



Desafios e potencialidades na implementação do cuidado oncológico em rede: A voz dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde

Maria Carolina Rodrigues Garcia, Silvia Franco da Rocha
Tonhom, Kátia Alves Rezende, Mara Quaglio Chirelli, Fabiana
Veronez Martelato Gimenez, Tereza Lais Menegucci Zutin

Resumo: Introdução: Com o envelhecimento populacional, o perfil epidemiológico se voltou para as doenças crônicas não transmissíveis, e doenças como o câncer tornaram-se mais frequentes, o que demanda maior conhecimento do profissional de saúde para desenvolver os cuidados necessários. **Objetivo:** Analisar o desenvolvimento do cuidado em saúde na Atenção Básica à Saúde às pessoas com neoplasias malignas na perspectiva da integralidade. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa realizado em quatro Equipes da Estratégia Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada por meio de grupo focal com profissionais de diferentes categorias profissionais. **Resultados:** Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, modalidade temática, que permitiu a elaboração de quatro temas, no entanto o conteúdo a ser explorado neste artigo diz respeito as potencialidades e desafios na implementação do cuidado oncológico em rede, contemplando articulação ensino-serviço e o E-SUS como ferramenta que potencializa a comunicação; e como desafio, o difícil acesso aos serviços especializados e desvalorização da Atenção Básica à Saúde pelos demais níveis de atenção. **Conclusões:** Identificou-se como potencialidade a desenvoltura da equipe no agendamento e a prontidão da mesma, otimizando os encaminhamentos para os serviços de especialidades, proporcionando uma abordagem integral. Destaca-se fragilidades nos arranjos organizativos da Redes de Atenção à Saúde, ressaltando a deficiência de comunicação entre os níveis de atenção, a descontinuidade de informações e a inexistência ou pouca utilização da contrarreferência. Para que haja a articulação das Redes de Atenção à Saúde e para que a Atenção Básica à Saúde seja eficiente, ressalta-se a criação de espaços para discussão entre os profissionais dos demais níveis de atenção e a Atenção Básica à Saúde.

Palavras-chave: Oncologia; Neoplasias; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Assistência à Saúde.

Strenghts and challenges in the implementation of oncological care in network: The voice of Primary Care workers.

Abstract: Introduction: With population aging, the epidemiological profile has turned to non-communicable chronic diseases, and diseases such as cancer have become more frequent, which requires greater knowledge of the health professional to develop the necessary care. **Goals:** To analyze the development of health care in Primary Health Care for people with malignant neoplasms from the perspective of integrality. **Methods:** This is a study with a qualitative approach carried out in four teams of the Family Health Strategy and the Expanded Nucleus of Family Health. Data collection was carried out through a focus group with professionals from different professional categories. **Results:** Data were analyzed through content analysis, thematic modality, which allowed the elaboration of four themes, however the content to be explored in this article concerns the potential and challenges in the implementation of oncological care in a network, contemplating teaching articulation -service and E-SUS as a tool that enhances communication; and as a challenge, the difficult access to specialized services and the devaluation of Primary Health Care by the other levels of care. **Conclusions:** The team's resourcefulness in scheduling and its readiness was identified as potential, optimizing referrals to specialty services, providing a comprehensive approach. Weaknesses in the organizational arrangements of the Health Care Networks are highlighted, highlighting the lack of communication between the levels of care, the discontinuity of information and the inexistence or little use of counter-referral. For the articulation of Health Care Networks and for Primary Health Care to be efficient, the creation of spaces for discussion between professionals from other levels and Primary Health Care.

Keywords: Oncology; Neoplasms; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Care.

1. Introdução

A transição das condições de saúde no Brasil com crescente aumento Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no quadro epidemiológico, tem como fatores determinantes as mudanças demográficas, considerando a diminuição das taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida, bem como, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas (Mendes, 2011).

Nesse sentido, com o aumento das DCNT, em especial, o câncer, tem-se uma demanda crescente da busca por serviços de saúde. Segundo a International Agency for Research on Cancer (IARC) houve aumento de 19,3 milhões de novos casos e 10 milhões de mortes por câncer no ano de 2020 no mundo, estimando-se 28,4 milhões de novos casos em 2040 (World Health Organization [WHO], 2020).

Estima-se para o Brasil no triênio 2020-2022 a ocorrência de 450 mil casos novos de câncer, para cada ano, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, com cerca de 177 mil casos novos, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, [INCA], 2019).

Com foco nesse contexto, em 2005, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria n. 2439, Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), determinando que fosse organizada uma linha de cuidado que perpassasse todos os níveis de atenção e de atendimento, sendo estabelecido fluxos de referência e contrarreferência para garantir o acesso e o atendimento integral (Portaria n. 2.439, 2005).

Com a necessidade de atualização, em 2013, a PNAO foi revogada pela Portaria n. 874 de 16 de maio de 2013 que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), destacando princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; à prevenção do câncer; ao cuidado integral; à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; à educação; à comunicação em saúde e ciência e à tecnologia (Portaria n. 874, 2013).

Considerando o desencontro entre a situação epidemiológica e os sistemas de atenção à saúde, que estão voltados a responder às condições prementes e agudizações das doenças crônicas de maneira reativa, e fragmentada destaca-se a necessidade de restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção que envolve a implementação de uma nova forma de organização com integração, articulação e interdependência entre os serviços, permitindo uma resposta com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade (Mendes, 2011).

Nessa direção, em 2010 o MS elaborou a Portaria n. 4279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (Portaria n. 4279, 2010).

A RAS é compreendida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado”. Dessa forma, é caracterizada por relações horizontais entre os pontos de atenção à saúde e tem como centro de comunicação a Atenção Básica à Saúde (ABS), na qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Considera-se como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si que tem missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente, ofertando atenção contínua e integral a determinada população e coordenada pela ABS (Mendes, 2008).

Em 2014, com a função de reorganizar a atenção à saúde da pessoa com doença crônica, o MS redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC) no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, por meio da Portaria n. 483. Dessa forma, a RASPDC objetiva realizar o cuidado integral à essas pessoas em todos os pontos de atenção por meio de ações e serviços de promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, além de estimular a mudança no modelo nessa perspectiva (Portaria n. 483, 2014).

Nesse cenário destaca-se o cuidado oncológico. Para Migowski et al. (2018), a ampliação da assistência oncológica no SUS, associada ao aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitou alcançar a universalidade do acesso aos serviços de saúde. Para eles a integralidade depende da articulação de todos os níveis de atenção, com uma rede de referência determinada e regulada, porém

apontam que os serviços de maior densidade tecnológica, por estarem mais concentrados, geram desafios para serem regulados e contratualizados, o que dificulta a integralidade.

Nesse sentido, com o envelhecimento populacional, o perfil epidemiológico se voltou para as DCNT não transmissíveis e doenças como o câncer, tornaram-se mais frequentes, o que demanda maior conhecimento do profissional de saúde para dar sequência aos cuidados após a alta hospitalar e durante o tratamento ambulatorial.

Nessa direção a presente pesquisa pretendeu dar escuta aos profissionais que desenvolvem esse cuidado em rede. Assim, objetivou-se analisar como é desenvolvido o cuidado em saúde na Atenção Básica às pessoas com neoplasias malignas na perspectiva da integralidade.

2. Método

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que permitiu compreender a subjetividade presente nas falas dos participantes e assim adentrar ao mundo dos significados, realidade que não é visível e necessita ser compreendida e interpretada pelo pesquisador. Essa abordagem trabalha com o que não pode e não deve ser quantificado que são os significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes (Minayo, 2016).

A pesquisa foi realizada nas Equipes da ESF (EqESF) de um município do interior paulista, que na ocasião contava com 40 EqESF, representando uma cobertura de 57,7%, 12 Unidades Básica Saúde e quatro equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), divididas em quatro macrorregiões: Norte, Sul, Leste e Oeste. Definiu-se como cenário do estudo, considerando a diversidade dos territórios, uma EqESF de cada macrorregião e o NASF que as apoiam.

A EqESF é composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de escrita, um auxiliar de limpeza, dois auxiliares de enfermagem, um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um a dois Agentes de Combate às Endemias (ACE). Já o NASF conta com fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, conforme pactuação do município.

Para definição dos cenários foi solicitado ao Setor de Avaliação e Controle (DACA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a incidência de neoplasias malignas em cada território das equipes. Contudo, a informação obtida foi somente o número de pacientes em acompanhamento ambulatorial. Sendo assim, realizou-se contato telefônico com os profissionais de nível superior (médico, enfermeiro ou dentista) que nesse município se configura como trio gestor, com a finalidade de identificar o número de pacientes em acompanhamento e, posteriormente agendado a melhor data para realização da coleta de dados.

Como critério de inclusão foi definido a equipe com maior número de pacientes com neoplasias malignas em cada macrorregião e de exclusão a equipe de saúde com menos de um ano de atuação de algum profissional e a unidade que a pesquisadora atua. Visando manter o anonimato das equipes selecionadas, elas receberam nomes fictícios: EqESF Girassol, EqESF Hortêncica, EqESF Lavanda e EqESF Violeta. Dessa forma, excluiu-se três equipes na região oeste e uma na região leste conforme os critérios estabelecidos.

No total, houve a participação de 35 profissionais que compunham as EqESF e do NASF que apoiavam essas Unidades. Na EqESF Violeta foram nove participantes, sete na EqESF Girassol, nove na EqESF Hortêncica e dez na EqESF Lavanda. Desses, quatro são médicos, quatro enfermeiros, quatro dentistas, oito ACS, um ACE, três auxiliares de enfermagem, dois ASB, dois auxiliares de escrita, uma nutricionista, dois educadores físico, dois fisioterapeutas, uma assistente social e uma psicóloga, não havendo recusa dos profissionais. Sendo que não houve a participação do NASF que representaria a macrorregião Sul devido a atestado médico no dia do grupo focal e a reorganização da ABS em decorrência da pandemia.

Para coleta de dados foi utilizada a técnica de grupo focal, pois a mesma, possibilita atingir um nível reflexivo superior se comparado a outras e demonstra dimensões que podem não ser exploradas pelas demais ferramentas de coleta de dados. O grupo focal é um espaço dinâmico de discussão e troca de experiências que promove uma ampla problematização sobre a temática pesquisada, permitindo que os

participantes explorem seus pontos de vista e sejam autores e atores de hipóteses estratégicas (Backes et al., 2011).

A coleta de dados compreendeu o período de fevereiro a setembro de 2020, sendo realizada pela pesquisadora e uma observadora, após capacitação prévia. Os grupos foram realizados nas próprias unidades de saúde de cada equipe, e a organização dos grupos se deu pelo contato telefônico com um dos profissionais do trio gestor que contactou com o restante da equipe, sendo utilizado gravação por mídia eletrônica.

A princípio foi planejado sua realização de forma presencial, o que foi possível atingir um nível reflexivo maior apenas na EqESF Violeta e EqESF Girassol, nas demais unidades, devido a reorganização dos serviços acerca do contexto de pandemia da Covid-19, realizou-se o grupo focal com parte da equipe presencial e como parte da equipe estava em outras unidades, foi possível a participação de forma *online*, utilizando a ferramenta *Google Meet*. Para a realização das mesmas foram consideradas todas as medidas sanitárias necessárias.

Antes de iniciar os grupos focais, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam um questionário de perfil demográfico e em seguida, a pesquisadora apresentou a problemática e o objetivo, sendo solicitado permissão para gravação em mídia eletrônica. Os grupos tiveram duração de aproximadamente 50 minutos, sendo um encontro por equipe, contemplando o objetivo proposto pela pesquisa.

Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora, por meio das seguintes questões norteadoras: como é realizado o cuidado em saúde pela equipe de referência e pelo NASF às pessoas com neoplasias malignas? Quais as potencialidades nesse processo de cuidar? Quais as fragilidades nesse processo de cuidar? Como ocorre a comunicação entre os serviços de oncologia do município de Marília e a equipe da ESF? Quais mudanças são necessárias para que o processo de cuidar a esse paciente seja efetivo?

Este estudo é parte dos resultados de uma dissertação de mestrado, aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Marília em parceria com o Comitê Municipal de Avaliação de Pesquisa da Secretaria de Saúde de Marília, respeitando a resolução nº466 de 2012. Parecer Consubstanciado do CEP n. 3.676.531 e CAEE n. 22113519.3.0000.5413 em 2019.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática, buscando ter uma visão do conjunto, aprender as particularidades do material a ser analisado, elaborar pressupostos, escolher formas de classificação e determinar conceitos teóricos (Gomes, 2016).

Nessa trajetória, após realização do trabalho em campo e transcrição dos diálogos, pela própria pesquisadora, que emergiram dos grupos focais, os dados passaram pelas etapas de pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

Na primeira etapa foi realizada leitura exaustiva e compreensiva do material obtido, na qual foi possível ter uma visão do todo, aprender as particularidades, elaborar pressupostos iniciais, escolher classificação inicial e determinar conceitos teóricos que orientaram a análise.

Na segunda etapa foi realizada exploração do material, com descrição de todo conteúdo obtido, sendo possível identificação dos núcleos de sentido, dialogando com os pressupostos iniciais e buscou-se a elaboração de temáticas mais amplas como proposto por Gomes (2016).

Desta forma, as temáticas foram reagrupadas em quatro temas: construção da integralidade no cuidado oncológico na ABS/ESF: potencialidades e desafios; formação acadêmica e profissional da equipe para o cuidado oncológico; pessoas com doenças crônicas: desafios e potencialidades na implementação do cuidado oncológico em rede e sentimento dos profissionais acerca da realização do cuidado oncológico.

Nesse artigo será abordado, pessoas com doenças crônicas: desafios e potencialidades na implementação do cuidado oncológico em rede, apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Agrupamento do tema e núcleo de sentido, derivado da análise de dados dos grupos focais com os profissionais das equipes de saúde, 2021.

Tema	Núcleo de Sentido
Pessoas com Doenças Crônicas: desafios e potencialidades na implementação do cuidado oncológico em rede.	O difícil acesso ao serviço especializado e aos exames.
	A burocracia dificulta o cuidado na perspectiva da integralidade.
	Desvalorização da ABS pelos demais níveis de atenção.
	Articulação ensino-serviço contribuindo para o desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade.
	E-SUS como ferramenta para melhoria da comunicação entre os serviços.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na etapa final, foi realizado uma síntese interpretativa, dialogando a fundamentação teórica adotada, os depoimentos, seus contextos, observações registradas no trabalho de campo e o objetivo e pressupostos da pesquisa (Gomes, 2016).

3. Resultados e discussão

3.1 Apresentação dos participantes

Dos 35 profissionais que participaram da pesquisa, oito (23%) eram do sexo masculino e 27 (77%) do sexo feminino; 22 (63%) casados, um (3%) em união estável e 12 (34%) solteiros.

Quanto à idade, três (9%) tinham entre 20 a 29 anos, 12 (34%) entre 30 a 39 anos, 13 (37%) entre 40 a 49 anos e sete (20%) entre 50 a 59 anos. No tocante a formação profissional 22 (63%) referiram ensino superior completo, um (3%) ensino superior incompleto, um (3%) curso técnico; cinco (14%) ensino médio completo e seis (17%) não informaram; dos profissionais com nível superior, 13 (59%) já cursaram pós-graduação, um (4,5%) pós-graduação em andamento e oito (36,5%) não informaram.

Em relação ao tempo de atuação na ESF, nove (26%) profissionais de um a cinco anos, 13 (37%) de seis a 10 anos, seis (17%) de 11 a 15 anos, quatro (11%) de 16 a 20 anos e três (9%) com 21 anos de atuação.

Conformando com os achados do perfil sócio profissional dessa pesquisa, Tomaz et al. (2020) apresentaram predominância do sexo feminino, média de idade de 40 anos e média de atuação de 12 anos.

3.2 Pessoas com doenças crônicas: desafios e potencialidades na implementação do cuidado oncológico em rede.

Evidenciou-se que diante da suspeita de câncer os profissionais da equipe buscam agilizar o agendamento para as especialidades, no entanto, apontam dificuldades de acesso para ocorra o agendamento nesses serviços.

“[...] na maioria das vezes quando a gente tem um sinal de alerta, possível câncer, a gente já consegue ir encaminhando de forma mais rápida, tanto na parte do dentista quanto clínico também [...]” (EqESF Girassol).

“E a questão da facilidade no acesso do agendamento da especialidade em si, que às vezes demora, a gente só consegue agendando, mesmo porque a gente fica ligando e insistindo, falando que o paciente está piorando o quadro, então, não é porque tem disponível para oferecer como oferta.” (EqESF Girassol).

Legitimando essa fragilidade, Pichelli et al. (2019) demonstraram que o funcionamento dos sistemas de regulação de vagas em relação a realização de exames e atendimento com especialistas são responsáveis pela demora do acesso do paciente aos serviços de saúde e, conseqüentemente, o agravamento da doença.

Em 2008, devido a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no SUS e de fortalecer a regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde, o MS instituiu a Política

Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria nº 1.559, que está organizada em três dimensões de atuação integradas entre si. Cabe destacar a dimensão Regulação do Acesso à Assistência que tem como objetivo a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, sendo coordenada pelos Complexos Reguladores. Essa política tem como principais atribuições adequar e orientar os fluxos de acesso aos serviços de saúde, garantir os princípios de equidade e integralidade e a elaboração e implantação de protocolos de regulação (Portaria n. 1.599, 2008).

Schenker e Costa (2019), apontaram como desafio a ser superado, a desarticulação das redes intra e intersetoriais. Observaram condições que comprometem a resolubilidade da assistência, dentre elas, a dificuldade de acesso, limitações das equipes pela falta de profissionais e materiais, além das dificuldades das EqESF em lidar com especificidade do paciente e seus familiares.

Considera-se como responsabilidade da gestão do SUS a realização de regulação entre as partes da rede de atenção à saúde definindo os fluxos de atendimento com a função de controlar o acesso e garantir a equidade, além de promover e otimizar recursos (Portaria n. 874, 2013).

Como parte da rede de atenção à saúde, a ABS tem como principal função o encaminhamento oportuno de casos suspeitos do câncer para confirmação diagnóstica e coordenação e manutenção do cuidado das pessoas com câncer quando referenciadas para outros pontos da rede. Já a atenção especializada deve garantir a integralidade do cuidado, apoiando e complementando a ABS na investigação do diagnóstico, no tratamento e na atenção às urgências (Portaria n. 874, 2013).

Além da problemática apontada, anteriormente, é importante refletir também sobre a capacidade de resolubilidade da atenção básica. Os profissionais têm capacitação para o atendimento a essas pessoas? Existe infraestrutura para exames e seguimento dos casos?

Quanto a organização dos serviços, citam que a burocracia do sistema contribui para dificultar o seguimento do caso e revelam que orientam o paciente sobre os direitos que ele tem.

“[...] a gente não consegue uma vaga para onco geral, precisa ser para onco específica, a gente precisa fechar diagnóstico para poder encaminhar essa paciente [...] não existe oncologista geral para investigação, apenas o onco específico, a gente tem que achar o câncer para mandar esse paciente, então não basta a suspeita, não basta um exame apontando um marcador tumoral[...]” (EqESF Violeta).

“Até porque a própria burocracia também atrapalha, muitas vezes, a gente quer oferecer algo para o paciente, a gente sabe e informa que é um direito dele. Mas, burocracia barra, quando você diz é seu direito, você pode procurar, aí assim é um milhão de papéis que começa a se pedir, quando você vai atrás, como a L. citou, quando a gente tenta fazer um contato de onde esse paciente veio para solicitar essa contrarreferência, as pessoas têm essa dificuldade de nos dar atenção. Então, muitas vezes o paciente acaba desistindo de dar continuidade a isso por conta da burocracia [...]” (EqESF Lavanda).

Embora a PNPCC estabeleça diretrizes para prevenção e controle do câncer com o objetivo de reduzir a mortalidade, as incapacidades causadas pela doença e a incidência de alguns tipos de neoplasias, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, depara-se com aspectos limitantes, entre eles, a burocracia, que dificulta a agilização dos processos de cuidar (Portaria n. 874, 2013).

As barreiras encontradas pelos usuários como burocracia, demora no tempo de espera entre o agendamento e o dia da consulta e demora durante o processo de atendimento causam desmotivação pelos mesmos em procurar os serviços (Silva et al., 2016).

Nessa direção, o diálogo entre os profissionais da equipe e com a equipe especializada, potencializa a compreensão das ações e das necessidades dos usuários no sentido de agilizar o cuidado de forma integral.

A linha de cuidado demonstra uma possibilidade de garantir a integralidade relacionada à organização dos serviços de saúde, mostrando o caminho a ser percorrido nas redes de atenção. No entanto, nesta investigação as usuárias acometidas por câncer de mama precisam esperar além do que é recomendado.

Assim, evidencia-se a necessidade de implantação efetiva dessa linha, com pactuação entre os serviços. As leis sancionadas com vistas ao cuidado representam conquistas importantes, no entanto, a falta de estrutura e investimento no setor saúde são fatores limitantes (Aguiar et al., 2018).

Destaca-se a importância da criação de dispositivos que ampliem a parceria interprofissional nos serviços de saúde, proporcionando a promoção do cuidado integral e diminuindo as dificuldades no itinerário desde o diagnóstico até o tratamento do câncer, mediante organização dos fluxos assistenciais e fortalecimento das ações na rede de atenção oncológica (Aguiar et al., 2018).

Oliveira et al. (2019), sugerem que para que ocorra a articulação na RAS é fundamental organizar o processo de trabalho que disponha de tempo para discussão da clínica e criar espaços para o encontro dos profissionais proporcionando comunicação, confiança e o conhecimento entre eles. Esses mecanismos são ferramentas importantes para a construção da integralidade do cuidado.

Apontam sobre a necessidade de valorização do profissional da ABS pelos demais níveis de atenção.

“[...] se houvesse uma maior valorização desse profissional, eu acho que facilitaria muito para nós, para que obtivesse essas informações de uma forma mais direta, mais rápida, facilitaria o trabalho e qualificaria o trabalho para o paciente ” (EqESF Hortência).

Venturin e Menezes (2017), ressaltaram que os profissionais de saúde são fundamentais para o funcionamento dos serviços de saúde e é necessário o reconhecimento dos mesmos.

Corroborando com esses autores, a equipes afirmam que os serviços dos demais níveis de atenção e as diversas esferas de governo necessitam valorizar a ABS.

“Fico pensando que nós como porta de entrada, como atenção primária, nós deveríamos ter esse valor, não só das outras atenções como também da governabilidade do município, enfim, do Estado, do Distrito Federal, por que? Porque assim, é o que a T. falou, nós precisamos muito desses dados porque nós somos a linha direta do paciente, trabalhamos próximo enfim, temos uma equipe que está à disposição ” (EqESF Hortência).

Contudo, apontam que a ABS se articula as Organizações não Governamentais (ONG) e serviço social, cuja vulnerabilidade está presente, garantindo assim, o acesso a benefícios que atendam às necessidades.

“[...] quando a gente atende pessoas com uma vulnerabilidade social, [...] eu vejo assim com o olhar do serviço social, o mínimo que a gente consegue garantir para aquele paciente com relação a direitos, a gente faz articulação com a redes de serviços, assistência social, ONGS que [...] elas apoiam bastante também. Agente vê que melhora, é um amparo, [...] acaba acalutando um pouco a dor, quando a pessoa consegue ter, mesmo que de forma parcial, o acesso a algum insumo, um suplemento, uma fralda, o que seja, a gente vê que consegue melhorar significativamente um pouco o contexto naquele momento” (EqESF Violeta).

Outra contribuição identificada pelos profissionais é a articulação ensino-serviço, a qual se dá por meio da participação dos estudantes no processo do cuidado.

“[...] foi numa vista, com os alunos da UPP2, a docente da Famema estava junto, e a docente na hora do exame físico detectou um nódulo em região cervical, pescoço, e aí o doutor já encaminhou, então já operou, então é bem interessante [...]” (EqESF Violeta).

“A gente também tem uma equipe de estudantes que é da UNESP da terapia ocupacional, que também presta uma assistência para nós, quando a gente precisa desenvolver alguns trabalhos até paliativos, eles auxiliam a gente, então a gente senta, discute em equipe, discute com eles também, traça qual assistência que a gente vai estar executando para esse paciente” (EqESF Hortência).

Em relação ao sistema de informação, identificam que houve avanços com a implantação do E-SUS, PEC, no entanto, essa comunicação ainda está restrita a ABS. Apontam como desafio há necessidade de implantação, valorização e universalização do E-SUS nos demais níveis de atenção.

“[...] nós tivemos um grande passo a partir do ano passado, que foi através dos sistemas de informações, E-SUS, PEC Atenção Básica, agora a gente consegue ver pelo menos que o paciente passou no PA, e dizem que futuramente vai ter a interação entre os hospitais também, aí vai

ficar mais fácil a gente ter esse retorno para conseguir dar esse tratamento [...]” (EqESF Lavanda).

“O E-SUS é uma potencialidade, mas ele não está em todos os serviços, o CEO não utiliza o E-SUS, eu vi muita vantagem quando o PA Sul começou a usar, porque a gente consegue saber se o paciente foi, mas muitas vezes a evolução nele, ainda não tem aquela qualidade que a gente espera [...] o paciente não é meu, não é do médico, não é da enfermeira, outros profissionais podem passar e atender, e o foco é o paciente, então as pessoas tem que se conscientizar mais na utilização da questão do E-SUS e eu espero que esse programa seja implantado nos demais níveis da assistência” (EqESF Girassol).

Legitimando Oliveira et al. (2019), consideraram que o uso de prontuários únicos e informatizados em toda a rede de atenção configura-se como importante, mesmo não havendo garantia de articulação da RAS.

4. Considerações Finais

Identificou-se como potencialidade a desenvoltura das equipes no agendamento e a prontidão para o contato com a central de vagas com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, otimizando os encaminhamentos para os serviços de especialidades, além dos avanços na implantação dos sistemas de informação, buscando assim, uma abordagem integral.

A articulação ensino-serviço por meio da inserção dos estudantes nas atividades do cuidado, também se mostrou um espaço potente.

Entretanto, a dificuldade no agendamento de alguns exames e a possível demora do retorno com o especialista, dos quais expõem um obstáculo, prejudicando o acesso do paciente ao diagnóstico e tratamento e, conseqüentemente, refletindo em fragilidade para o cuidado integral. Mesmo com a existência de uma política de regulação ainda há vários desafios a serem superados para garantir os princípios de equidade e integralidade.

Destaca-se fragilidades nos arranjos organizativos da RAS, fato que desfavorece que a ABS coordene e dê continuidade ao cuidado, ressaltando a deficiência de comunicação entre os níveis de atenção, a descontinuidade de informações e a inexistência ou pouca utilização da contrarreferência.

Nesse sentido, para que haja articulação da RAS e para que a ABS seja eficiente, resolutiva na coordenação do cuidado, ressalta-se a criação de espaços para discussão entre os profissionais dos demais níveis de atenção, além da necessidade de articulação e arranjos definidos da ABS com atendimento especializado, investimentos em políticas públicas que valorizem infraestrutura, adequação, qualificação e valorização dos profissionais e que não seja centrada em quantidade de atendimentos e sim em um cuidado de qualidade e com foco na integralidade.

Como limitações desta pesquisa, cabe citar o contexto de sua execução durante a pandemia da Covid-19, cujo serviços foram reorganizados para atender essa demanda, sendo possível observar que naquele momento o foco das EqESF não estava voltado para outros cuidados além das situações da Covid-19.

Por fim, considera-se que o método escolhido, por meio da técnica de grupo focal para a coleta de dados, permitiu o alcance do objetivo de captar dos trabalhadores dos serviços de saúde, como é desenvolvido o cuidado em saúde na ABS às pessoas com neoplasias malignas e os aspectos desafiadores para a efetivação do cuidado oncológico em Rede.

Diante disso, os autores desse estudo consideraram importante o compartilhamento com os profissionais da gestão da SMS, do Departamento Regional de Saúde (DRS) IX e da Atenção Especializada (AE), fornecendo subsídios para a elaboração de uma linha de cuidado em oncologia.

5. Referências

- Aguiar, F. A. R., Sousa, T. C., Branco, J. G. O., Costa, F. B. C., Torres, A. R. A., & Arruda, L. P. (2018). Produção do cuidado na rede de atenção ao câncer de mama: revisão integrativa. *SANARE - Revista De Políticas Públicas*, 17(1). <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1226>
- Backes, D. S., Colomé, J. S., Erdmann, R. H. & Lunardi, V.L. (2011). Grupo focal como temática de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, 35(4), 438-42. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf
- Campos, R. T. O., Ferrer, A. L., Gama, C. A. P., Campos, G. W. S., Trapé, T.L. & Dantas, D. V. (2014). Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, 38, 252-64. <https://doi: 10.5935/0103-1104.2014S019>
- Gomes R. (2016). Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo M. C. S., Deslandes, S. F. & Gomes, R (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (pp. 72-95). Vozes.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2019). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Mendes E.V. (2008). As redes de atenção à saúde. *Rev Med Minas Gerais*, 18(4), 3-11. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1262#>
- Mendes, E.V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. (2nd ed.). OPAS.
- Migowski, A., Atty A. T. M., Tomazelli, J. G. & Dias, M. B. K. (2018). Jardim BC. A atenção oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64(2), 247-250.
- Minayo, M. C. S. (2016). O desafio da pesquisa social. In: Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F. & Gomes, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (pp. 9-28). Vozes.
- Oliveira, C. R. F., Samico, I. C., Mendes, M. F. M., Vargas, I. & Vázquez, M. L. (2019). Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 35(4):e00119318. <https://doi: 10.1590/0102-311X00119318>.
- Pichelli, K. R., Monteiro, M. V. C. & Hora, S. S. (2019). Desafios à intervenção interdisciplinar no olhar da equipe multiprofissional em um hospital de referência em tratamento de câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 65(4), e-11231. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.231>
- Portaria n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. (2005). Institui a política nacional de atenção oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitada as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,das%20tr%C3%AAs%20esferas%20de%20gest%C3%A3o.
- Portaria n. 1.599 de 1 de agosto de 2008. (2008). Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
- Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (2010). Estabelece diretrizes para a organização da rede de Atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. (2013). Institui a política nacional de prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
- Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014. (2014). Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
- Schenker, M. & Costa, D. H. (2019). Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na atenção primária à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, 4(4), 1369-80. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>

- Silva, M. R. F., Braga, J. P. R., Moura, J.F.P. & Lima, J. T. O. (2016). Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. *Saúde em Debate*, 40(110), 107-19. [https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406347806009/doi: 10.1590/0103-1104201611008](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406347806009/doi:10.1590/0103-1104201611008)
- Tomaz, H. C., Tajra, F. S., Lima, A. C. G. & Santos, M. M. (2020). Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Interface*, 24(1):e190634. <https://www.scielo.br/j/icse/a/dphvYH39MprDY7LmfCP886J/?lang=pt> (12)
- Venturin E, Menezes, V. F. (2017). Cuidado em saúde a partir da prática da visita domiciliar na estratégia de saúde da família no município de Venâncio Aires (RS). *Boletim de Saúde*, 26(2), 31-43. [http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/3286/cuidado-em-sa%C3%BAde-a-partir-da-pr%C3%A1tica-da-visita-domiciliar-na-estrat%C3%A9gia-de-sa%C3%BAde-da-fam%C3%ADlia-no-munic%C3%ADpio-de-ven%C3%A2ncio-aires-\(rs\)](http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/3286/cuidado-em-sa%C3%BAde-a-partir-da-pr%C3%A1tica-da-visita-domiciliar-na-estrat%C3%A9gia-de-sa%C3%BAde-da-fam%C3%ADlia-no-munic%C3%ADpio-de-ven%C3%A2ncio-aires-(rs))
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. (2020). *Latest global cancer data: cancer burden rises to 19.3 million new cases and 10.0 million cancer deaths in 2020*. https://www.iarc.who.int/wpcontent/uploads/2020/12/pr292_E.pdf

Maria Carolina Rodrigues Garcia

Secretaria Municipal de Saúde de Marília;
Universidade de Marília, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-7936-4485>
 garciaa.caroll@gmail.com

Silvia Franco da Rocha Tonhom

Faculdade de Medicina de Marília, Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-7522-2861>
 siltonhom@gmail.com

Kátia Alves Rezende

Faculdade de Medicina de Marília, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-9022-2680>
 katialvesrezende@gmail.com

Mara Quaglio Chirelli

Faculdade de Medicina de Marília, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-7417-4439>
 marachirelli@gmail.com

Fabiana Veronez Martelato Gimenez

Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-3768-5288>
 fabiveronez@hotmail.com

Tereza Lais Menegucci Zutin

Universidade de Marília, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-5653-3151>
 enfermagem.lais@unimar.br

Data de submissão: 02/2022

Data de avaliação: 04/2022

Data de publicação: 07/2022