



## Ações de um grupo técnico de vigilância do câncer na perspectiva do *advocacy*\*

Actions of a cancer surveillance technical group based on the perspective of *advocacy*

Acciones de un grupo técnico de vigilancia del cáncer desde una perspectiva de *advocacy*

### Como citar este artigo:

Neves FB, Vargas MAO, Brehmer LCF, Luz KR, Grespi LO, Bitencourt JVOV. Actions of a cancer surveillance technical group based on the perspective of *advocacy*. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20220421. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0421en>

- Franciele Budziareck Neves<sup>1</sup>
- Mara Ambrosina de Oliveira Vargas<sup>1</sup>
- Laura Cavalcanti de Farias Brehmer<sup>1</sup>
- Kely Regina da Luz<sup>2</sup>
- Letícia de Oliveira Grespi<sup>1</sup>
- Júlia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt<sup>3</sup>

\* Extraído da tese: “Estratégias de vigilância em saúde para pessoas com câncer na perspectiva da advocacia em saúde”, Universidade Federal de Santa Catarina, 2022.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze epidemiological surveillance actions for people with cancer based on the perspective of *advocacy*. **Method:** Qualitative study, Convergent Care Research type, combined with the framework of health *advocacy*. It was carried out in the Epidemiological Surveillance of the Health Department of a municipality in the southern region of Brazil. **Results:** Eleven health service professionals participated in the study, from June 2020 to July 2021, making up 14 group meetings. Two aspects were discussed: (1) problems involving the management of the work process in the network services, directly influencing user assistance; and (2) issues related to the training management of the professional who works at these services, where the lack of knowledge regarding the legislation leads to serious consequences for the users. **Conclusion:** The *advocacy* strengthened health defense concepts and ideas, mobilizing actions related to cancer, acting as a bridge between the members of the group and the sectors holding power to change circumstances that prevent compliance with public policies and current legislation.

### DESCRIPTORS

Health Advocacy; Health Law; Public Health Nursing; Neoplasms.

### Autor correspondente:

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas  
Campus Reitor João David  
Ferreira Lima, s/n, Trindade  
88040-900 – Florianópolis, SC, Brasil  
ambrosina.mara@ufsc.br

Recebido: 17/11/2022  
Aprovado: 27/01/2023

## INTRODUÇÃO

O câncer é o responsável pelo maior número de mortes do mundo. Conforme dados coletados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, o câncer estava entre a primeira e segunda causa principal de mortalidade antes dos 70 anos em 112 países, o que evidencia bem a redução considerável da expectativa de vida de quem é acometido pela doença. Os dados publicados de expectativa para 2020 registraram uma incidência de aproximadamente 19 milhões de casos de câncer em todo mundo, com 10 milhões de mortes. Mais de 60% dos casos de câncer concentram-se nos 10 tipos mais frequentes, sendo responsáveis também por 70% de todas as mortes<sup>(1)</sup>.

Diante de estatísticas alarmantes, ações de vigilância epidemiológica junto às comunidades, como detecção de novos casos de neoplasias, reconhecimento da oferta de serviços em rede para a atenção oncológica e informações sobre as mortes e recuperações, são prioritárias, pois essas ações ilustram uma realidade específica e reúnem informações indispensáveis à criação de estratégias resolutivas conforme as problemáticas identificadas, bem como permitem assegurar o direito à assistência da pessoa com neoplasia<sup>(2)</sup>.

As ações de vigilância, as quais mostram dados sobre mortalidade, incidência e prevalência do câncer em geral manifestam inovações frequentes, que renovam o campo com criativas ideias, e ajudam a superar obstáculos<sup>(3)</sup>. O monitoramento telefônico de pós-operatórios, após alta hospitalar, de pacientes com câncer, ainda que já fosse utilizado, configurou uma alternativa altamente eficaz durante a pandemia da COVID-19. Esse método permite a continuidade do cuidado, oferecendo ensino e orientações aos pacientes de acordo com as necessidades<sup>(4)</sup>. Outra ideia eficaz nas ações de vigilância é a detecção precoce de câncer do colo do útero (CCU) por meio de programas organizados de rastreamento, que dependem da Atenção Primária à Saúde (APS) na captação das mulheres para a realização do exame citopatológico do colo do útero, e depois, caso haja lesão intraepitelial escamosa de alto grau, encaminhamento para a rede de atenção secundária<sup>(5)</sup>.

Neste contexto, ao definir a atuação do enfermeiro junto à vigilância epidemiológica, considera-se que este profissional desenvolve ações de investigação epidemiológica, de diagnóstico situacional, de planejamento e de implementação de medidas de prevenção, controle e tratamento, baseado na informação de ocorrência e de distribuição de doenças e de agravos da população. Sendo assim, o enfermeiro da vigilância epidemiológica, ao concentrar-se na redução do contraste na saúde da população, por meio de ações e políticas públicas, atuando na defesa do paciente e oportunizando melhores resultados na saúde pública, alia suas ações ao referencial da advocacia em saúde, isto é, o *advocacy*<sup>(6)</sup>.

O *advocacy* estrutura-se a partir de um conjunto de etapas fundamentais para a sua execução, como: identificação de problemas que atrapalham o andamento de uma causa; busca por soluções; promoção de ações para que os representantes do setor público repensem políticas públicas para o problema apresentado<sup>(7)</sup>.

Sob esta ótica, promover ações de vigilância epidemiológica para pessoas com câncer, que fomentem a defesa do paciente, é

algo novo, que revela uma lacuna no conhecimento. Portanto, apesar de existirem diversas ações de vigilância com o enfoque nas pessoas com câncer, o referencial do *advocacy* conduz a um novo olhar, sobre como aplicar estratégias capazes de auxiliar tanto os profissionais assistenciais quanto os gestores na tomada de decisões, com enfoque na promoção, prevenção, terapêutica e reabilitação e com sustentação política e social.

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo é analisar as ações de vigilância epidemiológica para pessoas com câncer na perspectiva do *advocacy*.

## MÉTODO

### TIPO DO ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que se caracteriza pela realização de melhoramentos com introdução de inovações no contexto da prática assistencial de enfermagem e saúde, sendo que a mudança inovadora na prática assistencial é a especificidade da PCA, e também, necessariamente, o que lhe confere identidade<sup>(8)</sup>. Para afirmação dos critérios de estudos qualitativos e credibilidade dos dados, para este estudo seguiram-se os critérios do Consolidated *Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

A PCA constitui-se em quatro diferentes fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. Nas fases de concepção e instrumentação, o pesquisador delinea o problema de pesquisa e define o cenário de pesquisa, com base na aproximação entre contexto e prática, isto é, estrutura-se o suporte teórico e metodológico, bem como se define onde e com quem pesquisar. Neste caso, as ações de Vigilância Epidemiológica para o câncer na perspectiva do *advocacy* e sua ocorrência adstrita ao Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de saúde de um dado município. Na fase de perscrutação, etapa essencial, o pesquisador explora sua capacidade de examinador, exaltando habilidades efetivas na investigação dos elementos da pesquisa que serão factíveis para a análise durante a instrumentação, e que serão considerados para a análise propriamente dita. Por fim, na fase de análise, o pesquisador, de posse das sínteses do processo de perscrutação, realiza a apreensão dos dados, a síntese e a teorização, finalizando com a transferência para a prática<sup>(8)</sup>.

### LOCAL

O estudo foi realizado na Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de um Município na região Sul do Brasil e envolveu inúmeros serviços da rede relacionados às ações de vigilância oncológica, como a Unidade de Alta Complexidade Oncológica (UNACON), o Setor de Especialidades Médicas, o Ambulatório de uma Universidade Privada que atende a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o Serviço de Controle, Regulação e Avaliação, o Laboratório Municipal e o Laboratório Privado que faz a análise de grande parte das biópsias do município.

### POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A população selecionada foi intencionalmente definida pela direção da Vigilância Epidemiológica do município pesquisado

em comum acordo com Coordenadora do Grupo de Vigilância Epidemiológica Oncológica criado em 12 de dezembro de 2019 e em anuência com o Secretário de Saúde. Os profissionais foram considerados para compor o estudo a partir da notabilidade que possuíam no que tange ao propósito do Grupo de Vigilância Epidemiológica Oncológica, portanto representando os serviços da rede municipal considerados como aliados às ações de vigilância.

Foram excluídos do estudo profissionais do serviço que estivessem em afastamentos por férias ou licenças, ainda que pudessem compor o grupo por sua representatividade, no período da coleta.

## COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, a PCA estrutura-se com base nos seguintes atributos: dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade<sup>(8)</sup>. Dessa forma, consideraram-se os atributos da PCA associados às etapas fundamentais do *advocacy*, que são: identificação de problemas que atrapalham o andamento de uma causa; busca por soluções; promoção de ações para pressionar os representantes do setor público a repensar políticas públicas para o problema apresentado, para esta condução.

A coleta ocorreu de 18 junho de 2020 a 29 de julho de 2021 durante as reuniões do grupo de vigilância epidemiológica do município que totalizaram 14.

As etapas a seguir demonstram a dinâmica da coleta de dados, sendo que estas ocorreram em um espaço denominado grupos de convergência que justamente confere a nomenclatura dos grupos organizados para o desenrolar de uma PCA<sup>(8)</sup>.

Etapas 1 – identificação de problemas que atrapalham o andamento de uma causa e busca por soluções: a base temática para discussão nas reuniões detinha-se aos problemas identificados na investigação de óbito por câncer, entendendo que a partir desta variável o grupo da vigilância disporia dos elementos-chaves para pactuar ações visando a diminuição da ocorrência dos óbitos por câncer que poderiam ser evitados. Portanto, o grupo já idealizava quais seriam as ações a serem implementadas, assim como a que serviço da rede se direcionaria a ação. Destaca-se que uma das ações relevantes foi o convite que o grupo fazia a profissionais dos serviços representados, para diálogo esclarecedor no sentido do melhor entendimento da problemática. Nestes casos, os profissionais tinham a oportunidade de reunir informações que poderiam estar restritas ou até mesmo perdidas e estas compõem um rol de dados reais e necessários a ações resolutivas.

Etapas 2 – promoção de ações com o objetivo de pressionar os representantes do setor público a repensar políticas públicas para o problema apresentado: para esta etapa o grupo analisava a ação, verificava se o problema havia sido resolvido ou não. Neste caso, a pesquisadora principal que também coordenava o grupo de vigilância realizou contato telefônico com os profissionais convocados em reunião e questionou sobre as ações que foram pactuadas e sobre a resolutividade, ou seja, uma retomada dos acordos estabelecidos durante as reuniões ou por meio de cartas de recomendação. As cartas de recomendação foram documentos elaborados pelos membros do grupo a fim de registrar e formalizar a identificação de um problema e a solicitação da resolução. Uma combinação fundamental que o grupo pactuou é que a cada seis meses de ações emitiriam um relatório ao

Secretário de Saúde de modo a informar as ações, soluções e resoluções transcorridas no período de tempo e também oriundas da força de trabalho do grupo.

Os grupos de convergência caracterizavam-se por promover ampla discussão sobre o tema foco para cada encontro, isto é, causas dos óbitos evitáveis, sendo que para condução desta discussão pautavam um caso específico de um determinado usuário, explorando o máximo de informações acerca deste caso específico. Com base nestas discussões expandiam seus conhecimentos absorvendo conteúdos teóricos envolvendo legislações de saúde pública e incluindo estudos de pesquisadores da área cujo conteúdo configurasse relevante para decisões estratégicas na solução da problemática, caracterizando assim as etapas da dialogicidade e extensibilidade da PCA. Posterior a isso, os participantes e pesquisador adentravam a imersibilidade que se constituiu em análise criteriosa da situação apresentada possibilitando para o pesquisador manter-se no foco da pesquisa tanto quanto atuar como agente da prática assistencial. Na simultaneidade, possivelmente o maior desafio da PCA, quando não há dominância entre ação de pesquisa e prática, os participantes e o pesquisador capturaram as possíveis transformações no contexto da pesquisa e da prática e expressaram-nas por meio das ações de vigilância epidemiológica promovidas pelo grupo.

## ANÁLISE DOS DADOS

Na fase de análise, os dados foram submetidos a um tratamento segundo quatro processos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização, que fazem parte das fases de análise e interpretação<sup>(8,9)</sup>.

Portanto, com a elaboração deste estudo e a execução de cada etapa pode-se perceber que o grupo atingiu suas atividades com base no *advocacy*, alinhado rigorosamente à PCA, na medida em que houve identificação de problemas que atrapalham o andamento de uma causa, busca por soluções e promoção de ações intentando pressionar os representantes do setor público a repensar políticas públicas e o próprio processo de trabalho para o problema apresentado. Além de articular as questões teóricas do *advocacy*, também se utilizou deste como estratégia, por meio de um conjunto de ações desenvolvidas para influenciar na resolução de problemas e falhas na rede de saúde. O *advocacy* funcionou como uma ponte entre os membros do grupo e os setores que detêm poder para atuar e mudar situações consideradas um problema para a execução das políticas públicas e do cumprimento da legislação vigente sobre o câncer.

## ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes deste estudo foram esclarecidos sobre a pesquisa e anuíram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer nº 3.946.643 de 2020 e está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 11 profissionais conforme descrição a seguir de acordo com o serviço a qual representavam: Vigilância

Epidemiológica (uma enfermeira responsável pelas Doenças Crônicas não Transmissíveis, uma enfermeira responsável pelas Estatísticas Vitais, uma enfermeira diretora e uma técnica de enfermagem como secretária executiva); Unidade de Alta Complexidade Oncológica (UNACON) (uma fisioterapeuta como coordenadora); Unidade de Assistência Médica Especializada (UAME) (uma enfermeira como coordenadora); Secretaria de Saúde (uma enfermeira como responsável pela Atenção Primária à Saúde), Ambulatório de uma Universidade Privada que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (uma enfermeira coordenadora); Serviço de Controle, Regulação e Avaliação (um administrador indicado pelo coordenador); Laboratório Municipal (uma bióloga coordenadora);

e Laboratório Privado (uma administradora coordenadora) que faz a análise de grande parte das biópsias do município.

As reuniões dos grupos de convergência cuja finalidade precípua era discutir os casos de óbitos por câncer evitáveis e com isso propor ações de vigilância permitiram a identificação dos problemas (Figura 1) que poderiam justificar estas mortes. Estes problemas foram categorizados para análise em duas dimensões: Problemas de gestão relacionados ao Processo de Trabalho e Problemas de gestão relacionados à Formação Profissional.

Para cada uma das dimensões dos problemas identificados pelos grupos de convergência, foram elaboradas ações de Vigilância Epidemiológica para promoção de melhorias (Figura 2).

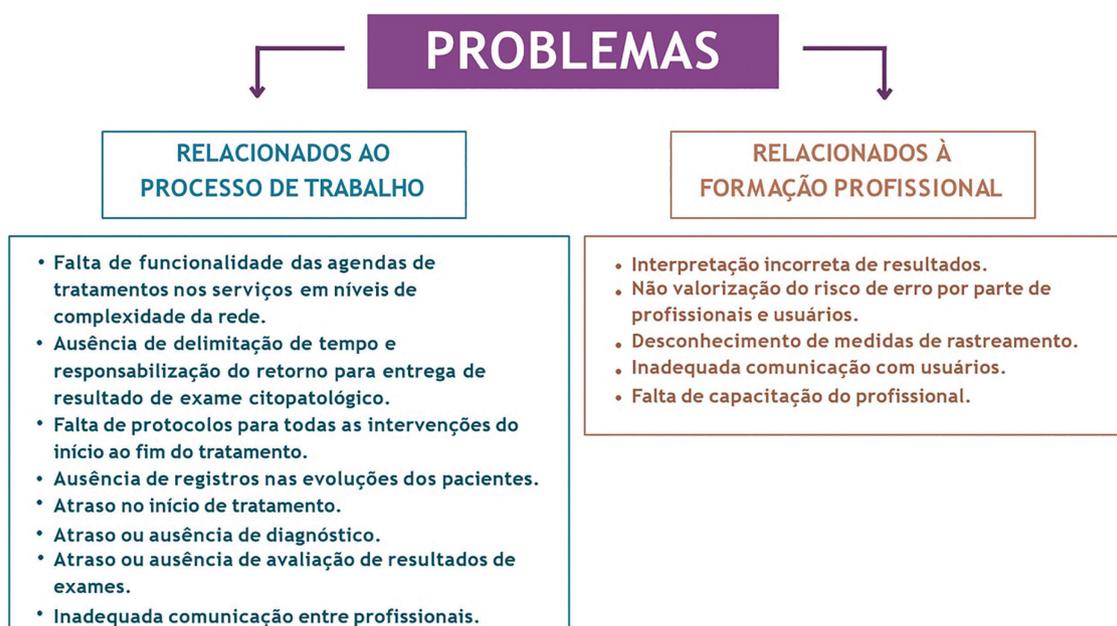


Figura 1 – Identificação dos problemas.

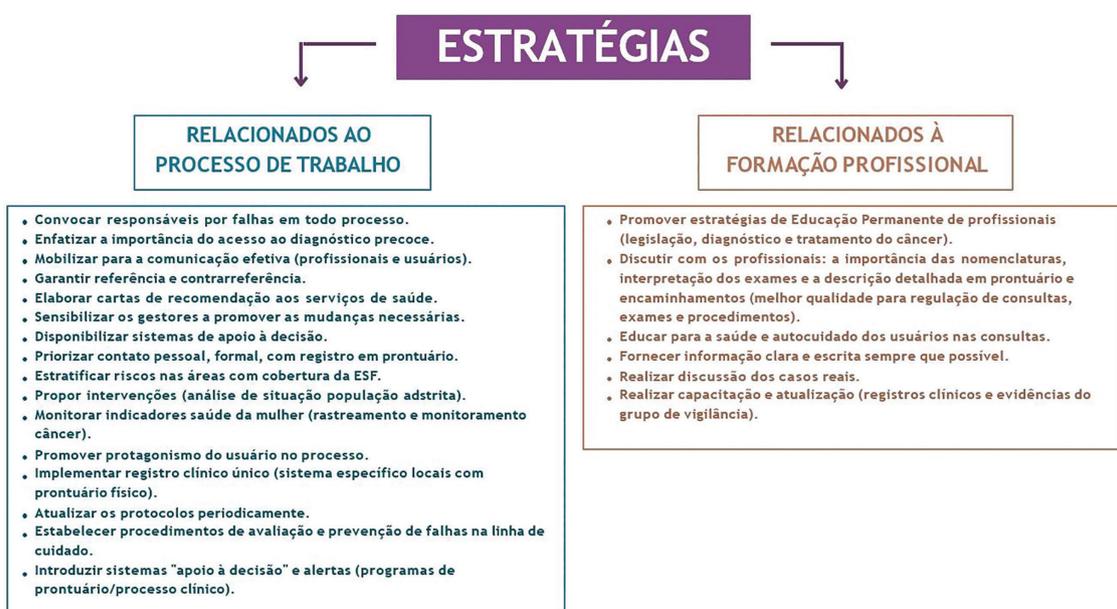


Figura 2 – Identificação de ações e estratégias.

## DISCUSSÃO

Com o objetivo de analisar os principais problemas identificados nas reuniões dos grupos de convergência e as ações de vigilância para usuários com câncer na perspectiva do *advocacy*, revelam-se problemas envolvendo a gestão do processo de trabalho nos serviços da rede como também a gestão da formação do profissional que atende nestes serviços.

Conforme a Portaria Nº 874, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer que possui uma sequência de normativas que objetivam organizar/gerenciar complicações, ações e serviços de saúde, visando garantir acesso integral para a promoção, prevenção e recuperação ao usuário com câncer<sup>(10)</sup>. Sendo assim, o conhecimento sobre gestão e planejamento, educação continuada e capacidade de comunicação entre os diferentes níveis de gestão são essenciais para demonstração de problemas e ações abordando usuários com câncer<sup>(11)</sup>.

Neste contexto, o profissional da enfermagem exerce um conjunto de competências gerenciais, possibilitando levantar problemas, propor ações estratégicas que fomentem a melhora do cuidado, estabelecer os meios, instrumentos e as competências requeridas para tal. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a liderança, tomada de decisões, administração e gerenciamento e educação permanente são habilidades fundamentais da enfermagem para a gestão em saúde sendo que, nessa perspectiva, desempenha importante papel para a administração dos problemas de serviços de saúde e contenção desses<sup>(12)</sup>.

O Processo de Trabalho transcorre com base em sua infraestrutura, isto é, os recursos materiais e estrutura física, os instrumentos utilizados para sistematizar o trabalho e os profissionais envolvidos, de modo a apoiar a prática profissional e permitir a operacionalidade de um serviço de saúde. Dessa forma, os problemas que revelam falhas imbricadas ao processo de trabalho implicam em adversidades de caráter abrangente. São erros que impactam todo o sistema, em suas devidas proporções, e em casos mais amplos exigem iniciativas para grandes mudanças. A gestão do processo de trabalho influencia diretamente na assistência ao usuário, especialmente no que tange a continuidade da assistência. Logo, essas problemáticas não requerem ações imediatistas ou em curto prazo, mas atitudes mais densas, que viabilizem resoluções permanentes, pois abarcam a transformação em todo um serviço de saúde<sup>(13)</sup>.

Frente à correlação entre a gestão do processo de trabalho e a assistência em saúde, nota-se que a estrutura dos serviços é um componente elementar para edificação de redes assistenciais, que necessitam de resultados diante do crescente número de doenças crônicas não transmissíveis<sup>(14)</sup>. Logo, o conhecimento sobre a estrutura do serviço da rede para pessoas com câncer, a mensuração e descrição assertiva, com base na realidade de problemas relacionados aos processos de trabalho, é fundamental para a detecção das falhas, de maneira a buscar soluções que ajudem a atenuá-las<sup>(15)</sup>. Assim, ao se obter dados de um serviço de vigilância epidemiológica, como neste estudo, oriundo de discussões de casos reais, tende-se a encaminhamentos de ações de vigilância com potencial de resolutividade.

Face ao exposto, as falhas identificadas no serviço pesquisado apontam para problemas envolvendo os agendamentos de consultas e exames, seja para diagnóstico ou acompanhamento, a ausência de protocolos que norteiem as práticas na trajetória assistencial, e falhas na comunicação, relacionadas aos registros ou entre os profissionais.

A demora para agendar exames, tratamentos e liberar resultados acontece por várias razões. Salientaram-se, na realidade estudada, situações relacionadas ao transporte e entrega de exames, da mesma maneira que se evidenciou falta de registro do exame em prontuário, dentre outros destaques. Essas problemáticas envolvendo a logística de realização dos exames e tratamentos dificultam a disponibilidade de recursos e o gerenciamento dos fluxos de usuários, informações e materiais<sup>(16)</sup>.

Por conseguinte, a falta de referência e contrarreferência também surgiu como problema, mesmo que não de forma explícita; contudo, de forma subliminar, foram citados os déficits de comunicação e organização entre os serviços e para com os usuários, desvelando dificuldade para a troca de informações na rede de atenção e encaminhamento aos usuários, prejudicando a continuidade e fluidez da assistência. A integração de serviços em saúde e direcionamentos de acordo com a função de cada serviço são ações coerentes que asseguram a atenuação desses problemas e melhora do cuidado<sup>(17)</sup>.

O princípio da integralidade deve ser considerado como meio para garantir as condições para promoção, prevenção, restauração da saúde e reabilitação dos indivíduos e tudo isso deveria ser, também, alvo das ações de vigilância. Um cuidado integral depende de mudanças importantes nas práticas, tanto no âmbito da organização e articulação dos serviços de saúde quanto no âmbito das práticas profissionais que tendem a ser fragmentadas e voltadas à especialização<sup>(18)</sup>. Pondera-se que a integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades; logo, é vital a integração das ações e a resolutividade. Mas, nesse estudo, observaram-se inconformidades relativas ao princípio da integralidade, visto que as ações desenvolvidas nos serviços não funcionavam de forma integrada, considerando como indicadores para balizar estas evidências a incomunicabilidade entre os serviços da rede de saúde e entre os profissionais, obstaculizando o exercício do cuidado de forma ampla e holística.

O prontuário, seja eletrônico ou físico, é um documento no qual são registradas atividades relacionadas ao cuidado e assistência ao usuário. Dessa maneira, esse registro deve ser feito com cautela para que não se apontem informações equivocadas, ou até mesmo se apresentem elementos insuficientes para o cuidado ou sua continuidade. Inclusive, existem normatizações para padronizar a linguagem registrada em prontuários, para facilitar a assistência ao usuário do serviço, e que procuram integrar os sistemas de prontuário<sup>(19)</sup>.

Falhas de registro no prontuário, como fornecimento de informações incoerentes e ilegíveis, sua ausência, ou mesmo a perda de registro/prontuário que pode ser ocasionada por ingêrência no processo de trabalho mostra uma estrutura imprecisa de determinado serviço, que leva a diversos outros problemas na sequência da assistência ao usuário<sup>(20)</sup>. Por isso, atentar-se à organização dos prontuários e aos próprios sistemas em que são armazenados e integrados entre os serviços, além do

detalhamento correto dos registros, é uma forma de garantir a atenção à saúde em sua completude<sup>(19)</sup>.

Estudo realizado com quatro municípios apresentou nos resultados que o modelo biomédico de atenção à saúde é reforçado constantemente pelos gestores, quando estes explicitam o que consideram como prioridade em saúde e, conseqüentemente, pelos profissionais que tendem a se adequar ao que é cobrado pela gestão. Assim, conjectura-se que essa posição centrada na valorização da assistência, cujo cunho é o curativo, justifique as prioridades distorcidas de destinação dos recursos e a falta de planejamento em vigilância<sup>(18)</sup>.

Sequencialmente, observaram-se, nos grupos de convergência, falhas relacionadas à formação profissional, sabendo-se que cada membro da equipe multiprofissional necessita de aperfeiçoamentos específicos. Neste caso, conhecimento e comprometimento profissional diante do usuário com câncer são ferramentas essenciais e que agilizam o processo de trabalho e melhoram a assistência.

Por conseguinte, detectou-se desconhecimento do profissional relativo às legislações que postulam e defendem que pessoas suspeitas de câncer devem ser diagnosticadas e tratadas em períodos de tempo determinados. Pela Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019, exames para confirmação do diagnóstico em pessoas que possuem como principal hipótese uma neoplasia maligna devem ser realizados em no máximo 30 dias<sup>(21)</sup> e pela Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, o paciente com câncer já confirmado tem o direito de realizar o primeiro tratamento pelo SUS, em até sessenta dias, a partir do momento que houve a confirmação diagnóstica<sup>(22)</sup>. Com base nestas leis, o atraso de exames e tratamentos ultrapassando esses limites constitui uma grave falha do serviço, uma vez que esta morosidade rompe com um direito fundamental do usuário de receber assistência e o acompanhamento em saúde.

Há interesse de pesquisadores em debater a ausência de informações registradas nas bases de dados do SUS que justifiquem a demora em se responder a demanda requerida ao usuário com câncer. Cogita-se que o atraso pode envolver respostas da instituição que realiza o tratamento como também respostas dos usuários que necessitam do atendimento. Nesse sentido, aponta-se como possíveis causas: demora e ou erro do diagnóstico, encaminhamentos incorretos e desconhecimento dos usuários acerca da importância para a busca de atendimento a partir dos primeiros sintomas<sup>(23)</sup>. Essa discussão corrobora as situações encontradas nos casos investigados pelo grupo de vigilância, pois mesmo após a publicação das referidas normativas legais e mesmo com uma evolução exponencial nas técnicas diagnósticas e terapêuticas, contribuindo para uma maior sobrevivência e qualidade de vida dessa população, ainda há expressiva parcela de usuários afetados pelo atraso no início do tratamento.

Os estudos que utilizaram como método a análise de incidentes registrados nos sistemas de notificação/reporte de incidentes e auditorias/revisões apontaram, como causas mais frequentes de incidentes na Atenção Primária em Saúde (APS), aquelas relacionadas aos medicamentos (32,5%) e ao erro de diagnóstico (30,9%)<sup>(24,25)</sup>. Outros estudos reforçam que os achados citados previamente identificam as prováveis causas. Sendo

assim, erros relacionados a medicamentos, ao diagnóstico, são provocados por falhas nos registros dos pacientes e originados pela pressão, a fim de que os profissionais diminuíssem o tempo do cuidado<sup>(26,27)</sup>.

O elevado tempo de espera para a realização dos exames diagnósticos e para o início do tratamento podem produzir conseqüências graves para os usuários, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevivência. Ademais, um tratamento realizado com atraso traz prejuízos à qualidade de vida, visto que requer formas mais agressivas de tratamento. Considera-se ainda importante o aumento dos gastos públicos como conseqüência dos tratamentos mais caros e prolongados, bem como os custos previdenciários decorrentes do afastamento do trabalho<sup>(28)</sup>.

Diante disso, reflete-se que a identificação dos fatores associados às falhas detectadas pelos grupos de convergência do presente estudo relativas ao processo de trabalho e formação profissional possibilitou direcionar ações do grupo de vigilância epidemiológica, subsidiar processos de organização, planejamento e gestão de serviços na construção de práticas cuidadoras compreensivas e contextualmente integradas<sup>(29)</sup> com a realidade, de referenciais teóricos consistentes e comprometimento profissional, o que tende a proporcionar transformações efetivas nas práticas dos serviços de saúde. Considera-se que as reuniões do grupo de vigilância são as principais ações promovidas, pois delas emergem grandes discussões, levantamento de problemas e, a partir delas, outras ações são promovidas como conseqüência dos apontamentos realizados no decorrer das discussões, conforme a análise e fechamento dos casos, após o consenso entre os membros do grupo.

## LIMITAÇÕES

A abrangência territorial da pesquisa pode ser percebida como uma limitação ao considerar-se que ações de vigilância epidemiológica para o câncer são uma expectativa mundial. Portanto seria interessante que o estudo pudesse ter sido replicado no mesmo período de tempo em outros municípios, ao menos no estado onde a iniciativa com vinculação política e social foi feita. Apesar disso, em tempo é possível replicar a proposta noutras secretarias municipais, melhorando o alcance da proposta de vigilância epidemiológica oncológica.

## CONCLUSÃO

Desenvolver ações de vigilância epidemiológica a usuários com câncer a partir dos princípios do *advocacy*, aliadas a um método de pesquisa ação, permitiu que pesquisadores e participantes capturassem as problemáticas envolvendo as causas de óbitos por câncer a partir da realidade do município pesquisado, no que tange ao processo de trabalho dos profissionais envolvidos, como a formação destes para estas ações e potenciais transformações.

O estudo instigou e inspirou o desejo genuíno dos participantes em assumir a defesa dos usuários justamente por adotarem o *advocacy*, o que fortaleceu conceitos e concepções de defesa à saúde. Nesse sentido, a busca pelas causas foi acionada e investigada de forma profunda, analisando-se dados digitalizados, ouvindo profissionais, revistando políticas, legislações

e a literatura da área oncológica para obtenção máxima de subsídios visando fomentar as melhores ações de vigilância no contexto estudado.

Sustentar as estratégias propostas politicamente no que se refere a mobilização de instâncias de gestão e gestores da saúde pública posiciona as metas almeçadas em um patamar de discussões e possíveis resoluções de maneira diferenciada. Em um contexto assim, para condução das práticas em saúde, engendram-se relações de poder político e econômico para as quais as respostas são mais rápidas e perspectivadas sob a ótica de sua resolutividade.

Portanto a pesquisa gratificou aos envolvidos por mobilizar ações relativas ao câncer que na atualidade alcançou um status não desejado e imaginado pela humanidade, mas que exatamente por ser um grave problema de saúde pública exige propostas que concretamente venham a reduzir as dramáticas estatísticas e redesenhar o cenário e a história da evolução do câncer no mundo.

Estimula-se a criação de grupos de vigilância epidemiológica com o referencial do *advocacy* noutros municípios e estados do Brasil para potencializar o alcance das ações de vigilância epidemiológica a usuários com câncer.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as ações de vigilância epidemiológica para pessoas com câncer na perspectiva do *advocacy*. **Método:** Estudo qualitativo, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial, aliado ao referencial da advocacia em saúde. Realizado na Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de um município na região Sul do Brasil. **Resultados:** Participaram 11 profissionais de serviços de saúde, entre junho de 2020 a julho de 2021, perfazendo 14 reuniões do grupo. Discutiram-se dois aspectos: (1) problemas envolvendo a gestão do processo de trabalho nos serviços da rede, que influenciam diretamente na assistência ao usuário; e (2) problemas relacionados à gestão da formação do profissional que atende nestes serviços, onde o desconhecimento relativo às legislações traz consequências graves para os usuários. **Conclusão:** O *advocacy* fortaleceu conceitos e concepções de defesa à saúde, mobilizando ações relativas ao câncer, atuando como uma ponte entre os membros do grupo e os setores que detêm poder para modificar circunstâncias que impeçam o cumprimento das políticas públicas e da legislação vigente.

## DESCRITORES

Advocacia em saúde; Direito sanitário; Enfermagem em saúde pública; Neoplasias.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las acciones de vigilancia epidemiológica de personas con cáncer desde una perspectiva de *advocacy*. **Método:** Estudio cualitativo, del tipo Investigación Convergente Asistencial, combinado con el referente de *advocacy* en salud. Realizado en la Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Salud de un municipio de la región sur de Brasil. **Resultados:** Participaron 11 profesionales de los servicios de salud, entre junio de 2020 y julio de 2021, conformando 14 encuentros grupales. Se discutieron dos aspectos: (1) problemas relacionados con la gestión del proceso de trabajo en los servicios de red, que influyen directamente en la atención al usuario; y (2) problemas relacionados con la gestión de la formación del profesional que atiende estos servicios, donde el desconocimiento de la legislación trae graves consecuencias para los usuarios. **Conclusión:** La *advocacy* fortaleció conceptos y concepciones de defensa de la salud, movilizandando acciones relacionadas con el cáncer, actuando como puente entre los integrantes del grupo y los sectores que detentan el poder para modificar circunstancias que impiden el cumplimiento de las políticas públicas y la legislación vigente.

## DESCRIPTORES

Defensa de la Salud; Derecho Sanitario; Enfermería en Salud Pública; Neoplasias.

## REFERÊNCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209–49. doi: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21660>. PubMed PMID: 33538338.
2. Instituto Nacional do Câncer. Vigilância de câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 2022 [citado em 2022 jul 30]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer/vigilancia-de-cancer>
3. Mays VM, Cochran SD. A Look at When Dying Really Counts: an AJPB supplement on mortality data in public health surveillance. *Am J Public Health*. 2021;111(S2):S47–8. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2021.306445>. PubMed PMID: 34314201.
4. Oliveira DSS, Ribeiro Jr U, Sartório NA, Dias AR, Takeda FR, Ceconello I. Impact of telephone monitoring on cancer patients undergoing esophagectomy and gastrectomy. *Rev. Esc. Enferm*. 2021;55:e03679. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2019023003679>.
5. Anjos EF, Martins PC, Prado NMBL, Bezerra VM, Almeida PF, Santos AM. Monitoring of cervical cancer control actions and associated factors. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200254. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0254>.
6. Cohen BE, Marshall SG. Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. *Health Soc Care Community*. 2017;25(2):309–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12320>. PubMed PMID: 26749000.
7. Hermsdorf HHM, Albino PMB, editores. *Advocacy e controle social na saúde* [Internet]. Viçosa; 2020 [citado em 2022 maio 13]. Disponível em: <https://www.ippds.ufv.br/wp-content/uploads/2021/05/Controle-Social-e-Advocacy-2.pdf>
8. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. The convergent care research method and its application in nursing practice. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e1450017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07022017001450017>.
9. Rocha PK, Prado ML, Silva DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(6):1019–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600019>. PubMed PMID: 23559182.

10. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2013 [citado em 2022 maio 2]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)
11. Tomazelli J. Cancer Control Policy and Management. *Rev Bras Cancerol.* 2021;67(4):e-002534. doi: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.2534>.
12. Ferreira VH, Teixeira VM, Giacomini MA, Alves LR, Gleriano JS, Chaves LD. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180291. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>. PubMed PMID: 31389476.
13. Cordeiro ALAO, Fernandes JD, Maurício MDALL, Silva RMO, Barros CSMA, Romano CMC. Structural capital in the nursing management in hospitals. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):1–10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004880016>.
14. Santos CM, Gonçalves CCM, Tsuha DH, Souza AS, Barbieri AR. Relação entre internações, óbitos por doenças do aparelho circulatório e estrutura dos serviços. *Cad Saude Colet.* 2020;28(2):211–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202000020476>.
15. Fernandes JC, Cordeiro BC, Rezende AC, Freitas DS. Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. *Saúde Debate.* 2019;43(6):22–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s602>.
16. Raimundo EA, Dias CN, Guerra M. Logística de medicamentos e materiais em um hospital público do Distrito Federal. *RAHIS.* 2015;12(2):61–9. doi: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v12i2.2384>.
17. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. *Physis.* 2021;31(1):e310105. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310105>.
18. Recktenwaldt M, Junges JR. Organization and practice of the health surveillance in small municipalities. *Saude Soc.* 2017;26(2):367–81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017171916>.
19. Silva LCS, Prado MA, Fernandes MR, Moraes Fo AV, Souza MC, Costa TAM, et al. Inconformidades nos registros em prontuários: opinião dos trabalhadores de saúde. *Res Soc Dev.* 2021;10(12):e294101220587. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20587>.
20. Rocha VCLG, Pereira DS, Pereira MJ, Silva SLA. Validade e Concordância do registro em prontuário do uso de serviços da Rede de Atenção à Saúde por idosos. *Cien Saude Colet.* 2020;25(6):2103–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.19682018>. PubMed PMID: 32520258.
21. Brasil, Presidência da República. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2019 [citado em 2021 ago 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13896.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13896.htm)
22. Brasil. Presidência da República. Lei n. 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 [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2012 [citado em 2022 abr 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm)
23. França MASA, Nery HG, Antunes JLF, Freire MCM. Tempo máximo para o início do tratamento do câncer de boca no Brasil após a publicação da legislação de 2012: tendência no período 2013-2019. *Cad Saude Publica.* 2021;37(10):e00293220. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00293220>. PubMed PMID: 34730694.
24. Hickner J, Graham DG, Elder NC, Brandt E, Emsermann CB, Dovey S, et al. Testing process errors and their harms and consequences reported from family medicine practices: a study of the American Academy of Family Physicians National Research Network. *Qual Saf Health Care.* 2008;17(3):194–200. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.021915>. PubMed PMID: 18519626.
25. Wallis K, Dovey S. No-fault compensation for treatment injury in New Zealand: identifying threats to patient safety in primary care. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(7):587–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.047696>. PubMed PMID: 21228439.
26. Balla J, Heneghan C, Thompson M, Balla M. Clinical decision making in a high-risk primary care environment: a qualitative study in the UK. *BMJ Open.* 2012;2(1):e000414. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000414>. PubMed PMID: 22318661.
27. Gaal S, van den Hombergh P, Verstappen W, Wensing M. Patient safety features are more present in larger primary care practices. *Health Policy.* 2010;97(1):87–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.03.007>. PubMed PMID: 20409607.
28. Paiva C, Cesse E. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. *Rev Bras Cancerol.* 2015;61(1):23–30. doi: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n1.374>.
29. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde Debate.* 2019;43(spe7):204–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s716>.

## EDITOR ASSOCIADO

Thelma Leite de Araújo



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.