



ARTIGO ORIGINAL

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO*

HEALTH CARE FOR PEOPLE IN ONCOLOGICAL TREATMENT

CUIDADO A LA SALUD DE PERSONAS EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Sandra Cristina Fernandes Pereira¹, Joseneide Santos Queiroz²

RESUMO

Objetivo: analisar a legislação em vigor e compará-la com a realidade relatada pelos usuários da saúde, que realizam tratamento oncológico em uma unidade de saúde. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, com dez pessoas com doença oncológica, internadas numa unidade hospitalar. Utilizaram-se, como ferramentas de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, o diário de campo e a análise documental. Ordenaram-se os dados, seguindo a técnica de Análise de conteúdo na modalidade Análise de categorias. **Resultados:** elencaram-se as seguintes categorias de análise: diagnóstico precoce; modalidade cartão SUS e rede pública X rede privada na saúde. **Conclusão:** alerta-se que existem expressivas lacunas no que diz respeito à assistência à saúde no SUS, especificamente quanto ao diagnóstico inicial da doença e ao acesso ao tratamento. **Descritores:** Saúde Pública; Oncologia; Rede de Atenção à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência à Saúde; Regionalização.

ABSTRACT

Objective: to analyze the legislation in force and compare it with the reality reported by health users, who perform cancer treatment in a health unit. **Method:** this is a qualitative, descriptive, exploratory study with ten people with cancer disease, admitted to a hospital unit. The data collection tools used were semi-structured interviews, field diaries and document analysis. The data was ordered, following the technique of Content Analysis in the category Analysis mode. **Results:** the following categories of analysis were listed: early diagnosis; UHS card modality and public network X private network in health. **Conclusion:** it is warned that there are significant gaps regarding health care in UHS, specifically regarding the initial diagnosis of the disease and access to treatment. **Descriptors:** Public Health; Oncology; Health Care Network; Health Services Accessibility; Regional Health Planning.

RESUMEN

Objetivo: analizar la legislación vigente y compararla con la realidad reportada por los usuarios de la salud, que realizan tratamiento del cáncer en una unidad de salud. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio con diez personas con enfermedad de cáncer, ingresadas en una unidad hospitalaria. Las herramientas de recolección de datos utilizadas fueron entrevistas semiestructuradas, diarios de campo y análisis de documentos. Los datos se ordenaron siguiendo la técnica de Análisis de contenido en la categoría Modo de análisis. **Resultados:** se enumeraron las siguientes categorías de análisis: diagnóstico temprano; Modalidad de tarjeta SUS y red pública X red privada en la salud. **Conclusión:** se advierte que existen lagunas significativas con respecto a la atención médica en el SUS, específicamente con respecto al diagnóstico inicial de la enfermedad y el acceso al tratamiento. **Descriptor:** Salud Pública; Oncología; Red de Atención a la Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Prestación de Atención de Salud; Regionalización.

¹Universidade do Estado da Bahia/UNEB. Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9901-4856> ²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/UFRB. Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9938-5067>

*Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização de Gestão em Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. 2018

Como citar este artigo

Pereira SCF, Queiroz JS. Assistência à saúde de pessoas em tratamento oncológico. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e242825 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242825>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a saúde pública no Brasil, após a Constituição de 1988, teve um grande avanço por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que, posteriormente, foi materializado na Lei 8.080/90.¹

Organizou-se este sistema de forma hierarquizada e regionalizada, em nível de complexidade crescente, de forma que determina, por meio da realidade social, a situação de saúde de cada região. Permitem-se singularidades pela dimensão do Estado brasileiro, ou seja, as ações do SUS estão previstas para ser realizadas de acordo com a necessidade da população local. Tem-se esse sistema, como princípios norteadores, segundo a mesma legislação, a universalidade de acesso à saúde, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia, a equidade, a regionalização, a hierarquização, a participação popular, a descentralização e o comando único.¹

Influenciaram-se grandes transformações pelas mudanças no contexto da saúde e também na realidade. Vem-se o Brasil, nas últimas décadas, sofrendo mudanças no perfil das causas por mortalidade e morbidade denominadas transição epidemiológica. Diz-se este conceito respeito às diversas transformações ocorridas no tempo relacionadas aos padrões de saúde e doença que ocorrem em conjunto com outras modificações demográficas, sociais e econômicas.² Informa-se que ocorreram, no Brasil, uma diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento das doenças não transmissíveis e crônicas, sendo que, entre elas, estão ganhando destaque as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas.³

Enfatizam-se, assim, neste estudo, as neoplasias, popularmente conhecidas como câncer, que hoje é considerado um problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano no mundo.⁴ Afirma-se, em estudos do Instituto Nacional do Câncer, que “a prevalência do câncer continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas”.^{5,26}

Instituiu-se, diante deste contexto epidemiológico atual, o tratamento do câncer pela portaria 874, de 16 de maio de 2013, pela Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.⁶ Propôs-se, pelo Ministério da Saúde, uma política nacional para atender às necessidades da população no que diz respeito à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer na rede de atenção à saúde. Objetivou-se o diagnóstico

precoce, bem como acesso ao nível de média e alta complexidade, para que seja possível o tratamento com perspectiva de cura, entendendo que o tempo para o paciente com câncer é o seu maior vilão.

Compreende-se que, apesar de existir uma legislação que orienta os caminhos legais para o acesso à saúde, diversas são as realidades em todo território brasileiro e muitas são as barreiras que impedem o que está previsto em lei de ser cumprido. Buscam-se, logo, pelas pessoas, diversas estratégias e possibilidades para conseguir esse atendimento com o objetivo de garantir o direito à saúde. Informa-se que essas diversas possibilidades, que fogem da formalidade da lei, são as produções das redes de cuidados ou “Redes Vivas” formadas pelas próprias pessoas que produzem movimentos, elaboram saberes, que constroem e partilham cuidados e, neste contexto, a rede não está formada, ela será tecida de acordo com os acontecimentos.⁷

OBJETIVO

- Analisar a legislação em vigor e compará-la com a realidade relatada pelos usuários da saúde, que realizam tratamento oncológico em uma unidade de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, utilizando a técnica de Análise de conteúdo.⁸⁻⁹ Levantaram-se, como participantes do estudo, pessoas com doença oncológica internadas no período de dezembro de 2016 a janeiro de 2017. Definiu-se o número de participantes pelo critério de saturação das respostas, totalizando dez participantes, sendo que, destes, oito são homens e uma, mulher, todos procedentes do interior do Estado, com faixa etária que variou de 22 a 72 anos, todos com seus respectivos acompanhantes. Revela-se, no entanto, que um acompanhante participou da entrevista de forma efetiva e, como as informações deste foram de fundamental importância, ele foi acrescentado na população de estudo. Elegeu-se como local de estudo uma enfermaria que atende pacientes em tratamento oncológico pelo SUS de um hospital filantrópico de grande porte da cidade de Salvador, que dispõe de diversas especialidades no campo da saúde, dentre elas, o Serviço de Oncologia, caracterizado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, que atende ao Estado da Bahia.

Utilizou-se, como ferramenta para a coleta e produção de dados, a entrevista semiestruturada na qual o entrevistado discorre sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.⁸ Empregou-se, durante a entrevista, um gravador (Iphone 5S) no sentido de garantir a fidedignidade

das falas, bem como o sigilo das mesmas. Usou-se, também, pela pesquisadora, o diário de campo em que eram escritas as experiências e situações vivenciadas no local da pesquisa e que estavam relacionadas com a temática abordada e, por fim, foi realizada uma análise documental do prontuário no sistema eletrônico da instituição de forma complementar.

Iniciou-se a coleta dos dados por meio de uma busca ativa do perfil dos pacientes internados, e foi posteriormente discutida com a equipe a viabilidade da realização da entrevista. Deu-se início, posteriormente, ao contato com as pessoas internadas, bem como com seus familiares, sendo apresentada a pesquisa e realizado o convite para a participação da mesma. Expôs-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ressaltando a garantia do anonimato e livre escolha de sair da pesquisa a qualquer momento. Deixou-se, além disso, uma cópia do documento com o paciente e, após o consentimento do participante, a entrevista foi realizada no local de escolha do mesmo, mantendo-se, assim, o sigilo e conforto.

Ordenaram-se os dados, seguindo a técnica de Análise de conteúdo, no sentido de sistematizá-los para a análise por meio de um mapeamento, formando uma matriz de categorias temáticas para todas as informações obtidas. Realizou-se a transcrição das gravações, sendo as falas dos informantes apresentadas de maneira fidedigna e transcritas de forma literal, com a releitura de material dos dados do diário de campo e das fontes documentais. Classificaram-se os dados na sequência, identificando-se os analisadores, e elaboraram-se as categorias empíricas. Articularam-se, na análise final, os dados empíricos com os referenciais teóricos e metodológicos da pesquisa e documentos, promovendo a relação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Aplicaram-se, com a finalidade de manter o anonimato dos participantes da pesquisa, as letras “P” (pessoa) e “A” (acompanhante), acompanhadas de numeração arábica.

RESULTADOS

Escolheu-se o cenário desta pesquisa devido à experiência vivenciada na unidade hospitalar durante o atendimento às pessoas em unidade de internamento e em ambulatório exclusivamente da Oncologia SUS. Tornou-se possível, assim, a oportunidade de acolher e orientar muitos doentes e familiares que contavam suas histórias de vida e as barreiras para conseguir o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer. Trazem-se, por todos estes, as dificuldades com a realização de exames, atendimentos em emergência, o tempo de espera da regulação, deslocamento para tratamento de

saúde, enfim, diversas barreiras para conseguir o acesso à saúde. Destacamos nesta pesquisa três categorias relevantes deste processo, a saber, o diagnóstico precoce, a rede pública X a rede privada na saúde e a modalidade cartão SUS.

Na primeira categoria, diagnóstico precoce, destacam-se as diversas falas que trazem as dificuldades de acesso ao cuidado preventivo e ao diagnóstico da doença. Relatou-se, pelos entrevistados, como surgiram sintomas, com agravos importantes na saúde que os levaram a buscar atendimento de urgência, sendo que, na busca pela descoberta de um diagnóstico, alguns deles se deparam com a doença em estágio avançado, o que, muitas vezes, impossibilita a cura.

Descobriu que [...]. Eu comecei com tosse e vômito, tudo que eu ingeria, eu jogava fora, não ficava nada no estômago e também perdendo muito peso, aí, eu procurei o médico lá, um clínico; aí, ele passou uns exames e um raios-X de tórax, quando eu fiz, tava com uma mancha, aí, com pouco tempo, eles me indicaram pra fazer nada lá, falaram que era pra procurar um especialista e pronto, mandou pra casa. (P6)

Destaca-se, durante a pesquisa, o relato de uma paciente que descobriu o diagnóstico durante o sétimo mês de gestação e, após o parto, ela teve que ser imediatamente encaminhada para o tratamento da doença, não podendo ficar com seu filho e vivenciar os seus primeiros dias de vida.

Depois de uma gravidez, a partir do sétimo mês de gestação, fiz uma USG do abdômen e aí constou o que eu tinha. (P5)

Notabiliza-se, diante das falas dos entrevistados, a dificuldade para o acesso local de atendimento aos serviços de saúde. Evidencia-se, também, a fragilidade do atendimento em serviços de pronto atendimento, bem como nas unidades básicas de saúde.

[...] eles não internaram não porque lá, pra ter atendimento na emergência, só se tiver chegado com febre ou vomitando, o resto manda pra casa. (P6)

Lá nós não temos atendimento [...]. (P9)

[...] a nossa Santa Casa está fechada, então, não tinha como, o atendimento, que nós temos de mais urgência, é uma UPA, nós temos, e nós temos o IPE hoje, que acaba atendendo um pouco também que antes era só pra atendimento de [...]. (A1)

Mas é só pra marcação pra três meses, quatro meses [...]. (P9)

Na categoria, Rede Pública X Rede Privada na saúde, destaca-se que muitos são os relatos que descrevem as dificuldades para o acesso ao atendimento de saúde, bem como a grande precariedade no atendimento e a demora do diagnóstico para o início do tratamento; logo, para suprir essas necessidades, os participantes deste estudo trazem, como estratégia, a realização de

consultas e exames em clínicas particulares para obter um diagnóstico com mais brevidade.

Aí, eu passei em outra unidade, a médica do posto encaminhou passar na pneumologista [...] Paguei particular. [...] aí, no particular, ele disse que eu tinha que fazer uma cirurgia, só que lá não tinha, pra fazer cirurgia não fazia, não fazia essa cirurgia que eu fiz nesse tempo, aí passou pra mim, passou pra mim, passei pelo cirurgião lá, pra saber se fazia aqui mesmo, né; lá, aí fui pra lá, pra o cirurgião, paguei particular também. (P3)

[...] quando foi com quinze dias depois eu, antes de quinze dias, eu comecei a sentir dor nas costas e tendo febre alta e acordava de noite todo encharcado de suor, a roupa podia torcer; aí, tirei outro raios-X e vi que a mancha tinha aumentado bastante durante estes quinze dias; aí, eu paguei uma consulta particular, na verdade, já é a segunda consulta particular que eu tinha pago, aonde o médico mandou que eu fizesse uma ressonância, procurasse um pneumologista. (P6)

Tudo particular, raios-X, consulta, é, fiz mais dezessete exame de sangue, fezes, urina, broncoscopia, tudo particular. [...] o atendimento foi do bairro, agora, os exames, eu tive que pagar. (P6)

[...] ou a regulação, então, como ele estava apresentando sintomas de dor, de um desconforto, a gente não tinha mais como esperar, tivemos que recorrer à rede particular. (A9)

Percebe-se que as falas dessas pessoas geralmente são cheias de comoção porque é uma verdadeira batalha chegar até o tratamento e muitos se emocionam ao contar as diversas estratégias que precisaram usar para estar ali. Detalha-se que, para eles, é natural que quem tem amigo tem tudo; verbalizam como contam com o apoio de amigos e conhecidos, que dão o “jeitinho” porque são “camaradas”, e assim conseguem chegar com mais facilidade ao tratamento, pois essa foi a maneira que eles encontraram de fazer acontecer a rede de atenção à saúde: é a construção de uma rede viva que luta pela vida.

Eu tenho um sobrinho que ele é candidato a vereador, né; aí, através do meu respeito, ele pegou no gabinete do deputado federal em Brasília sobre a mim, aí, ele disse: “vamos encaminhar agora”, aí ligou [...]. (P1)

Junto com Dr. A, a esposa do Dr. A. disse que ele ia fazer cirurgia e tal, que iria me ajudar como me ajudou mesmo. (P1)

Ele veio pra cá, o médico passou um relatório pra procurar, ele deu um bilhete pra procurar a equipe médica do Dr. S.T, aí veio de lá pra cá assim, não veio pela secretaria de saúde não. (P3)

E por fim, na categoria modalidade cartão SUS, destaca-se que devido às lacunas nas redes de atenção, principalmente no que diz respeito à

pactuação entre os municípios, alguns entrevistados referem queixas devido à demora no encaminhamento para o tratamento.

Muitas vezes não tem por que tem muitos que ficam esperando a regulação, mas a regulação lá demora uma eternidade, eu mesmo tava regulado lá e o negócio apertou e, quando a gente veio correndo pra cá, porque se tivesse ficado eu não tinha resistido não. (P6)

Encontrou-se, diante do exposto, outra possibilidade pelos pacientes para conseguirem atendimento oncológico, que é a alteração do endereço no cartão SUS para o município que ofereça o serviço. Trazem-se, pelos entrevistados, informações de como conseguiram fazer essa alteração com tanta ingenuidade e naturalidade, sem saber que o ideal é que não precisassem de nada disso; outros ainda contam como estão se mantendo em outro município, com casa alugada, com ajuda de amigos, porque precisaram mudar de endereço para acesso ao tratamento.

Através de minha filha, foi tanto que o lugar nosso lá atrasado que meu SUS não prestou pra aqui, foi obrigado nos tirar outro. (P1)

Eu tive que conseguir um aqui porque aqui municipalizou, aí, não ia conseguir o tratamento sem tirar esse cartão do SUS aqui em SSA [...]. Amigos assim deu casa pra gente, à gente teve que alugar assim pra poder tirar o cartão do SUS. Com o contrato da casa, a gente tirou o cartão do SUS. [...] a mulher deu o contrato pra gente, a gente bateu e foi lá no posto do bairro, aí consegui tirar. (P5)

[...] sabe, eles sabem, assim, eu cheguei a questionar porque como eu tava precisando do tratamento, aí eu falei do cartão, aí eles: “Ah, você fique despreocupada porque lá a maioria acha que faz também pra poder fazer exame aqui”. (P5)

[...] foi aquela correria danada pra conseguir internamento porque meu cartão do SUS de lá, tive que trocar fazer com o endereço daqui, se não fizesse, não tinha conseguido. [...] com o endereço da minha irmã. (P6)

Evidenciam-se as dificuldades encontradas para a regulação em quase todas as falas e dos nove pacientes entrevistados, seis expressaram ter realizado a alteração de endereço para obter acesso ao tratamento, alguns orientados pela própria secretaria de saúde.

DISCUSSÃO

Dá-se, segundo o Instituto Nacional do Câncer, o nome câncer a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células (malignas), que invadem tecidos e órgãos e que podem se espalhar, causando metástase por todo o corpo.¹⁰ Tornou-se o câncer, desde a década de 30, um problema de saúde pública e, por conta disso, um grupo de médicos, liderados pelo Professor Mario Kroeff, teve a iniciativa de pensar em como realizar a

prevenção e o controle da doença. Pontua-se, porém, que uma ação neste sentido só ocorreu efetivamente após a criação do Sistema Único de Saúde, regulamentada pela Lei 8.080/90, onde estruturas regimentais e diretrizes foram atualizadas, bem como as ações foram ampliadas no âmbito da prevenção e controle do câncer.¹¹

Acrescenta-se que, atualmente, a legislação específica em vigor é a Portaria 874, que instituiu a 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). Revela-se que uma das diretrizes desta política diz respeito à prevenção e ao diagnóstico precoce, que é a detecção da doença em estágio inicial. Inserem-se estas ações nas linhas de cuidado e atendimento integral que devem ser oferecidas de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado.

Relaciona-se a prevenção, nos níveis primários e secundários da assistência, com o índice de incidências e mortalidade por câncer no Brasil: “As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do percurso assistencial”, onde deve ser priorizada a garantia do atendimento.¹²

Iniciam-se, os desafios para uma assistência integral à saúde pelo processo de trabalho na rede básica que vai, assim, se somando às outras ações assistenciais.¹³ Afirmam-se, ainda, pelo mesmo, que grande parte dos problemas de saúde pode ser resolvida neste nível de assistência, bem como a possibilidade de prevenção de problemas graves que dependeram de assistência em nível hospitalar; e no que diz respeito à prevenção e a detecção precoce do câncer, a doença descoberta em fase inicial tem grandes chances de tratamento e cura.¹⁴

Estabeleceram-se, pelo INCA, como proposta de prevenção e detecção precoce dos tipos de câncer mais prevalentes, as ações de controle do tabagismo e de outros fatores de risco, a educação em saúde em escolas, em ambiente de trabalho, nas unidades de atenção básica e a realização de exames periódicos preventivos.¹⁵ Acrescentaram-se, junto a essas ações, as campanhas do câncer de mama (Outubro Rosa), que oferecem mamografias e câncer de próstata (Novembro Azul), além da consulta com o urologista. Salienta-se que essas campanhas ajudam a divulgar informações e orientações, no entanto, estas, isoladas, não cumprem o seu principal objetivo, que é a detecção precoce. Faz-se necessário que, juntamente com essas campanhas, a população tenha acesso aos resultados de exames e encaminhamentos pertinentes, caso seja necessário.

Ligam-se as barreiras para a prevenção e a descoberta do diagnóstico diretamente com os entraves na saúde pública. Apresentam-se, pelo sistema de saúde, muitas fragilidades no que diz

respeito ao acesso das pessoas para o atendimento, seja de urgência/emergência ou nas unidades básicas de saúde. Abordam-se em um estudo as dificuldades de acesso aos serviços de saúde de pessoas da zona rural dos EUA, com situação similar aos serviços de saúde no Brasil, existem dificuldades relacionadas a dificuldades culturais e financeiras, restrição de oferta de serviços, de fixação de médicos no interior e maior demora para diagnóstico e tratamento.¹⁶

Reafirmam-se, no que tange ao acesso e às barreiras na atenção à saúde da pessoa com câncer, por outra pesquisa realizada na Bahia, os achados deste estudo, na qual se destaca o contexto de uma pessoa que também perpassa entre os serviços públicos e privados devido às deficiências das diversas redes de atenção em que deveria estar inserida, Atenção Básica, Oncológica e Rede Cegonha, estabelecendo, assim, a relação entre o público e o privado na saúde.

Descreve-se, nesse contexto, que os prestadores privados de serviço, muitas vezes, “em uma dupla militância entre o público e o privado”, também são responsáveis pela regulação do acesso, ou seja, os próprios profissionais inseridos nos serviços públicos direcionam os pacientes para que acessem o serviço privado como forma de continuidade do tratamento, atravessando as barreiras encontradas no serviço público.¹⁷

Acredita-se que essa situação é uma contradição importante que perpassa a saúde como direito de todos e dever do Estado pelo fato de esse sistema estar em um contexto econômico neoliberal, que enfatiza o Estado mínimo e o crescimento da iniciativa privada. Discute-se esse contexto, assim, como o incentivo do setor público da saúde antes e depois do SUS, reafirmando essas contradições que perpassam esse cenário entre o público e o privado na saúde.¹

Torna-se o panorama aqui descrito a difícil realidade de muitos cidadãos que buscam, no seu dia a dia, resolver os seus problemas de saúde, procurando diversas estratégias de sobrevivência como um escape às lacunas encontradas no sistema público de saúde. Trata-se, neste sentido, discutir os “mapas do cuidado”, com destaque para a utilização frequente dos recursos públicos e privados nos percursos dessas pessoas, os diferentes formatos do *mix* público e privado que perpassam o percurso assistencial oficial.¹⁸

Observou-se que os usuários constroem verdadeiros “mapas do cuidado”, a partir de um conhecimento prático advindo da própria experimentação e observação de como conseguir o acesso ao cuidado que avaliam como necessário, fazendo uso do aparato médico-hospitalar-ambulatorial, *seja ele público ou privado*, de modo criativo e combinado, a depender de suas possibilidades e/ou controles de recursos, como

ter um plano de saúde ou contatos e conhecimentos pessoais, por exemplo.¹⁸

Demonstra-se que outra questão trazida pelo autor e também bastante significativa nesta pesquisa foram os contatos e conhecimentos pessoais, pois o diagnóstico conclusivo e tratamento do câncer estão no nível de alta complexidade e envolvem procedimentos cirúrgicos, biópsias, tratamento com quimioterapia, radioterapia, internamentos prolongados e até mesmo o uso de medicamentos de alto custo; logo, é o tipo de tratamento de um período prolongado e de custo muito elevado, o que dificulta mantê-lo em caráter particular, como foi visto anteriormente à estratégia para a descoberta da doença. Nota-se que esta condição também é citada em outro estudo, sobre o câncer de colo de útero, o diagnóstico tardio, dificuldades em realizar exames e a biópsia são os principais problemas enfrentados para o acesso aos serviços de saúde.¹⁹

Apresenta-se, diante do contexto, outra possibilidade trazida pelos entrevistados para conseguir o acesso à saúde, que foi o apoio de políticos conhecidos; médicos que atendem em caráter particular e que se sensibilizam com a situação do paciente e, por meio de “contatos”, conseguem atendimentos para estes; ajuda de amigos e conhecidos com algum tipo de influência política.

Abordam-se, em outra discussão, por Almeida e Lima, 2015, a saúde e o território brasileiro, os desafios da regionalização em um país federativo, com grande número de municípios, com importantes desigualdades regionais e vazios assistenciais. Destacam-se, também, pelas autoras, em sua pesquisa, a relação pública e privada dentro deste sistema de saúde e a sua relação com a regionalização.²⁰ Somam-se a esses as características do sistema de saúde brasileiro, que é constituído por entes públicos e privados e que devem ser levados em consideração na conformação do sistema regional. Entende-se que os determinantes do processo de regionalização extrapolam o setor da saúde e que outras estruturas do território e os fatores de natureza econômica, social e cultural devem ser levados em consideração na formulação de políticas intersetoriais e de desenvolvimento regional que favoreçam o fortalecimento das regiões na saúde e a redução das desigualdades territoriais.²⁰

Precisa-se refletir sobre essa situação, visto que os serviços privados em saúde, que deveriam apenas ser um complemento ao SUS, hoje são vistos como a “resolução” para essas pessoas que precisam de um diagnóstico resolutivo o mais breve possível, mas, devido à fragilidade do sistema, a opção é buscar por um serviço de saúde particular, reforçando o estigma de que o SUS é para quem não tem condições de pagar pela saúde. Valida-se

tudo neste contexto de adoecimento e corrida contra o tempo para estas pessoas quando o que está em jogo é a vida.

No que diz respeito à modalidade cartão SUS e a organização do Sistema Único de Saúde, deve-se disponibilizar para a população de modo regionalizado e hierarquizado, com direção única em cada esfera de governo e garantindo a integralidade das ações de maneira integral. Passa-se a regionalização, uma das diretrizes do SUS, a ganhar um maior viés, a partir dos anos 2000, quando foi lançado o Pacto pela Saúde, em 2006, e posteriormente o Decreto-Lei 7508, de 28 de Junho de 2011, onde esse princípio passa a ser ponto importante na agenda dos gestores.²¹ Determinam-se, assim, pelo Decreto 7.508/11, que o SUS deva ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada e que a rede de atenção à saúde deve garantir um conjunto de ações e serviços articulados, em níveis de complexidade crescente, garantindo, assim, a integralidade da assistência à saúde.²²⁻²³

Evidencia-se, no que diz respeito ao tratamento do câncer pelo SUS, que, para o cidadão ter acesso à assistência, é necessário estar cadastrado em uma das unidades para tratamento oncológico, que são classificadas em Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que oferecem assistência especializada para o diagnóstico e tratamento de todos os tipos de câncer; Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que oferecem assistência especializada para o diagnóstico e tratamento para os cânceres mais prevalentes ou no Centro de Referência em Alta Complexidade em Oncologia, que são designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico ao gestor do SUS, nas políticas de atenção oncológica. Faz-se necessário, para tanto, que essa pessoa já tenha o diagnóstico conclusivo da doença por meio do exame anatomopatológico.

De acordo com a regionalização, bem como com os pactos entre os diversos municípios, que aqueles que não possuem a assistência necessária em Oncologia ou outras especialidades precisam encaminhar os pacientes para serem atendidos nos municípios mais próximos e pactuados. Esclarece-se que o cartão SUS é o instrumento utilizado para identificar o cidadão e a localização de domicílio para que o mesmo seja regulado para ter o atendimento necessário. Prevê-se pela legislação que a rede de atenção à saúde no SUS garanta o cuidado à saúde de forma descentralizada, intersetorial e integral, com serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão.²⁴ Deve-se, descentralização estar diretamente relacionada com o diagnóstico precoce e a prevenção, entendendo que este princípio facilita a interiorização das ações e

precisa ocorrer ainda no município de origem dessa pessoa.¹¹ No entanto, “ao transitarmos pela rede de câncer do Estado da Bahia, percebemos que os processos de construção dessa rede produzem uma série de entraves, que impõem aos usuários a produção de suas chaves de acesso”.^{17:94.}

Constata-se, em pesquisa realizada em outro contexto, que também houve resultados muito parecidos com a realidade aqui descrita, pois pessoas buscaram a mesma estratégia, neste caso, para conseguir todo o tratamento oncológico (Radioterapia e Quimioterapia) no mesmo município; o caso descreve a situação de uma mãe que entra em contato com uma determinada associação em busca de alguém que lhe forneça o endereço local por meio de uma conta de água ou procedimento de título de eleitor para conseguir seguir tratamento.¹⁷ Percebe-se que a conduta adotada por essas pessoas é muito comum devido à fragilidade do sistema e às brechas que existem devido à pouca resolutividade dos problemas de saúde.

Infere-se, nos diversos relatos descritos, que existe a criação de uma rede que não é prevista formalmente, mas que potencializa vidas. Acredita-se que, embora exista a organização formal da rede de atenção à saúde, também existem encontros, afetos, interferências que criam outras possibilidades de caminhar nesta rede, mostrando que essas redes são vivas⁷ e, apesar de não ser reconhecida, é um caminho possível de acesso: “As redes são de fato produzidas e ressignificadas a todo o momento”.^{17:97}

Pode-se, logo, afirmar que existem a rede formal e as “redes vivas”, esta última formada pelas diversas circunstâncias, extrapolando o que foi estabelecido em lei “não em sobreposição, mas em uma construção singular, rizomática e constante”.¹⁷ Deve-se considerar que existe a produção de uma região-viva, que impõe o reconhecimento de que não somente gestores e prestadores estabelecem regionalidades e sim que distintos atores a produzem, muito além das regiões de saúde formais.¹⁷

Alerta-se que as situações aqui descritas são elementos para se pensar a forma como a rede assistencial está organizada, as suas fragilidades, as lacunas que fazem com que as pessoas busquem diversas estratégias em busca de tratamento de saúde ou poder-se-ia até mesmo dizer de sobrevivência. Compreende-se, ao ouvir essas histórias, que são verdadeiras peregrinações, que o cotidiano dessas pessoas está muito longe do previsto em portarias e leis, pois são muitos caminhos trilhados, todos eles com muitas pedras que precisam ser vencidas uma a uma para que alcancem o objetivo final: um tratamento de saúde com a esperança de cura.

CONCLUSÃO

Infere-se, considerando tudo o que foi abordado neste artigo, que existem grandes lacunas no que diz respeito à assistência à saúde no SUS, especificamente quanto ao diagnóstico e tratamento do câncer de pessoas que residem no interior do Estado, e que, apesar de existir uma legislação organizada, esta ainda não foi efetivada.

Pontua-se que, quando o câncer é descoberto em fase inicial, as chances de cura são muito maiores, no entanto, viram-se, nesta pesquisa, relatos de pessoas que descobriram a doença quando já havia um sintoma grave e incapacitante devido às dificuldades de acesso à saúde.

Acrescenta-se que muitos são os problemas para o acesso à saúde na atenção básica, que é de fundamental importância para o diagnóstico precoce, e, mesmo nos níveis de alta complexidade, como é o caso das emergências e unidades de pronto atendimento, não existe um atendimento cuidadoso, pois os sintomas são tratados, porém, não existe uma investigação diagnóstica.

Analisa-se que diversas são as barreiras enfrentadas por pessoas com câncer, desde o diagnóstico até a chegada ao tratamento, e as mesmas, lutando pela vida, têm o tempo como o seu maior vilão. Buscam-se, por essas, estratégias de sobrevivência, entre elas, as “redes vivas”, saindo da formalidade da lei e procurando, de maneira informal, o acesso à saúde.

Necessitam-se a prevenção e o controle do câncer de uma rede de atenção à saúde integral e descentralizada, que seja efetiva em todos os níveis de complexidade do sistema, atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde, no entanto, é possível compreender que o cotidiano dessas pessoas está muito longe do previsto em portarias e leis. Trilham-se muitos caminhos por essas pessoas, todos eles com estratégias que buscam apenas um objetivo: o acesso à saúde e a possibilidade de cura.

Buscou-se, por este artigo, contribuir para elucidar a necessidade de melhorias desse sistema no que diz respeito à sua efetividade. Entende-se que, por meio de estudos, pode-se agregar conhecimento e ilustrar a realidade da saúde. Têm-se, assim, subsídios para lutar pela melhoria da saúde pública no país.

REFERÊNCIAS

1. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 Sept 19 [cited 2019 Mar 15]. Available from:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

2. Omran AR. The Epidemiologic transitions: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q.* 2005 Dec;83(4):731-57. DOI: [10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00398.x](https://doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00398.x)

3. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde coletiva* [Internet]. 2007 [cited 2018 Sept 10]; 04(17):140-35. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>

4. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. The risk of cancer in Brazil: tendencies and recent epidemiologic studies. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2005 [cited 2018 Sept 24];51(3):227-34. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisa01.pdf

5. Facina T. Estimativa 2014. Estimate 2014 - Cancer Incidence in Brazil. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 10]; 60(1):63. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf

6. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Decreto nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

7. Merhy EE, Gomes MPC, Silva M, Santos MFL, Cruz AT, Franco TB. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. *Divulg Saúde Debate.* 2014 Oct;52:153-64. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

8. Bardin L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.

9. Caregnato RCA, Mutti R. Qualitative research: discourse analysis versus content analysis. *Texto contexto-enferm.* 2006 Oct/Dec; 15(4):679-84. DOI: [10.1590/S0104-07072006000400017](https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017)

10. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 32th ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

11. Senado Federal (BR). *Constituição Federal de 1988* [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

12. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/image/abc-capa-5-edicao.jpg>

13. Kligerman J. Rationale for a National Cancer Prevention and Control Policy. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2002 [cited 2018 Aug 10];48(1):03-7. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/etoriorial.pdf

14. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *A situação do câncer no Brasil* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2006 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>

15. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.

16. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, Siegel RL, Stein KD, Kramer JL, et al. *Cancer Treatment and Survivorship Statistics, 2014*. *CA Cancer J Clin.* 2014 July/Aug;64(4):252-7. DOI: [10.3322/caac.21235](https://doi.org/10.3322/caac.21235)

17. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Deteção precoce do câncer / Atenção Oncológica* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2004 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/historico-das-acoes>.

18. Douthitac SN, Kivac T, Dwolatzky S, Biswas B. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. 2015. *Public Health.* 2015 June;129(6):611-20. DOI: [10.1016/j.puhe.2015.04.001](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.04.001).

19. Rosa NSF, Souza MC, Rodrigues RM, Esteves CO. Entre a chave e o cadeado: dobras sobre acesso e barreira na atenção à saúde da pessoa com câncer. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituto nas redes - Políticas e cuidado em saúde - livro 2*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016.

20. Meneses CS, Cecílio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Andrade MGG, Santiago SM, et al. Lay agency and the generation of public-private mix health care maps. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017 June;22(6):2013-24. DOI: [10.1590/1413-81232017226.14822016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016)

21. Teixeira LA. From gynaecology offices to screening campaigns: a brief history of cervical cancer prevention in Brazil. *Hist Ciênc Saúde*

Manguinhos. 2015 Jan/Mar;22(1):221-40. DOI: [10.1590/S0104-59702015000100013](https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100013)

22. Almeida APSC, Lima LC. The public and the private in the health regionalization in Espírito Santo. Saúde Debate. 2015 Dec, 39(Spe):51-63. DOI: [10.5935/0103-1104.2015S005187](https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005187)

23. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalization in the SUS: implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers. Ciênc Saúde Coletiva. 2017 Apr;22(4):1155-64. DOI: [10.1590/1413-81232017224.30252016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016)

24. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2011 [cited 2011 June 28]. Available from:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

Correspondência

Joseneide Santos Queiroz

E-mail: joseneide.queiroz@ufrb.edu.br

Submissão: 26/09/2019

Aceito: 18/10/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.