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 ATENÇÃO À SAÚDE AO PACIENTE ONCOLÓGICO A PARTIR DA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE: LACUNAS E POTENCIALIDADES DA REDE PARA O CUIDADO INTEGRAL

Me. Tuane Vieira Devit 1

Drª Dolores Sanches Wunsch [2]

Resumo: Este estudo buscou compreender como se constituem as lacunas e potencialidades da rede de saúde no cuidado integral ao paciente oncológico a partir da emergência de um hospital de alta complexidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que fez uso da análise de prontuários dos pacientes e entrevistas semi-estruturadas. Os resultados do estudo evidenciam que as lacunas da atenção integral ao paciente oncológico se alicerçam na precarização, no sucateamento e na falta de estrutura e profissionais da saúde, no diagnóstico tardio e burocratização da rede e na (des)continuidade do atendimento. Bem como o estudo aponta ainda, as potencialidades, expressas no vínculo entre os serviços, trabalhadores e usuários, o acolhimento e a territorialização da saúde. Conclui que o cuidado integral e a atenção intersetorial é fundamental para a atenção à saúde do paciente oncológico, frente às suas demandas complexas e multifacetadas, que impactam sua vida, bem como de seus familiares e contexto social, tendo em vista a indissociabilidade da saúde e da Determinação Social da Saúde.

Palavras Chaves: Câncer. Integralidade. Intersetorialidade.

INTRODUÇÃO

Este estudo discorre sobre a atenção à saúde ao paciente oncológico, a partir da emergência de um hospital de alta complexidade, com vistas à identificação das lacunas, fragilidades e potencialidades da rede de saúde para o cuidado integral. O principal desafio do presente estudo é, portanto, analisar a rede de atendimento em saúde e intersetorial ao paciente oncológico, sob a ótica da integralidade, atentando às demandas apresentadas pelos usuários.

1 Assistente Social, Especialista em Adulto Crítico pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Mestre em Políticas Sociais e Serviço Social (UFRGS) – (51) 98948-4118. E-mail: tuane.devit@gmail.com

2 Assistente Social, professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e tutora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - (51) 3308-5700. E-mail: doloressw@terra.com.br

ISBN 978-65-5623-002-3

Devido à sua complexidade e extensão epidemiológica, social e econômica, o câncer é atualmente um dos principais desafios da saúde pública brasileira. No Brasil, o câncer já é a principal causa de morte em 10% dos municípios brasileiros, superando as doenças cardiovasculares, atualmente líderes em mortalidade. Se nada for feito para mudar ou estabilizar o crescimento da mortalidade causada pela doença, calcula-se que até 2030 as neoplasias serão a primeira causa de morte no país (OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA, 2018).

Nesse sentido, o serviço de emergência hospitalar se constitui num *lócus* fundamental na composição para a construção e/ou fortalecimento da linha de cuidados voltada ao paciente oncológico. Por se tratar de um serviço voltado ao atendimento de caráter urgente, a emergência muitas vezes não possui a visibilidade de sua magnitude, com relação ao seu lugar e papel na rede de serviços. O presente estudo busca, então, evidenciar a atuação e papel do serviço de emergência para o cuidado integral destes pacientes.

Para o desenvolvimento deste artigo, inicia-se com a discussão sobre os modelos de atenção em saúde, problematizando a integralidade. Num segundo momento apresenta-se o percurso metodológico que embasou o estudo, bem como a devida caracterização dos pacientes oncológicos atendidos num serviço de emergência de alta complexidade. Por fim, se sobressalta os resultados que emergem do estudo em relação às lacunas, fragilidades e potencialidades na atenção integral ao paciente oncológico, e após são tecidas as conclusões sobre o estudo.

1 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE E O CUIDADO INTEGRAL

A reorganização dos serviços e a operacionalização das práticas e processos de trabalho em saúde é um tema constante no debate conceitual e político acerca dos sistemas de saúde, tanto em âmbito mundial quanto no contexto brasileiro. Considera-se que um sistema de saúde é formado por alguns componentes e funções principais, sendo eles a infraestrutura, organização, financiamento, gestão e prestação da atenção. (Kleczkowski, Roemer e Werff *apud* 1984 PAIM, 2008, p.547). É na prestação direta do atendimento que os debates acerca dos modelos de atenção à saúde se aprofundam, uma vez que englobam as dimensões do cuidado, assistência, intervenção, ações e

ISBN 978-65-5623-002-3

práticas em saúde. Cabe destacar que a análise dos modelos de atenção à saúde aqui feita embasa-se no contexto e nas práticas do sistema de saúde brasileiro atual.

Por modelo de atenção à saúde entende-se "a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações" (AYRES, 2009, p.12), ou seja, os modelos servem como embasamento para a operacionalização do sistema de saúde e a forma como as tecnologias são desenvolvidas. Apesar da palavra "modelo" retratar um molde ou padrão estático a ser seguido, no caso da atenção à saúde, refere-se à identificação de seus traços principais, fundamentos, lógicas, ou seja, sua essência ou razão de ser (PAIM, 2008, p. 548) tendo em vista que um sistema de saúde é dinâmico e se modifica conforme as necessidades em saúde e a realidade do sistema societário em que se insere.

Destarte, as políticas de saúde caracterizam-se como políticas sociais mediadas pelo Estado na relação com a sociedade, sendo diretamente impactadas pelo contexto sócio histórico em que se inserem. Para o objeto do presente estudo, analisar a construção política de saúde tem sua importância no reconhecimento da conjuntura em que se introduz o modelo de atenção vigente ao paciente oncológico, bem como a atenção hospitalar e a integralidade da atenção à saúde como um todo.

Historicamente, no Brasil, o acesso à saúde se apresentou em um modelo privatista, centrada em uma lógica hospitalar e médico-centrada. Antes da formulação e implementação do SUS, a saúde não era considerada enquanto direito universal, mas sim enquanto um bem destinado apenas àqueles que ou pudessem pagar, ou que possuíssem vínculo formal de emprego. O restante da população que não se enquadrasse nestes quesitos, ficava a mercê da filantropia e da caridade. Embasado nesta lógica, o Estado sistematicamente se articulou com a compra de serviços privados, consolidando uma estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada e sem fins lucrativos. Nesse sentido, desde muito cedo na história da saúde brasileira, a corporação médica organizada já pressionava o financiamento através do Estado, em uma lógica capitalista e focada na privatização (BRAVO, 2006, p. 92).

Contrapondo esta construção histórica privatista, é na 8º Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que a Reforma Sanitária é levada em pauta e fortalecida, indo para além de um novo sistema: há uma nova concepção de saúde e um projeto societário.

ISBN 978-65-5623-002-3

Como resultado, é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, berço do Sistema Único de Saúde (SUS) atual. Em 1988, consolida-se a nova Constituição Federal, trazendo mudanças no contexto brasileiro das políticas sociais e solidificando o SUS, propondo uma nova forma de gestão da Saúde.

As esferas de governo do SUS passaram a ser de âmbito Federal, Estadual e Municipal, de forma descentralizada, o que proporciona um atendimento diferenciado de acordo com as necessidades de cada região. Seus princípios e diretrizes são voltados para a universalidade, sendo para toda população; equidade, representando justiça e igualdade e integralidade, gerando o tratamento integral, com foco na prevenção. Tais elementos trouxeram uma mudança radical na Política Pública de Saúde.

Apesar do amplo destaque das políticas sociais proporcionado pela Constituição Federal de 1988, em contrapartida coexiste uma grande crítica ao decorrer dessas quase quatro décadas, em relação a fraudes, violações e corrupção no repasse de recursos que impactam diretamente na sociedade brasileira e no acesso a seus direitos. Parte desses fatores é oriundo da contrarreforma proposta pelo modelo neoliberal, implantado no Brasil na década de 90 do século XX. As ações do estado, e dentro delas a Saúde, deveriam responder, portanto, a uma lógica de mercado.

Observa-se, a partir desse contexto, a maior contradição do SUS, ou seja, o embate entre o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, operacionalizado pelo Estado, em toda sua trajetória.

O projeto da Reforma Sanitária embasa a concepção de saúde centrada no modelo ampliado e integral, saindo da dicotomia de saúde e doença e do modelo curativo. A partir dessa ampliação é identificado que saúde não significa a ausência da doença; na verdade, significa que a saúde depende diretamente do social, do cotidiano e das relações sociais que perpassam o indivíduo. É nesse sentido que abordamos a atenção à saúde ao paciente oncológico, que busca atendimento na emergência de alta complexidade, considerando a saúde em seu conceito ampliado, enquanto resultante de uma Determinação Social.

ISBN 978-65-5623-002-3

A Determinação Social da Saúde concebe que a caracterização do processo saúde-doença deve considerar as expressões do modo de vida dos sujeitos, a partir da sua sociabilidade coletiva e do acesso aos meios materiais e espirituais, via a centralidade do trabalho e da sua inserção nas classes sociais. (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010). Essa concepção é reflexo da retomada da contribuição do pensamento marxista, enquanto fundamentação para a leitura de realidade de expressões peculiares ao modo de trabalho e de vida da sociedade contemporânea.

Relacionado a essa concepção, Granda e Bretlh (1989) consideram as classes sociais como uma das categorias básicas para estabelecer a classificação epidemiológica. Segundo os autores, cada classe social, num determinado momento de seu desenvolvimento e de acordo com a sua forma específica de inserção no aparelho produtivo, participa de processos de trabalho e consumo. Portanto, como pensar o processo saúde-doença sem considerar a desigualdade social presente e latente na sociedade, e as importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre as classes sociais?

Com base nessa definição, idealiza-se então uma concepção ampliada do cuidado, concebendo o indivíduo numa perspectiva de totalidade para além de sua doença. Considera-se não apenas suas demandas biológicas e fisiológicas, mas também os aspectos que englobam sua vida social, econômica e política.

Nesse sentido, no caso do paciente oncológico, o modelo de atenção integral visa a abranger os espaços em que o mesmo perpassa - desde a rede básica de atenção em saúde até serviços de alta complexidade como a emergência, bem como a articulação e as estratégias firmadas entre os espaços para a melhor forma de prestar a assistência em saúde necessária no caso do câncer.

2 METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa. A escolha desta abordagem, se dá em relação à imensurabilidade da pesquisa, tendo em vista que Minayo (1994, p. 21) nos diz que a “pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado”.

ISBN 978-65-5623-002-3

Portanto, a investigação é realizada de maneira ampla e abrangente, já que o foco da pesquisa são as percepções sobre o cotidiano e a linha de cuidados do paciente oncológico. A presente pesquisa também atua com uma abordagem explicativa, que visa explorar os acontecimentos. Para conhecer a atenção à saúde ao paciente oncológico, a partir da emergência de um hospital de alta complexidade, situado no estado do Rio Grande do Sul, o presente estudo buscou uma maior aproximação com esses sujeitos. O percurso metodológico procurou desvendar as lacunas e as potencialidades da rede de saúde no cuidado integral. Assim, em um primeiro momento, identificou-se o perfil do paciente oncológico que busca atendimento no *lócus* do estudo e, em sequência, foi definida a amostra dos sujeitos participantes das entrevistas semiestruturadas. A análise qualitativa teve como objetivo verificar quais são os serviços da rede acessados pelos pacientes oncológicos que buscam atendimento na emergência e analisar como se dá o acesso destes pacientes à rede de saúde e intersetorial. Por fim, buscou-se conhecer a percepção da equipe multidisciplinar da emergência do hospital em questão acerca dos pacientes oncológicos e da rede de serviços acessada por eles. Destaca-se, ainda que a investigação atendeu os preceitos éticos-legais de pesquisa com seres humanos

A pesquisa, na sua primeira etapa contou com a participação de nove sujeitos, sendo que por conta da situação de saúde dos pacientes e suas limitações durante a internação na emergência, optou-se realizar as entrevistas com seus familiares, evitando o desconforto ou interferências em seu tratamento.

Dos pacientes selecionados, quatro eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino, oito eram vinculados ao ambulatório e apenas um não tinha diagnóstico oncológico prévio à internação avaliada.

Na segunda etapa da pesquisa, foram realizadas entrevistas com profissionais da emergência, selecionando trabalhadoras tanto da equipe médica e quando da equipe de serviço social do local. Nesse sentido, foram entrevistadas duas assistentes sociais e uma médica, uma vez que essas são as profissões que realizam encaminhamentos aos pacientes da emergência para a rede externa.

ISBN 978-65-5623-002-3

3 AS LACUNAS, FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA ATENÇÃO INTEGRAL DO PACIENTE ONCOLÓGICO

A análise e discussão dos resultados, que emergem no presente estudo, inicia evidenciando o percurso na rede de serviços de saúde e intersetorial que os pacientes oncológicos do serviço acessam. Na sequência, problematiza-se sobre as lacunas e fragilidades desta rede, bem como apresenta as suas potencialidades, à luz da percepção dos usuários e da equipe de saúde.

Constatou-se que os pacientes acessam diversos serviços da rede intersetorial, previamente ou encaminhados após sua passagem pelo serviço de emergência do hospital. São eles: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), Hospitais de média e alta complexidade, Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Pronto Atendimentos (PA), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Agências do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e Organizações Não Governamentais (ONG's). Ressalta-se que entre os nove pacientes analisados, sete já possuíam acesso prévio à rede de atenção básica à saúde.

A pesquisa revelou a forma com que ocorreu o acesso desses indivíduos aos serviços e, desta forma, foi possível apontar quais são as lacunas ou fragilidades presentes no cotidiano e quais as potencialidades proporcionadas pela rede de suporte.

3.1 LACUNAS E FRAGILIDADES: PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A partir da aproximação com a realidade dos pacientes oncológicos, constatou-se a presença de inúmeras lacunas e fragilidades na garantia ao acesso dos serviços da rede de saúde e intersetorial. Processos que atravessam a precarização, organização e estrutura dos serviços, bem como o atendimento e a continuidade deste. Nesse viés, os resultados desta categoria foram divididos entre três subcategorias de análise: estrutura e profissionais da saúde, o diagnóstico tardio e entraves burocráticos na rede de média complexidade e a (des)continuidade do atendimento.

ISBN 978-65-5623-002-3

3.1.1 Estrutura e profissionais da saúde presentes na rede

Por conta de uma tensão histórica entre a concepção de saúde como bem público e saúde como mercadoria e fonte de lucro para o setor privado, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta um processo de desmonte em si mesmo. Tal desmonte é resultado da contrarreforma do Estado, atacando o caráter universal do SUS e contribuindo para a precarização do trabalho e dos serviços, bem como sua privatização (BRAVO e CORREIA, 2012, p. 138).

No contexto da crise econômica e política brasileira, o SUS enfrenta constantes ataques e ameaças justificadas pela falta de recursos do Estado, impactando diretamente nos serviços, nos processos de trabalho dos profissionais de saúde e, consequentemente, no atendimento para a população. Como reflexo deste cenário, o estudo evidenciou como uma dimensão da fragilidade da rede de atenção para o cuidado integral, percebido pela falta de estrutura, acaba por precarizar o atendimento e acompanhamento dos pacientes nos espaços. A falta de profissionais da saúde foi amplamente ressaltada pelos familiares e trabalhadoras entrevistadas como um entrave para assistência, como é possível verificar na fala que segue:

> "(...) a prefeitura já largou o Hospital (1), tá falindo. Então na semana passada ele começou a vomitar sangue, urinar sangue. A gente foi no Hospital (1) só que lá eles queriam que a gente voltasse pra casa, porque não tinha médico assistente no momento. Medicaram ele pra pressão alta e mandaram pra casa. A gente foi no Hospital (2), mas a emergência tava fechada." **(Filha do paciente A.)**

A falta de profissionais impacta no atendimento direto aos usuários, inclusive nas demandas de urgência e emergência. Os indivíduos acabam buscando outros espaços por iniciativa própria, ou por serem encaminhados para onde nem sempre são aceitos, significando uma busca, muitas vezes aleatória e angustiante, sem fluxo estabelecido ou até mesmo respeitado entre os espaços da rede.

Outro aspecto, que contribui para a fragilidade, na visão de uma profissional entrevistada, foi a falta de qualificação e educação permanente dos trabalhadores acerca das necessidades em saúde dos pacientes oncológicos, que acaba sendo um obstáculo no fluxo da rede, gerando uma demanda excedente para os serviços de urgência e emergência da alta complexidade. Os pacientes acabam vinculados à alta complexidade

ISBN 978-65-5623-002-3

e orientados a buscarem os serviços onde estão referenciados, para necessidades que poderiam ser atendidas na atenção básica, como bem expressa essa profissional:

> "(...) parece que quando o paciente tem câncer, pelo lado clínico, não conseguem ver ele como um todo e resolver um problema, que às vezes eles só precisam de um ajuste de medicação. (...) Isso é o principal problema, a pessoa tem muito medo desses pacientes e ficam meio estagnados e não sabem manejar esses pacientes. E eles tem intercorrências como qualquer outra pessoa. (...) Uma alternativa seria capacitar esses trabalhadores, fazer cursos específicos para pacientes oncológicos." **(Profissional 1, médica)**

Além disso, evidenciou-se o quanto a rede de serviços não comporta as reais necessidades dos pacientes oncológicos em uma concepção ampliada da saúde. O paciente consegue acessar o tratamento para a sua doença, porém, por vezes o acesso acaba inviabilizado por conta de suas vulnerabilidades.

O embasamento na Determinação Social da Saúde se mostra necessário, levando em consideração a capacidade de resposta dos indivíduos, de acordo com os diversos aspectos presentes em seu cotidiano, para a situação em que se encontram. Idealiza-se, então, uma concepção ampliada do cuidado, considerando o indivíduo em sua totalidade. Para os pacientes oncológicos, pensar em sua determinação social é considerar que sua condição social impacta diretamente em sua situação de saúde, muitas vezes complexa e crítica. Amplia-se o debate para a integralidade e a necessidade maior de articulação com setores para além da saúde, mas que tem impacto direto no processo de saúde-doença dos indivíduos, como demonstrado pela profissional a seguir:

> "O paciente consegue acessar o tratamento, digamos, fazer a *radio* ou a *quimio*, o ambulatório. Aí esbarra na questão do transporte (...) Então a gente vê muitos pacientes faltando as sessões de *radio* e de *quimio*, porque não tiveram acesso a um transporte público pra vir. E a maioria dos pacientes que a gente atende realmente estão em situação de vulnerabilidade, não tem condições de se organizarem de forma particular para vir. Então, o acesso é limitado. É um acesso relativo." **(Profissional 2, Assistente Social)**

Portanto, ao afirmar e revelar as lacunas e fragilidades no campo da estrutura e na falta de profissionais e espaços de atendimentos, constata-se a precarização da rede de saúde. Isto se dá, principalmente, em locais mais vulneráveis social e geograficamente distantes de grandes centros, assim como a necessidade de qualificação

ISBN 978-65-5623-002-3

dos trabalhadores a respeito dos pacientes oncológicos e a necessidade do cuidado integral e de maior intersetorialidade entre as políticas.

3.1.2 Diagnóstico tardio e entraves burocráticos na rede da média complexidade

Uma das lacunas mais sinalizada durante as entrevistas relacionou-se demora no encaminhamento de exames e atendimentos necessários para a confirmação do diagnóstico do câncer. Importante retomar que o diagnóstico precoce impacta diretamente no início do tratamento e na evolução da doença. A demora deste, engessa o seguimento do atendimento aos pacientes, sendo um entrave em seu tratamento. Uma das profissionais entrevistadas considera tal demora como o principal problema para o tratamento destes pacientes que chegam à emergência:

> "Até chegar a confirmação, esse paciente fica perdido no sistema, muitas vezes aguardando exames que demoram meses. A gente sabe que nem todo mundo tem esse tempo todo de sobrevida." (**Profissional 1, médica**).

Tal realidade também foi sinalizada nos relatos dos indivíduos abordados. A demora em garantir exames e atendimentos com especialistas foram pontuadas em diversos momentos, convergindo nas múltiplas histórias dos sujeitos, revelando de forma paradoxal, sentimentos de culpa dos pacientes, dos profissionais da saúde e da rede de média complexidade. A demora nos atendimentos também foi observada nos serviços da rede intersetorial, reforçando o déficit estrutural para acompanhar as demandas, em principal as mais vulneráveis, de uma forma equânime.

Para além da falta de recursos humanos e estruturais para atender a população, a burocratização e judicialização dos processos também aparecem como fatores causadores de tal demora, a qual nem sempre resulta na garantia de direitos. Assim sendo, considera-se como lacuna e fragilidade em principal o diagnóstico tardio, seja pela falta de acesso a exames, seja pela dificuldade em acessar médicos especialistas. Percebe-se uma grande lacuna nos serviços da média complexidade, responsável por tais demandas, onde muitas vezes os pacientes conseguem acessar a rede de baixa e de alta complexidade, mas encontra obstáculos para a agilização de seu diagnóstico, para a realização de exames e seguimento em seu tratamento.

ISBN 978-65-5623-002-3

3.1.3 (Des)Continuidade no Atendimento: precarização nos processos de trabalho e fluxos da rede de saúde

A precarização dos serviços atinge não apenas o acesso ao atendimento imediato e precocidade no tratamento, mas também a continuidade do mesmo. Nesse sentido, pesquisa apontou, como um dos obstáculos enfrentados, a falta de capacidade dos serviços em acompanharem os pacientes sistematicamente. Sugere-se a existência de uma fragilidade na vinculação e co-responsabilidade do cuidado.

A (des)continuidade do cuidado também apareceu nos atendimentos de urgência e emergência. É possível reconhecer, na fala abaixo, a fragilidade de um serviço de média complexidade, na resolutividade da situação de saúde desta paciente. Na situação apontada, não houve o acompanhamento ou referenciamento para um serviço de maior complexidade, ocasionando na alta da paciente, ainda que sua demanda não houvesse sido solucionada no momento.

> "A gente levou ela no Hospital (3) na sexta, porque ela não conseguia respirar, a pressão dela *tava* muito baixa. Aí atenderam ela o dia todo e liberaram ela pra ir pra casa. Só que chegando em casa, ela não conseguia respirar,não aguentava de dor e tava cuspindo sangue, então a gente trouxe ela pra cá." **(Filha da paciente N.)**

Ao mesmo tempo, os usuários e familiares buscam outros serviços por iniciativa própria, muitas vezes desacreditados da resolutividade dos espaços acessados anteriormente. Este fator pode acarretar na fragmentação entre os serviços que compõem a rede, onde os atendimentos são feitos isoladamente e sem a devida comunicação entre os espaços e profissionais envolvidos.

Constata-se, portanto, que as lacunas e fragilidades relacionadas à continuidade do atendimento se relacionam diretamente à dificuldade em se manter um atendimento integrado e sistematizado, fragilizando, assim, o vínculo dos pacientes com os profissionais e serviços de saúde. Percebeu-se com esse estudo que não há de fato uma linha de cuidado específica ao paciente oncológico, sistematizada e integrada para o seu atendimento e para a continuidade do mesmo.

ISBN 978-65-5623-002-3

Nesse sentido, no caso do paciente oncológico, a linha de cuidado contribuiria na abrangência dos espaços em que o mesmo perpassa, desde a rede básica de atenção em saúde até serviços de alta complexidade como a emergência, bem como a articulação e as estratégias firmadas entre os serviços para a melhor forma de prestar a assistência em saúde necessária no caso do câncer, otimizando os fluxos da rede de saúde.

3.2 POTENCIALIDADES: O PROCESSO DE RESISTÊNCIA DA REDE

Apesar das múltiplas lacunas e fragilidades dispostas pelo processo de precarização das políticas sociais, que refletem nos espaços de atendimento aos usuários, a luta cotidiana na construção do sistema de saúde reflete o quanto é desafiador garantir o direito à saúde dos usuários frente suas limitações e da precarização que lhe é imposta. Para melhor retratar as constatações acerca das potencialidades, esta categoria foi dividida em três subcategorias de análise: o vínculo entre serviços, trabalhadores e usuários; o acolhimento e a territorialização em saúde.

3.2.1 Vínculo entre os serviços, trabalhadores e usuários como potencializador do cuidado

Segundo Campos (1997), o vínculo entre os usuários do serviço de saúde e trabalhadores amplia a eficácia das ações de saúde, favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço. Nessa perspectiva, identificou-se a contribuição e o reconhecimento do vínculo como potencializador do acesso à rede e no acompanhamento de suas situações de saúde e de seus familiares.

O vínculo também proporciona a equidade no atendimento, tendo em vista que a equipe de saúde já conhece as demandas dos indivíduos, priorizando-os quando necessário. Para estes sujeitos, também contribui para o reconhecimento do esforço realizado pela equipe apesar das limitações. O vínculo é recíproco, no sentido de garantir uma experiência positiva para os usuários e trabalhadores. A vinculação entre os pacientes e serviços da rede também foi pontuada como potencialidade na articulação entre os espaços de atendimentos, sendo crucial nos encaminhamentos desencadeados a partir da emergência.

ISBN 978-65-5623-002-3

Nos contextos onde os indivíduos que já possuíam vínculo com os serviços acessados antes do diagnóstico de câncer, com um maior suporte e acompanhamento sistemático da rede, percebeu-se uma diferenciação nos cenários e na gestão do cuidado. considera-se o vínculo como potencializador no cuidado ao paciente oncológico por contribuir para um suporte mais estruturado e para a equidade nos atendimentos, tendo em vista que há a busca pelo reconhecimento prévio da situação e necessidades de saúde e do contexto social do paciente.

3.2.2 Acolhimento: uma abordagem humanizada

Há uma forte relação entre acesso, integralidade, vínculo e acolhimento. Para Carvalho e Campos (2000, p. 512), o acolhimento busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los, se for o caso. Prevê a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades para responder às demandas (plasticidade), adequando as estratégias a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária.

Nesse sentido, a fala a seguir retrata tal plasticidade em uma Unidade Básica de Saúde, onde o familiar reconhece as limitações dos locais e do sistema em geral, porém também reforça que, apesar disso, os profissionais garantem um bom atendimento e são acolhedores, atenciosos com as demandas dos pacientes.

> “(...) eles tentam fazer o melhor que eles podem com o que eles tem. A gente sabe que não é culpa de quem tá trabalhando lá assim, né. É porque é coisa do governo, eu acho.” **(Neta da paciente L.)**

Nesta lógica, os serviços se responsabilizam por uma região, mantendo o acompanhamento em saúde e acolhendo as demandas emergentes das famílias do território, fortalecendo o vínculo com os usuários por meio da responsabilização e do acesso aos serviços, mesmo que fragilizados ou precarizados. Também houve relatos sobre o acolhimento na rede intersetorial, ressaltando que a necessidade de um cuidado humanizado, bem como a própria equidade perpassam as barreiras do SUS.

Em contrapartida, verificou-se que a ausência de uma postura acolhedora e empática no atendimento pode acarretar com a fragilização do vínculo entre pacientes e seus familiares nos espaços de atendimento. Mesmo que o local seja mais próximo ou

ISBN 978-65-5623-002-3

mais viável no sentido de deslocamento, o fato de a família e/ou os pacientes não se sentirem acolhidos impacta em uma experiência desfavorável, culminando na desvinculação e não reconhecimento da resolutividade de suas demandas no local específico.

Portanto, evidencia-se a necessidade de uma abordagem acolhedora, sendo possível criar um vínculo de respeito mútuo e responsabilidade para com o usuário e suas demandas. O acolhimento então contribui para o cuidado integral e para a equidade, no momento em que esta responsabilização acarreta em um real acompanhamento e sensibilização para as demandas trazidas durante os atendimentos.

3.2.3 Territorialização para a garantia do acesso

A estruturação territorial e descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo desenvolvida no Brasil através da chamada territorialização da saúde, como estratégia para a universalização do acesso, com vistas à integralidade do cuidado. Essa estratégia tem como objetivo definir territórios de atuação dos serviços, tendo em vista que o acesso se relativiza pela presença de espaços de atendimento próximos dos usuários, com conhecimento do seu contexto e cotidiano.

A organização no território também permite que os usuários compartilhem as informações sobre os serviços entre si, garantindo a participação dos indivíduos como atores importantes na rede e nos processos de trabalho dos locais de atendimento, ampliando o acesso entre os usuários do território. Para além, a territorialização também foi apontada pelas profissionais entrevistadas como elemento facilitador nos atendimentos e encaminhamentos realizados a partir da emergência em questão.

Nesse sentido, o trabalho voltado para a linha de cuidado na perspectiva territorializada potencializa a atenção em saúde. Para Mehry e Franco (2003, p. 323), a linha de cuidado deve ocorrer entre os trabalhadores, como parte integrante de uma rede, onde há mútua implicação com o processo produtivo e que vão se expressar em atos como o do acolhimento em cada serviço desta rede, bem como a vinculação dos usuários e responsabilização com seu cuidado. Portanto, conclui-se que a territorialização contribui para o trabalho integrado em rede, que pode trazer benefícios

ISBN 978-65-5623-002-3

para a atenção à saúde e para o acesso aos espaços de atendimento de forma mais efetiva.

CONCLUSÃO

Revelar como a rede de atenção ao paciente oncológico se tenciona para o cuidado integral é uma demanda importante frente ao cenário do câncer em âmbito mundial, devido ao constante crescimento de casos e o impacto da doença na sociedade.

As lacunas e fragilidades apontadas no estudo percorrem o campo da precarização estrutural e da falta de profissionais e espaços de atendimentos, principalmente em locais mais vulneráveis socialmente e geograficamente distantes de grandes centros, abrangendo a gestão municipal dos serviços. Foi pontuado pelos sujeitos de pesquisa, uma maior articulação na rede de saúde e intersetorial de Porto Alegre, em contrapartida da fragmentação em cidades da região metropolitana, do interior e do litoral do estado. A qualificação dos trabalhadores a respeito dos pacientes oncológicos também foi destacado como uma necessidade para o fortalecimento do cuidado integral à este segmento.

O diagnóstico tardio, seja pela falta de acesso à exames e médicos especialistas, destacou uma grande lacuna nos serviços da média complexidade, responsável por tais demandas. Em muitos casos, os pacientes conseguem acessar a rede de baixa e de alta complexidade, encontrando obstáculos para a agilização de seu diagnóstico, para a realização de exames e seguimento em seu tratamento.

Outra fragilidade aparente nesse estudo foi a (des)continuidade do atendimento, se relacionando diretamente à dificuldade em se manter um atendimento integrado e sistematizado. Nesse ponto, sugere-se uma linha de cuidado específica ao paciente oncológico, sistematizada e integrada para o seu atendimento e para a continuidade do mesmo.

Em relação às potencialidades, o vínculo entre os trabalhadores, usuários e serviços surgiu como potencializador no cuidado ao paciente oncológico por contribuir para um cuidado estruturado e para a equidade nos atendimentos, devido à relação de proximidade entre as equipes e os usuários.

ISBN 978-65-5623-002-3

Outra potencialidade sinalizada na pesquisa foi a proposta de uma abordagem acolhedora dos serviços e das equipes de saúde, tornando possível o estabelecimento de um vínculo de respeito mútuo e responsabilidade para com o usuário e suas demandas. O acolhimento contribui para o cuidado integral e para a equidade, no momento em que esta responsabilização acarreta em um real acompanhamento e sensibilização para as demandas trazidas durante os atendimentos.

A territorialização da saúde também foi evidenciada como potencialidade, por contribuir para o trabalho integrado em rede, gerando proximidade entre as equipes de saúde e os usuários, facilitando o acesso e fortalecendo o vínculo. Tal organização pode trazer benefícios para a atenção à saúde e para o acesso aos espaços de atendimento de forma mais efetiva.

Nessa perspectiva, se reforça a necessidade do debate e construção de linhas de cuidado e diretrizes para os atendimentos, visando à melhoria dos serviços a partir do sinalizado neste estudo. Sugere-se o cuidado integral e a atenção intersetorial como estratégia para a atenção à saúde do paciente oncológico, frente às suas demandas complexas e multifacetadas, que impactam sua vida, bem como de seus familiares e seu contexto social, tendo em vista a indissociabilidade da saúde e da Determinação Social da Saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. de C. M. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas.** Saude soc., São Paulo , v. 18, supl. 2, 2009, p. 11-23 Disponível em https://goo.gl/DhMwMJ. Acesso em 24 de setembro de 2019.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. **Desafios do controle social na atualidade**. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 109, 2012, p. 126 - 150.
BRAVO, M. I., **Política de Saúde no Brasil**. in MOTA, A. E. et al (orgs). Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez, 2006, p. 88 - 110.

CAMPOS, G. W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: O caso da saúde.** In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

FLEURY-TEIXEIRA, P., BRONZO, C. **Determinação social da saúde e política.** Em: NOGUEIRA, R. P. (Org.). Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. (Coleção Pensar em Saúde).
GRANDA, E.; BREILH, J. **Saúde na sociedade.** São Paulo, CORTEZ; ABRASCO, 1989.

ISBN 978-65-5623-002-3

MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. **Por uma composição do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais.** Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, 2003, p. 316-323.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. **Câncer como a primeira causa de morte nos municípios brasileiros**, 2018. Disponível em https://observatoriodeoncologia.com.br/cancer-como-a-primeira-causa-de-morte-nos-municipios-brasileiros-em-2015/ Acesso em 24 de setembro de 2019.

PAIM J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.