

ACESSIBILIDADE E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO À REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID -19

Stefany Ferreira Barbosa¹

<https://orcid.org/0000-0001-5668-3160>

Maria Eduarda Pereira Borges¹

<https://orcid.org/0000-0002-0233-6099>

Mirella Rakel Romão Martins¹

<https://orcid.org/0000-0002-4364-4194>

Jurema Telles de Oliveira Lima²

<https://orcid.org/0000-0002-8607-1584>

1. Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife – PE
2. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife - PE

RESUMO:

Objetivo: analisar o impacto das principais barreiras vivenciadas pelos pacientes com câncer quanto à acessibilidade e itinerário terapêutico à rede de atenção oncológica em tempos da pandemia do COVID-19. **Descrição da metodologia:** estudo descritivo, exploratório, de corte transversal com abordagem quantitativa, realizado com pacientes atendidos em um hospital de referência para atendimentos oncológicos. A coleta de dados ocorreu no ambiente virtual por meio do convite enviado via *WhatsApp*[®] contendo questionário semiestruturado disponível no *Google Forms*[®]. A análise e síntese dos resultados foram realizadas de forma descritiva. **Resultado:** a média de idade dos entrevistados foi de 41,8 anos. As variáveis de idade, estado civil, nível de escolaridade e renda mensal mostrou associação quanto ao itinerário terapêutico durante o período pandêmico. Percebe-se as dificuldades enfrentadas pelos pacientes a partir de uma série de barreiras estruturais que demandam reformas no sistema de saúde. **Conclusão:** o itinerário pelos serviços de saúde representa a forma de funcionamento destes sistemas, no qual seu trajeto compreende toda relação convencional com os serviços de saúde, assim como percurso terapêutico complementar.

Descritores: Câncer, Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção à Saúde.

ABSTRACT:

Objective: to analyze the impact of the main barriers experienced by cancer patients regarding accessibility and therapeutic itinerary to the cancer care network in times of the COVID-19 pandemic.

Methodology description: descriptive, exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with patients treated at a reference hospital for oncological care. Data collection took place in the virtual environment through the invitation sent via *WhatsApp*® containing a semi-structured questionnaire available on *Google Forms*®. The analysis and synthesis of the results were carried out in a descriptive way. **Result:** the average age of respondents was 41.8 years. The variables of age, marital status, education level and monthly income showed an association with the therapeutic itinerary during the pandemic period. The difficulties faced by patients are perceived as a result of a series of structural barriers that demand reforms in the health system. **Conclusion:** the itinerary through the health services represents the way in which these systems work, in which its path comprises all the conventional relationship with health services, as well as a complementary therapeutic route.

Keywords: Cancer, Access to Health Services; Health Care.

INTRODUÇÃO:

Nas últimas décadas, o câncer tem se destacado dentre as doenças crônicas não transmissíveis e alcançando patamares alarmantes, com isso, ele vem sendo considerado um problema contemporâneo de saúde pública em âmbito nacional e internacional. No momento atual, o câncer é um dos problemas de saúde pública mais relevantes e complicados que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada sua magnitude econômica, epidemiológica e social.^{1 2 3}

Para ocorrer o diagnóstico prévio, bem como o tratamento em tempo efetivo, foi criado a Lei N°12.732, de novembro de 2012 que garante ao paciente oncológico o direito ao início do tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmado o diagnóstico.⁴

A porta de entrada preferencial é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, em qualquer suspeita, pode encaminhar o paciente para um Ambulatório de Especialidades, para realização de outros exames e uma investigação mais aprofundada. Entretanto, ainda existem dificuldades de articulação entre os níveis de atenção, demonstrando falta de mecanismos organizacionais, relacionada ao fluxo de atendimento em tempo oportuno.⁵

Os itinerários terapêuticos consistem na trajetória executada por indivíduos durante todo o seu trajeto nos níveis de atenção, é pautado no princípio da organização do cuidado, permitindo assim a compreensão do trajeto para a integralidade do usuário.⁶⁷

No contexto atual, pacientes com câncer podem apresentar frequentemente redução da imunidade devido ao avanço da doença, o que o torna mais suscetível à infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), ocorrendo uma evolução mais significativa e risco maior de morte.⁸

Nesse contexto, ao considerar a relevância desta temática no campo da enfermagem contemporânea, questionou-se: Quais os impactos da pandemia do COVID-19 para a acessibilidade e itinerário terapêutico em pacientes oncológicos?

OBEJTIVO:

Analisar o impacto das principais barreiras vivenciadas pelos pacientes com câncer quanto à acessibilidade e itinerário terapêutico à rede de atenção oncológica em tempos da pandemia do COVID-19.

MÉTODOS:

Aspectos éticos:

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira sob parecer de nº 4.958.285 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº: 51332920.6.0000.5201. O consentimento dos participantes foi obtido por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tipo de estudo:

Estudo descritivo, exploratório, de corte transversal de abordagem quantitativa.

Cenário do estudo:

Estudo desenvolvido em um hospital escola pernambucano referência para atendimentos e serviços oncológicos.

Fonte de dados:

Obedeceu-se aos seguintes critérios de inclusão: indivíduos de ambos os sexos, atendidos e assistidos no ambulatório de oncologia adulto durante a pandemia do COVID-19, portadores ou não das deficiências visuais, auditivas e motoras, alfabetizado que tivesse acesso a recursos como celular e computador e afluência dos aplicativos *Whatsapp*[®] e *Email*[®]. Foi realizado cálculo amostral com base nos arquivos de acompanhamento do ambulatório de oncologia adulto durante a pandemia do COVID-19 meses de maio a dezembro de 2020. Considerando essa informação, utilizou-se a fórmula

para cálculo amostral de estudos transversais de população finita, adotando-se um intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5% e um valor crítico de 1,96. Assim, obteve-se uma amostra de 169 pacientes, no entanto, destes apenas 100 aceitaram participar do estudo. Os demais não responderam após 3 tentativas de contato ou vieram a óbito antes do contato.

Coleta e organização de dados:

Os instrumentos foram divididos da seguinte maneira: perguntas relacionadas às características socioeconômicas demográficas, criado pelos pesquisadores e um instrumento criado pelos profissionais da oncologia adulto, o qual conta com a avaliação das distribuições sociodemográficas e a avaliação do nível de atenção.

Os pacientes foram contactados através do número telefônico disponibilizado no ato da admissão no serviço de oncologia adulto, mediante ligação realizada pelas pesquisadoras informando a equipe do projeto, o objetivo, o método utilizado para coleta de dados e sobre a sua livre escolha em participar da pesquisa. Após a verbalização de que aceitariam receber o questionário via *WhatsApp*[®], os participantes clicavam no *link* de acesso, sendo encaminhadas para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Virtual, e, após clicar na opção de aceite eram direcionados para a página de apresentação contendo o teor das questões seguida do questionário contendo as perguntas.

Por se tratar de uma pesquisa realizada em ambiente virtual, todos os participantes receberam cópia assinada pela equipe de pesquisa em formato PDF após a coleta.

Análise dos dados:

O tratamento dos dados se deu pela exportação para programa *Microsoft Office Excel 2007* e analisados pelo *Software Stata versão 17*. A análise foi feita a partir da estatística descritiva dos dados e de inferência do teste estatístico Qui-quadrado de Pearson. Para todos os testes, foram considerados estatisticamente significantes os valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS:

A idade dos pacientes entrevistados variou de 45 a 60 anos de idade, com média de idade de 41,2 anos, a maioria do sexo feminino (60%), moradores da zona urbana (60%), possuía 11 anos de estudo equivalente ao ensino médio completo (37%), com renda mensal de um a três salários-mínimos (54%) conforme observamos na Tabela 1.

Quando cruzado as variáveis socioeconômicas com a pergunta “Em decorrência da pandemia de COVID-19 parou o tratamento de quimioterapia?” nota-se a semelhança dentre os resultados, mas sem diferenças significativas entre elas.

Tabela 1 Distribuição das variáveis socioeconômicas em relação a pandemia e o itinerário terapêutico, Recife – PE. Brasil 2021.

Variável	Em decorrência da pandemia de Covid-19 parou o tratamento de quimioterapia?		Total n (%)	*p-valor
	Não n (%)	Sim n (%)		
Sexo				0.410
Feminino	53(61.63%)	7 (50.00%)	60(100%)	
Masculino	33(38.37%)	7(50.00%)	40(100%)	
Faixa de idade?				0.419
Acima de 60 anos	20(23.26%)	3(21.43%)	23(100%)	
Até 25 anos	2(2.33%)	0(0.00%)	2(100%)	
De 25 a 35 anos	7(8.14%)	3(21.43%)	10(100%)	
De 35 a 45 anos	19(22.09%)	1(7.14%)	20(100%)	
De 45 a 65 anos	38(44.19%)	7(50.0%)	45(100%)	
Nível de escolaridade				0.234
Fundamental completo	7 (8.14%)	0 (0.0%)	7 (100%)	
Fundamental incompleto	17 (19.77%)	1 (7.14%)	18 (100%)	
Médio completo	30 (34.88%)	7 (50.00%)	37 (100%)	
Médio incompleto	6 (6.98%)	2 (14.29%)	8 (100%)	
Não estudou	14(16.28%)	2 (14.29%)	16 (100%)	
Superior completo	9(10.47%)	0 (0.0)	9 (100%)	
Superior incompleto	3(3.49%)	2(14.29%)	5(100%)	
A casa onde você mora é?				0.091
Alugada	28 (32.56%)	3 (21.43%)	31 (100%)	
Cedida	2 (2.33%)	2 (14.29%)	4 (100%)	
Própria	56 (65.12%)	9 (64.29%)	65 (100%)	
Sua casa está localizada em?				0.724
Zona rural	35 (40.70%)	5 (35.71%)	40 (100%)	
Zona urbana	51 (59.30%)	9 (64.29%)	60 (100%)	

Qual a sua renda mensal, aproximadamente?	0.063		
Até 1 salário mínimo	21 (24.42%)	2 (14.29%)	23 (100%)
De 1 a 3 salários mínimos	42 (48.84%)	12 (85.71%)	54 (100%)
De 3 a 6 salários mínimos	21(24.42%)	0 (00.0%)	21(100%)
De 9 a 12 salários mínimos	2(2.33%)	0 (00.0%)	2(100%)

Em relação aos dados da distribuição do itinerário terapêutico, destacou-se a grande maioria com vínculo empregatício prévio ou atual (87%). 70% levaram menos de um mês para ser diagnóstico, 83% dos entrevistados alegam que possuíram diagnóstico precoce do câncer e declaram que não houve diagnóstico errôneo.

Em relação à estratégia de saúde da família, 44% relatam que não buscaram ajuda antes do diagnóstico, 80% possuem uma Estratégia de Saúde da Família perto de domicílio, 83% não são acompanhados pelos mesmos; 86% levaram menos de mês para ser atendido na rede de atenção oncológica adulto depois do diagnóstico.

Em relação ao itinerário terapêutico, 51% dos entrevistados moram a uma longa distância da referência de tratamento e acompanhamento, o veículo de transporte mais utilizado foi o transporte público (71%), 85% referem o uso de menos de três conduções para a chegada no hospital de referência. 82% dos pacientes revelam que não recebem auxílio para deslocamento e que nunca faltaram consulta por conta de transporte (Tabela 2)

Cruzado as variáveis do itinerário terapêutico com a pergunta “Em decorrência da pandemia de COVID-19 pararam o tratamento de quimioterapia?” percebe-se que, pacientes com diagnóstico precoce, mesmo com um alto índice de respostas no “não” ainda houve 11 indivíduos (78.5%) que pararam o tratamento ($p=0.045$). Em relação ao tempo que foi atendido pós diagnóstico, paciente que demoraram menos de um mês não pararam o tratamento (90.70%), $p=0.001$.

Pacientes que não são acompanhados pela ESF configuram-se como maior grupo que pararam quando posto em comparação aos que são acompanhando 57.14% e $p=0.005$.

Tabela 2 Distribuição das variáveis do itinerário terapêutico em relação do tratamento durante a pandemia, Recife – PE. Brasil 2021.

Variável	Em decorrência da pandemia de Covid-19 parou o tratamento de quimioterapia?		Total n (%)	*p-valor
	Não	Sim		
				0.482
Você trabalha ou já trabalhou?				
Não	12 (13.95%)	1 (7.14%)	13 (100%)	
Sim	74 (86.05%)	13 (92.86%)	87 (100%)	
				0.045
O diagnóstico foi precoce?				
Não	14 (77.78%)	2 (14.29%)	16 (100%)	
Não sabe responder	0 (0.00%)	1 (7.14%)	1 (100%)	
Sim	72(83.72%)	11 (78.57%)	83(100%)	
				0.303
Quanto tempo levou para o diagnóstico da doença?				
Mais ou menos seis meses	20 (23.26%)	4 (28.57%)	24 (100%)	
Menos de um ano	4 (4.65%)	2 (14.29%)	6 (100%)	
Menos de um mês	62 (72.09%)	8 (57.14%)	70 (100%)	
				0.501
Antes do diagnóstico, buscou ajuda em alguma unidade de saúde?				
Não	39 (45.35%)	5 (35.71%)	44 (100%)	
Sim	38 (54.65%)	9 (64.29%)	56 (100%)	
				0.474
Houve diagnóstico errado?				
Não	71 (82.56%)	12 (85.71%)	83 (100%)	
Não sei responder	2 (2.33%)	1 (7.14%)	3 (100%)	
Sim	13 (15.12%)	1 (7.14%)	14 (100%)	
				0.001
Depois do diagnóstico, quanto tempo demorou a ser atendido na rede?				

Mais ou menos seis meses	7 (8.14%)	4 (28.57%)	11 (100%)
Menos de um ano	1 (1.16%)	2 (14.29%)	3 (100%)
Menos de um mês	78(90.70%)	8(57.14%)	86 (100%)

Qual a distância do IMIP para sua casa?			0.500
Curta	5 (5.81%)	1 (7.14%)	6 (100%)
Longa	39 (45.35%)	4 (28.57%)	43(100%)
Média	42(48.84%)	9 (64.29%)	51(100%)

			0.696
Já faltou alguma consulta por não ter transporte?			
Não	70 (81.40%)	12 (85.71%)	82 (100%)
Sim	16 (18.60%)	2 (14.29%)	18 (100%)

Quais conduções utilizam para ir ao IMIP?			0.191
Carro	27 (31.40%)	2 (14.29%)	29 (100%)
Ônibus	59 (68.60%)	12 (85.71%)	71 (100%)

Quantas conduções utilizam para chegar ao IMIP?			0.491
Mais de três	8 (9.30%)	0 (0.00%)	8 (100%)
Menos de três	72 (83.72%)	13 (92.86%)	85 (100%)
Nenhuma	6 (6.98%)	1(7.14%)	7(100%)

Recebe ajuda para deslocamento?			0.696
Não	70 (81.40%)	12 (85.71%)	82 (100%)
Sim	16 (18.60%)	2 (14.29%)	18 (100%)

Tem alguma Estratégia de Saúde da Família próxima a sua casa?			0.564
Não	18 (20.93%)	2 (14.29%)	20 (100%)
Sim	68 (79.07%)	12 (85.71%)	80 (100%)

É acompanhado por alguma Estratégia de Saúde da Família?			0.005
Não	75 (87.21%)	8 (57.14%)	83 (100%)

Sim	11 (12.79%)	6 (42.86%)	17 (100%)
-----	-------------	------------	-----------

No que diz respeito à acessibilidade, 99% dos pacientes realizaram exames após ser admitido no setor de referência, 89% demoraram menos de um mês do diagnóstico até o primeiro tratamento e 56% realizaram a biópsia e receberam o resultado em até 15 dias (Tabela 3).

No que tange a acessibilidade dos entrevistados durante a pandemia 72% dos pacientes não foram diagnosticados com COVID-19 durante a pandemia, 86% não pararam o tratamento de quimioterapia em decorrência da mesma, contudo, 43% dispuseram do adiamento do tratamento por sintomas respiratórios, 78% não realizaram procedimento cirúrgico durante a pandemia. A grande maioria (52%) relatam que se sentiram acolhidos e inseguros quando correlacionado com o diagnóstico de câncer e a pandemia, 93% revelam fácil acesso em contactar o serviço de tratamento, 67% utilizaram o transporte público como meio principal de transporte durante a pandemia (Tabela 03).

Cruzado as variáveis da acessibilidade a pergunta “Em decorrência da pandemia de COVID-19 pararam o tratamento de quimioterapia?” notou-se que, pacientes diagnosticados com COVID-19 e com sintomas respiratórios pararam o tratamento, representando 92.86% e significância ($p=0.000$).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis da acessibilidade em relação do tratamento durante a pandemia, Recife – PE. Brasil 2021.

Variável	Em decorrência da pandemia de Covid-19 parou o tratamento de quimioterapia?		Total n (%)	*p-valor
	Não	Sim		
Quando foi admitido no setor foram realizados novos exames?				0.013
Não	0 (0.00%)	1 (7.14%)	1 (100%)	
Sim	86 (100.00%)	13 (92.86%)	99 (100%)	
Quanto tempo demorou do diagnóstico até o primeiro tratamento?				0.230
Mais ou menos seis meses	7 (8.14%)	4 (28.57%)	11 (100%)	
Menos de um mês	79 (91.86%)	10 (71.43%)	89 (100%)	
Durante o tratamento de câncer foi				0.000

diagnosticado com Covid-19?			
Não	71 (82.56%)	1 (7.14%)	72 (100%)
Sim	15 (17.44%)	13 (92.86%)	28 (100%)
Teve algum Adiamento da quimioterapia por sintoma respiratório?			0.000
Não	56 (65.12%)	1 (7.14%)	57 (100%)
Sim	30 (34.88%)	13 (92.86%)	83 (100%)
Como se sente em decorrência da pandemia e do diagnóstico com câncer?			0.526
Acolhido e inseguro	46 (56.49%)	6 (42.86%)	52 (100%)
Acolhido e seguro	38 (44.19%)	7 (50.00%)	45 (100%)
Não acolhido	2 (2.33%)	1 (7.14%)	3 (100%)
Tinha fácil acesso em contactar o serviço hospitalar de seu tratamento?			0.249
Não	5 (5.81%)	2 (14.29%)	7 (100%)
Sim	81 (94.19%)	12 (85.71%)	93 (100%)
Qual meio de transporte utilizou no período de tratamento durante a pandemia?			0.704
Particular	29 (33.12%)	4 (28.57%)	33 (100%)
Público	57 (66.28%)	10 (71.43%)	67 (100%)
Qual foi o tempo entre a realização da biopsia e o acesso ao resultado ?			0.014
Até 15 dias	51(59.30%)	5 (35.71%)	56(100%)
Até 30 dias	29 (33.72%)	4 (28.57%)	33(100%)
Até 45 dias	3 (3.49%)	3 (21.43%)	6(100%)
Maior que 60 dias	3 (3.49%)	2 (14.29%)	5(100%)

DISCUSSÃO:

Mediante o novo cenário epidemiológico decorrente da pandemia da COVID-19, o ponto de partida desse estudo foi avaliar a acessibilidade e itinerário terapêutico de pacientes oncológicos em um período de pandemia. Verificamos que vários são os aspectos endossam o debate sobre a trajetória percorrida pelos pacientes, desde a Atenção Básica até o atendimento na Alta Complexidade, de tal modo que compreendemos no presente estudo, inédito dentro da categoria da Enfermagem, a importância apropriação teórica, dos obstáculos aos quais os usuários encontram-se submetidos para a realização de um diagnóstico precoce e tratamento.

Não raro, o estadiamento avançado da doença revela-se uma consequência do tempo de espera entre o diagnóstico de câncer e a efetivação do acesso à unidade oncológica, quando poucas são as chances de um tratamento efetivamente curativo. Ao longo desta pesquisa, buscou-se descrever cada resposta, considerando a singularidade e a individualidade da experiência, e a partir daí extrair a análise crítica necessária para a compreensão do câncer em suas implicações para o paciente.

Fatores sociodemográficos relevantes avaliados nos participantes desta pesquisa incluíram a média de idade de 41,2, a predominância do sexo feminino e a experiência de trabalho. Esses achados são evidenciados pelo: o envelhecimento natural do ser humano acarreta mudanças celulares, tornando-as mais suscetíveis ao processo cancerígeno; 80% e 90% dos casos de câncer estão associados a causas de exposição ao ambiente de trabalho, como a indústrias químicas e a incidência do câncer de mama em mulheres ser classificada em primeiro colocado nos *rankings* gerais de localização primária de câncer no Brasil.^{9 10}

Em termos de trabalho, é direito do trabalhador diagnosticado com câncer o afastamento e seguridade dos seus direitos, como a licença para tratamento, auxílio-doença e, até mesmo, aposentadoria por invalidez. Todos esses direitos são instituídos visando garantir a dignidade, conforme a lei 7.713, de 1988 assegura que o paciente com câncer pode ser isento ao Imposto de Renda. A Lei n. 8.213 no art. 42 ressalva que o paciente portador de câncer que não tenha condições de exercer o trabalho, e que não consiga reabilitar-se no mercado para se sustentar, poderá requerer a aposentadoria antecipada, independente se encontra recebendo, ou não o auxílio-doença.^{11 4}

No que se refere aos desfechos do diagnóstico, os resultados apontam muitas detecções precoces do câncer, que se consolida pelas estratégias da WHO que: a primeira ação refere-se ao rastreamento, que tem por objetivo encontrar o câncer pré-clínico ou as lesões pré-cancerígenas, por meio de exames de rotina em uma população-alvo sem sinais e sintomas sugestivos do câncer rastreado. A segunda corresponde ao diagnóstico precoce, que busca identificar o câncer em estágio inicial em pessoas que apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença. Essas ações objetivam a possibilidade da confirmação diagnóstica precoce, por isso é necessário a diminuição das barreiras

de acesso, ofertar serviços e garantir a integralidade e a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.¹²

Apesar de os relatos dos participantes demonstrarem a existência de uma Estratégia de Saúde da família perto do domicílio, é visto uma fragilidade no que diz respeito ao fluxo e à comunicação entre os serviços de saúde e o usuário. A equipe de saúde, em especial a da Atenção Primária, pode ter papel de suma importância nesse âmbito, pois o vínculo, quando preexistente ou já estabelecido após o diagnóstico, favorece a comunicação terapêutica, a qual, por sua vez, facilita o enfrentamento da trajetória de adoecimento e tratamento e ameniza a sobrecarga psicológica que o indivíduo vivencia juntamente com seus familiares, saliente estudo realizado com pacientes oncológicos.¹³

Nesse sentido, destaca-se a importância da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, sendo a coordenadora do cuidado e a ordenadora da rede de atenção. A mesma deve ser organizada de modo a responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidade, salienta o estudo do município do noroeste do Paraná, com 10 pacientes atendidos na unidade básica de saúde.^{14 15 16}

Mesmo com os dados apontando uma desatenção das ESF's com os pacientes oncológicos, as narrativas apontam para as potencialidades que envolvem as Redes de Atenção à Saúde referentes ao tempo reduzido que o paciente percorre do diagnóstico até o atendimento na rede de atenção oncológica, já que as conexões entre as ações de saúde oferecidas pelos níveis de atenção estão sendo eficazes no direcionamento dos pacientes oncológicos para as instituições de referência para consultas ambulatoriais e de tratamento. Isso se dá pelo fluxo estabelecido nas linhas de cuidado e que garante a continuidade do cuidado no tratamento oncológico, por meio da regulação para as unidades habilitadas, respeitando o princípio da integralidade, uma vez que é necessário garantir não apenas a detecção precoce do câncer, mas também todo o cuidado de que o indivíduo necessita.^{17 18}

Estudo de abordagem qualitativa realizado com 13 pacientes de um município da região Noroeste do Paraná, aponta o desconforto em decorrência do deslocamento dos pacientes dos seus lares até o local de tratamento. Na vigente pesquisa, foi visto um extenso número de pacientes que usufruíram de mais de dois transportes públicos para chegar ao centro de referência e sem algum custeio do município, embora seja garantido por lei o direito do transporte para pacientes oncológicos e seu acompanhante pelo Sistema Único de Saúde.^{13 19}

Há de se considerar que as dificuldades enfrentadas pelos pacientes são o resultado de uma série de barreiras estruturais que demandam reformas no sistema de saúde assim, reitera-se a

necessidade de repensar a logística do deslocamento dos pacientes, e dos demais problemas vivenciados, visando amenizar as dificuldades vivenciadas para a realização do tratamento.

Os sentimentos como medo, tristeza, stress e preocupação se fazem presentes, o que pode aumentar a ansiedade e a incerteza quanto à cura, tornando-as mais vulneráveis. Em suma, o câncer e seus tratamentos promovem transformações na vida de suas adoecidas, colocando-as em situações indesejadas para manutenção do seu corpo, além da relação familiar, trabalho e convívio social. Somado aos agravantes naturais impostos pela doença, o contexto pandêmico desencadeado pela COVID-19 endossa esse cenário, ao gerar preocupações, ansiedade e restrição social, devido às medidas protecionistas de controle.²⁰

No que concerne a lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, foi observado, na presente pesquisa, que os pacientes se submeteram ao primeiro tratamento no prazo inferior há sessenta dias. Em conformidade com a supracitada acima, o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. Acerca dos exames necessários para à elucidação da neoplasia maligna, biópsia, os indivíduos realizaram o procedimento e obtiveram o resultado no prazo de trinta dias, mediante descrito na lei nº 13.896, de outubro de 2019.^{4 21}

Interessante notar que, um número consideravelmente maior de pacientes não se contaminou pelo vírus do SARS-CoV-2 mesmo com evidências apontando para um aumento na mortalidade relacionada ao câncer por motivos da taxa de letalidade ser mais alta em populações vulneráveis. Essa divergência pode ter se dado mediante a reorganização do sistema em priorizar os pacientes oncológicos, ofertando EPIs, interromper os tratamentos em pacientes positivos para SARS-CoV-2 e naqueles declarados curados, uma avaliação cuidadosa deve ser realizada antes de prosseguir com radioterapia e quimioterapia.^{22 23}

No decorrer dessa trajetória, o fluxo e a comunicação dentro da rede mostraram-se fortificados. Observou-se a inserção de novas tecnologias para aprimorar o contato com os pacientes. O teleatendimento teve início em abril de 2020. Foi criado um fluxo para gerenciamento dos casos e encaminhamento para a consulta presencial apenas para aqueles pacientes em que a teleconsulta não atendia às demandas apresentadas, sendo necessária avaliação in loco. A organização logística da agenda é realizada pela equipe de funcionários administrativos, que a encaminha para os profissionais de saúde responsáveis pela avaliação dos pacientes (médico e enfermeiro).^{24 25}

Sincronicamente, o Conselho Federal de Enfermagem autorizou a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. As teleconsultas no âmbito oncológico consta como uma avaliação de enfermagem, conseguinte, uma triagem a respeito dos sintomas respiratórios e após, realizado encaminhamento para o centro de referência de tratamento ou estadiamento do tratamento por quatorze dias caso haja sintomas respiratórios.^{24 26}

O cuidado on-line é uma estratégia já conhecida no setor saúde, mas durante a pandemia COVID-19 tornou-se popular entre os brasileiros, sendo que enfermeiros e outros profissionais apresentam-se cada vez mais engajados nessa modalidade, fornecendo orientações por meio de dispositivos móveis, redes sociais e aplicativos específicos. Assegurar a continuidade do tratamento para os pacientes é uma prioridade e um desafio para os centros oncológicos, especialmente aqueles localizados em epicentros da pandemia.

Assim, é recomendável a continuidade do tratamento em regimes de Quimioterapia e Radioterapia para os pacientes que não apresentam sintomatologia ou tiveram contato próximo com alguma suspeita ou caso confirmado de COVID-19, respeitando sempre as medidas de segurança protocoladas pela OMS, a fim de evitar a contaminação tanto dos pacientes quanto dos profissionais envolvidos.

Faz-se importante ressaltar que, tendo-se em vista que esta pesquisa abrangeu apenas indivíduos alfabetizadas e com acesso à internet, deve-se cogitar a possibilidade de que os resultados poderiam ser bastante diferentes dos apresentados, caso esse estudo abrangesse populações ribeirinhas, quilombolas, do campo e da floresta.

CONCLUSÃO:

A pandemia causada pela Covid-19 ainda é sombria, tratando-se de uma problemática sem precedentes, exigindo uma constante vigilância dos serviços de saúde, seja na dificuldade do diagnóstico, seja no tratamento uniforme de tal enfermidade, insuflando cada vez mais o serviço.

Pacientes oncológicos, por si só, já são mais desafiadores. Diante do contexto global, a oncologia passou a ser afetada nas suas mais diversas formas. Na prática, o tratamento do câncer, seja ele medicamentoso ou cirúrgico em paciente com COVID-19, é questionado pela falta de evidências e recomendações sólidas quanto ao manejo desse grupo clínico. Além disso, pacientes oncológicos precisam de cuidados contínuos, e a manutenção do cuidado faz com que seja necessária a ida a ambientes hospitalares, aumentando a probabilidade de exposição ao vírus.

Algumas barreiras de acessibilidade são consideradas supostamente intransponíveis, como a idade, entretanto as dificuldades relacionadas à acesso e transporte são passíveis de superação e/ou decisão por parte dos gestores e profissionais. No entanto, o processo de regionalização não está efetivamente estabelecido, sendo imprescindível intensificar a relação entre a União, estados e municípios, no que diz respeito aos compromissos e às responsabilidades, haja vista que esse processo envolve dinâmicas socioeconômicas e políticas.

O itinerário pelos serviços de saúde representa o funcionamento destes sistemas e seus caminhos incluem todas as relações tradicionais com os serviços de saúde, bem como as rotas de tratamento complementar. Ainda não há consenso na literatura sobre os condicionantes para a escolha desse itinerário, porém fatores relacionados ao acesso geográfico e sócio-organizacional dos serviços, influenciam diretamente nessa escolha.

REFERÊNCIAS:

1. Freire MEM, Costa SFG, Lima RAG, Sawada N. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes Com Câncer em Cuidados Paliativos. *Texto contexto - enferm.* 2018; 27(2):e5420016. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do cancer. Rio de Janeiro. 2020 [2021 Jun 5];6: 1-112. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-5-edicao.pdf>
3. Soto PHT, Raitz GM, Bolsoni LL, Costa CKF, Yamaguchi MU, Massuda EM. Morbidades e custos hospitalares do Sistema Único de Saúde para doenças crônicas. *Rev Rene.* 2015;16(4):567-75. doi: 10.15253/2175-6783.2015000400014
4. Brasil. Lei nº 12.732, de novembro de 2012. *Diário Oficial da União.*
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 22 set 2017; Seção 1.
6. Pinho PA, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface (Botucatu).* 2012;16(41): 435-450,. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000026>
7. Abreu de Aquino RC, Rodrigues M. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso. *rsc [Internet].* 2016 [cited 2021 Jun 20]; 12(1):488-96. Available from: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/400>

8. Brasil. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atendimento do INCA durante a pandemia. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 27]. Available from: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/sou-paciente-do-inca-como-fica-meu-tratamento-durante-pandemia-de-coronavirus>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. O que causa o cancer? [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cause-cancer>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estatística de cancer. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 27]. Available from: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Direitos sociais da pessoa com cancer. Rio de Janeiro. 2019 [cited 2021 Jul 02]; 5:1-32. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5edicao.pdf
12. World Cancer Research Fund international. Continuous update project report: food, nutrition, physical activity, and the prevention of breast cancer. Washington, DC. 2014 [cited 2021 Jul 02]. Available from: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/03/Breast-Cancer-Survivors-2014-Report.pdf>
13. Teston EF, Fukumori AFC, Benedetti AMS, Spigolon DN, Costa MAR, Marcon SS. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos. Esc Anna Nery 2018;22(4):e20180017. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0017>
14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010.
15. Mendes EV. Organização Pan-Americana da Saúde. As redes de atenção à saúde. Brasília – DF. 2011 [cited 2021 Jul 02];2: 1-549. Available from: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF
16. Wakiuchi J, Marcon SS, Sales CA. Atenção a pacientes oncológicos na Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. Rev Gaúcha Enferm. 2016; ;37(1):e54088. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54088>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília – DF. 2016 [cited 2021 Ago 12];1: 1-107. Available from: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/DiretrizMetodologica.pdf>

18. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria de consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Anexos IX e XXII. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.
19. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Direitos sociais da pessoa com cancer. Brasília – DF. 2019. [cited 2021 Ago 12];5: 1-32. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5edicao.pdf
20. Rodrigues AB, Vieira AA, Santos SGC. Medidas de Prevenção e Manejo Adequado do Paciente Oncológico em Tempos de Covid-19. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2020;66 1-10. Doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1125>
21. Brasil. Lei nº13.896, de outubro de 2019. Diário Oficial da União.
22. Raymond, E., Thieblemont, C., Alran, S. et al. Impacto do surto de COVID-19 no tratamento de pacientes com câncer. *Targ Oncol* 2020; 15:249-259. doi: <https://doi.org/10.1007/s11523-020-00721-1>
23. Souza LPS. COVID-19 no Brasil os múltiplos olhares da ciência para compreensão e formas de enfrentamento [Internet]. Version 1: Atena Editora 2020 [cited 2021 Ago 16]. 37 p. Available from: <https://sistema.atenaeditora.com.br/index.php/admin/api/artigoPDF/44103>
24. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 634 de março de 2020. Teleconsulta de Enfermagem. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
25. Catapan SC, Calvo MCM. teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. *Rev. bras. educ. med.* 2020; 44 (01): 1-13. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224>
26. Castro AA, Chazan AC, Santos CP, Candal EMB, Chazan LF, Ferreira PCS. Teleconsulta no Contexto da Covid-19: Experiência de uma Equipe em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2020; 44(1):1-5. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200368>