



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

BRUNO LOPES RIOS

**ATENÇÃO ONCOLÓGICA: PERCEPÇÕES DE PACIENTES E TRABALHADORES
DA SAÚDE SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE APOIO
DIAGNÓSTICO**

PETROLINA/PE

2024

BRUNO LOPES RIOS

**ATENÇÃO ONCOLÓGICA: PERCEPÇÕES DE PACIENTES E TRABALHADORES
DA SAÚDE SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE APOIO
DIAGNÓSTICO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF, campus Petrolina/PE, como requisito para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde e Biológicas.

Orientadora: Profa. Dra. Cheila Nataly Galindo Bedor

Coorientadora: Profa. Dra. Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

PETROLINA/PE

2024

Rios, Bruno Lopes
R586a Atenção oncológica: percepções de pacientes e trabalhadores da saúde sobre a implantação de um serviço de apoio diagnóstico / Bruno Lopes Rios. – Petrolina-PE, 2024.
x, 69 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina-PE, 2024.

Orientadora: Profa. Dra. Cheila Nataly Galindo Bedor

1. Neoplasia. 2. Policlínica - Juazeiro (BA). 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Assistência à Saúde.I. Título. II. Bedor, Cheila Nataly Galindo. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 616.994

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

BRUNO LOPES RIOS

ATENÇÃO ONCOLÓGICA: PERCEPÇÕES DE PACIENTES E TRABALHADORES
DA SAÚDE SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE APOIO
DIAGNÓSTICO

Dissertação apresentada como
requisito para obtenção do título de
Mestre em Ciências com ênfase na
linha de pesquisa: Saúde, Sociedade
e Ambiente, pela Universidade
Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 15 de março de 2024

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente

 CHEILA NATALY GALINDO BEDOR
Data: 23/04/2024 11:38:21-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Cheila Nataly Galindo Bedor, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univaf

Documento assinado digitalmente

 DANIEL TENORIO DA SILVA
Data: 23/04/2024 16:27:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Daniel Tenório da Silva, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univaf

Documento assinado digitalmente

 LUIZA TACIANA RODRIGUES DE MOURA
Data: 23/04/2024 11:34:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Luiza Taciana Rodrigues de Moura, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univaf

Documento assinado digitalmente

 ANA CLEIDE DA SILVA DIAS
Data: 23/04/2024 14:24:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ana Cleide da Silva Dias, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univaf

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos aos participantes do estudo, cuja colaboração foi fundamental para o desenvolvimento da pesquisa. Agradeço também à minha orientadora, pela sua orientação e apoio ao longo de todo o processo. Além disso, sou grato à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas (PPGCSB) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

RESUMO

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde é uma realidade vivenciada por muitos usuários que necessitam de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Quando ela ocorre em serviços que fazem parte da rede de suporte de apoio diagnóstico em oncologia, acaba prejudicando o início do tratamento em tempo oportuno. A Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro (PRSJ) é um exemplo de serviço que presta apoio diagnóstico às neoplasias na região norte da Bahia desde o ano de 2019 e por ser um estabelecimento recém-implantado na região, não existe estudos direcionados à mensuração de sua contribuição na rede de atenção em oncologia. Desse modo, o objetivo dessa dissertação é descrever o impacto da implantação da PRSJ no diagnóstico e acompanhamento de neoplasias na região. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa baseado no método cartográfico. Foram entrevistados oito profissionais de saúde que atuam na regulação municipal e seis usuários que possuem diagnóstico de neoplasia, ambos com experiências anteriores a implantação da PRSJ. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foram realizados cinco DSC e encaixados em três temas, que abordam o acesso ao diagnóstico, as lacunas no serviço prestado e a humanização do atendimento. Em relação ao acesso ao diagnóstico, os DSC mostraram uma ampliação no número de vagas para os exames e consultas, como também uma mudança em relação ao local de referência para realização dos exames de acompanhamento. As lacunas no serviço prestado mostraram as sugestões de mudanças em relação à ampliação das vagas para atender a demanda da região. Sobre a humanização do atendimento, o DSC dos usuários mostrou a necessidade de um atendimento mais humanizado, por parte dos profissionais que os assiste. Os discursos mostraram que ocorreu alteração na dinâmica do itinerário terapêutico dos usuários com diagnóstico de neoplasia, melhorando este, uma vez que anteriormente a implantação do serviço os exames de acompanhamento eram realizados na capital do estado. Porém, apesar da melhora, tanto usuários, quanto profissionais apontaram fragilidades na assistência e o que falta no serviço prestado pela PRSJ para atender as necessidades do paciente com diagnóstico de neoplasia, sendo notória a necessidade de mudança em relação ao quantitativo de vagas para atender de forma satisfatória a demanda da região. Todavia, faz-se necessário a realização de novos estudos envolvendo outros estabelecimentos de saúde, que prestem apoio diagnóstico a esse público na região, visando apresentar um panorama ampliado sobre a articulação da rede oncológica para a população estudada.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Policlínica. Neoplasia. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Difficulty accessing health services is a reality experienced by many users who require care through the Unified Health System (UHS). When it occurs in services that are part of the oncology diagnostic support network, it ends up hindering the initiation of treatment in a timely manner. The Regional Health Polyclinic in Juazeiro (RHPJ) is an example of a service that has provided diagnostic support for neoplasms in the northern region of Bahia since 2019 and as it is a recently established establishment in the region, there are no studies aimed at measuring its contribution to the oncology care network. Therefore, the objective of this dissertation is to describe the impact of the implementation of RHPJ on the diagnosis and monitoring of neoplasms in the region. This is a study with a qualitative approach based on the cartographic method. Eight health professionals who work in municipal regulation and six users who have been diagnosed with neoplasia were interviewed, both with experience prior to the implementation of the RHPJ. The interviews were recorded, transcribed and analyzed using the Collective Subject Discourse (CSD) technique. Five CSD were carried out and fit into three themes, which address access to diagnosis, gaps in the service provided and the humanization of care. In relation to access to diagnosis, the CSD showed an increase in the number of places for exams and consultations, as well as a change in relation to the reference location for carrying out follow-up exams. The gaps in the service provided showed suggestions for changes in relation to expanding vacancies to meet the demand in the region. Regarding the humanization of care, the users' CSD showed the need for more humanized care from the professionals who assist them. The speeches showed that there was a change in the dynamics of the therapeutic itinerary of users diagnosed with neoplasia, improving this, since prior to the implementation of the service, follow-up exams were carried out in the state capital. However, despite the improvement, both users and professionals pointed out weaknesses in the assistance and what is lacking in the service provided by RHPJ to meet the needs of patients diagnosed with neoplasia, with the need for change in relation to the number of vacancies to serve satisfying the demand in the region. However, it is necessary to carry out new studies involving other health establishments, which provide diagnostic support to this public in the region, aiming to present an expanded overview of the articulation of the oncology network for the population studied.

Keywords: Access to health services. Polyclinic. Neoplasm. Health Assistance.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS E QUADROS

Figura 1 -	Estimativa de incidência dos dez principais tipos de câncer no Brasil em 2023	20
Gráfico 1 -	Taxas brutas de incidência estimadas em 2023 no estado da Bahia, de acordo com o sexo e localização primária	21
Gráfico 2 -	Taxa de mortalidade por neoplasia em homens no estado da Bahia, segundo principais causas, 2017-2021	22
Gráfico 3 -	Taxa de mortalidade por neoplasia em mulheres no estado da Bahia, segundo principais causas, 2017-2021	23
Quadro 1 -	Distribuição dos estabelecimentos de acompanhamento do câncer na Bahia	26
Figura 2 -	População por município na Região assistida pela Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro-BA, 2022	31
Quadro 1 -	Experiência dos profissionais em anos de trabalho na regulação municipal antes e após a implementação da PRSJ (MANUSCRITO)	41
Quadro 2 -	Descrição dos usuários entrevistados por tipo de neoplasia e anos de tratamento antes e após a implantação da PRSJ (MANUSCRITO)	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPISRJ	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Juazeiro
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRONON	Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica
PRSJ	Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro
RM	Ressonância Magnética
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado de Bahia
SIGES	Sistema Integrado de Gestão em Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SNC	Serviço Nacional do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unacon	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE	14
3.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL	15
3.3 REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	17
3.4 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER	19
3.5 REDE DE ONCOLOGIA NO BRASIL	24
3.6 REDE DE ONCOLOGIA NA BAHIA	26
3.7 POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE EM JUAZEIRO	27
4 METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DE ESTUDO	29
4.2 LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	30
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	32
4.4 PROCEDIMENTOS DE RECRUTAMENTO E COLETA DE DADOS	32
4.4.1 Coleta de dados com usuários	32
4.4.1 Coleta de dados com profissionais	33
4.5 TRATAMENTO DOS DADOS	34
4.6 GARANTIAS ÉTICAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS	65
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS	66
ANEXO - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	67

1 INTRODUÇÃO

As características de acesso aos estabelecimentos de saúde estão muito relacionadas à oportunidade que os usuários possuem em utilizá-lo, seja devido a uma necessidade ou pelas particularidades na oferta do serviço prestado (Dantas *et al.*, 2021). O acesso, por ser considerado um dos principais pilares para a qualidade e desempenho adequado dos serviços de saúde, representa uma série de dimensões capazes de identificar a relação que existe entre a busca e a inserção no serviço de saúde. Seu alcance ocorre de fato quando o usuário tem contato direto com os pontos assistenciais existentes (Cruz *et al.*, 2020).

As três décadas de existência do Sistema Único de Saúde (SUS) mostrou que a tríade universalidade, equidade e integralidade, necessitaram de complementação na garantia de acesso do usuário aos serviços de saúde. Durante o passar do tempo, desde o surgimento do SUS até os tempos atuais ocorreu uma ampliação no leque de serviços ofertados e no quantitativo de profissionais vinculados ao sistema. No entanto, as dificuldades ainda permeiam, como o subfinanciamento, as desigualdades regionais e a relação público-privado na prestação de serviços de saúde (Carmo *et al.*, 2021).

No Brasil, por ser um país no qual ainda persistem muitas iniquidades, as restrições aos serviços básicos de saúde são uma realidade. Isso tem impactado principalmente nos grupos em situação de vulnerabilidade social, quando comparados com as demais populações (Dantas *et al.*, 2021). A discussão sobre o acesso ao SUS é uma forma de identificar os grupos mais vulneráveis e que apresentam uma assistência carente de melhoria (Valle; Farah, 2020).

Os estabelecimentos de saúde que possuem atuação voltada ao diagnóstico e tratamento de câncer também sofrem uma forte influência das iniquidades de saúde. Essa deficiência na rede de atenção oncológica tem proporcionado um atraso no tratamento em tempo oportuno, pois o acesso ao diagnóstico ainda possui restrições (Centro de Tratamento do Câncer, 2020). Em um relatório realizado no ano de 2018 pelo Tribunal de Contas da União foi identificada uma carência nos serviços de radioterapia e quimioterapia, assim como de especialistas na rede de atenção oncológica. Isso tem dificultado o que está previsto na lei nº 12.732/2013, a qual estabelece que o tratamento oncológico deva iniciar em um período de até 60 dias após o diagnóstico (Brasil, 2012a; Santos, 2020).

Dentre as doenças mais prevalentes na população mundial, as neoplasias malignas são as principais geradoras de incapacidades e possuem uma alta letalidade. Muitos fatores levam ao surgimento dessas enfermidades, dentre eles destacam-se o envelhecimento da população, a interferência da urbanização, a industrialização, o avanço da ciência e as alterações no estilo de vida das pessoas. A prevalência elevada de neoplasias possui um papel de destaque devido ao impacto no índice de mortalidade da população (Viana; Santos; Oliveira, 2021).

As neoplasias representam mais de 100 tipos diferentes de doenças e são consideradas um problema de saúde pública mundial. Com o aumento da prevalência dessas doenças, tornam-se necessários investimentos em serviços mais abrangentes para detecção precoce, vigilância, assistência, promoção da saúde e capacitação de profissionais (Sbaraglia; Bellan; Deitos, 2021). A Atenção Básica (AB) é a responsável pelo encaminhamento dos casos suspeitos para a atenção especializada (Cerqueira *et al.*, 2023).

O cuidado promovido pela atenção especializada torna-se necessário e complementar ao trabalho desenvolvido pela AB. Mesmo assim, um dos grandes desafios do SUS é a estrutura escassa e heterogênea da rede de atenção especializada, que tem se tornado um gargalo no processo de construção do sistema (Tesser; Neto, 2017).

Nesse contexto, as Policlínicas Regionais de Saúde no estado da Bahia são estabelecimentos que foram implantados para dar subsídio à AB no apoio diagnóstico. Nelas, os usuários possuem acesso a atendimento médico especializado, realização de exames gráficos e de imagem e de procedimentos como pequenas cirurgias e biópsias. As Policlínicas proporcionaram uma descentralização da assistência à saúde no estado. Com esse tipo serviço, os usuários passaram a ter acesso próximo de casa, sem percorrer longas distâncias, pois anteriormente esses atendimentos eram concentrados na capital ou na região metropolitana (Bahia, 2022a).

A Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro (PRSJ) é um exemplo de serviço especializado que vem prestando ações de apoio diagnóstico e terapêutico na região norte do estado da Bahia, desde sua inauguração em 30 de julho de 2019. Uma das principais finalidades do serviço é o diagnóstico precoce do câncer e o acompanhamento adequado dos casos para que o tratamento seja realizado em tempo oportuno. O aporte de procedimentos ofertados neste estabelecimento

favorece principalmente o diagnóstico de câncer de mama, próstata, trato gastrointestinal, útero e neoplasias em parte moles (Bahia, 2022a).

A PRSJ trata-se de um estabelecimento que não é porta aberta e necessita de um agendamento prévio do usuário pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para que o atendimento seja realizado. Através da minha experiência, exercendo o cargo de Assessor Técnico (Sanitarista), no qual atuo diretamente com a oferta de vagas para consultas e exames, e controle da fila de espera para realização de biópsias, percebo uma necessidade de avaliar essas atividades. Por ser um serviço relativamente novo na região, existe uma carência em mensurar a amplitude e sua contribuição para rede de atenção à saúde. Assim, o tema desse estudo visa identificar as potencialidades e as fragilidades do serviço que vem sendo desenvolvido em relação ao diagnóstico de neoplasias.

Essa pesquisa envolve uma análise da realidade da assistência diagnóstica em oncologia, sob a perspectiva de diferentes atores sociais, como usuários e profissionais de saúde da regulação. Ao utilizar o método cartográfico é possível correlacionar o conhecimento extraído com outras áreas da ciência. Segundo Sombra, Rodrigues e Rosário (2022), através desse método é possível construir saberes envolvendo os campos da antropologia, filosofia, artes e educação. A busca por uma interação entre essas diferentes áreas do conhecimento é impulso para o caráter interdisciplinar deste estudo.

A dissertação está estruturada com uma revisão de literatura, a qual mostra as características do suporte assistencial em oncologia; a metodologia utilizada e os resultados. Esses por sua vez estão apresentados em um manuscrito, o qual objetiva descrever o ponto de vista de usuários e profissionais sobre o que mudou após a implantação da PRSJ na atenção oncológica da região. Por fim, as considerações finais apresentadas mostram as limitações do estudo e aponta as direções para novas possibilidades de trabalhar o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o impacto da implantação da PRSJ no diagnóstico e acompanhamento de neoplasias na região de saúde de Juazeiro-BA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na percepção dos usuários o que mudou após a implantação do novo serviço;
- Descrever a experiência dos profissionais da regulação municipal no agendamento de consultas e procedimentos eletivos para usuários com diagnóstico de neoplasia maligna após a implantação da PRSJ.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

Existem diversos sistemas de saúde implantados mundialmente e a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem difundido muito a concepção sobre a cobertura universal dos serviços de saúde (Giovanella *et al.*, 2018). Para os países europeus o acesso universal à saúde é uma responsabilidade dos serviços públicos nacionais, já os em desenvolvimento a universalidade é atingida através da cobertura dos serviços básicos ou pelos seguros de saúde, seja público ou privado (Lima, 2017).

No Canadá, o acesso à saúde está muito relacionado às necessidades dos usuários e não à capacidade que eles possuem em arcar com as despesas. O seu sistema de saúde é popularmente conhecido como *Medicare*, o qual não é um sistema nacional, mas uma coleção de planos e seguros de saúde que seguem um padrão nacional. Esses planos são financiados por impostos e financiamentos públicos e proporcionam serviços médicos e hospitalares básicos de forma gratuita a sua população (Martin *et al.*, 2018).

Diferentemente do Canadá, os Estados Unidos possui um sistema de saúde com limitações de acesso para aqueles que conseguem arcar com os seguros privados de saúde. Devido à ausência de um serviço da saúde universal para os estadunidenses, atualmente existem seis sistemas de saúde que atuam no país, sendo três públicos, dois mistos e um privado (Pinto; Garcia; Gonçalves, 2020).

No sudeste asiático também existe uma limitação no acesso universal aos serviços de saúde e apenas 50% da população é assistida pelos serviços básicos de saúde. Apesar disso, os países possuem uma ampla rede de serviços de saúde espalhados pelo território. Em Bangladesh, país situado ao sul da Ásia, o governo implementou um pacote de serviços essenciais visando uma expansão dos serviços de saúde para todos, com atividades direcionadas para imunização, saúde da mulher e as doenças não transmissíveis. No entanto, ainda existe uma carência de investimento ao nível distrital, principalmente pela baixa arrecadação de impostos, pois grande parte da população está inserida no trabalho informal (Cruz; Islam; Nuruzzaman, 2019).

A Tailândia, por sua vez, vem tendo êxito na cobertura das ações em saúde e está entre os países asiáticos que conseguiu atingir uma cobertura universal de assistência dos seus 66,3 milhões de habitantes, a partir do ano de 2002. Isso ocorreu pelo fato do país aumentar a arrecadação de impostos a serem direcionados para saúde, de 15% para 20%, pelas doações de empresas privadas as instituições de saúde e pela otimização no uso dos recursos disponíveis (Sumriddetchkajorn *et al.*, 2019).

Por sua vez, o continente africano é caracterizado pelo baixo acesso aos serviços de saúde considerados essenciais. Exemplifica isso a baixa presença de gestantes às consultas de pré-natal recomendadas, em 2014, por exemplo, apenas 43% gestantes compareceram a essas e nesse mesmo ano a média global de pré-natais foi de 55%. Outro dado interessante é que apenas 49% dos partos são assistidos por profissionais de saúde habilitados, enquanto a média mundial é de 70% (Union *et al.*, 2014). O grande desafio do continente para alcançar o acesso universal aos serviços de saúde está bastante relacionado à escassez de profissionais de saúde, pois dos 46 países, 36 possuem uma carência crítica de profissionais, como médicos, enfermeiros e parteiras (Sanogo; Fantaye; Yaya, 2019).

3.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde no Brasil ainda persistem, mesmo após a constituição de 1988, que foi desenvolvida com um foco direcionado a uma sociedade mais democrática, mas que ainda apresenta entraves que não fazem jus ao texto constitucional (Oliveira; Miranda; Santiago, 2020). Em seu escopo, o estado é o principal responsável pela construção das políticas sociais e econômicas, as quais proporcionem um acesso mais universal e igualitário às ações de saúde (Pase; Patella, 2022).

Com a implantação do SUS ocorreu uma mudança significativa na atenção à saúde no país, pois o acesso prioritário do usuário passou a ser através da atenção primária. A ampliação desses serviços buscou atingir um de princípio do SUS, que é o da universalidade, desse modo ocorreu uma rápida expansão dos serviços de atenção primária no país. O crescente aumento dos serviços de AB mostra um salto exponencial de apenas 2.000 estabelecimentos em 1998 para um total de 42.975 no

ano de 2018 e conseguindo alcançar uma população de 130 milhões de pessoas (Castro *et al.*, 2019).

Porém os investimentos realizados no SUS ainda não conseguiram suprir todas as necessidades da população. Ao longo do tempo foram criadas diversas políticas de saúde para diferentes grupos populacionais, como uma forma de ampliar o acesso para usuários que estavam desassistidos. Entre estas políticas estão às voltadas à saúde da criança, da mulher, do idoso, do homem e a do trabalhador (Andrade *et al.*, 2018).

A relação que existe entre a procura e a entrada no serviço está diretamente relacionada ao conjunto de dimensões do acesso aos estabelecimentos de saúde. Existem diversas dificuldades de acesso do usuário e elas vão além dos aspectos geográficos e estão a cada dia mais relacionadas à oferta insuficiente dos serviços. Soma-se a isso, os aspectos econômicos, culturais, sociais, religiosos, organizacionais, epidemiológicos e de comunicação das equipes de saúde (Cruz *et al.*, 2020).

Um exemplo disso são as dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua, pois a ausência de documentação e comprovante de residência acaba sendo um empecilho (Valle; Farah, 2020). No acesso e a utilização dos serviços de saúde também existem as implicações de gênero, que de certo modo proporciona uma superioridade de um grupo em detrimento dos demais. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, constatou que a assistência médica é maior entre as mulheres do que entre os homens. Visto que, 82,3% das mulheres realizaram alguma consulta médica nos últimos 12 meses enquanto o percentual de homens foi de 69,4% (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

Para atingir a cobertura universal de saúde são necessários esforços direcionados ao fortalecimento dos sistemas, principalmente aqueles responsáveis pelas populações menos favorecidas. As estratégias estão relacionadas ao financiamento dos serviços de saúde, para que as ações de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento sejam integrais e de qualidade; e que o acesso seja proporcionado de forma equitativa, levando em consideração a realidade de cada região (Bryant-Lukosius *et al.*, 2017).

Dentre essas estratégias, a coordenação do cuidado é exercida pelos serviços de AB, de acordo com a disponibilidade de serviços locais, e está associada a um melhor desfecho na transição da assistência para estabelecimentos

de atendimento especializado. Através dela o cuidado em saúde é expandido, de modo que sejam otimizados recursos e aprimorado a gestão das filas de espera. Ações regulatórias em saúde são utilizadas para garantir que esse potencial da AB seja efetivo para população (Katz *et al.*, 2020).

3.3 REGULAÇÃO DA ASSITÊNCIA À SAÚDE

No campo da saúde existem três níveis de regulação que atuam de acordo com as normas do Estado, eles são: a regulação da atenção à saúde, dos serviços prestados e do acesso à assistência. Essa última é considerada uma das principais estratégias do SUS que visa organizar os centros regulatórios, de forma que direcione o planejamento das ações e execute atividades efetivas na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Uma estratégia de instrumentalizar a regulação no Brasil foi à criação Sistema Nacional de Regulação, o qual proporcionou aos municípios serviços não disponibilizados pela rede de atenção à saúde local (Silva; Moreira, 2021).

Existe um grande desafio, que é a implantação de sistemas de regulação centrados na AB. Nessa ótica, a organização dos serviços de forma integrada, de acordo com os níveis assistenciais e assumindo responsabilidade sanitária sob o território, será capaz de promover resultados satisfatórios. O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde sugere que a regulação seja um componente responsável pela comunicação entre os estabelecimentos de saúde, principalmente entre serviços ambulatoriais especializados e a rede hospitalar (Batista *et al.*, 2019).

No ano de 2008, através da portaria nº 1.559, foi instituída a Política Nacional de Regulação no SUS. Assim, a regulação passou a ser um instrumento que possibilitou a plenitude das responsabilidades sanitárias de cada esfera de gestão (Brasil, 2008). Além dessa favorecer os instrumentos de gestão do SUS, os quais garantem um atendimento integral, equânime e universal, também é promotora dos processos de serve de hierarquização, regionalização e integração dos serviços de saúde (Meira *et al.*, 2022).

A regulação dos serviços de saúde é composta pelos complexos reguladores, os quais são responsáveis pela gestão técnica do serviço. As centrais de regulação estão integradas aos complexos e são unidade operacionais, geralmente são

descentralizadas e possuem um nível central para coordenação e direcionamento das ações (Brasil, 2008).

O processo de trabalho das centrais de regulação e complexos reguladores envolve atividades direcionadas a autorização de procedimentos, ações regulatórias e gestão de recursos humanos, sistemas de informação em saúde e infraestrutura (Bastos *et al.*, 2019). O papel dos profissionais que atuam nos serviços de regulação é primordial, principalmente para utilização racional dos serviços. O estabelecimento de fluxos assistenciais efetivos contribui não apenas para a otimização dos recursos existentes, mas também para ampliação do acesso a serviços de média e alta complexidade, pois estes são os principais nós críticos do SUS (Nóbrega, 2019).

Apesar da regulação ser caracterizada pelos aspectos burocráticos e protocolos definidos, existe uma nova perspectiva de ampliação do seu conceito. Isso vem ocorrendo devido ao papel dos usuários que busca estabelecer o seu próprio caminho de acesso à saúde. Esse movimento ao invés de promover o acesso, acaba gerando barreiras, mas possibilitam uma maior conexão dos usuários com os serviços de saúde. Por mais que trabalhadores e gestores não reconheçam esse movimento dos usuários, ele acaba aproximando a promoção do cuidado em saúde, sem danos a ação regulatória (Freire *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi implantada no ano de 2003, 23 anos após o surgimento do SUS, e contém aspectos importantes sobre o papel dos usuários para os desafios e avanços do sistema. Assim, a PNH busca uma valorização dos sujeitos que estão inseridos no processo de produção em saúde e uma compreensão das singularidades locais. Esse compromisso por um SUS mais humano acaba aproximando o sistema da realidade dos usuários e construindo vínculos mais fortalecidos (Brasil, 2010).

No alcance da integralidade da assistência à saúde, a intersetorialidade é um dos principais subsídios que considera o contexto social que os usuários estão inseridos. A partir dela, é possível a prestação de serviços de forma planejada, articulada e controla, a qual consiga atingir diferentes classes sociais. Um ótimo exemplo disso é a articulação entre escolas, unidades de saúde, estado e população, pois quando existe uma comunicação efetiva entre estes setores é possível uma plenitude na assistência à saúde. Seja desenvolvendo políticas públicas eficazes, tendo equipes de saúde suficientes para a cobertura populacional

ou até mesmo a população exercendo seu papel de cidadã (Nascimento *et al.*, 2021).

Também para o alcance da integralidade da assistência à saúde é necessário o reconhecimento do território, que além de considerar aspectos intersetoriais, deve fazer uso da epidemiologia para estudar a distribuição e os determinantes das enfermidades nas populações. A análise epidemiológica permite identificar padrões de morbidade e mortalidade, além de auxiliar na formulação de estratégias de prevenção e controle de doenças. Ela deve caminhar juntamente com a regulação em saúde, fornecendo subsídios para a tomada de decisões baseadas em evidências científicas e contribuindo para o bem-estar coletivo (Sanabria, 2022). Para o câncer, por exemplo, a compreensão da distribuição dos casos é uma forma de identificar padrões de ocorrência, como a incidência mais alta em algumas regiões geográficas ou em determinados grupos populacionais.

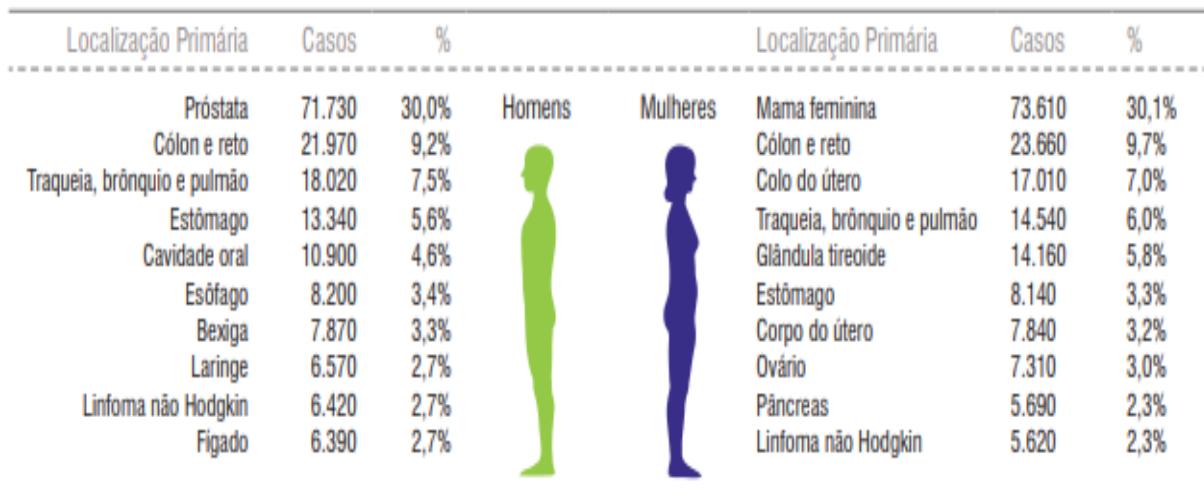
3.4 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

As neoplasias são consideradas como a segunda principal causa de morte em todo o mundo e a sua incidência está bastante relacionada às condições socioeconômicas, a exposição aos fatores de risco e ao estilo de vida adotado pelos indivíduos (Silva *et al.*, 2020). No ano de 2020 estimou-se a ocorrência de 19,3 milhões da casos novos de câncer em todo o mundo e cerca de 10 milhões de óbitos. Nos próximos 20 anos existe uma expectativa de um crescimento expressivo no número de casos, principalmente em países com pouco desenvolvimento socioeconômico (Siegel *et al.*, 2023).

O continente asiático é o mais afetado pelos óbitos por neoplasia, a exemplo disso, em 2020 estimou-se uma ocorrência de 58,3% das mortes por neoplasia no continente. Isso pode estar associado à sua elevada população, pois ele abriga 59,5% de toda a população do planeta. A Europa nesse mesmo ano, embora represente 9,7% da população mundial, apresentou uma taxa impressionante de 22,8% do total de casos de neoplasia no mundo, tendo também uma alta taxa de mortalidade, alcançando 19,6%. As Américas também apresentam dados significativos nesse período, com uma incidência de 20,9% e uma taxa de mortalidade de 14,2% (Siegel *et al.*, 2023).

No Brasil a ocorrência de câncer também é a segunda causa principal de óbitos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. A estimativa anual de casos novos da doença é de 450 mil, sem contabilizar os casos de câncer de pele não-melanoma. Entre os homens, os cânceres mais incidentes são os de próstata, reto, cólon, estômago, pulmão e região oral, já nas mulheres são os de mama, reto, cólon, colo uterino, pulmão e tireoide (Oliveira *et al.*, 2022). Na figura 1 está representada a estimativa de incidência dos dez principais tipos de câncer por sexo no Brasil em 2023.

Figura 1 - Estimativa de incidência dos dez principais tipos de câncer no Brasil em 2023



*Números arredondados para múltiplos de 10.

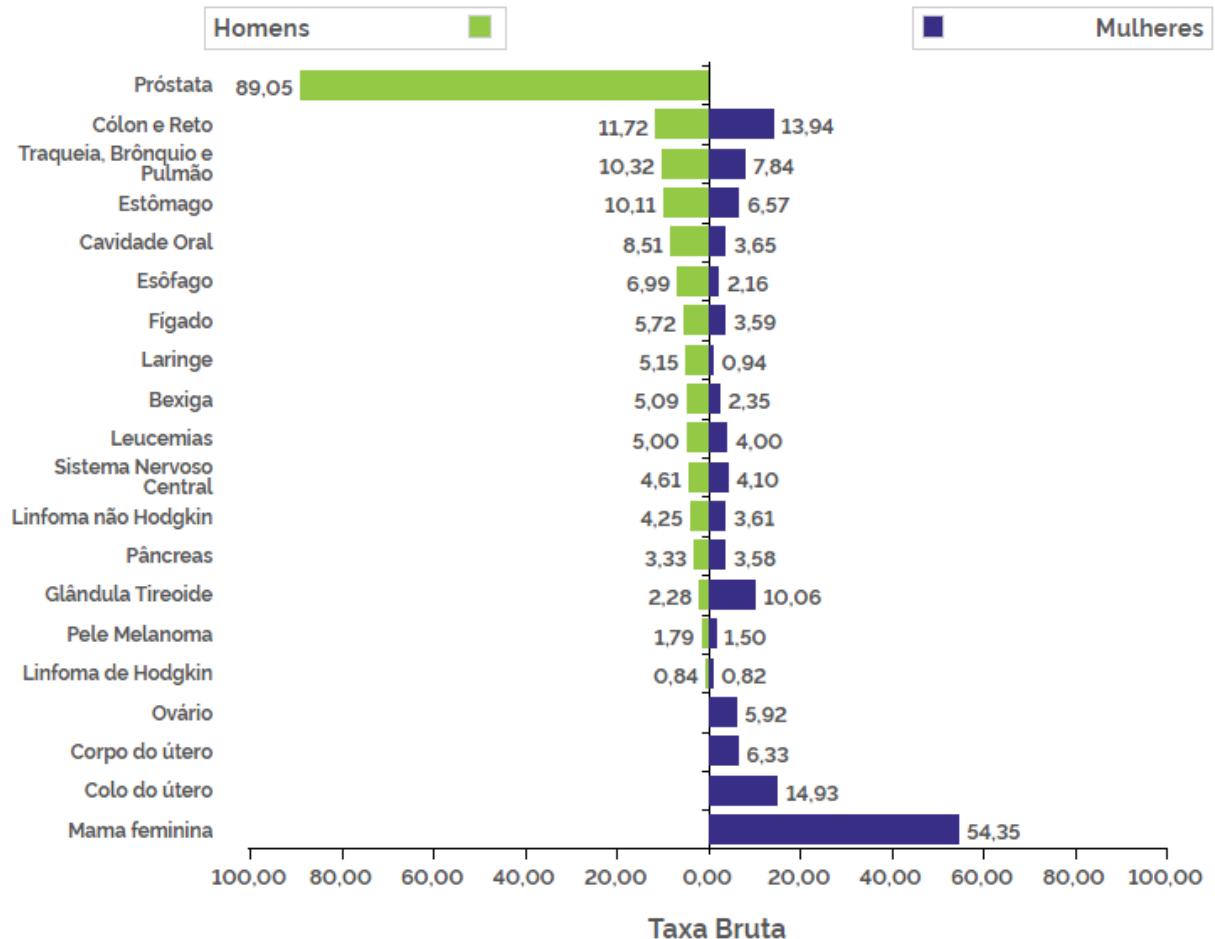
Fonte: Brasil, 2022.

A incidência do câncer também varia de acordo com a região do Brasil, devido às disparidades de acesso aos serviços de saúde, as condições socioeconômicas de cada localidade e ao estilo de vida. A região Sudeste foi a com maior estimativa de incidência em 2020, com 60%, seguida pelas regiões Nordeste e Sul, que apresentaram uma incidência de 27,8% e 23,4%, respectivamente (Oliveira *et al.*, 2022). De acordo com Bigoni, Cunha e Antunes (2021), no período de 1996 a 2017 ocorreu um aumento relevante na mortalidade por câncer nas regiões brasileiras, principalmente nas com baixo desenvolvimento socioeconômico, como é o caso do Norte e Nordeste.

No estado da Bahia as neoplasias representaram 13,8% do total de óbitos em 2017, ocupando assim a terceira posição em relação às principais causas (Bahia,

2020). O Gráfico 1, mostra como vinha sendo distribuídas as taxas de incidência estimadas no estado no ano de 2023, por tipo de neoplasia.

Gráfico 1 - Taxas brutas de incidência estimadas em 2023 no estado da Bahia, de acordo com o sexo e localização primária

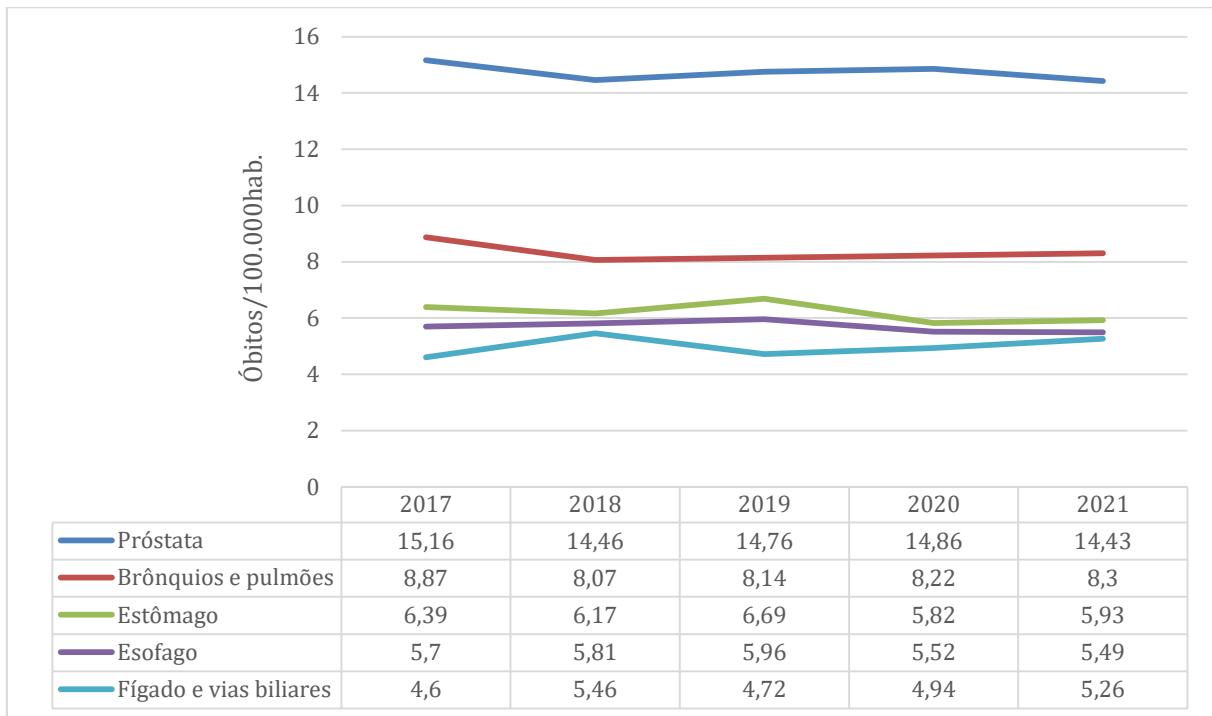


*Valores por 100 mil habitantes.

Fonte: Brasil, 2023.

A distribuição de neoplasias no estado está bastante concentrada nos casos de câncer de próstata em Homens, com incidência de 89,05/100.000 habitantes (Gráfico 1). Esse também é o câncer com maior taxa de mortalidade, destacando que o câncer de próstata é a principal neoplasia que atinge os homens. No Gráfico 2 é possível ver essa distribuição.

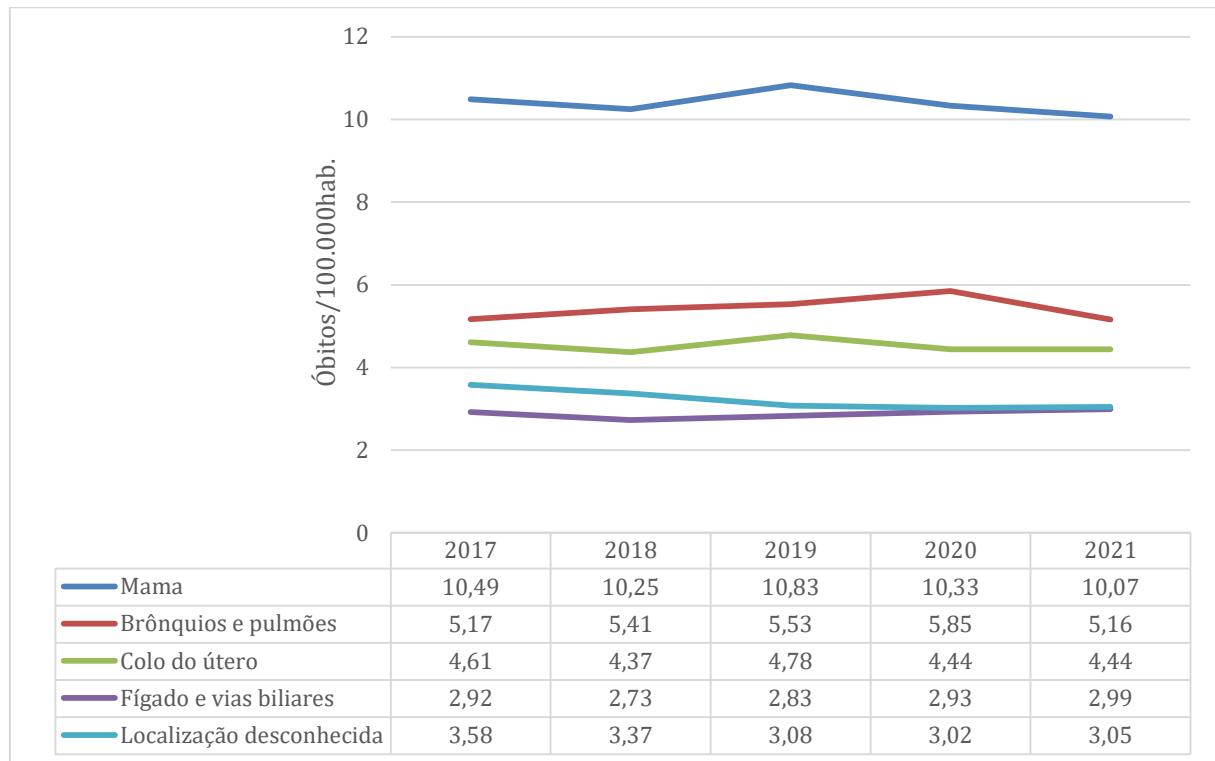
Gráfico 2 - Taxa de mortalidade por neoplasia em homens no estado da Bahia, segundo principais causas, 2017-2021



Fonte: Brasil, 2021. Adaptado pelo autor.

Entre as Mulheres, destaca-se a prevalência do câncer de mama no estado com 43,84/100.000 habitantes (Brasil, 2019a). Esse que a nível mundial é o principal tipo de câncer que ocorre entre as mulheres e representa um percentual de 28% entre os casos identificados anualmente (Agostinho; Lima; Ferreira, 2019). O Gráfico 3 apresenta taxas de mortalidade das neoplasias segundo as principais causas em mulheres no estado.

Gráfico 3 - Taxa de mortalidade por neoplasia em mulheres no estado da Bahia, segundo principais causas, 2017-2021



Fonte: Brasil, 2021. Adaptado pelo autor.

O câncer infantil também é um problema que carece de atenção no estado. Apesar de ser bastante raro, representando por volta de 1% de todas as neoplasias, esse requer uma atenção especializada e insumos adequados para o tratamento dos casos. Em uma unidade de onco-hematologia em pediatria da cidade de Salvador, que presta atendimento a capital e a demais cidades do estado, foi identificado entre os anos de 1995 a 2003 um total de 495 pacientes atendidos. As leucemias foram os tipos de câncer mais frequentes nesse público, apresentando um percentual de 39,5% e seguida pelos linfomas que apresentaram 18,9% dos casos (Diniz *et al.*, 2005).

No estado de Bahia, mais precisamente em sua capital, está localizado uma das principais instituições de acompanhamento dos pacientes oncológicos e principal referência dos demais municípios do estado. O Instituto do Câncer da Bahia, o atual Hospital Aristides Maltez é uma entidade filantrópica especializada no tratamento do câncer no estado. Para se ter uma dimensão do impacto desse estabelecimento na rede de oncologia, só em um mês do ano de 2019 foram identificados 760 casos novos de câncer pelo hospital (Pires; Souza; Silva, 2020).

Esses dados mostram a importância deste estabelecimento dentro da rede de atenção oncológica do estado, mas no Brasil existem uma série de outros serviços que favorecem uma estruturação dessa rede.

3.5 REDE DE ONCOLOGIA NO BRASIL

Por volta do ano de 1937 foi criado o Centro de Cancerologia, no Hospital Estácio de Sá, na cidade do Rio de Janeiro-RJ. Ninguém naquela época podia imaginar que aquela instituição pioneira se tornaria a principal referência de câncer no país, o Instituto Nacional do Câncer (INCA). No entanto, já eram avaliados o direcionamento de esforços direcionados ao combate ao câncer, devido ao aumento considerável do número de casos e por sua alta letalidade (Brasil, 2019b).

Devido a carência em ampliar as ações direcionadas ao câncer, no ano de 1941 foi criado o Serviço Nacional do Câncer (SNC), tendo como objetivos orientar, organizar e combater a doença no país. Entre os anos de 1942 a 1946 foram surgindo vários movimentos sociais que culminaram na criação da Liga Bahiana Contra o Câncer e a Associação Paulista de Combate ao Câncer, ambas desempenharam um papel relevante, com a criação de ações direcionadas aos usuários com câncer e até mesmo o favorecimento a implantação de hospitais, a exemplo do atual Hospital Antônio Cândido Camargo, em São Paulo, que foi incentivado pela Associação Paulista (Barreto, 2005).

O surgimento do INCA foi um passo importante para a atenção oncológica no país, pois anteriormente a assistência estava muito restrita às instituições filantrópicas. Com a implantação do SUS as unidades de assistência ao câncer passaram progressivamente a possuir outro desenho, pois surgiram normas de regulação e acreditação desses estabelecimentos (Silva; O'dwyer; Osorio-de-castro, 2019).

Em 2005, através da portaria nº 2.439, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, que contemplava ações relevantes para o cuidado ao usuário com câncer, como promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Essa política passou a ser implantada em todas as unidades federadas e foi um passo importante para assistência oncológica do país. No entanto, ela foi revogada no ano de 2013, pela portaria nº

874 que acrescentou aspectos importantes como os relacionados à educação, à ciência e tecnologia e a comunicação em saúde (Brasil, 2005a; Brasil, 2013a).

Através da portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, foram definidas a criação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (Brasil, 2005b). Esses estabelecimentos são integrantes do SUS e ofertam uma assistência integral e especializada aos usuários com câncer. No processo de construção dos Planos Estaduais de Saúde é necessário levar em consideração os serviços de oncologia de referência na rede estadual ou regional, com a formalização dos fluxos de referência e contrarreferência, que possam garantir o acesso integral dos usuários (Radaelli; Medeiros, 2015).

Outra iniciativa do governo federal foi a criação da lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, a qual instituí o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), com a finalidade de captar e direcionar recursos para prevenção e combate ao câncer. Dentre os serviços de atenção oncológica que recebem apoio financeiro com recursos obtidos através do PRONON estão: a realização de serviços médico-assistenciais, a formação e o aperfeiçoamento de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas, clínicas e experimentais (Brasil, 2012b).

Mesmo diante de tantas legislações pertinentes para uma atenção integral em oncologia, ainda existe uma carência de serviços mais eficientes, principalmente em regiões que apresentam uma baixa cobertura assistencial (Silva *et al.*, 2014). Assim, em 2012, foi criada a lei nº12.732, a qual estabelece que todo usuário que possui o diagnóstico de neoplasia maligna possui o direito em iniciar o tratamento pelo SUS, em um prazo máximo de 60 dias após o diagnóstico por laudo patológico ou até mesmo em um prazo menor devido a necessidade de tratamento do caso (Brasil, 2012a).

O diagnóstico precoce e início do tratamento no tempo correto são fundamentais para a assistência a pacientes oncológicos, principalmente sendo o câncer um conjunto de doenças com alta distribuição epidemiológica. Os países de baixa e média renda, por exemplo, apresentam um maior tempo de espera para o tratamento do câncer quando comparados com os países de renda elevada (Campos *et al.*, 2022), por esse motivo é fundamental que a Rede de Oncologia

esteja em bom funcionalmente nos territórios brasileiros. A Bahia é um exemplo disso, pois o câncer já ocupa a quarta causa de morte no estado (Bahia, 2016) e devido a sua magnitude tornou-se imprescindível a estruturação e o fortalecimento de sua rede de atenção oncológica.

3.6 REDE DE ONCOLOGIA NA BAHIA

Atualmente o estado da Bahia contém um total de 17 estabelecimentos que possuem a função de realizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamentos dos pacientes com neoplasia. Grande parte destes serviços são concentrados na capital do estado, são um total de sete estabelecimentos que funcionam no município de Salvador e servem de principal referência para os demais municípios do interior do estado (Bahia, 2024). O Quadro 1, abaixo, mostra a distribuição destes serviços no estado.

Quadro 1 - Distribuição dos estabelecimentos de acompanhamento do câncer na Bahia

Município	Estabelecimento
Feira de Santana	-Hospital Dom Pedro de Alcântara/Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana (Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia) -Hospital Estadual da Criança (Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica)
Ilhéus	-Hospital São José Maternidade Santa Helena/Santa Casa de Misericórdia (Unacon)
Itabuna	-Hospital Calixto Midlej Filho (Unacon com serviço de Radioterapia)
Juazeiro	-Hospital Regional de Juazeiro (Unacon)
Salvador	-Centro Estadual de Oncologia/Cican (Unacon) -Hospital Aristidez Maltez/Liga Baiana Contra o Câncer (Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica) -Hospital Martagão Gesteira/Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil (Unacon exclusivo de Oncologia Pediátrica) -Hospital Professor Edgard Santos/Hospital Universitário MEC - Universidade Federal da Bahia/Fapex (Unacon com serviço de Hematologia) -Hospital São Rafael/Fundação Monte Tabor (Unacon Radioterapia) -Hospital Santa Isabel/Santa Casa de Misericórdia da Bahia (Unacon Radioterapia e Hematologia) -Hospital Santo Antônio/Obras Sociais Irmã Dulce (Unacon com Radioterapia)
Santo Antônio de Jesus	-Hospital Maternidade Luiz Argolo - Irmandade da Santa de Misericórdia de Santo Antônio de Jesus (Unacon)
Teixeira de Freitas	-Hospital Municipal de Teixeira de Freitas/Prefeitura Municipal de Teixeira de Freitas (Unacon)
Vitória da Conquista	-Hospital Português/Real Sociedade Portuguesa de Beneficiência (Serviço de Radioterapia) -Hospital Geral de Vitória da Conquista (Unacon) -Serviço de Assistência Médica de Urgência - Samur (Unacon com serviço de Radioterapia)

Fonte: Bahia, 2024. Adaptado pelo autor.

No plano estadual de saúde 2020-2023 está presente a proposta de implantação de um Hospital Estadual de Oncologia ou serviços de referência em todas as microrregiões do estado. Essa estratégia visa ofertar de exames de alta complexidade suficientes e tempo necessário aos pacientes com suspeita de câncer e de tratamento quimioterápico, radioterápico e cirúrgico, proporcionando o acesso e a qualificação da terapêutica e respeitando o princípio da regionalização e integralidade do SUS. Nesse contexto, foram implantadas no estado as Policlínicas Regionais de Saúde, estabelecimentos localizados em locais estratégicos, que possibilitaram a regionalização da assistência ao usuário e possibilitaram uma transformação da realidade vivenciada pelos serviços de média e alta complexidade no estado (Bahia, 2020).

3.7 POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE EM JUAZEIRO

Na Região de Saúde de Juazeiro foi implantada no ano de 2019 a Policlínica Regional de Saúde, um serviço de apoio diagnóstico que subsidia a interface da assistência entre a AB e a terciária e presta atendimento exclusivamente pelo SUS (Observatório Baiano de Regionalização, 2021). O estabelecimento possui um papel importante no que refere ao diagnóstico de neoplasias e quanto ao acompanhamento desses usuários. O diagnóstico é um processo fundamental na identificação e tratamento precoce do câncer e atualmente as principais neoplasias diagnosticadas pelo serviço estão nas seguintes localizações primárias: próstata, colón e reto, estômago, esôfago, mama feminina e colo uterino.

A gestão da PRSJ é compartilhada por 11 membros que compõem o Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Juazeiro (CPISRJ), destes 10 são entes municipais e um é estadual. O aporte financeiro dos municípios para custeio das atividades da PRSJ é de 50%, os quais são valores proporcionais a população de cada município e os demais 50% é investimento do estado da Bahia. Entre as principais atribuições dos entes consorciados estão à prestação de serviços previstos no contrato de rateio nº 01/2024, pois nele está pactuado uma relação de consultas médicas especializadas e exames a serem ofertados, o encaminhamento em tempo oportuno dos casos com diagnóstico de câncer e o acompanhamento pelo serviço social desses casos (Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Juazeiro, 2024).

Os serviços prestados pela PRSJ compreendem consultas médicas especializadas, consultas com demais profissionais de nível superior, exames de média e alta complexidade e a realização de procedimentos médicos, como pequenas cirurgias e biópsias. O acesso ao serviço prestado se dá através dos serviços de regulação municipal, os quais são geridos pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Esses são responsáveis pelo controle da fila de espera, agendamento dos usuários, gestão das vagas e são a principal referência dos casos mais complexos, os quais possuem uma dificuldade no fechamento de diagnóstico (Bahia, 2022a).

O Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES) é o sistema de informação em saúde disponibilizado para todo o estado pela Secretaria de Saúde do Estado de Bahia (SESAB) e é utilizado pela PRSJ. Através dele, em 2023 foram registrados uma média mensal de 4.655 atendimentos realizados no serviço, distribuídos em uma média de 2.202 consultas e 2.453 exames mensais.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, ancorada pelo método cartográfico. Nesse tipo de abordagem, o investigador precisa ser cuidadoso na obtenção dos dados, análise, apresentação e discussão (Rego; Pina e Cunha; Meyer, 2018). A partir do método cartográfico são considerados a habitação naquele determinado território e o engajamento com o espaço em que a pesquisa ocorre. Nele, as informações presentes no campo de estudo já contribuem com o processo de aprendizagem do pesquisador, que é também chamado de cartógrafo (Mororó; Colvero; Machado, 2011).

O método cartográfico permite que o autor habite em um território existencial. Esse território possibilita uma experiência simultânea, na qual o indivíduo inserido naquele contexto também pode se tornar um assíduo pesquisador do tema. Nesse tipo de abordagem o pesquisador precisa de abertura para conhecer experiências além das suas pré-estabelecidas (Borges, 2016). A análise em cartografia é processual e inerente a todos os procedimentos de pesquisa, podendo contribuir com os diferentes momentos de um estudo (Barros; Barros, 2013).

As trilhas cartográficas possuem a função de deslocar o olhar do pesquisador e iniciar a proporcionar novas maneiras de relação com os sujeitos, com novas percepções políticas. O autor Gilles Deleuze apresenta o método cartográfico como uma fermenta territorial e coletiva. A sua amplitude também passa pelo campo político, pois depende da interação entre organizações; pela ética, devido aos critérios e valores de cada indivíduo; e por fim tem relação com a maneira que vem se formando o território, que é a estética (Silva; Bernardes, 2018).

Essa compreensão sobre o método cartográfico parte do princípio que é uma produção de conhecimento constante, que não está estabelecido e imune às interferências do meio. Quando se refere ao campo da saúde coletiva, estamos diante de um espaço propício para utilização desse tipo de recurso, pois a relação existente entre profissionais e usuários possui uma construção mútua de saberes que vão além do campo assistencial (Rios *et al.*, 2021).

No campo da saúde o cartógrafo precisa mergulhar nas vivências em que está observando. Assim, deve ocorrer uma mistura entre o sujeito e o objeto, uma

abertura em relação aos afetos proporcionados pelos encontros e consequentemente uma melhor captação dos processos, do movimento e das diferentes produções de vida (Brambilla; Kleba; Magro, 2020).

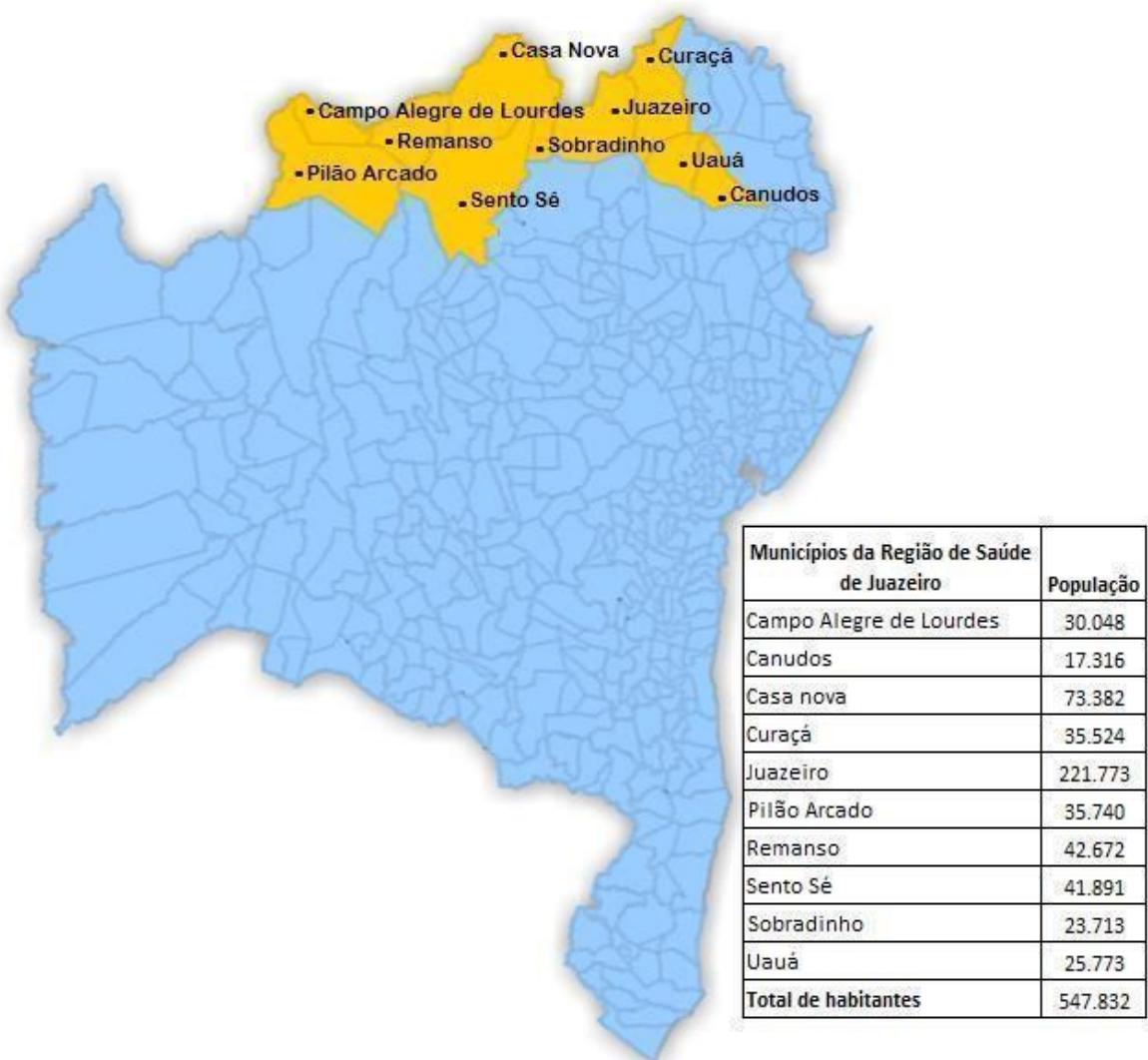
O ato de cartografar no campo da saúde não visa apenas à obtenção de um momento único, como o registro de uma fotografia. Ele busca um conhecimento a respeito da dinâmica dos acontecimentos e de que maneira é produzida a saúde nos campos de prática. Os afetos que são criados entre os profissionais e usuários só são percebidos se o cartógrafo tiver uma sensibilidade aguçada, pois essa é uma relação que pode ser bastante complexa e carente de um arcabouço teórico (Cabral *et al.*, 2019).

Existem conceitos com os quais os cartógrafos se alimentam e assim disseminam nos locais onde estão atuando na gestão do cuidado em saúde. Certamente essa é a sua característica antropófaga, a qual remete ao canibalismo, onde os índios antropófagos se alimentavam de carne humana. Essa analogia consegue ser aplicada ao cartógrafo e ao processo de cuidado em saúde, pois ambos conseguem uma mistura quase homogênea, onde estão em constante movimento e parecem estar em um só corpo (Oliveira *et al.*, 2021).

4.2 LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O ambiente em que a pesquisa foi desenvolvida foi a Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro, um serviço de apoio diagnóstico, que atende a 10 municípios da região norte do estado da Bahia, que fazem parte do Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Juazeiro (CPISRJ). A população total desses municípios que é assistida pelo serviço é de 547.832 mil habitantes (Bahia, 2022b). A Figura 2 apresenta a distribuição dessa população no estado.

Figura 02 - População por município na Região assistida pela Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro-BA, 2022



Fonte: Bahia, 2022b. Adaptado pelo autor.

O serviço garante a realização de atendimentos médicos especializados, exames de imagem, gráficos e anatomo-patológicos. Nestes últimos, destacam-se a realização de biópsias de próstata, cólon e reto, estômago, esôfago, mama feminina e colo uterino. Além disso, o serviço garante um cuidado interdisciplinar através da realização de consultas dos profissionais da enfermagem, nutrição, psicologia e farmácia. O trabalho interdisciplinar é subsídio para o processo de tomada de decisão das comissões de saúde que atualmente estão implantadas no serviço. Geralmente, elas são compostas por profissionais de diferentes categorias. As comissões de saúde ativas no serviço são: controle de infecções e segurança do paciente, humanização, educação permanente, comunicação, gerenciamento de resíduos, farmácia e terapêutica, indicadores de desempenho e revisão de

prontuário (Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Juazeiro, 2021).

A PRSJ é classificada como um serviço ambulatorial e eletivo de média complexidade na rede de atenção à saúde da região. O acesso do paciente ao serviço é através da Regulação Municipal, sendo a marcação de consultas, exames e outros procedimentos por meio do Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES). O serviço também disponibiliza transporte gratuito para nove municípios consorciados, com exceção de Juazeiro que por ser o município onde está localizado o serviço não possui transporte disponibilizado pela PRSJ. O quantitativo de vagas é disponibilizado mensalmente e proporcionalmente a parcela da população de cada município (Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Juazeiro, 2024).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes incluídos na pesquisa foram usuários com diagnóstico de neoplasias malignas, maiores de 18 anos e em tratamento para neoplasia maligna antes e após a implantação da PRSJ. Também foram inclusos os profissionais de saúde que atuam diretamente com a regulação desses usuários ou auxiliam nessa função, com experiência anterior e posterior à implantação do serviço. Foi utilizado como recorte temporal o biênio anterior à implantação da PRSJ (31/07/2017 a 30/07/2019) e o biênio subsequente (31/07/2019 a 30/07/2021), pois são períodos que podem mostrar o impacto do serviço na rede de atenção à saúde da região. Os participantes que durante ou após a entrevista expressarem o desejo de não participar da pesquisa, foram excluídos.

4.4 PROCEDIMENTOS DE RECRUTAMENTO E COLETA DE DADOS

4.4.1 Coleta de dados com usuários

Os pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna foram identificados inicialmente através do SIGES, que é o sistema de informação utilizado pela PRSJ. O sistema possui um módulo, denominado “Caminhos do Cuidar”, que contém

informações dos usuários com diagnóstico positivo, aqueles que interromperam o tratamento, os com tratamento iniciado e os casos reincidentes, de cada município.

Após identificar os indivíduos elegíveis, foram contatá-los via telefone, em três tentativas, para apresentar o projeto, seus objetivos, a importância da participação, os benefícios indiretos dos resultados da pesquisa e convidá-los a participar como colaboradores diretos da pesquisa. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa foi realizado um agendamento, em um dos dias que ele possuía atendimento na PRSJ para ele participar da pesquisa.

Esses pacientes também foram identificados através dos profissionais que realizam a assistência. Então, o pesquisador foi em todos os setores de atendimento, a exemplo de consultórios médicos, setor de exames e de triagem, para apresentação da pesquisa aos funcionários e conscientização sobre a identificação dos pacientes que se enquadravam nos critérios do estudo. Assim que o paciente era identificado no setor de atendimento, o pesquisador era comunicado para realização da entrevista.

Os indivíduos identificados para entrevista foram informados sobre o projeto, seus objetivos, importância da participação, os benefícios indiretos dos resultados da pesquisa e convidados a participar como colaboradores diretos do estudo. Para aqueles que aceitaram a participação, foi realizada a entrevista logo após o atendimento, na sala de reuniões da PRSJ, ambiente reservado com essa finalidade.

As entrevistas foram presenciais, audiogravadas, transcritas e duraram em média 15 minutos. Elas ocorreram após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A entrevista utilizada com os usuários foi no formato semiestruturado, com questões abertas sobre o tipo de neoplasia apresentada, a experiência anterior ao serviço, como está sendo atualmente e o que pode ser melhorado (APÊNDICE B).

4.4.1 Coleta de dados com profissionais

Os profissionais de saúde que atuam na regulação municipal de usuários com diagnóstico de neoplasia ou no auxílio dessa função, que se enquadram na pesquisa, foram contatados por telefone e via e-mail, para apresentação dos objetivos do estudo e a importância de participar da pesquisa. Na oportunidade foi

realizado o convite para participação dos mesmos. Aqueles que concordaram em participar foi agendado entrevista presencial ou on-line, conforme a disposição do participante. As entrevistas on-line foram realizadas em ambiente fechado e sigiloso e as presenciais na sala de reuniões da PRSJ.

Após a assinatura do TCLE, a coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, as quais foram audiogravadas, transcritas e tiveram uma duração média de 20 minutos. Na condução da entrevista, o mediador aplicou o roteiro de entrevista (APÊNDICE C) que tinha questões abertas sobre a experiência com a implantação do serviço, o acesso dos usuários, as mudanças decorrentes da implantação do serviço, sua contribuição no acompanhamento dos usuários com diagnóstico de neoplasia maligna e as sugestões para melhoria no serviço prestado.

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos nos depoimentos individuais foram analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), técnica que consiste em selecionar expressões-chave contidas nas respostas das perguntas individuais e em identificar as ideias-centrais correspondentes, que agrupadas a outras respostas individuais, com sentidos semelhantes ou complementares, comporão um discurso-síntese, que na primeira pessoa do singular, traduzirá o pensamento coletivo (Lefevre; Crestana, Cornetta, 2003). O grande desafio dessa técnica é expressar a opinião do coletivo, de forma que o discurso seja emitido na primeira pessoa do singular (Figueiredo; Chiari; Goulart, 2013).

No DSC os depoimentos dos participantes não se anulam e a busca principal está na unificação de um modo de pensar coletivo sobre determinado fenômeno. Os pontos metodológicos presentes no DSC são:

- Expressões-chave: são trechos do discurso que são destacados pelo entrevistador por se tratarem de uma ideia central do depoimento e possuem uma relação direta com as questões da pesquisa.
- Ideia Central: revela de maneira mais sintética possível o sentido de cada discurso e as similaridades entre as expressões-chave.
- DSC: este possui a característica de ser um discurso-síntese, escrito na primeira pessoa do singular, através de expressões-chave dos participantes e é o

principal ponto metodológico, pois a partir dele é possível obter uma representação social do discurso.

- Ancoragem: a partir dela são reveladas as manifestações explícitas do discurso, pois existem crenças, teorias e ideologias que alimentam as opiniões do entrevistado (Gomes; Telles; Roballo, 2009).

Existem princípios no DSC que precisam ser considerados no processo de construção. A coerência está entre esses aspectos, pois cada trecho do discurso precisa ser parte constituinte do todo. Outro ponto é que os discursos precisam ser originais, então é necessário mostrar a expressão de um posicionamento próprio em cada discurso.

Na construção do DSC desta pesquisa foram separadas as falas divergentes e para aquelas complementares foi utilizada uma apresentação mais genérica (Figueiredo; Chiari; Goulart, 2013).

O processo de validação dos discursos ocorreu em apenas uma forma de interpretação. Ela refere à devolutiva do estudo qualitativo e tem como principal emissor os próprios entrevistados, os quais serão apresentados por meio do DSC (Gomes; Telles; Roballo, 2009).

4.6 GARANTIAS ÉTICAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A construção deste estudo teve anuênci a da gestão da PRSJ e atendeu a todas as exigências éticas presentes na Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS)/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b) e a Resolução nº 580/2018 que regulamenta o item XIII.4 da Resolução de nº 466/2012 do CNS (BRASIL, 2018).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Oeste da Bahia, sob o número de parecer 5.652.491(ANEXO).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO¹

ATENÇÃO ONCOLÓGICA: PERCEPÇÕES DE PACIENTES E TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO

Resumo

A Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro (PRSJ) é um serviço responsável por auxiliar a Atenção Básica (AB) no processo de diagnóstico dos casos suspeitos de câncer. Esta pesquisa teve como objetivo descrever o ponto de vista de usuários e profissionais sobre o que mudou após a implantação da PRSJ na atenção oncológica da região. Trata-se de um estudo com uma abordagem qualitativa e analisado através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, com seis usuários com diagnóstico de neoplasia e oito profissionais que atuam na regulação municipal de pacientes oncológicos. Realizou-se cinco DSC que foram encaixados em três temas: acesso ao diagnóstico, lacunas no serviço prestado e humanização do atendimento. Os resultados mostraram que ocorreu alteração na dinâmica do itinerário terapêutico dos usuários com diagnóstico de neoplasia, pois antes os exames de acompanhamento eram realizados na capital do estado. É importante ressaltar que tanto os pacientes quanto os profissionais apontaram lacunas no atendimento e falta de recursos por parte da PRSJ para suprir as necessidades dos pacientes com diagnóstico de neoplasia.

Palavras-chave: Assistência à Saúde. Policlínicas. Neoplasia.

Introdução

A atenção oncológica no Brasil enfrenta enormes desafios na alteração da prática de atenção à saúde, entre essas, existe uma dificuldade do Sistema Único de Saúde (SUS) na identificação e acompanhamento adequado de pessoas com neoplasias malignas, de forma que favoreça a integralidade da atenção à saúde e o seguimento do cuidado. Isso se torna ainda mais importante pela relevância do câncer principalmente em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, pois as suas características de transcendência, magnitude e vulnerabilidade encontram-se em patamares elevados (Ostetto *et al.*, 2020).

A doença é a segunda causa de morte no mundo, chegando a atingir um a cada seis óbitos e na maioria dos países, sendo o principal responsável pelos óbitos em indivíduos abaixo dos 70 anos (World Health Organization, 2022). O Brasil vem passando, nos últimos anos, por uma frequente transição epidemiológica e as

¹ Manuscrito elaborado para ser enviado a Revista Saúde e Sociedade, cujas regras para confecção podem ser acessadas no endereço: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/onlinesubmission>

neoplasias estão entre as doenças que mais impactam nessa mudança, por conta do aumento da exposição aos agentes cancerígenos, do envelhecimento da população, do aumento da mortalidade devido à presença do câncer e da melhoria dos sistemas de informação em saúde (Instituto Nacional do Câncer, 2018).

A estimativa da quantidade de casos de câncer é essencial para o planejamento de ações estratégicas para o enfrentamento da doença. Dentre as cinco regiões brasileiras, o nordeste concentra 20,1% dos casos (Instituto Nacional do Câncer, 2023), e, estima-se que até 2025 o impacto da mortalidade por câncer aumente nas regiões norte e nordeste (Dalloulf *et al.*, 2020). Em 2018, a Bahia apresentou o maior número de óbitos por neoplasias, com 25% do total de óbitos (Instituto Nacional do Câncer, 2023). A macrorregião norte do estado apresentou no período de 2008 a 2018 a maior tendência de mortalidade em indivíduos com mais de 60 anos, passando de 231,38 a 432,58 casos por 100.000 habitantes (Santos *et al.*, 2022).

A rede de atenção oncológica no país está estruturada de forma centralizada e hierarquizada, sendo um modelo bastante centrado no papel do profissional médico (Brasil, 2017). Essa estrutura corresponde a Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2005). Serviços que são referência principal da Atenção Básica (AB), a qual deve estar estruturada e fortalecida, no entanto, essa coordenação do acesso à assistência oncológica pela AB ainda é incipiente (Halberstad, 2020).

No estado da Bahia, a implantação das Policlínicas Regionais de Saúde contribuiu para o auxílio da AB no processo de diagnóstico e acompanhamento dos casos suspeitos de câncer que são identificados nesse primeiro nível de atenção. Esse projeto foi implantado no estado em 2017 e já foram realizadas cerca de 6 milhões de consultas e exames. Na assistência prestada pelas Policlínicas são ofertadas consultas médicas especializadas e exames de média e alta complexidade, a exemplo de Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM), biópsias, histeroscopia, endoscopia e colonoscopia (Bahia, 2023).

No município de Juazeiro-BA foi implantada em 2019 a Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro (PRSJ), a qual presta um serviço de apoio diagnóstico que subsidia a interface entre a AB e terciária para 10 municípios da região norte do

estado. Os municípios contemplados por este serviço são: Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Juazeiro, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá. Entre os procedimentos ofertados pela PRSJ são favorecidos principalmente o diagnóstico de câncer de mama, próstata, trato gastrointestinal, útero e neoplasias em partes moles (Bahia, 2021).

Desde a implantação de PRSJ já foram diagnosticados um total de 353 neoplasias malignas nesses municípios. Dentre as mais incidentes estão a de próstata com 27,1%, mama com 18,4% e as relacionadas ao trato gastrointestinal com 5,3% dos casos. O fato do estabelecimento ser recente na região, existe uma carência em mensurar a amplitude e sua contribuição para rede de atenção oncológica. Assim, buscou-se nesse estudo descrever o ponto de vista de usuários e profissionais, o que mudou após a implantação do serviço na atenção oncológica da região.

Metodologia

Este estudo possui uma abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas com profissionais de saúde que atuam na regulação municipal e usuários que possuem diagnóstico de neoplasia. Os usuários incluídos na pesquisa precisavam ter mais de 18 anos e estar em tratamento para neoplasia maligna antes e após a implantação da PRSJ. Os profissionais de saúde inclusos, deviam atuar diretamente com a regulação desses usuários ou auxiliar essa função, com experiência anterior e posterior à implantação do serviço. Os participantes que durante ou após a entrevista expressarem o desejo de não participar da pesquisa, foram excluídos.

Os profissionais enquadrados nos critérios da pesquisa foram abordados pelos pesquisadores através de contato prévio via telefone ou email e assim foram convidados a participar do estudo com informações sobre o seu objetivo e relevância. Assim, realizou-se um convite para participação da pesquisa. Aqueles que concordaram em participar foram agendadas entrevistas presencial ou on-line, de acordo com a disposição do participante.

Em relação aos usuários, eles foram identificados inicialmente através do Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES), que é o sistema de informação utilizado pela PRSJ, como também pelos profissionais que prestam assistência. O

pesquisador além de entrar em contato prévio com os usuários, percorreu todos os setores de atendimento, incluindo consultórios médicos, setor de exames e triagem, para apresentar a pesquisa aos funcionários e conscientizá-los sobre a identificação dos participantes do estudo. Quando estes eram identificados no setor de atendimento ou quando ele era convidado previamente e comparecia para atendimento, o pesquisador era informado para realização da entrevista. Assim, eles eram informados sobre os objetivos do estudo, relevância e possíveis riscos e benefícios. Essas entrevistas, ocorreram de forma presencial e logo após o atendimento.

Previamente a realização das entrevistas foi desenvolvida a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o participante, com o esclarecimento de possíveis dúvidas, coletado as assinaturas, entregando uma cópia para o participante e a outra ficando com o pesquisador. As entrevistas on-line foram realizadas em ambiente fechado e sigiloso e as presenciais na sala de reuniões da PRSJ, a qual foi reservada para essa finalidade. Todas as entrevistas com os usuários foram presenciais e as com os profissionais metade foi on-line e o restante presencial.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de 20 minutos com os profissionais e de 15 minutos com os usuários. Nelas foram aplicadas questões abertas sobre a experiência com a implantação do serviço, o itinerário terapêutico do paciente com diagnóstico de neoplasia e as sugestões de mudança no atendimento prestado pela PRSJ.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, e a análise ocorreu através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que tabula os dados qualitativos obtidos através dos depoimentos (Lefevre; Crestana; Cornetta, 2003). Essa técnica foi utilizada para a construção de discursos-síntese dos profissionais e usuários participantes do estudo e possui como desafio a expressão da opinião coletiva, de modo que o discurso seja emitido em primeira pessoa do singular (Figueiredo; Chiari; Goulart, 2013).

Após a realização das entrevistas e transcrição, foi realizada a extração de expressões-chave, que são trechos dos discursos relacionados ao tema central do estudo. Através da análise das similaridades entre as expressões-chave foram formulados temas centrais de cada entrevista. Assim, montou cinco DSC encaixados em três temas centrais, sendo dois DSC dos profissionais e três DSC dos usuários.

Por fim, utilizou-se a ancoragem para revelar as manifestações explícitas no discurso, pois existem crenças, teorias e ideologias que alimentam as opiniões dos entrevistados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Oeste da Bahia, sob o número de parecer 5.652.491.

Resultados

Ocorreu a participação de 14 pessoas no estudo, sendo seis pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna e oito profissionais de saúde que atuam na regulação municipal desses pacientes ou auxiliam essa função, todos esses com experiência anterior à implantação do serviço, pois podiam realizar comparações com a atenção oncológica anteriormente prestada. A princípio almejava-se entrevistar pelo menos um profissional e um paciente por município. Porém, isso não foi possível porque a rotatividade de profissionais não possibilitou a inclusão de todos nos critérios estabelecidos para as entrevistas. Houve também dificuldade para entrevistar os pacientes, devido a longos períodos de suspensão na oferta de serviços, favorecendo o não comparecimento destes no serviço.

Cinco usuários pertenciam ao município de Juazeiro e um era do município de Remanso. Os profissionais pertenciam a sete municípios do estudo, sendo esses, Pilão Arcado, Juazeiro, Remanso, Sento Sé, Sobradinho, Uauá e Campo Alegre de Lourdes, esse último com dois participantes. A média das idades de todos os entrevistados ficou em torno de 44 anos, sendo 47 anos a média dos pacientes e 42 a média entre os profissionais.

Entre os oito profissionais que participaram, cinco são do sexo biológico masculino e três do sexo biológico feminino. A média de tempo de trabalho na regulação municipal antes da PRSJ foi de 7,1 anos e após a implantação desta, 2,8 anos. A descrição do tempo de trabalho, em anos, dos profissionais antes e após a implantação da PRSJ está descrito no quadro 1.

Quadro 1 – Experiência dos profissionais em anos de trabalho na regulação municipal antes e após a implementação da PRSJ

Entrevistado	Anos de trabalho na regulação antes da PRSJ	Anos de trabalho na regulação após a PRSJ
Profissional 1	11	4
Profissional 2	5	4
Profissional 3	5	2
Profissional 4	12	3
Profissional 5	3	1
Profissional 6	10	1
Profissional 7	3	3
Profissional 8	8	4

Fonte: Autor próprio, 2024.

Todos os usuários que participaram do estudo eram do sexo biológico feminino, com idades entre 45 e 60 anos, e com mais de 3 anos desde o diagnóstico de neoplasia. Segue o Quadro 2 com a descrição dos tipos de neoplasias identificadas e o tempo de tratamento antes e depois da PRSJ.

Quadro 2 - Descrição dos usuários entrevistados por tipo de neoplasia e anos de tratamento antes e após a implantação da PRSJ

Entrevistado	Tipo de neoplasia	Anos de tratamento antes da PRSJ	Anos de tratamento após a PRSJ
Usuário 1	Neoplasia Maligna do Colo do Útero	5	3
Usuário 2	Neoplasia maligna da glândula tireóide	4	3
Usuário 3	Neoplasia Maligna do Colo do Útero	1	2
Usuário 4	Neoplasia maligna da mama	8	3
Usuário 5	Neoplasia maligna da glândula tireóide	5	4
Usuário 6	Neoplasia maligna da mama	6	4

Fonte: Autor próprio, 2024.

A análise do material empírico coletado nas entrevistas individuais permitiu a identificação de três temas centrais sobre a implantação da PRSJ, a partir da construção de um DSC por profissionais e outro por usuários para os dois primeiros temas centrais e um DSC de usuário para o terceiro tema, sendo esses: “Acesso ao diagnóstico”, “Lacunas no serviço prestado” e “Humanização do atendimento”.

Acesso ao diagnóstico

Sobre a experiência de acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de neoplasias malignas antes e após a implantação da PRSJ foi possível elaborar os seguintes discursos-sínteses:

Realizava o meu acompanhamento e os exames em Salvador, mas a Policlínica facilitou a realização dos exames, principalmente da Ressonância, pois agora faço aqui mesmo. Então, desde 2021 venho fazendo esses exames de acompanhamento. Porém, apesar de geralmente realizar os exames pela Policlínica, poucas consultas eu faço aqui por conta da demora, a minha, primeira ressonância, por exemplo, eu tive que fazer particular, por conta que eu tinha recebido esse diagnóstico e eu tinha que dar início ao meu tratamento, então quanto mais rápido eu realizasse esses exames, mais rápida seria a cirurgia e o meu tratamento (DSC usuários).

Antes o número de vagas era muito restrito e a distância para a capital, Salvador-BA, onde eram feitos os atendimentos a pacientes oncológicos, dificultava o acesso dos usuários ao serviço. Um dos principais hospitais que esses pacientes eram encaminhados era o Hospital Aristidez Maltez que por sua vez, possuía limitação de acesso devido a uma sobrecarga de todos os municípios na busca por este tipo de atendimento. Assim a PRSJ contribuiu para uma maior agilidade na marcação e na realização de exames em geral. No entanto, as vagas que são ofertadas para marcação de exames, consultas e outros serviços ainda não conseguem suprir a demanda do nosso município (DSC profissionais).

Lacunas no serviço prestado

As sugestões de mudanças no serviço prestado pela PRSJ refletiram nos seguintes discursos-sínteses:

A região necessita de mais vagas para os exames de Ressonância e Tomografia com contraste, porque eu acredito que tem crescido muito aqui na região esse tipo de diagnóstico de câncer. Estes exames realizo constantemente, pois o médico que me acompanha sempre está solicitando. O serviço também devia ter um médico oncologista para que acompanhasse melhor os pacientes aqui de região (DSC usuários).

Assim, se aumentasse as vagas seria importante, pois a dificuldade maior é a questão da falta de vagas que, às vezes, não dá para atender toda a demanda do nosso município. Outro ponto é a falta de contraste, porque muitos exames os pacientes com diagnóstico de câncer precisam usar o contraste. Em relação ao diagnóstico o problema é que a Policlínica não realiza alguns tipos de biópsias e

quando faz, o quantitativo de vagas disponibilizadas é insuficiente. Assim, isso atrasa o início do tratamento dos pacientes (DSC profissionais).

Humanização do atendimento

Em relação a este ponto de vista dos usuários foi composto o seguinte DSC:

Eu acho que quando as pessoas passam por esse momento, as pessoas já ficam fragilizadas e querem ser acolhidas, já que é uma doença tão difícil né? precisam olhar pro paciente com empatia. Os profissionais precisam ter mais sensibilidade no tratamento com os pacientes oncológicos, pois às vezes falta um pouco dessa questão, de se colocar no lugar do outro (DSC usuários).

Discussão

Os participantes deste estudo, tanto profissionais quanto usuários, possuem experiência significativa com demais serviços anteriores a PRSJ. A exemplo disso, foram entrevistados profissionais com mais de 10 anos de experiência no serviço de regulação. No entanto, devido a rotatividade de funcionários, os municípios de Casa Nova, Curaçá e Canudos não possuíam profissionais que se enquadram nos critérios da pesquisa atuando e os demais que se enquadram no estudo não foram localizados.

Em relação aos usuários que participaram do estudo, a maioria possuía uma experiência de utilização da rede, variando de um a oito anos de uso, antes da implantação da PRSJ, o que proporcionou a formação de uma opinião sobre os aspectos positivos e as diversas fragilidades que eles passam ao longo do processo de tratamento. A utilização da PRSJ também significou uma mudança nesse percurso do usuário na rede e os DSC mostram o que vem representando essa alteração no itinerário terapêutico.

Em relação ao acesso ao diagnóstico, ambos os DSC apontam a dificuldade que existia em relação ao deslocamento até a capital do estado para obtenção de acesso ao serviço de diagnóstico e acompanhamento do câncer. De acordo com os depoimentos, a PRSJ contribuiu significativamente para a realização dos exames de acompanhamento do quadro de saúde dos pacientes com diagnóstico de neoplasia acontecessem mais próximo de seus domicílios.

Porém, ao se tratar do acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de neoplasias malignas o DSC dos usuários em relação ao acesso ao diagnóstico

pontuou que o serviço prestado é pouco efetivo no acompanhamento do paciente oncológico através da realização de consultas. Por se tratar de um estabelecimento intermediário entre a AB e o nível terciário, o processo de diagnóstico acaba se sobrepondo ao acompanhamento do paciente com diagnóstico de neoplasia.

A implantação desse tipo de serviço de saúde proporciona uma alteração na rede de atenção à saúde local. Isso ocorre através do processo da inclusão ou ampliação de procedimentos ofertados à população. No estado da Bahia, a implantação das Policlínicas Regionais foi uma estratégia de regionalizar a assistência à saúde para locais de referência no interior do estado e alterar a realidade da assistência de média e alta complexidade (Bahia, 2020a).

A regionalização é considerada um dos princípios doutrinários do SUS e sua principal função é organizar a descentralização da assistência à saúde no país (Pimenta; Rodrigues, 2021). Essa surgiu como uma tentativa de superar os obstáculos enfrentados pelos municípios durante o processo de organização dos serviços de saúde (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2021). O Ministério da Saúde, através das Normas Operacionais da Assistência à Saúde 01/2001 e 01/2002, começou a discutir o processo de regionalização para atender as carências assistenciais da população (Borsato; Carvalho, 2021).

Os resultados deste estudo mostraram que a implantação do serviço, evitou o deslocamento dos usuários para fora da sua região de saúde e pode ter contribuído para ampliar a resolutividade dos casos suspeitos de câncer, diminuiu custos de transporte e tratamento, incentivar a procura dos usuários por serviços de apoio diagnóstico, e favorecer o diagnóstico precoce de neoplasias.

Embora esse aumento na procura pelo serviço seja positivo, também coloca desafios para o sistema de saúde, como a necessidade de maior investimento em infraestrutura e recursos humanos especializados. Portanto, é fundamental que gestores e trabalhadores da saúde estejam atentos a essa demanda crescente e ajam de forma proativa para garantir que todos tenham acesso a atendimento especializado e exames diagnósticos de qualidade.

Além disso, existe uma geração de novas demandas produzidas pela PRSJ, o que repercute em mudança na alocação dos recursos, visando estruturar a rede de atenção à saúde com estabelecimentos de referência em locais mais próximos dos domicílios desses usuários (Freire *et al.*, 2020). A exemplo disso, após um ano de prestação de serviço de apoio diagnóstico pela PRSJ foi inaugurado em Juazeiro-BA

uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) para atender as necessidades dos usuários que possuem diagnóstico de neoplasia na região (Bahia, 2020b).

Vale salientar que os profissionais que atuam na AB exercem um papel importante no processo de identificação precoce do câncer (Biondo *et al.*, 2020). Eles proporcionam um direcionamento adequado dos casos suspeitos, para os serviços de referência que conseguem concluir o diagnóstico (Oliveira; Soares, 2020). A PRSJ é um desses serviços e através do seu papel na rede de atenção à saúde é possível a identificação de neoplasias, seja através de biópsias ou de exames de imagem.

A partir do DSC dos profissionais foram identificadas as experiências com os casos que não iniciaram o tratamento e aqueles que estão aguardando o acesso para realização de biópsia. A condução desses casos carece de articulações em rede e demais possibilidades para o direcionamento adequado dos usuários.

As entrevistas referem que as consultas médicas especializadas realizadas na PRSJ são pouco efetivas no acompanhamento dos usuários com diagnóstico de câncer. No entanto, os exames são mais utilizados e isso vem facilitando esse acompanhamento. Eles também permitem o diagnóstico de novos casos de câncer na região. Estima-se que no estado da Bahia ocorra um total de 116 mil casos de neoplasias entre 2023 e 2025. Os cânceres de próstata e de mama estão previstos como os mais incidentes a cada ano, estimando 6,5 mil casos e 4,2 casos para cada 100.000 habitantes, respectivamente (Brasil, 2023).

Apesar da implantação da PRSJ ter sido relevante para os usuários, pois facilitou e ampliou o acesso ao tratamento oncológico, contribuindo assim para uma rede mais resolutiva, ainda há restrição nas vagas, seja por do aumento dos casos de câncer ou porque além dos pacientes com suspeita e/ou confirmação de câncer, existem outros perfis que realizam atendimento no serviço. Esse acesso universal aos serviços de saúde, que é previsto no SUS, ainda é um dos grandes obstáculos enfrentados por gestores, profissionais e usuários (Oliveira; Nascimento; Lima, 2020). Isso tem refletido nas necessidades da população no acesso aos exames adequados para o acompanhamento, pois contribui com o processo de tratamento.

As barreiras nesse acesso, como a limitação de vagas, devido à insuficiência de recursos materiais e humanos, podem proporcionar uma menor sobrevida nesses usuários (Oliveira *et al.*, 2022). No ponto de vista dos profissionais e dos usuários é

identificada uma necessidade na ampliação do acesso aos exames de apoio diagnóstico, principalmente de RM. A exemplo disso, em 2022 foram disponibilizadas um total de 5.177 exames de RM, das quais foram utilizadas 87% e 725 destes exames foram disponibilizados com a utilização do contraste, sendo 100% usufruídos.

A realização de exames como a RM e TC é essencial para avaliação do quadro evolutivo da doença. Os diagnósticos de imagem através de RM possibilitam uma maior precisão da localização dos tumores, uma vez que é realizada a partir da geração de imagens tridimensionais e de forma não invasiva. Desse modo, esse exame é capaz de contribuir significativamente com o plano terapêutico (Pereira et al., 2021).

No processo de trabalho que vem sendo desenvolvido na PRSJ existem diversos fatores que limitam o quantitativo de vagas disponibilizadas para os municípios na região de saúde de Juazeiro. No decorrer deste estudo, por exemplo, ocorreu uma indisponibilidade na realização de alguns exames, como de mamografia, RM, ultrassonografia e biópsias (próstata e mama) devido a equipamentos estarem quebrados, pela falta de insumos e de profissional habilitado para execução. De certo modo, isso proporcionou uma limitação no acesso do usuário e gera uma migração destes para demais serviços de saúde.

Na região de saúde de Juazeiro há uma concentração de equipamentos de RM no setor privado. Atualmente, apenas a PRSJ possui este equipamento para disponibilização de exames pelo SUS. Quando se compara a distribuição deste equipamento com a população de cobertura da PRSJ, temos uma proporção de 0,2 equipamento para cada 100.000 habitantes.

No Brasil existem diversas iniquidades relacionadas à distribuição dos exames de imagens e as populações mais afetadas são aquelas com baixo nível socioeconômico. Um levantamento realizado, de acordo com o teste de correlação de Pearson, identificou-se um quantitativo de -0,727 equipamentos de RM por 100.000 habitantes, em indivíduos que vivem em situação de extrema pobreza. Existe uma concentração dos equipamentos de imagem do SUS em cidades do interior, quando comparado com as capitais, pois 53,7% estão nesses municípios de pequeno porte e apenas 24,5% estão em capitais (Rocha; Manfron; Franca, 2019), porém no serviço prestado pela PRSJ, principalmente por essa atender 10 municípios do Norte Baiano ficou nítido que há necessidade de uma ampliação do

serviço, seja através da contratação de profissionais ou pela aquisição de um maior quantitativo de insumos, principalmente do contraste, que é essencial para os exames de imagens direcionados ao acompanhamento do quadro evolutivo do câncer.

Corroborando o acesso ao diagnóstico, as sugestões tanto de usuários quanto de profissionais referem-se na maior parte, à melhoria no quantitativo de vagas ofertadas pelo serviço. Além disso, o DSC dos profissionais refere uma necessidade de ampliação na realização de outros tipos de biópsias, pois existem demandas nos municípios que a PRSJ não disponibiliza.

Além dessa carência material e de vagas é importante destacar que a compreensão de uma assistência à saúde humanizada perpassa pelo reconhecimento da autonomia e protagonismo dos sujeitos (Anacleto; Cecchetto; Riegel, 2019). O DSC dos profissionais está bastante direcionado para o “fazer”, mas os usuários já remetem uma ideia de “como fazer”, visando o atendimento às suas reais necessidades.

Também vale destacar que a comunicação, verbal ou não verbal, é capaz de proporcionar um acolhimento, reconhecendo os sentimentos, anseios e necessidades associadas aos indivíduos com diagnóstico de neoplasia (Souza *et al.*, 2020). Durante as entrevistas foi observado que se o usuário fosse responsável por prestar o atendimento ao paciente com diagnóstico de neoplasia melhorariam o acolhimento, principalmente trabalhando a empatia, pois essa é uma característica importante que contribui com o cuidado humanizado durante a prática de uma assistência integral. A capacidade de empatia dos profissionais, seja com os usuários ou com seus familiares, tem se tornado um suporte aos fatores físicos e aspectos psíquicos relacionados ao processo de adoecimento.

O DSC dos usuários presente no tema de humanização do atendimento mostrou que empatia com os pacientes com diagnóstico de neoplasia é um aspecto fundamental no cuidado de saúde, pois esses indivíduos enfrentam desafios físicos, emocionais e psicológicos significativos ao longo do seu tratamento. Assim, sendo essencial que os profissionais de saúde adotem uma abordagem empática ao lidar com esses pacientes, demonstrando compreensão e solidariedade em relação às suas experiências e sentimentos.

Esse tipo de cuidado está bastante relacionado a uma das três modalidades de tecnologias utilizadas pelos profissionais de saúde, que é a tecnologia leve. Esta

que é bastante negligenciada, pois a sua materialidade só está presente quando existe uma relação entre os sujeitos. No entanto, ela está entre as mais importantes devido a sua estreita relação com o conceito de humanização, o qual é aplicado na relação entre profissional e usuário (Campagnoli *et al.*, 2023).

Considerações finais

A implantação de serviços de saúde traz consigo melhorias para a rede de saúde e uma nova dinâmica para os profissionais que nela atuam. A PRSJ é um serviço recém-implantado na região que vem auxiliando no diagnóstico de neoplasias no norte da Bahia. No entanto, não existem estudos que demonstrem os impactos e as mudanças que essa implantação trouxe para a rede de atenção oncológica da região.

Os resultados deste estudo mostraram que ocorreu uma alteração na dinâmica do itinerário terapêutico dos usuários com diagnóstico de neoplasia. A principal contribuição da PRSJ foi à realização dos exames de imagem, principalmente de RM, que anteriormente realizava-se pelo SUS na capital do estado.

A PRSJ contribuiu bastante com as demandas referidas pelos municípios, no entanto ainda existem carências a serem supridas. O quantitativo de vagas para exames de média e alta complexidade e para consultas médicas especializadas foram ampliados significativamente, mas o serviço não consegue zerar a fila de espera dos serviços de regulação municipal.

Os discursos retratam uma insuficiência de vagas, pois existem usuários necessitando do serviço prestado para além da sua capacidade operacional. O que torna necessário o desenvolvimento de um trabalho mais resolutivo nas questões relacionadas à identificação e o acompanhamento do câncer, pois é necessário priorizar e ampliar procedimentos indispensáveis, a exemplo das biópsias e os exames de imagem com contraste.

Além dos recursos materiais, também foi identificada a necessidade de um melhor acolhimento e atendimento humanizado aos usuários. A educação continuada dos profissionais é uma forma de alcançar esse aprimoramento na assistência.

Referências

- ANACLETO, G; CECCHETTO, F.H; RIEGEL, F. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 9, n. 2, p. 246-254, 2020.
- BAHIA. Observatório Baiano de Regionalização: 2021. Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/arquivos/rateio/2021/291840/CONTRATO_PROGRAMA_2021.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- BAHIA. Secretaria de saúde do estado: 2020a. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/PES-2020-2023-VERSAO-FINAL.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- BAHIA. Secretaria de saúde do estado: 2020b. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/2020/09/11/unidade-de-saude-em-juazeiro-ofertara-primeiro-servico-de-radioterapia-do-interior/>>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- BAHIA. Secretaria de saúde do estado: 2023. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/2023/05/16/projeto-vitorioso-das-policlinicas-regionais-de-saude-da-bahia-e-reconhecido-pelo-ministerio-da-saude/>>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- BIONDO, C.S. *et al.* Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. *Enfermería Actual de Costa Rica*, n. 38, p. 32-44, 2020.
- BORSATO, F.G; CARVALHO, B.G. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1275-1288, 2021.
- BRASIL. Estimativas para o ano de 2023: 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/bahia/2023/fevereiro/bahia-tem-estimativa-de-116-mil-novos-casos-de-cancer-ate-2025#:~:text=Entre%202023%20e%202025%2C%20a>>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- BRASIL. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 set. 2017. Anexo 1.
- CAMPAGNOLI, Y.M. *et al.* O impacto das tecnologias leves na assistência de enfermagem ao pré-natal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 8, p. e13068-e13068, 2023.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Manual do Gestor Municipal do SUS: 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção Oncológica: 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2024.

DALLOULF, F.A. *et al.* Epidemiologia do câncer no sistema de saúde pública de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cuidados Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 28-34, 2020.

FIGUEIREDO, M.Z.A; CHIARI, B.M; GOULART, B.N.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualquantitativa. *Distúrbios da Comunicação*, v. 25, n. 1, 2013.

FREIRE, M.P. *et al.* Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde e Sociedade*, v. 29, p. e190682, 2020.

HALBERSTAD, B.M.K. Coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde: enfoque na oncologia. 2020. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde: 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-4-edicao.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde: 2023. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

LEFEVRE, A.M.C; CRESTANA, M.F; CORNETTA, V.K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização". Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU", São Paulo-2002. *Saúde e Sociedade*, v. 12, p. 68-75, 2003.

OLIVEIRA, G.A.L. *et al.* Barreiras ao acesso do rastreamento e detecção precoce da neoplasia de colo de útero. *Revista de Saúde*, v. 13, n. 2, p. 42-47, 2022.

OLIVEIRA, L.C.F; NASCIMENTO, M.A.A; LIMA, I.M.S.O. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde–perspectivas e desafios. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 286-298, 2020.

OLIVEIRA, S.B; SOARES, D.A. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 169-181, 2020.

OSTETTO, C.E.S. *et al.* Rede de atenção integral em oncologia: a comunicação como elemento essencial de conexão. *Monumenta-Revista de Estudos Interdisciplinares*, v. 1, n. 2, p. 84-108, 2020.

PEREIRA, R.S.F. *et al.* Diagnóstico e acompanhamento evolutivo dos meningiomas através da ressonância magnética. *REVISTA BRASILEIRA MILITAR DE CIÊNCIAS*, v. 7, n. 17, 2021.

PIMENTA, S.H.S; RODRIGUES, L.R. Integração da rede de serviços de saúde: uma revisão integrativa. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, v. 11, n. 35, p. 45-58, 2021.

ROCHA, A.S; MANFRON, A.P; FRANCA, B.H. Iniquidade socioeconómica na distribuição de equipamentos de imagem na saúde pública brasileira. *Revista Latinoamericana de Bioética*, v. 19, n. 2, p. 19-28, 2019.

SANTOS, H.L.P.C. *et al.* Série Histórica de Mortalidade por Neoplasias no Estado da Bahia entre os Anos de 2008 e 2018. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 68, n. 1, 2022.

SOUZA, T.M. *et al.* Papel da comunicação em saúde frente aos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 11, p. 93059-93066, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Câncer: 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo mostrou que a implantação da PRSJ na região Norte da Bahia alterou a dinâmica do fluxo de usuários com diagnóstico ou suspeita de câncer, facilitando o acesso dos usuários a serviços antes disponibilizados, para esses pacientes, apenas na capital do estado, Salvador-BA. Isso relaciona-se também ao fato da instituição concentrar além de consultas médicas especializadas e exames diagnósticos, o acompanhamento multiprofissional com apoio psicológico e nutricional, bem como acolhimento pela equipe de enfermagem que contribuem para assistência ao usuário. No entanto, sabe-se que ainda existem carências a serem supridas, visto que, o quantitativo de vagas disponibilizadas para os exames de média e alta complexidade são insuficientes para atender a demanda que os municípios possuem.

Através do método escolhido foi possível alcançar resultados de abordagem interdisciplinar envolvendo as áreas sociais e da saúde. Todavia, para mais detalhamento sobre as melhorias e limitações presentes nos DSC, há necessidade de novos estudos envolvendo demais serviços que prestam apoio diagnóstico para câncer na região.

O acompanhamento oncológico é responsável pelo início precoce do tratamento e redução da mortalidade. Assim, durante a construção dessa dissertação foram identificadas, as experiências dos profissionais com os casos que não iniciaram o tratamento e aqueles que estão aguardando o acesso para realização de biópsia. Na condução desses casos, espera-se a construção de novas estratégias de articulação em rede e direcionamento adequado dos pacientes além de um tratamento mais humanizado que reflita em um melhor acolhimento desses usuários.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, J.C; LIMA, T.V; FERREIRA, R.C.V. Análise dos fatores de risco do Câncer de Mama e avaliação da campanha preventiva “Outubro Rosa”. **Revista Saúde UniToledo**, v. 3, n. 2, 2019.

ANDRADE, C.A.O. *et al.* Diretrizes públicas brasileiras e acesso aos serviços de saúde: uma reflexão bioética. **Revista Renome**, v. 7, n. 1, p. 17-31, 2018.

BAHIA. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da saúde. Bahia, 2024. Adaptado pelo autor. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/onde-tratar-pelo-sus>. Acesso em: 22 de fev. de 2024.

BAHIA. Policlínicas Regionais de Saúde. Bahia, 2022a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/policlinicasregionais>. Acesso em: 28 de ago. de 2022.

BAHIA. Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016 – 2023. Governo do Estado da Bahia, 2016. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Plano-Estadual-de-Atenção-ao-Câncer-2016-2023.pdf>. Acesso em: 22 de fev. de 2024.

BAHIA. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. Bahia, 2022b. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDEch.asp?REGIAO_SAUDE=Juazeiro. Acesso em: 01 de abr. de 2022.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano estadual de saúde 2020-2023. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Plano Estadual de Saúde 2020-2023./ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v. 44, supl.1, jan./mar. 2020.

BARRETO, E.M.T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista brasileira de cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 267-275, 2005.

BARROS, L. M. R., BARROS, M. E. B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. Fractal. **Revista de Psicologia**. v. 25 – n. 2, p. 373-390, Maio/Ago. 2013.

BASTOS, L.B.R. *et al.* Regulação da saúde no estado do Pará: um estudo na região metropolitana de Belém. 2019. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/9534/5/Tese%20-20Luzia%20Beatriz%20Rodrigues%20Bastos%20-202019.pdf>. Acesso em: 12 de mai. de 2023.

BATISTA, S.R. *et al.* O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2043-2052, 2019.

BIGONI, A; CUNHA, A.R; ANTUNES, J.L.F. Redistributing deaths by ill-defined and unspecified causes on cancer mortality in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

BORGES, T. M. T. Research as housing for existential territories : cartographic method contributions. **Revista Psicologia da Educação**, n. 43, 2016.

BRAMBILLA, D.K; KLEBA, M.E; MAGRO, M.L.P.D. Cartografia da implantação e execução do Programa Saúde na Escola (PSE): implicações para o processo de desmedicalização. **Educação em Revista**, v. 36, p. e217558, 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html. Acessado em: 04 de jul. de 2022.

BRASIL. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html. Acessado em: 04 de jul. de 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.htm. Acesso em: 12 de mai. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 nov. 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em: 6 de jun. de 2022.

BRASIL. Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12715.htm. Acessado em: 04 de jul. de 2022.

BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acessado em: 04 de jul. de 2022.

BRASIL. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. _Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 11 de abril de 2022.

BRASIL. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**. Nº35, Brasília, DF, 16 jul. 2018. Seção 1, p. 55. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 12 de abril de 2022.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 120 p., 2019a.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da saúde. INCA: 80 anos de história na saúde pública do Brasil, 2019b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/exposicoes/inca-80-anos-de-historia-na-saude-publica-do-brasil#:~:text=Em%201937%2C%20quando%20da%20cria%C3%A7%C3%A3o,nacional%20no%20controle%20da%20doen%C3%A7a>. Acessado em: 04 de jul. de 2022.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Atlas On-line de Mortalidade, 2021. Adaptado pelo autor. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo04/consultar.xhtml#panelResultado>. Acesso em: 23 de jan. de 2024.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro-RJ. 160p., 2022

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/bahia>. Acesso em: 23 de jan. de 2024.

BRYANT-LUKOSIUS, D. *et al.* Advanced practice nursing: a strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 25, 2017.

CABRAL, M.P.G. *et al.* “Ter câncer mudou minha vida”: cartografia de Luiza na micropolítica das redes de cuidado oncológico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290318, 2019.

CAMPOS, A.A.L. *et al.* Tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama na assistência pública e privada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p. e20210103, 2022.

CARMO, R. F. *et al.* Acesso aos serviços de saúde na rede de atenção: compreendendo a narrativa de profissionais de saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 77–85, mar. 2021.

CASTRO, M.C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CENTRO DE TRATAMENTO DO CÂNCER. **A difícil jornada do paciente com câncer no Brasil é tema de estudo**. CTCAN, 2020. Disponível em:

<<https://ctcan.com.br/a-dificil-jornada-do-paciente-com-cancer-no-brasil-e-tema-de-estudo/>>. Acesso em: 6 de jun. de 2022.

CERQUEIRA, R.S. *et al.* Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, p. e107, 2023.

COBO, B; CRUZ, C; DICK, P.C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4021-4032, 2021.

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE JUAZEIRO. **Diário Oficial Eletrônico**. Juazeiro/BA, 26 de Janeiro de 2024. Contrato de rateio Nº01/2024. Disponível em:
https://www.cpisrj.ba.gov.br/abrir_arquivo.aspx?cdLocal=12&arquivo={CBE21D03-EADA-CC1B-ECAB-A1B8AD47CDBC}.pdf. Acesso em: 22 de fev. de 2024.

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE JUAZEIRO. **Diário Oficial Eletrônico**. Juazeiro/BA, 14 de Janeiro de 2021. Disponível em:
https://www.cpisrj.ba.gov.br/abrir_arquivo.aspx?cdLocal=12&arquivo={CEAC52AA7D2E-CA1D-8E04-7E15D4DABC4}.pdf#search=%22regimento%20interno%22. Acesso em: 11 de abril de 2022.

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE JUAZEIRO. **Diário Oficial Eletrônico**. Juazeiro/BA, 26 de Janeiro de 2024. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cpisrj.ba.gov.br/abrir_arquivo.aspx?cdLocal=12&arquivo={CBE21D03-EADA-CC1B-ECAB-A1B8AD47CDBC}.pdf. Acesso em: 08 de fevereiro de 2024.

CRUZ, P.K.R. *et al.* Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2020.

CRUZ, V.O.; ISLAM, M.T; NURUZZAMAN, M. Access to health services by informal sector workers in Bangladesh. **WHO South-East Asia journal of public health**, v. 8, n. 1, p. 35-37, 2019.

DANTAS, M. N. P. *et al.* Factors associated with poor access to health services in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. 1–13, 1 jan. 2021.

DINIZ, A.B. *et al.* Perfil epidemiológico do câncer infantil em população atendida por uma unidade de oncologia pediátrica em Salvador-Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 4, n. 2, p. 131-139, 2005.

FIGUEIREDO, M.Z.A; CHIARI, B.M; GOULART, B.N.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualquantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 1, 2013.

- FONTANELLA, B.J.B *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de saúde pública**, v. 27, p. 388-394, 2011.
- FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.
- FREIRE, M.P. *et al.* Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. **Saúde e Sociedade**, v. 29, 2020.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, 2018.
- GOMES, V.L.O; TELLES, K.S; ROBALLO, E.C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 856-862, 2009.
- KATZ, N. *et al.* Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1389-1400, 2020.
- LEFEVRE, A.M.C; CRESTANA, M.F; CORNETTA, V.K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização". Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU", São Paulo-2002. **Saúde e Sociedade**, v. 12, p. 68-75, 2003.
- LIMA, L.D. Crisis y neoliberalismo: desafíos y alternativas políticas para la construcción de sistemas universales de salud en América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, p. e00047517, 2017.
- MARTIN, D. *et al.* Canada's universal health-care system: achieving its potential. **The Lancet**, v. 391, n. 10131, p. 1718-1735, 2018.
- MEIRA, R.B. *et al.* Aplicação de uma metodologia na regulação em saúde para otimização da gestão da qualidade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e51211528517-e51211528517, 2022.
- MORORÓ, M. E. M. L.; COLVERO, L. DE A. C.; MACHADO, A. L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 2011.
- NASCIMENTO, J.W *et al.* Relato de experiência sobre a importância da intersetorialidade e interprofissionalidade para a promoção da saúde em um projeto de extensão, Pet-saúde interprofissionalidade. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 560-578, 2021.
- NÓBREGA, T.C. A. A regulação da saúde no Brasil: o controle externo do Tribunal de Contas da União nas unidades do SUS geridas por instituições privadas. **A&C-**

Revista de Direito Administrativo & Constitucional, v. 19, n. 77, p. 101-119, 2019.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde, 2021. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=rateio&COD_IBGE=291840&ANO=2021. Acesso em: 05 de jul. de 2022.

OLIVEIRA, J.C.S. *et al.* Incidência e Mortalidade pelos Principais Tipos de Câncer no Município de Cuiabá, Mato Grosso, Entre os Anos de 2008 e 2016. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, 2022.

OLIVEIRA, M.J.G; MIRANDA, N.V.H.R; SANTIAGO, D.E.. As desigualdades sociais como dificultadores do acesso à saúde pública: um estudo teórico. 2020. Disponível em: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20201125003000.pdf. Acesso em: 20 de ago. de 2023.

OLIVEIRA, S.S. *et al.* De Nossa Território Sabemos Nós: experiência de cartografia social para emergências e desastres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4579-4590, 2021.

PASE, H.L; PATELLA, A.P.D. A AMPLITUDE DO DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL. **Revista Jurídica da Faculdade de Direito de Santa Maria-FADISMA**, v. 17, n. 1, p. 91-112, 2022.

PINTO, R.M.F; GARCIA, M.S.M.P; GONÇALVES, A.M.S. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. **Intraciência. Ed**, v. 19, 2020.

PIRES, J.S; SOUZA, M.M.A; SILVA, R.C.. A crescente mortalidade por neoplasias malignas num município do piemonte norte Baiano/Brasil. **International Journal of Development Research**, v. 10, n. 10, p. 41215-41220, 2020.

RADAELLI, R.G; MEDEIROS, C.R.G. Rede de cuidado em oncologia: trajetórias assistenciais como ferramenta avaliadora da integralidade e do acesso. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 12, n. 1, 2015.

REGO, A.; PINA E CUNHA, M.; MEYER, V. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, p. 43–57, 2018.

RIOS, A.G. *et al.* A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3077-3086, 2021.

SANABRIA, C. A. P. Direito à saúde e vigilância da Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 11, n. 2, p. e7661, 14 jan. 2022.

SANOGO, N.'A; FANTAYE, A.W; YAYA, S. Universal health coverage and facilitation of equitable access to care in Africa. **Frontiers in public health**, v. 7, p. 102, 2019.

- SANTOS, J.M. **Avaliação do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na unidade de assistência de alta complexidade em oncologia do hospital das clínicas–UFPE**. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/38719/1/DISSERTA%C3%87%C3%88O%20Jacicleide%20Maria%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 15 de jul. de 2023.
- SBARAGLIA, M; BELLAN, E; DEITOS, A.P. The 2020 WHO classification of soft tissue tumours: news and perspectives. **Pathologica**, v. 113, n. 2, p. 70, 2021.
- SIEGEL, R.L. *et al.* Cancer statistics, 2023. **Ca Cancer J Clin**, v. 73, n. 1, p. 17-48, 2023.
- SILVA, D.A.R; BERNARDES, A.G. Pemphigus: cartography on the coordination of health policies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2631-2640, 2018.
- SILVA, G.A. *et al.* Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1537-1550, 2014.
- SILVA, G.A. *et al.* Mortalidade por câncer nas capitais e no interior do Brasil: uma análise de quatro décadas. **Revista de Saúde Pública** , v. 54, 2020.
- SILVA, M.F.; MOREIRA, M.C.N. Dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2215-2224, 2021.
- SILVA, M.J.S; O'DWYER, G; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. Cancer care in Brazil: structure and geographical distribution. **BMC cancer**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2019.
- SOMBRA, D; RODRIGUES, G.P; ROSÁRIO, D.P. Cartografia participativa como diálogo entre saberes: ontologia, epistemologia, metodologia e aplicações na construção social do conhecimento. **Ensaios de Geografia**, v. 8, n. 16, p. 45-74, 2022.
- SUMRIDDETCHKAJORN, K *et al.* Universal health coverage and primary care, Thailand. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 97, n. 6, p. 415, 2019.
- TESSER, C.D; NETO, P.P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 941-951, 2017.
- UNION, A. *et al.* First meeting of African Ministers of Health jointly convened by the AUC and WHO Luanda, Angola, 14–15 April, 2014: Volume 2. 2014.
- VALLE, F.A.A.L; FARAH, B.F. A saúde de quem está em situação de rua:(in) visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. e300226, 2020.

VIANA, C.C; SANTOS, M.V; OLIVEIRA, P.A.R. Análise do perfil socioepidemiológico de pacientes com câncer de tireoide atendidos a nível ambulatorial. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 19048-19058, 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

Pesquisador responsável: Bruno Lopes Rios

Endereço: Rua do Paraíso, nº 108, Ap. 101, Santo Antônio, Juazeiro, Bahia

Fone: (74) 99157-2144 / E-mail: bruno.loops@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “ATENÇÃO ONCOLÓGICA: PERCEPÇÕES DE PACIENTES E TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO”, que tem como objetivo de investigar o impacto da implantação da Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro no diagnóstico e acompanhamento de neoplasias malignas na região.

O motivo que nos leva a estudar é por ser um serviço relativamente novo na região, existe uma carência em mensurar a amplitude e sua contribuição para rede de atenção à saúde.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

- Entrevistas: a entrevista será do formato semiestruturada uma vez que contará com um roteiro de entrevista, constituída por questões abertas, permitindo a livre expressão do colaborador. Toda a entrevista será realizada com o devido distanciamento social, a utilização de Equipamentos de Proteção Individuais e disponibilização de álcool em gel a 70%;
- Riscos e desconforto: a participação nessa pesquisa pode proporcionar risco psicológico aos usuários com diagnóstico de neoplasia maligna, pois eles podem estar fragilizados em decorrência de sua atual condição de saúde. Além disso, podem ocorrer riscos da perda de sigilo, extravio de dados e desconforto emocional. Desse modo, o pesquisador se compromete em oferecer assistência gratuita, imediata e integral pelo o tempo que for necessário, caso aconteça algum dos riscos citado acima. Os procedimentos adotados nesta pesquisa também obedeceram aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 580/2018 que regulamenta o que está disposto no item XIII.4 da Resolução de nº 466/2012 do CNS;
- Benefícios: ao participar desta pesquisa a (o) sra. (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações

importantes sobre o acompanhamento dos usuários com diagnóstico de neoplasia maligna que moram na região de saúde de Juazeiro-BA, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir com a ampliação de acesso do usuário ao serviço da Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior;

- Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

O motivo deste convite é que o (a) Sr. (a) se enquadra nos seguintes critérios de inclusão:

- Os usuários entrevistados deverão ter mais de 18 anos, estar em tratamento para neoplasia maligna antes e após a implantação da PRSJ;
- Os profissionais precisam atuar diretamente com a regulamentação de pacientes neoplásicos ou no auxílio dessa função, e possuir experiência anterior e posterior à implantação do serviço.

O (A) Sr. (a) poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que não concorde com este termo.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas será garantido, se necessário, o resarcimento de suas despesas, e de seu acompanhante, como transporte e alimentação.

O (A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz os materiais ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO e a outra será fornecida a(o) Sr. (a).

Caso hajam danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, portador do CPF _____, nascido (a) em ____/____/_____, residente no endereço _____, na cidade de _____, Estado _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico () _____ e e-mail _____. Fui informado (a) dos objetivos do estudo "ATENÇÃO ONCOLÓGICA: PERCEPÇÕES DE PACIENTES E TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

JUAZEIRO/BAHIA, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia
- Rua Professor José Seabra de Lemos, 316 – Recanto dos Pássaros. CEP: 47.808-021. Barreiras, Bahia.
- Tel. 55(77) 3614-3508 / E-mail: cep@ufob.edu.br

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS

Dados sociodemográficos

1. Nome social:_____
2. Sexo biológico: () Feminino () Masculino
3. Data de Nascimento:_____/_____/_____
4. Cor: () Branco () Preto () Amarelo () Pardo () Indígena () Não informado
5. Município de residência:_____
6. Tempo de diagnóstico oncológico:_____
7. Tempo o senhor(a) utiliza o serviço da Policlínica:_____

Entrevista

1. O(a) senhor(a) poderia me falar como era o seu acompanhamento antes da Policlínica? (consultas e exames necessários para o acompanhamento oncológico)
2. E atualmente, como está o atendimento para as necessidades do senhor(a)? Como assim? (Frequência de atendimento e os serviços utilizados)
3. Se você pudesse, o que modificaria no atendimento e acompanhamento de paciente oncológico? Como assim? Fale mais sobre isso.
4. Se eu fosse o paciente e você o profissional, como você me atenderia aqui no serviço? Como você identificaria as minhas necessidades?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

Dados sociodemográficos

1. Nome social: _____
2. Sexo biológico: () Feminino () Masculino
3. Data de Nascimento: ____/____/____
4. Cor: () Branco () Preto () Amarelo () Pardo () Indígena () Não informado
5. Município de atuação profissional: _____
6. Formação profissional: _____
7. Tempo de trabalho na regulação municipal: _____

Entrevista

1. Você poderia me falar da sua vivência profissional, na regulação de pacientes oncológicos antes e após a implantação da Policlínica?
2. Conte-me como era o serviço de regulação municipal antes da implementação da Policlínica.
3. E após a implantação da Policlínica?
4. Fale-me sobre o caminho percorrido pelos usuários na busca de atendimento às suas necessidades de paciente oncológico?
5. Se você pudesse, o que modificaria no acesso ao atendimento oncológico aqui na Policlínica? (consultas, exames, biópsias ...)

ANEXO - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
OESTE DA BAHIA - UFOB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE ESPECIALIDADES NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER NA REGIÃO DE SAÚDE DE JUAZEIRO - BA

Pesquisador: BRUNO LOPES RIOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62004222.4.0000.8060

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.652.491

Apresentação do Projeto:

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde é uma realidade vivenciada por muitos usuários que necessitam de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Quando ela ocorre em serviços que fazem parte da rede de atenção em oncologia, acabam prejudicando o diagnóstico e o início do tratamento em tempo oportuno. A Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro (PRSJ) é um exemplo de serviço que presta apoio diagnóstico às neoplasias na região norte da Bahia, desde o ano de 2019 e por ser um estabelecimento recém-implantado na região, não existe estudos direcionados à mensuração de sua contribuição na rede de atenção em oncologia. Desse modo, o objetivo desse projeto é investigar o impacto da implantação da PRSJ no diagnóstico e acompanhamento de neoplasias na região de saúde de Juazeiro-BA. O estudo terá uma abordagem qualitativa e será baseado no método cartográfico. Serão utilizados dois procedimentos para coletar dados, a entrevista e a pesquisa de dados secundários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o impacto da implantação da Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro-BA no diagnóstico e acompanhamento de neoplasias na região.

Endereço: JOSE SEABRA DE LEMOS

Bairro: RECANTO DOS PASSAROS

CEP: 47.808-021

UF: BA

Município: BARREIRAS

Telefone: (77)3614-3508

E-mail: cep@ufob.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA - UFOB



Continuação do Parecer: 5.652.491

Objetivo Secundário:

- Identificar na percepção dos usuários o que mudou após a implantação do novo serviço;
- Descrever a experiência dos profissionais da regulação municipal no agendamento de consultas e procedimentos eletivos para usuários com diagnóstico de neoplasia maligna após a implantação da Policlínica;
- Comparar o número de casos de neoplasias malignas diagnosticadas no biênio anterior a implantação do serviço com o biênio subsequente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos e benefícios apontou que os benefícios superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Recomendações:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Uma vez que as pendências foram atendidas, o protocolo está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Caro pesquisador, solicita-se que ao final do desenvolvimento do projeto o relatório final seja enviado à este comitê via plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1976883.pdf	27/08/2022 23:48:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura_projeto2708.pdf	27/08/2022 23:47:38	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_2708.pdf	27/08/2022 23:47:05	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_da_instituicao_coparticipante1908.pdf	20/08/2022 23:53:53	BRUNO LOPES RIOS	Aceito

Endereço: JOSE SEABRA DE LEMOS

Bairro: RECANTO DOS PASSAROS

CEP: 47.808-021

UF: BA

Município: BARREIRAS

Telefone: (77)3614-3508

E-mail: cep@ufob.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA - UFOB



Continuação do Parecer: 5.652.491

Declaração de concordância	responsabilidade_institucional2008.pdf	20/08/2022 23:52:31	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_compromisso_margaret1908.pdf	20/08/2022 23:49:53	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_compromisso_cheila_asinado.pdf	20/08/2022 23:49:32	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_compromisso_bruno_asinado.pdf	20/08/2022 23:49:09	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
Cronograma	cronograma1908.pdf	20/08/2022 23:48:38	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
Orçamento	orcamento1908.pdf	20/08/2022 23:48:27	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Margaret.pdf	20/08/2022 23:47:37	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Cheila.pdf	20/08/2022 23:46:31	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Bruno.pdf	20/08/2022 23:45:35	BRUNO LOPES RIOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	08/08/2022 22:19:10	BRUNO LOPES RIOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BARREIRAS, 19 de Setembro de 2022

Assinado por:
Dayane Otero Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE SEABRA DE LEMOS

Bairro: RECANTO DOS PASSAROS

UF·BA

Município: BARREIRAS

CEP: 47 808-021

ST. BA

E-mail: cen@ufob.edu.br