão municipal, da ampliação da rede de ações e serviços de saúde, também tivemos alterações consideráveis no cenário do perfil epidemiológico devido às mudanças sociais importantes nos últimos 30 anos. Nesses últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária. Essas modificações, por seu turno, têm imprimido importantes mudanças também no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade, que impacta na atenção as doenças crônicas, como é o caso do câncer, e na lógica de trabalhar as políticas públicas (UNA-SUS/UFMA, 2016).

Na macro dimensão se configuram os desafios da gestão, do financiamento, da regionalização e da articulação intersetorial. Já com relação ao câncer e o suporte da RAS, configuram os desafios na qualificação do cuidado e da prática clínica; ampliação do acesso; coordenação do cuidado e cumprimento da “Lei dos 60 dias”, Lei nº 12.732 de 2014, que estabelece que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve se iniciar no prazo máximo de 60 dias contados a partir do dia em que for assinado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (Lei nº 12.732, 2014).

Em busca da superação destes desafios, é importante pensar as novas formas de instituição de serviços para reduzir o potencial de falhas de comunicação, má coordenação e fragmentação de serviços, que implica em alinhar diferentes abordagens organizacionais da rede.

Aumenta a preocupação em encontrar soluções efetivas para os problemas que ameaçam a continuidade do cuidado, favorecendo o surgimento constante de estratégias profissionais e institucionais que podem contribuir para sua melhoria. Em 2013, foi instituída a portaria 874 que regulamenta a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e define a necessidade de se garantir o cuidado integral ao usuário na RAS, de forma regionalizada e descentralizada. A portaria estabelece que o tratamento do câncer será

realizado em estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Os estabelecimentos de saúde habilitados como UNACON OU CACON devem oferecer assistência geral, especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento, tratamento e garantindo a qualidade dos serviços de assistência e a segurança do paciente (OBSERVATORIO DE ONCOLOGIA, 2018).

Atualmente no Brasil existem 288 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer. Todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia. A organização do atendimento aos pacientes na rede assistencial compete às secretarias estaduais e municipais de saúde, definindo para quais hospitais os pacientes deverão ser encaminhados (OBSERVATORIO DE ONCOLOGIA, 2018).

A lei dos 60 dias, como ficou conhecida, esta vigorando desde 2014, mas já há pistas que, mesmo após esta regulamentação, ainda existem casos onde o tempo entre diagnóstico e tratamento foi superior a 60 dias. Um exemplo é o trabalho de Carvalho, O'Dwyer e Rodrigues (2018), em que foram estudadas trajetórias assistenciais de mulheres com câncer de colo uterino matriculadas no ano de 2014 em uma unidade de referência oncológica no Rio de Janeiro, mostrou que 88% dos tratamentos foram iniciados após o prazo previsto em lei.

Conforme a tabela 1 e 2, no ano de 2009, em torno de 20% dos casos totais de câncer demoram, em média, mais de 60 dias para conseguir a assinatura do laudo patológico. No ano de 2015, mesmo após a publicação da lei, mantiveram o percentual de 20% de casos com tempo superior de 60 dias para início do tratamento (OBSERVATORIO DE ONCOLOGIA, 2018).

Embora não exista lei que regulamente o tempo entre consulta e diagnóstico, entende-se que a história natural da doença descoberta precocemente na grande maioria dos cânceres é favorável para um melhor prognóstico, do que na fase avançada. O tempo é fator determinante para que o tratamento oncológico seja efetivo ou não.

Possivelmente a demora em acessar o diagnóstico é decorrente da demora para conseguir agendar e realizar a biópsia do tumor. Nas crianças menores ou com idade igual a 19 anos, 95% conseguiram iniciar o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico, enquanto para os adultos esse percentual foi de 79%. Portanto, 20,4% dos casos demoraram, em média, mais de 60 dias para iniciar o tratamento após o diagnóstico. Como relação ao tempo entre a primeira consulta com médico especialista em oncologia e início do tratamento em geral, 38%

dos casos demoram, em média, mais de 60 dias (OBSERVATORIO DE ONCOLOGIA, 2018).

**Tabela 1. Tempo médio decorrido entre o diagnóstico e o tratamento de casos de câncer. Brasil, 2009 e 2015.**

<b>Diagnóstico e tratamento</b>	<b>2009</b>	<b>2015</b>
0 a 15 dias	59,77%	52,55%
16 a 30 dias	8,11%	10,83%
31 a 60 dias	12,86%	17,45%
Acima de 60 dias	18,26%	19,17%
<b>Total</b>	99%	100%

Fonte dos Dados: OBSERVATORIO DE ONCOLOGIA, 2018

**Tabela 2. Tempo médio decorrido entre a primeira consulta e o início do tratamento para casos de câncer. Brasil, 2009 e 2015.**

<b>Consulta e tratamento</b>	<b>2009</b>	<b>2015</b>
0 a 15 dias	31%	33,05%
16 a 30 dias	12,56%	13,33%
31 a 60 dias	18,67%	21,30%
Acima de 60 dias	37,77%	32,32%
<b>Total</b>	100%	100%

Fonte dos Dados: OBSERVATORIO DE ONCOLOGIA, 2018

Por fim, os dados revelam a demora entre as várias etapas do processo de diagnóstico e entre as várias alternativas de tratamento no caso do Brasil, revelam também a falta de acesso e de coordenação dos pacientes. Para isso, devido ao aumento da incidência do câncer, tornam-se importantes novas estratégias de organização dos serviços de saúde para o fortalecimento da rede, na lógica da continuidade do cuidado e da atenção integral, que são possíveis através dos mecanismos de coordenação ao longo da rede. Além disso, os circuitos rápidos de diagnóstico, os comitês de tumores e as equipes multidisciplinares seriam exemplos de estratégias de coordenação assistencial, com papel central do enfermeiro para enfrentamento da fragmentação. Por fim, o modelo da Catalunha traz instrumentos que podem auxiliar o caso brasileiro e contribuir para os desafios da política nacional do câncer.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado do câncer pode ser visto como um laboratório de mudanças organizacionais que ocorrem a nível micro (gestão clínica), meso (gestão hospitalar) e macro (sistema de saúde), a fim de alcançar uma nova conceituação de um problema de saúde que requer modelos de atenção capazes de responder aos desafios de aumentar a consistência na atenção que merecem os pacientes.

Outro ponto importante da estrutura de cuidado que possui potencial para obter uma resposta real às necessidades complexas do paciente, é o fortalecimento das equipes multiprofissionais para que sejam implementadas sistematicamente como um instrumento organizacional eficaz para a política do câncer (PRADES E BORRAS, 2014).

A implantação de um modelo desenvolvido de atenção multidisciplinar é um dos maiores desafios para avançar na melhoria da qualidade de atenção aos pacientes com câncer. É necessário estabelecer um sistema que permita aos profissionais trabalhar de forma eficiente com os diferentes níveis da rede, permitindo decisões conjuntas em face da alta complexidade clínica.

Na Catalunha, durante o processo de diagnóstico e tratamento, as equipes multidisciplinares se edificam através do profissional enfermeiro gestor de casos. O enfermeiro tem como função a coordenação do cuidado multidisciplinar garantindo o cumprimento do plano diagnóstico e terapêutico, bem como assistindo as necessidades específicas dos pacientes que ocorrem em todas as etapas do plano terapêutico.

Os enfermeiros são profissionais que possuem especialização na área, ou seja, capacidade técnica e também possuem relevância atuando nos circuitos de atenção ao câncer. No circuito de pré-alta os pacientes são acompanhados através profissional de referência da unidade multidisciplinar – o enfermeiro gestor de caso com auxílio de um relatório de continuidade de cuidados.

Os enfermeiros realizam a elaboração dos planos de gestão da atenção, direcionando as sequências de intervenções a serem executadas pelos profissionais da assistência primária, afim de atingirem os objetivos desejados num determinado prazo de tempo com foco na qualidade da atenção. Além disso, o gestor de caso facilita a transição do paciente entre os diferentes pontos e níveis de atenção.

Já no circuito de diagnóstico rápido, o profissional enfermeiro gestor de caso, possui função primordial de dar celeridade ao processo de diagnóstico e tratamento, que tem por objetivo conduzir o paciente pelo sistema de saúde para detecção do câncer o mais precoce

possível, reduzindo o tempo entre a suspeita diagnóstica e o diagnóstico e entre o diagnóstico e o tratamento, no sentido de organizar o processo de cuidar das pessoas que sofrem desta doença.

A efetividade dos circuitos se estabelece através do trabalho coordenado dos gestores de casos, dando suporte a equipe multiprofissional, que realizam estudo de caso semanalmente de cada paciente, integrando todos os profissionais envolvidos para determinar o plano terapêutico singular. O circuito ainda favorece a identificação precoce de patologias e agravos permitindo aperfeiçoar o processo de cuidado (MADRI, 2013).

Além disso, com a coordenação é possível também estabelecer uma relação intrínseca dos serviços desde a APS até os demais pontos de atenção, que envolve para além dos profissionais que participam das diversas fases do cuidado, os instrumentos de seguimento e avaliação do circuito (MADRI, 2013).

No quesito da coordenação do cuidado na área da oncologia é importante a valorização financeira e estrutural na APS imprescindível na possibilidade de ultrapassar a barreira do acesso para a totalidade da população, capaz de formar uma base sólida e dar condições de assumir a coordenação dos cuidados efetivamente. Para isso, torna-se imprescindível a busca por instrumentos para a superação de barreiras organizacionais dos diferentes níveis de atenção, propiciando mecanismos de coordenação adequados.

Nesse âmbito, não se esgotam os estudos, no caminho de alcançar melhores padrões de diagnóstico e assistência aos pacientes portadores de câncer. Avaliar a possibilidade do Brasil adotar modelos de excelência como a política oncológica da Catalunha com vistas a possibilidade de superação dos problemas encontrados no SUS.

No entanto, a inércia do próprio sistema, além das questões estruturais, são os principais obstáculos a serem superados. A organização das redes de modo a conferir maior agilidade ao diagnóstico e início do tratamento é um quesito fundamental para melhorar a atenção ao câncer no Brasil. Nesse sentido, a inserção de enfermeiros com perfis análogos aos catalães pode auxiliar a agilizar a atenção aos usuários e, conseqüentemente, impactar na melhoria da qualidade do cuidado.

Para além disso, vale ressaltar os possíveis entraves à integralidade da atenção à saúde, como um todo, diante da conjuntura de ajuste fiscal e da política de austeridade em que o país se encontra atualmente, conforme mencionam Rossi e Dweck (2016). Neste contexto, a mudança do paradigma na oncologia da saúde pública somente se dará quando houver união e vontade política entre Estado, organizações não governamentais, instituições filantrópicas e parceiros privados, que são concretizadas em políticas públicas de saúde. Concomitante a tais

articulações, são necessários também, a colaboração entre os entes federados, estruturas que facilitem a cooperação dos equipamentos de saúde.

## 8. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M. **As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição?** 1995. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.
- BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):223-230, 2012.
- BAGÁN, J.; GUERRA, M.; INDERBAEVA, L.; LOPEZ-FANDO, T.; SÁNCHEZ, A. **Estudi de les Necessitats Actuals I Futures Dels Pacients Oncològics I Les Seves Famílies a Catalunya.** AECC - Catalunya Contra el Càncer Barcelona, abril 2017.
- BAHIA, L. **O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada.** *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.14 no.3, Rio de Janeiro, May/June 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei 8080: Lei Orgânica da Saúde.** Diário Oficial da União. 1990.
- BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a NOBSUS 01/96. Brasília, 1996.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.
- BRASIL. **Lei Complementar nº 141** de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012.
- BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.



BRASIL. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde.. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista.** Cadernos da Atenção Básica, n. 40. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 154 p.

BRASIL. **e-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA.** <https://egestorab.saude.gov.br>, 2017.

BRITO, E. S. V.de; OLIVEIRA, R. C. de; SILVA, M. R. F. da. **Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 12, n. 4, p. 413-423, Dec. 2012.

CARVALHO, P.G, O'DWYER, G; RODRIGUES, N.C.P. **Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino.** Rev. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 42, N. 118, P. 687-701, jul-set 2018. Doi: 10.1590/0103-1104201811812

CATALUNYA. **La Gestió de casos en la pràctica infermera.** ISBN 9788439385240. Catalunya, 2010.

CATALUNYA. **La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya Secretaria d'Estratègia i Coordinació Direcció Estratègica d'Infermeria. Generalitat de Catalunya.** Edició: primera. Departament de Salut, 2011.

CATALUNYA. **Plan contra el càncer en Catalunya 2015-2020.** Direcció General de Planificació e Investigació en Salut. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud, 2015.

CEBES. <http://cebes.org.br/2014/12/rede-aps-entrevista-maria-pilar-astier-pena>, 2014. Acesso: 14/02/2019.

CECÍLIO, L.C.O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado à saúde.** Interface Comun Saúde Educ. 2011; 37(15):589-99.

CHC, CONSÓRCIO HOSPITALAR DA CATALUNHA. **Organização de serviços médicos de referência em especialidades e mecanismos de coordenação assistencial utilizados em sistemas nacionais de saúde: a experiência da Catalunha.** Rio de Janeiro, 2013.

COMELLAS-OLIVA M. **Developing the Advanced Practice Nurse in Catalonia.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2016; 69(5):934-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690507>.

CONILL E.M; FAUSTO, M.C.R; GIOVANELLA, L. **The contribution of comparative analysis to a comprehensive evaluation framework for primary care systems in Latin America.** Rev. bras. saúde matern. Infant. 2010.10 (supl. 1), s14-s27.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; COSTA, E.; BOCK, L. F. **O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo.** Enfermagem vol. 18 n. 4. Florianópolis, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>.

DAWSON. Ministério da Saúde da Grã-Bretanha. **Relatório de Dawson sobre o futuro dos serviços médicos e afins, 1920**. Washington, DC: OPAS / OMS; 1964. [Publicação Científica No. 93].

DEL AGUILA, R.; MONTORO, R. **El discurso político de la transición española**. Madrid: Siglo XXI, 1984.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DURÁN, A.; LARA, J. L.; VAN WAVEREN, M. **Spain: health system review, Health Systems in Transition**. Copenhagen, v. 8, n. 4, p. 1-208, 2006.

EL NACIONAL. [https://www.elnacional.cat/es/salud/cancer-catalunya-cifras\\_351051\\_102.html](https://www.elnacional.cat/es/salud/cancer-catalunya-cifras_351051_102.html). Acesso em março de 2019.

ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. <https://www.britannica.com/topic/managed-care#ref333988>, acesso em: 16/02/2019).

ESPAÑA. **Lei 14 de 25 de abril 1986**. General de Sanidad. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>>. Acesso em: junho de 2018.

ESPAÑA. **Lei 16 de 28 de maio 2003**. De cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>>. Acesso em: junho de 2018.

ETVITI, J.; LEYVA, R. F. **Social and political actors in the formulation of health reform in Spain**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 34-44, 1995.

EUROCARE. <http://www.eurocare.it/>. Acesso em 16 de março de 2019.

FERRO, T; BORRAS, J.M; **Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer**. Gac Sanit. 2011; 25: 240-245.

FERRO, T. **Contribución de los cuidados de enfermería en la atención oncológica**. In: TORRENS, R. M. Atención Al Paciente Oncológico desde la Perspectiva de Enfermeira. Fundación Dr. Antonio Esteve Llobet i Vall-Llosera, Barcelona, 2010 ISBN: 9788493816322.

FERRO, T. **Gestión de casos en atención oncológica multidisciplinar**. En: Prades J, Borrás JM. **La organización de la atención multidisciplinar en cáncer**. MASSON: Barcelona; 2011. p.129-134.

FONSECA, A.J.; FERREIRA, L.P.; DALLA-BENETTA, A.C.; ROLDAN, C.N.; FERRERA, M.L.S. **Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(8):386-92.

GERSCHMAN, S. **Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil**. Ciênc Saúde Coletiva, 2008; 13 (5), 1441-51.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GRIFELL, E.; FERNANDEZ, J.L. **Instrumentos de Coordenação Clínica e Gestão de Pacientes, apresentado em Seminário Internacional Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, março, 2012.

HAMPSON, J.P.; ROBERTS, R.I.; MORGAN, D.A. **Shared care: a review of the literature**. Family practice 13(3):264-279, 1996.

HARWAD R. **Using service guidance to shape the delivery of cancer services: experience in the UK**. Br. J Cancer. 2003; 89(Suppl 1); S12-4.

HICKMAN M; DRUMMOND N, GRIMSHAW, J. **A taxonomy of shared care for chronic disease**. J Publ Health Med 1994; 16: 447-45.

HILL, M. **The development of care management systems to achieve clinical integration**. Advanced Practice Nursing Quarterly 4(1):33-39, 1998.

HUSSAIN, A. **A discussion on the role of case management within its mental health**. Community mental Health and Social Work, december, 2000.

INCA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro, 2015.

INCA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2017.

INCA. **Política Campo Ampla Debate, o Pagamento para o Tratamento do Câncer Apresenta uma Lógica Diferenciada para o Sistema**. Oncologia no SUS: os Caminhos do Financiamento. Acesso: <http://www2.inca.gov.br/>, 2018.

KORNACKI, M.J.; SILVERSIN, J. **How can IDSs integrate conflicting cultures?** Health Care Financing Management 52(6):34-36, 1998.

KUSCHNIR, R. C; CHORNY, A. H; LIMA e LIRA, A. M. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**, 3. ed. rev. Atual, Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014.

KUSCHNIR, R. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde** / Rosana Chigres Kuschnir, Adolfo Horácio Chorny, Anilka Medeiros Lima e Lira. – 2. ed. reimpr. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2012.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate**. Ciênc. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, R. **Gestão de redes de atenção à Saúde - 1.** / organizado por Rosana Kuschnir e Márcia cristina rodrigues Fausto. – Rio de Janeiro: EAS/ENSP, 2014. 280 p. : il. ; tab. ; mapas ISBN: 978-85-61445-95-9.

KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. **Gestão de redes de atenção à Saúde - 1.** / organizado por Rosana Kuschnir e Márcia cristina rodrigues Fausto. – Rio de Janeiro: EAS/ENSP, 2014. 280 p. : il. ; tab. ; mapas ISBN: 978-85-61445-95-9.

LEE, D, MACKENZIE, A, DUDLEY-BROWN, S; CHIN, T. **Case management: a review of the definitions and practice.** J. Adv. Nurs. 1998; 2(7):933-9.

LIMA, J. C. F. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem.** Tese de Doutorado. UERJ. Orientador: Gaudêncio Frigotto, 2010.

LIMA, K.R.B.; SILVA, J.A.; PEREIRA, L.A. **Uma Análise sobre a Política Pública de Saúde no Brasil Enfatizando o Contexto Neoliberal.** Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br>. Acesso em: 19 de janeiro de 2018.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. **Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte.** In: Pinheiro, R.; Ferla, A. A.; Mattos, R. A. (Org.). Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educus; IMS/Uerj; Cepesc, 2006. p. 51-64

MADRID, Ministerio da Sanidad, Servicios Socilaes e Igualdad. **Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad.** Informes, Estudios e Investigación, 2013.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos.** Rev. Mineira Enferm., v.7, n.1, p.61-6, 2003.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARTÍN, J. J. M. **Riesgos y oportunidades de las empresas públicas sanitárias y nuevas formas organizativas y de gestión.** In: SILIÓ, F. V.; KEENOY, E. M. La gestión del cambio en los servicios sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. p. 85-106.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr.).

MERHY, E.E. **Integralidade: implicações em xeque.** In: PINHEIRO, R, FERLA, A.A., MATTOS, R.A. (orgs). Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio Grande do Sul; Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS; IMS/UERJ; CEPESC, 2006.

NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.V.; NAVERRETE, M.L. **La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas.** Gac Sanit, v. 20, n. 6, p. 485-95, 2006.

OBSERVATORIO DE ONCOLOGIA. <https://observatoriodeoncologia.com.br/60-dias-para-o-cancer-e-o-direito-do-paciente>, acesso em: 12/12/2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde.** Washington, D.C.: OPAS; 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde.

[https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094). Brasil, setembro de 2018.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria**. Washington, D.C.: OPAS; 2009.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**". Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, D.C.: OPS, © 2010. ISBN: 978-92-75-33116-3

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas** in: MATTA, Gustavo Corrêa (org.) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. / organizado por Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

PAIM, J, S. **Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas**. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 91-122.

PARCHMAN, M.L.; BURGE, S.K. **Continuity and quality of care in type 2 diabetes: a Residency Research Network of South Texas study**. J Fam Pract 51(7):619-24, 2002.

PEREIRA, I.B.; **Histórico da Educação Profissional em Saúde**. In: Fonseca, Angélica Ferreira. O processo histórico do trabalho em saúde / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

PLOCHER, D.W; WILSON, W.L; LUTZ, J.A; HUSTON, A. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, 2001.

PONSÁ, J. et al. **Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de los proveedores sanitarios, Fulls econòmics del sistema sanitari**. Barcelona, n. 37, setembro, 2003.

PRADES, J ; ESPINÁS, J A ; FON, R ; ARGIMON, J M ; BORRAS, J M. **Implementing a Cancer Fast-track Programme between primary and specialised care in Catalonia (Spain): a mixed methods study**. British Journal Of Cancer, 2011. Sep 6, Vol.105(6), pp.753-759.

PRADES, J; BORRAS, J M. **La Organización de la atención multidisciplinar em câncer**. Colección Economía de la salud e gestión sanitaria. Elsevier España, S.L., 2011.

PRADES, J; BORRAS, J.M. **"Mudando as areias: adaptando o modelo de equipe multidisciplinar às inovações tecnológicas e organizacionais no tratamento do câncer."** Futuro Oncologia , vol. 10, 13, 2014, p. 1995. Acessado em 30 de maio de 2018.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

REINALDO, A. M. S; LUIS, M. A. V. **Gerenciamento de Casos como Estratégia de Trabalho para Enfermagem Psiquiátrica.** REME – Rev. Min. Enf.; 10(1): 61-68, jan./mar., 2006.

REY DEL CASTILLO, J. **Formas de descentralización de los servicios sanitarios.** In: \_\_\_\_\_. Descentralización de los servicios sanitarios: aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. p. 41-91. (Série Monografias, 23).

ROSSI, P; DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. **Cad. Saúde Pública;** 32(12):e00194316., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf> Acesso em 17 mar 2019.

SACARDO, D. P; FORTES; P. A. C. F.; TANAKA, O. Y. **Novas Perspectivas na Gestão do Sistema de Saúde da Espanha.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.1, p.170-179, 2010.

SÁNCHEZ, C. J; VICARIO, J. C. C. **Comite de Tumores.** Primer Libro Blanco de Oncología Médica en Espanha, Unidad de Oncología Médica. Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid . acesso: 14/02/2019.

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. <http://www.sbgg-sp.com.br/pub/nova-abordagem-coloca-o-paciente-e-nao-a-doenca-no-centro-do-cuidado>, 2015. Acesso em: 16 de março de 2019.

SEOQ.ORG. <http://seoq.org/docs/files2015/curso-precongreso/ana-ruiz-casado.pdf>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

SHORTELL, S.M.; GILLIES, R.R.; ANDERSON, D.A. **The new world of managed care: creating organized delivery systems.** Health Aff (Millwood)., vol. 13, no 5, pp. 46-64, 1994.

SILVA JUNIOR, A.G.; ALVES, C.A. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas.** In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3.

SNS. Serviço Nacional de Saúde. Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. [www.chedv.min-saude.pt](http://www.chedv.min-saude.pt). Portugal, 2019.

SMITH, J.E **Case Management: A Literature Review.** Canadian Journal of Nursing Administration May- June: 93-109, 1998.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

TOSO, B. R. G. O; FILIPPIN, J. e Giovanella, L. **Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 182-191. Brasília, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>

TRAPÉ, T. L. **Rede de Atenção à Saúde Mental – Estudo comparado Brasil – Catalunha.** Tese de doutorado. Campinas, SP, 2015

UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. **Saúde do adulto e a saúde da família/** Paola Trindade Garcia; Wanessa Cristina Filgueiras Fonsêca (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2016. 64 p. : il. (Cadernos de Saúde da Família n. 5) ISBN: 978-85-7862-504-7

UNIFAP. <http://www2.unifap.br/enfermagem/sobre-o-curso/historia-da-enfermagem>, acesso: fevereiro de 2019.

VÁZQUEZ, M. L; VARGAS, I; UNGER, J; MOGOLLÓN, S.M.R.F; PAEPE, P. **Integrated health care network in Latin America: toward a conceptual framework for analysis.** Rev Panam Salud Pública 2009; 26:360-7

VILELAS, J. **O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito.** Salutis Scientia. Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP, Vol.5 Março, 2013. [www.salutisscientia.esscvp.eu](http://www.salutisscientia.esscvp.eu).