Anais do IV seminário internacional de políticas públicas, intersetorialidade e família
Evento realizado em 23, 24 e 25 de outubro de 2019
ISBN 978-65-5623-002-3

A PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS NO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER

Paola Piumato Mendes dos Santos[1]

Dolores Sanches Wunsch[2]

Larri Padilha Viega[3]

Resumo: O artigo busca contribuir com a discussão sobre determinantes sociais da saúde e sua relação com o câncer infantojuvenil, bem como para o trabalho interdisciplinar e a integralidade no cuidado em saúde. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, totalizou quatorze entrevistas através de um roteiro semi-estrututurado, envolvendo diferentes núcleos profissionais, com amostra heterogênea e representativa de cada segmento, que compõe a equipe multidisciplinar da saúde. Os resultados expressam a percepção dos profissionais a respeito da realidade social dos usuários atendidos e suas famílias sobre as necessidades em saúde e o cuidado em saúde das crianças e adolescentes com câncer a partir das seguintes dimensões: necessidades básicas; determinantes sociais da saúde, cuidado em saúde e trabalho em equipe. Conclui que a identificação das "necessidades em saúde", são resultantes dos aspectos que determinam as formas de viver em sociedade, e permeiam a situação de saúde e doença das crianças e adolescentes com câncer. Aponta que para alcançar a integralidade alicerçada em uma proposta de equidade no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde torna-se fundamental ampliar a participação social na defesa do SUS e dos direitos sociais.

Palavras-chaves: Determinantes sociais. Trabalho em equipe. Crianças e adolescentes com câncer.

---

[1] Assistente social, especialista em onco-hematologia pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde-RIMS-Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Residente do Programa de Atenção ao Paciente Crítico da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição- RMS- GHC

[2] Assistente Social, Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

[3] Assistente social, no Poder Judiciário de Santa Catarina. Mestre em Serviço social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP)

ISBN 978-65-5623-002-3

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo aborda a percepção dos profissionais integrantes da equipe multidisciplinar, acerca dos "determinantes sociais da saúde" que incidem no cuidado em saúde das crianças e adolescentes com câncer e suas famílias. Esse estudo é resultado de uma pesquisa realizada em um serviço de oncologia pediátrica em um Hospital Universitário de Alta Complexidade localizado no Sul do Brasil, e tem como perspectiva contribuir com a discussão sobre determinantes sociais da saúde e sua relação com o câncer infantojuvenil, e sobre o trabalho interdisciplinar e a integralidade no cuidado em saúde.

Parte-se do reconhecimento de que as famílias com crianças e adolescentes que realizam tratamento de saúde devido ao câncer apresentam diferenças e disparidades evitáveis e injustas, entendidas como "iniquidades em saúde" já que são produtos das condições de vida, reflexos de como as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. O conjunto derivado desse processo denomina-se determinantes sociais da saúde.

O presente estudo foi de natureza qualitativa e para o desenvolvimento da pesquisa[4] foram entrevistados 14 profissionais da equipe multiprofissional do *lócus* de investigação, através de um roteiro semiestruturado, com a participação composta por três enfermeiras, três médicas, duas psicólogas, uma assistente social, duas farmacêuticas, uma nutricionista, uma educadora física e um assistente administrativo, amostra representativa e proporcional a composição das equipes.

A análise das informações e os resultados do estudo, apresentados neste artigo apontam para quatro categorias temáticas: necessidades básicas; determinantes sociais da saúde, cuidado em saúde e trabalho em equipe. Assim, evidencia-se a percepção da equipe sobre as "necessidades" das crianças e adolescentes com câncer e seus familiares, na seqüência o que determina essas necessidades, ou seja, os determinantes sociais da saúde. Por fim,

[4] A pesquisa seguiu todos os preceitos ético-legais de pesquisa com seres humanos na área da saúde, de acordo com a Resolução Nº 510/ 2016, foi aprovada no Comitê de ética da instituição sob o Nº CAAE 65864017.3.00005327.

ISBN 978-65-5623-002-3

discute o cuidado integral em saúde, problematizando sobre trabalho em equipe multiprofissional na assistência à criança e ao adolescente com câncer.

2 OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, AS NECESSIDADES EM SAÚDE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

O paradigma médico-biológico vem sendo questionado por concepções de saúde que evidenciam o limite desse paradigma de explicação sobre o processo de saúde-doença da população. Para Laurell (1983), se faz necessário romper com a lógica de explicação das doenças através dos estudos com base nas características dos indivíduos, pois a "A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos (1983, p. 03).", é através da análise das condições coletivas de saúde, nas diferentes sociedades, que é possível identificar o caráter social da doença, o que nos permite aprofundarmos o conhecimento dos determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença. Pode-se dizer que uma das principais razões para o questionamento do paradigma de poder biomédico teve relação com a necessidade de gerar novas respostas a velhos problemas, já que esse paradigma não foi capaz de provocar uma mudança significativa no contexto da saúde da população.

Ainda para Laurell (1983), é necessário aprofundar o debate sobre a concepção de determinantes sociais da saúde para demonstrar o caráter social da doença, propondo a superação das análises individuais das situações de adoecimento, haja vista os contextos coletivos presentes nesta situação, a autora reforça sua compreensão sobre o estudo do processo saúde-doença, "é a análise das condições coletivas de saúde em diferentes sociedades, no mesmo momento histórico." (Laurell, 1983, p. 8). O caráter sócio histórico da doença é a expressão da forma de organização da sociedade de classes e suas relações sociais desempenham características que determinam e condicionam as condições de vida na e da coletividade.

Como define Buss (2006), os determinantes sociais são um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que têm influência na ocorrência nos problemas de saúde na coletividade. Ele destaca em primeira análise a

ISBN 978-65-5623-002-3

ocorrência do limite da distribuição de renda entre os grupos da população. Comparando e analisando os países e grupos populacionais, o mesmo autor constata que não é o país com o maior índice de riqueza que proporciona a equidade, e sim o como se dá a divisão da riqueza expropriada.

Transversal à discussão dos determinantes sociais está o debate sobre necessidades humanas e necessidades em saúde. Para Pereira (2016), as necessidades humanas são comuns a todos, e quando atendidas garantem uma vida humana com dignidade. Além disso, as necessidades humanas básicas são consideradas pela autora, com base nos estudos de Doyal e Gough, como objetivas e também universais, sendo elas a saúde física e autonomia. Para que as necessidades humanas básicas sejam satisfeitas, ressalta-se a importância do reconhecimento da autonomia através da defesa intransigente da democracia, já que esta perpassa o universo de constituição das políticas públicas.

Já os autores Cecílio e Mehry (2003) apresentam a reflexão sobre necessidades de saúde, identificando quatro grandes conjuntos. O primeiro diz respeito às "boas condições de vida" considerando o modo de organização da sociedade capitalista e sua divisão de classes, "a maneira como se vive se "traduz" em diferentes necessidades de saúde". O segundo, diz respeito ao acesso e consumo das tecnologias de saúde, para melhorar e prolongar a vida. O outro conjunto, apresenta a necessária relação entre os homens, a criação de vínculos "(a)efetivos entre usuários e a equipe, procurando estabelecer de forma contínua referência e confiança. Um encontro de subjetividades". E por último, o quarto conjunto de necessidades, diz respeito sobre o exercício dos sujeitos em realizar o viver através dos graus de autonomia conquistados e reconhecidos.

Cecílio e Mehry (2003) destacam que as necessidades em saúde da população devem ser pensadas a partir dos princípios do SUS, com foco no cuidado integral em saúde do usuário. Em outro momento de reflexão, Cecílio (2009), enfatiza a importância dos profissionais de saúde em estabelecer mediações entre o conceito e a compreensão sobre necessidades de saúde. Para tanto, "a luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde." (CECILIO, 2009, p.117). Portanto, as necessidades em saúde precisam considerar os

ISBN 978-65-5623-002-3

determinantes sociais que incidem no processo de saúde-doença, isso leva a repensar as formas de operacionalização da política de saúde no contexto dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos e a necessidade de reflexão sobre os modelos de gestão em saúde e o seu compromisso com o cuidado integral à saúde.

3. A PERCEPÇÃO DO EFEITO DOMINÓ PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: SOBRE AS NECESSIDADES EM SAÚDE E O CUIDADO EM SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER

Com base na proposta de Cecílio (2009), toma-se como conceito central para a discussão, o conjunto "necessidades em saúde", referido anteriormente, para pensar, refletir sobre as concepções, intervenções e práticas enquanto trabalhadores da saúde, equipes, serviços, unidades e rede de serviços. Nesse sentido apresenta-se os resultados sobre as necessidades em saúde e o cuidado em saúde das crianças e adolescentes com câncer a partir das seguintes dimensões: necessidades básicas; determinantes sociais da saúde, cuidado em saúde e trabalho em equipe

Destarte afirmar que, as necessidades em saúde precisam considerar os determinantes sociais que incidem no processo de saúde- doença, isso leva a repensar as formas de organização, planejamento e operacionalização da política de saúde, de acordo com a situação de adoecimento da coletividade, no contexto dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos e à reflexão sobre gestão em saúde e o seu compromisso com o cuidado integral à saúde.

3.1 "O PRIMEIRO GATILHO, UMA LISTA DE NECESSIDADES" OU "O ESSENCIAL PARA VIVER"

" Conheço muitos que andam com uma folha
Que contém o que necessitam.
Quem chega a ver a lista diz: é muito
Mas quem a escreveu diz: é o mínimo. "
Bertolt Brecht

ISBN 978-65-5623-002-3

A manifestação das necessidades em saúde ou como o enunciado nos demonstra, "a lista" são expressões que não se restringem à aparência e ao imediatismo diante do diagnóstico do câncer infantil. Este acontecimento exige uma aproximação com a realidade social de quem a vivencia. Para os serviços de saúde e profissionais da saúde, as demandas podem ser entendidas nas suas variadas apresentações, porém, o convite desse trabalho é tentar desconstruir um modelo de saúde hierarquizado, pontual menos piramidal, como retrata Cecílio (1997).

Observa-se nas narrativas dos entrevistados a existência da percepção com relação às necessidades das crianças e adolescentes e suas famílias, e a maioria aproxima-se do conceito ampliado de saúde, por vezes consciente ou não, além de reafirmar o quanto essas necessidades são um acúmulo de disparidades e acessos não garantidos através das Políticas Públicas, muito antes de chegarem ao serviço de oncologia pediátrica, vejamos a seguir:

> "Mesmo com uma hipótese diagnóstica de um câncer, eles precisam muito desse **acolhimento de ser ouvido**, da empatia, e também tudo que enfim que **o SUS oferece**, ou teoricamente oferecia, que é todo o suporte, não só da quimioterapia, que é essencial, **enfim, para as famílias que não tem condições, dificuldades com o transporte, não tem transporte particular, tudo isso querendo ou não a equipe precisa se mobilizar de uma forma geral assim né,** que é uma necessidade da criança também né, não é só o tratamento em si. "*Entrevista _VII_*

Observa-se nas narrativas dos entrevistados a existência da percepção com relação às necessidades das crianças e adolescentes e suas famílias, e a maioria aproxima-se do conceito ampliado de saúde, por vezes consciente ou não, além de reafirmar o quanto essas necessidades são um acúmulo de disparidades e acessos não garantidos através das Políticas Públicas, muito antes de chegarem ao serviço de oncologia pediátrica, vejamos a seguir:

> "Naquela primeira suspeita de uma neoplasia, de um tipo de câncer na infância e adolescência isso já **determina a necessidade de toda essa lista enorme de necessidades, que dizer o primeiro gatilho**, primeiro passo, a primeira investigação já precisa disso paciente tem que se deslocar da sua cidade, ele tem que vir pra uma cidade maior, ele tem que vir pra recursos melhores e toda essa cascata, **todo esse efeito dominó já começa**." *Entrevista _IX_*

É percebível através da narrativa um movimento muito próximo com o conceito empregado por Cecílio (2009), sobre "necessidades em saúde". Diz respeito ao direito de as pessoas terem condições de viver, do acesso aos serviços de saúde e à tecnologia indicada

ISBN 978-65-5623-002-3

para cada situação, mas não é apenas isso, esses usuários também devem ser acolhidos, através da escuta e da empatia com um propósito de construir encontros entre subjetividades e o reconhecimento da autonomia das crianças, adolescentes e seus familiares.

> **"Questões** tipo de conseguir organizar quem vai ficar aqui, com quem vão ficar com os filhos, **questões de perdas financeiras**, que a gente sabe que se um para de trabalhar isso acontece né, e daí todas as **questões** que vem junto com isso, **questões de medicamentos**, de **cesta básica**, por toda **desestruturação que um diagnóstico desse e de um tratamento tão longo que nem esse vai causar nessa família**." *Entrevista _XIII_*

No momento de adoecimento por câncer infantojuvenil, a concepção de saúde extrapola os limites da dicotomia causa e cura, como destacou a fala, ocorre um período de "perdas" para as famílias, principalmente em relação à condição econômica. O que nos permite o questionamento: sendo a saúde parte de um modelo de Proteção social, a quem cabe a responsabilidade de proteção social em uma situação de adoecimento? O caráter contraditório do Estado que se propõe a intervir nas iniquidades sociais provocadas pelo atual sistema econômico, ao mesmo passo, prioriza o desenvolvimento econômico, focado na perspectiva da manutenção do próprio sistema que produz as condições para o adoecimento e aprofundamento das expressões da questão social..

Evidencia-se que a equipe de saúde narra além da percepção da lista de "necessidades em saúde" reconhece a importância dos diferentes níveis de complexidade no Sistema Único de Saúde, identifica o limite da política de saúde, pois não responde a todas as necessidades, já que se faz necessária a articulação com as demais políticas públicas, como assistência social, habitação, previdência,

> "Muitas vezes a gente vê também que talvez antes dos aspectos emocionais puderem ser supridos ou abordados existe uma questão (como é que eu vou dizer) é de estrutura, tu tem que dar minimamente uma estrutura social, de habitação, minimamente de dinheiro, de passagem pra que o paciente possa trazer algum aspecto emocional a gente sabe que isso vem depois, por que não tem como, tu tem que comer primeiro pra depois puder sofrer psiquicamente sobre aquilo." *Entrevista _XI_*

Para os entrevistados, algumas crianças e adolescentes e suas famílias são acometidos por determinados graus de desigualdade social e iniquidades em saúde. As quais pode-se identificar as principais "necessidades", elencadas pelos sujeitos

ISBN 978-65-5623-002-3

entrevistados, que são: Acesso aos serviços de saúde; acesso aos medicamentos; diagnóstico precoce; acesso ao TFD, acesso à alimentação; continuidade do acesso à educação de qualidade, inclusive após o diagnóstico; acesso a condições de moradia dignas incluindo, saneamento básico; acesso a direitos e benefícios sociais de proteção social; acesso a vestuário; o direito de brincar e o lúdico; renda e trabalho; acesso a acompanhamento psicológico; convivência familiar, entre outros.

3.2 O EFEITO DOMINÓ: O QUE DETERMINA AS NECESSIDADES E SAÚDE?

Ao apontar as necessidades em saúde a partir do diagnóstico infantojuvenil nos apropriamos da metáfora da produção do "efeito dominó", a expressão nos convida a pensar sobre o surgimento de tantos outros acontecimentos relacionados ao essencial, em uma perspectiva de melhoria das condições de vida e garantia do cuidado em saúde, das crianças acometidas pelo câncer infantojuvenil. Essa analogia, é construída a partir da expressão dos próprios sujeitos de pesquisa, percepções determinantes, relacionado ao resultado de um "efeito cascata" desencadeado pelo diagnóstico de câncer. O reconhecimento que emerge do estudo situa-se fundamentalmente na busca do acesso a políticas sociais, que devem materializar os direitos sociais, tais como: saúde, educação, habitação, emprego, assistência social, etc. Como expressam a seguinte fala de um entrevistado:

> "**Acho que é a política, que tá sendo estabelecida**, que sempre foi estabelecida e que tá cada vez mais, que é de crise de corte de custos e que é de um entendimento que não é, como é que eu posso dizer assim, que não é, do município, não é do poder público, garantir disso, que é da família. " *Entrevista _VI_*

Pode-se dizer que existe uma relativa compreensão por parte dos profissionais sobre o papel do Estado no exercício da garantia da Proteção Social dessas crianças, adolescentes e família, enquanto estão internadas e em tratamento oncológico. Faz-se necessário reconhecer o movimento do capital através do Estado, em uma proposta de redução dos direitos historicamente conquistados. Para Marques (2015), as políticas sociais naqueles moldes do Estado de Bem-Estar Social não são mais de interesse do capital, "é claro que a

ISBN 978-65-5623-002-3

defesa da retirada do Estado no campo das políticas sociais é acompanhada pelo avanço do capital nesse campo, especialmente nas aposentadorias e saúde.” (MARQUES, 2015, p. 19)

Um aspecto fundamental se refere ao fato do quanto a doença oncológica infantojuvenil pode ser “avassaladora”, pois as falas dos entrevistados registraram que as necessidades, por vezes invisibilizadas, passaram a “existir” a partir da investigação da doença, na maioria das vezes a doença potencializa fragilidades já existentes assim como desperta novas necessidades. Assim é destacado como fator de proteção os períodos em que as crianças estão internadas, e a preocupação com o período de alta, como apontam os entrevistado a seguir:

> “Eu não sei eu não consigo identificar alguma coisa muito grave que falte na internação por que **eu acho as coisas básicas o hospital consegue suprir**, eu acho que muitas crianças faltam é no momento da alta, ou a própria estrutura que tem em casa, se **a criança tem que ter o acesso mínimo**, agora a gente **teve uma família que a irmã veio para fazer uma coleta e disse que não conhecia água encanada, e daí nos fez pensar como que é a casa desse paciente mora?** ” Entrevista _XII_

Essas narrativas desenvolvem um diálogo que permite refletir o princípio da integralidade, porque indicam limites da atuação de uma equipe/serviço de saúde em um contexto de alta complexidade, porque envolve uma gama de direitos sociais que não estão restritos ao serviço hospitalar especializado. Desde o acesso ao transporte, aos medicamentos, uma escuta sensível e acolhedora, o uso de tecnologias duras, como a quimioterapia, radioterapia e etc, mas, além disso, também diz respeito às contradições da sociedade em que vive a classe trabalhadora, do período de retrocessos das conquistas enquanto sujeitos de direitos.

> “A questão social mesmo, e a questão do próprio diagnóstico que implica muita mudança, não só na vida da criança, mas da família né, algum dos pais vai parar de trabalhar, vai implicar em questões financeiras, vai implicar nos outros filhos que vai ficar em casa, tudo isso envolve. ” Entrevista _VII_

Durante as entrevistas podemos perceber o quão latente foi o uso das expressões, “Questões Sociais”, “Questão Social”, “Questões mais Sociais”, ”Estrutura social”, “Problema Social”, podemos dizer que são várias formulações com o mesmo sentido político. Para Iamamoto (2001, p. 17) ”A questão social diz respeito ao conjunto das expressões de desigualdades engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis

ISBN 978-65-5623-002-3

sem a intermediação do Estado.” Para os sujeitos da pesquisa “Problema social” já está presente antes do processo investigativo de diagnóstico para o câncer infantojuvenil, porém passa a se potencializar antes, durante e após a confirmação do diagnóstico. Como mencionou um dos profissionais: “o gatilho”, “a cascata” o “efeito dominó”.

3.3 A INTEGRALIDADE E O TRABALHO EM EQUIPE: O ELO DO CUIDADO E SAÚDE

> “Se tiver algum **elo** dessa corrente que não estiver funcionando bem, o trabalho não anda. ” *Entrevista_IV_*

O cuidado em saúde e suas premissas são desenvolvidos por Malta & Merhy (2010), como a necessidade do encontro de diversos saberes, poderes e disciplinas, o *corpus* de uma equipe multidisciplinar, suas relações assimétricas de poder entre as categorias que escondem a complementaridade das identidades dos operadores das tecnologias de saúde. Merhy (2009) estabelece uma analogia e apresenta as engrenagens do trabalho em saúde ou processos de trabalho, através das “caixas de ferramentas tecnológicas”, estas organizam a ação, a intencionalidade e a finalidade do encontro entre usuário e trabalhador,

A primeira caixa, Merhy (2009) denominou de tecnologias duras, diz respeito ao uso de trabalho morto (maquinário) com a combinação do trabalho vivo (operário), a realização de exames através do uso de equipamentos e ou medicamentos para intervir na terapêutica. Exemplo, exames laboratoriais, de imagem, físicos, infusão de quimioterápicos e etc. A segunda caixa de ferramentas é a articulação dos saberes, o olhar do profissional da saúde sobre o usuário, ou melhor “Esse é sempre um território de tensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário”. A última e terceira caixa de ferramentas é a indispensável relação entre seres humanos, na situação entre trabalhador- usuário, um encontro de escuta, de silêncios, de respeito, de construção de vínculos, de confiança, é quando trabalhador e usuário estão abertos para uma conquista, compromissados com o deixar-se afetar pelo singular, pelo viver do outro. Para estas tecnologias denominamos de leves.

Porém, por outro lado, em alguns momentos os entrevistados refletem e reconhecem os limites de atuação da equipe com objetivo de refletir sobre o cuidado integral. Alguns

ISBN 978-65-5623-002-3

autores como Merhy (2009) e Salermo (2001), destacam que a relação, trabalho-saúde-doença, e a multiplicidade de atividades executadas em "atos" ou "ações terapêuticas" de forma parcelada, caracterizam-se na divisão e na fragmentação da direcionalidade técnica, sendo que a tendência é a "industrialização dos serviços" com seus novos e múltiplos recursos tecnológicos, podendo então se transformar em entraves para um trabalho interdisciplinar e realmente humanizado.

> "Embora a gente já tenha avançado muito nas questões de cuidado em saúde, de uma coisa mais integral assim enxergando a família como um todo o contexto pensando assim no trabalho em equipe a gente tem muito a melhorar." Entrevista _III_

O trabalho tem o compromisso em dar respostas às necessidades sociais, inerentes ao período histórico da sociedade, assim como na saúde, às necessidades dos usuário, é produto de atos em saúde, manter o usuário vivo e com graus determinados de autonomia para exercer sua vida (MERHY, FEUERWERKER, 2009).

A organização do trabalho em equipe multiprofissional perpassa variado grau de organização: de estrutura física, reconhecimento das identidades profissionais, das formas instituídas de comunicação, das relações por vezes hierárquicas e também horizontais, inclusive a presença e permanência dos profissionais em uma unidade de tamanha especificidade. A visão sobre cuidado em saúde, diz respeito a ampliar o olhar sobre o paciente, não se fixar na doença, mas sim, realizar uma intervenção sobre o todo:

> "Não é apenas ausência de doença, outras questões que influenciam também, como a qualidade de vida, acesso a alimentação, saneamento básico." Entrevista_IV_

O reconhecimento, por parte dos profissionais sobre o conceito ampliado de saúde e determinantes sociais da saúde, assume a dimensão de reconhecer o compromisso ético conforme os princípios e diretrizes que prevê a política de saúde. Entende-se a integralidade como diretriz do SUS, como um conjunto de ações articuladas e contínuas diante das demandas dos sujeitos, constituindo processos de trabalho que possibilitem aos usuários respostas às necessidades de saúde. Mas, o que se percebe, por vezes, é um olhar focalizado e limitado, pela equipe multiprofissional sobre as diversas situações que envolvem a tratamento do câncer infantojuvenil em detrimento das reais necessidades de saúde.

ISBN 978-65-5623-002-3

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por esse pão pra comer, por esse chão pra dormir
A certidão pra nascer e a concessão pra sorrir
Por me deixar respirar, por me deixar existir
Chico Buarque

O estudo apontou a percepção da equipe multiprofissional sobre a identificação das "necessidades em saúde", essas resultantes dos aspectos que determinam as formas de viver em sociedade e permeiam a situação de saúde e doença das crianças e adolescentes. Nessa perspectiva, a suspeita de uma neoplasia já condiciona os serviços de saúde a dar múltiplas respostas a uma "lista de necessidades", configura-se o mosaico de percepções, atenta-se para aquilo que há de comum entre os entrevistados. Com o reconhecimento destas questões e considerando o compromisso assumido pelos profissionais, essas demandas passam a receber encaminhamentos que objetivam uma mudança no quadro clínico que agora apresenta-se como mais um agravante diante da situação de saúde. Portanto, há necessidade de ser enfrentado e transformado esse agravo à saúde com o objetivo de garantir o viver dessas crianças e adolescentes.

Disparado o "gatilho", os profissionais expressam identidade e importância por fazer parte de uma equipe multidisciplinar de saúde. Na análise e reconhecimento por vezes restrito, como tentativas de romper a "casca" dos núcleos, os profissionais destacam os espaços já instituídos e conquistados, como meios de comunicação necessária neste ambiente complexo. Como exemplo sinalizam os *rounds*, espaço onde a equipe se encontra para discutir as situações do pacientes, mesmo com a participação da maioria da equipe ainda assim possui caráter com predomínio das questões que envolvem a parte clínica, biomédica, em detrimento da discussão ampliada sobre o sujeito.

É importante ressaltar, que o estudo procurou superar qualquer dicotomia que desvalorize o predomínio da crítica. A percepção dos profissionais a respeito da realidade social dessas famílias e a "tradução de como elas vivem", através da identificação das necessidades em saúde, produziu nos profissionais o reconhecimento da necessária condição de reflexão constante sobre cuidado integral. Compromisso de se reinventar

ISBN 978-65-5623-002-3

cotidianamente, pois as singularidades das famílias e o contexto social exigem um olhar crítico e atento sobre as complexidades que envolvem o tratamento de uma doença oncológica.

Pode-se dizer que algumas fragilidades e potencialidades foram direcionadas pelos entrevistados, tais como, a possibilidade de contribuir para o planejamento da linha de cuidado para crianças e adolescentes com câncer, uma necessária reflexão do modelo de gestão do trabalho em saúde e daquilo que deve permanecer, o deve ser valorizado e aquilo que se faz necessário superar para alcançar a integralidade ampliada alicerçada em uma proposta de equidade. Sabe-se que essas questões não dependem simplesmente de vontade da equipe, já que são questões para serem conquistadas coletivamente, em todas as instâncias do sistema de saúde e demais políticas sociais.

Cabe registrar que o paradigma do poder biomédico que na sua nomenclatura identifica uma profissão com origem numa concepção positivista, mecânica e linear da "saúde como ausência de doença", encontra-se enraizado também na formação acadêmica da maioria das profissões da saúde, ou seja, ultrapassa o âmbito da formação na medicina. O tensionamento dessa concepção é fundamental para aprofundar a reflexão sobre o como estamos produzindo saúde e (re) pensar outros modos de fazer saúde, sem perder a perspectiva de que trata-se de um processo social, histórico, político e econômico.

Evidencia-se que o limite do tratar a doença, o biológico, nesse caso o câncer, pode ser rompido ao se assumir a concepção sobre o processo saúde-doença, sendo ele uma fusão das condições sociais em resposta à produção e reprodução das relações sociais em determinados graus de desenvolvimento da sociedade de classes. Deve-se superar uma noção simplificada em que a resolutividade do cuidado em saúde se dá somente entre a comunhão tecnologias duras e leve-duras.

Significa que atender as necessidades em saúde é reconhecer os determinantes sociais da saúde e para tal é fundamental avançar em uma proposta de educação permanente para os trabalhadores na perspectiva da consolidação do conceito ampliado de saúde. Requer espaço para reflexão sobre o trabalho em saúde, na tentativa de romper com a indissociabilidade de gestão–atenção–estratégia de democratização das relações de

ISBN 978-65-5623-002-3

trabalho, avançando na participação dos trabalhadores e usuários do SUS em todas as etapas dos processos de planejamento, execução e monitoramento das ações de saúde e que devem ocorrer em todos os espaços destinados aos cuidados em saúde.

Também é preciso reconhecer formas de participação social no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, avançando nas pesquisas para subsidiar políticas públicas sociais em defesa do Sistema Único de Saúde-SUS, acumulando forças, através da resistência e lutas que vêm sendo travadas pela sociedade, merecendo destaque, o importante papel do Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, tem buscado problematizar e evidenciar o desmonte dos direitos conquistados e que vem sendo abatidos em tempos temerosos. É urgente o reconhecimento da participação social através dos espaços de controle social e a efetiva autonomia dos usuários e trabalhadores, enquanto sujeitos de direitos, e como partícipes deste processo de construção das políticas sociais no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, em defesa do SUS.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4º edição. Lisboa Edições 70, 2010.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 17 de setembro de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de dezembro de 2012.** Diário Oficial da União. Nº 112. 13 de junho de 2013. Pg 59. Brasília. Disponível em: <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/13/cns-resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012>. Acesso em: 9 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>Acesso em: 30 de janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8º Conferência nacional de saúde**: relatório final, Brasília, DF, 1986. Disponível em:

ISBN 978-65-5623-002-3

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 25 de setembro 2016.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro.** / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12864.htm. Acesso em 17 de outubro de 2017.

BRASIL. INCA (Instituto Nacional de Câncer). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** Rio de Janeiro: Inca, 2011.

_____. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

_____. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Instituto Ronald McDonald. – 2. ed. rev. ampl., 3. reimp. – Rio de Janeiro: Inca, 2014.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P.**A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de agosto de 2016.

CECÍLIO, L.; MEHRY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas; 2003. Disponível em<http:www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc> Acesso em 10 de setembro de 2016.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.**Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 2009.

IAMAMOTO, M.V. **A questão social no capitalismo**. Temporalis, Brasília, n. 3, 2001.

LAURELL, Ana Cristina. **A saúde como processo social.** Revista Latino America de salud, México. 1982.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 3 ed. . São Paulo: Atlas, 2010.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

ISBN 978-65-5623-002-3

MARQUES, Rosa Maria. **O lugar das Políticas sociais no capitalismo contemporâneo.** Argumentum, Vitória (ES), v.7, n. 2, jul.\dez. 2015.

MINAYO, M, C, S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

MUTTI, Cintia Flores; PAULA, Cristiane Cardoso de; SOUTO, Marise Dutra. **Assistência à saúde da criança com câncer na produção científica brasileira.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 56, n. 1, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/11_revisao_de_literatura_assistencia_saude_crianca_cancer.pdf>. Acesso em: 25 de janeiro de 2017.

PINHEIRO, Roseni. **Cuidado em saúde.** Dicionário da educação profissional em saúde.

FIOCRUZ. Rio de janeiro. Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html. Acesso em 14 de outubro de 2016.

_____. **Integralidade em saúde.** Dicionário da educação profissional em saúde. FIOCRUZ. Rio de janeiro. Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html. Acesso em 14 de outubro de 2016.

SAUPE, ROSITA at all. **Competências dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Revista Interface-com-saúde.**V6, N.18, SET-DEZ 2005.

VASCONCELOS, E. M. et al. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 5 ed. São Paulo. Cortez. 2015.