

A IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA DO CÂNCER ANCORADO NO *ADVOCACY* EM SAÚDE

Franciele Budziareck das Neves¹
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas¹ 
Laura Cavalcanti de Farias Brehmer¹ 
Marcelexandra Rabelo¹ 
Fábio Silva da Rosa¹ 
Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt² 

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Universidade Federal Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de implementação de um grupo técnico de vigilância do câncer fundamentado no referencial de *advocacy* em saúde.

Métodos: Pesquisa Convergente Assistencial realizada com 11 profissionais representantes de pontos de atenção e do sistema de apoio e governança da rede de atenção à saúde de um município de Santa Catarina, Brasil. A coleta foi desenvolvida de junho/2020 a julho/2021 em reuniões online denominadas grupos de convergência. A análise seguiu as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência.

Resultados: o grupo evidenciou como motivações para sua criação o cenário epidemiológico do câncer no município, a necessidade de atender a programação anual de saúde, e os compromissos profissionais neste contexto. Em seu processo de implementação, e a partir do referencial do *advocacy* em saúde, o grupo o associou a outros conceitos como a integralidade, a humanização, e o exercício profissional na área da saúde. Neste percurso, foram reconhecidas estratégias iniciais como a definição e a apropriação de bases filosóficas e teóricas para ancorar o grupo, bem como estratégias de ações desde a elaboração de um regimento, planejamento de atividade do grupo, construção de instrumentos, e identificação de prioridades para implementação efetiva dos trabalhos.

Conclusão: houve promoção e compartilhamentos de conhecimentos e, coletivamente, estruturou-se um processo para atenção integral e equânime na vigilância do câncer. Confirmou-se o *advocacy* como pilar teórico para ação política dos profissionais no grupo técnico, e suas práticas traduzem-se em ações de defesa dos direitos dos usuários.

DESCRIPTORIOS: Serviços de vigilância epidemiológica. Vigilância em saúde pública. Neoplasias. Advocacia em saúde.

COMO CITAR: Como citar: Neves FB, Vargas MAO, Brehmer LCF, Rabelo M, Rosa FS, Bitencourt JVOV. A implementação de um grupo técnico de vigilância do câncer ancorado no *advocacy* em saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 33:e20230148. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0148pt>

THE IMPLEMENTATION OF A CANCER SURVEILLANCE TECHNICAL GROUP BASED ON HEALTH ADVOCACY

ABSTRACT

Objective: To describe the process of implementing a cancer surveillance technical group based on the health advocacy framework.

Method: Convergent Care Research addressing 11 representatives of the support and governance system of the healthcare network in a town in Santa Catarina, Brazil. Data were collected from June 2020 to July 2021 in online meetings called convergence groups. The analysis followed the apprehension, synthesis, theorization, and transference steps.

Results: The motivations for creating the group included the town's cancer epidemiological context, the need to meet the annual health program, and the professionals' duties in this context. Based on the advocacy framework, the group associated the implementation process with concepts such as integrality, humanization, and professional practice in health. Along this path, strategies were acknowledged and supported the group, such as the establishment and appropriation of philosophical and theoretical bases, in addition to actions such as creating a statute, planning activities, developing instruments, and identifying priorities to implement tasks effectively.

Conclusion: Knowledge was exchanged, and a process for providing integral and equitable healthcare in cancer surveillance was developed collectively. Hence, advocacy proved to be a theoretical pillar for the political action of the technical group's members, translating practice into patient rights advocacy.

DESCRIPTORS: Epidemiologic Surveillance Services. Public Health Surveillance. Neoplasms. Health Advocacy.

LA IMPLEMENTACIÓN DE UN GRUPO TÉCNICO DE VIGILANCIA DEL CÁNCER ANCLADO EN LA ADVOCACY EN SALUD

RESUMEN

Objetivo: describir el proceso de implementación de un grupo técnico de vigilancia del cáncer, fundamentado en el referencial de *advocacy* en salud.

Métodos: Investigación Convergente Asistencial realizada con 11 profesionales, representantes de puntos de atención y del sistema de apoyo y gobernanza de la red de atención a la salud de un municipio de Santa Catarina, en Brasil. La recolección fue desarrollada de junio/2020 a julio/2021 en reuniones *online* denominadas grupos de convergencia. El análisis siguió las etapas de comprensión, síntesis, teorización y transferencia.

Resultados: el grupo evidenció como motivaciones para su creación el escenario epidemiológico del cáncer en el municipio, la necesidad de atender la programación anual de salud, y los compromisos profesionales en este contexto. En su proceso de implementación, y a partir del referencial de *advocacy* en salud, el grupo lo asoció a otros conceptos como la integralidad, la humanización, y el ejercicio profesional en el área de la salud. En este recorrido, fueron reconocidas estrategias iniciales, como la definición y la apropiación de bases filosóficas y teóricas para anclar el grupo, así como estrategias de acciones desde la elaboración de un regimiento, planificación de actividades del grupo, construcción de instrumentos, e identificación de prioridades para implementación efectiva de los trabajos.

Conclusión: hubo promoción e intercambio de conocimientos y, colectivamente, se estructuró un proceso para atención integral y ecuánime en la vigilancia del cáncer. Se confirmó el *advocacy* como pilar teórico para acción política de los profesionales en el grupo técnico, y sus prácticas se traducen en acciones de defensa de los derechos de los usuarios.

DESCRIPTORES: Servicios de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia en Salud Pública. Neoplasias. Defensa de la salud.

INTRODUÇÃO

O *advocacy* em saúde como referencial origina-se na década de 1970, a partir de movimentos sociais, e fundamentado em aspectos éticos, legais e morais implicados nas ações de profissionais. É associado ao apoio à autonomia individual de usuários de serviços e em sistemas de saúde, de famílias, e de comunidades, e também à proteção do direito à autodeterminação em situações de tomada de decisão nos processos de saúde e doença¹⁻².

A saúde representa um valor inequívoco para o desenvolvimento de capacidades produtivas das sociedades, de projetos de vida pessoais e coletivos, sendo uma condição essencial ao bem-estar humano e ambiental, e uma prerrogativa de dignidade³⁻⁴. Neste sentido, compreende-se que ações em saúde norteadas pelo *advocacy* influenciam a consolidação de práticas, especialmente a partir de políticas públicas de saúde^{5,2}. Requisita-se, ao pensar neste referencial, considerar a multiprofissionalidade na área da saúde, bem como fortalecer o trabalho interdisciplinar, justamente para inscrever o *advocacy* como potencial recurso que efetiva a saúde como direito de forma ampliada e integral.

No cenário brasileiro, a garantia constitucional à saúde exige constantes ações que materializam o direito sob práticas de promoção, proteção, e recuperação/reabilitação da saúde. A complexidade que envolve o Sistema Único de Saúde (SUS) em sua organização, financiamento, atenção à saúde e formação, possui elementos que perpassam o pensar e o fazer. Portanto, denotam a busca permanente por ancoragens teóricas alinhadas ao direito, a fim de concretizar-se na vida das pessoas. Muitas ações na esfera pública, no SUS, são estruturadas por meio de políticas públicas de saúde. Essas formulações afetam diretamente a prestação e a disponibilidade de cuidados para as populações, e refletem nos resultados, na equidade, e nos contextos ambientais e socioculturais dos profissionais⁶.

Em um escopo menos abrangente, e em comparação ao Sistema, a adoção do referencial do *advocacy* em saúde como norteador de práticas é potencialmente positiva para o âmbito das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Neste contexto, considera-se a repercussão destas na qualidade de vida das pessoas, sobre suas capacidades produtivas, e como causas de problemas de ordem social e econômica. Ao se colocar em pauta as DCNT, emerge a epidemiologia do câncer que, mundialmente, atinge níveis altos de incidência e prevalência. Desde a regulamentação do SUS houve avanços nos tratamentos e na qualidade dos resultados, contudo, persistem desigualdades de acesso a serviços capazes de oferecer atenção integral à saúde. Um estudo em microrregiões de Minas Gerais demonstrou significativas distinções em relação a mortalidade por câncer de mama, e expôs diferenças na distribuição de recursos em um mesmo território, com prejuízos ao acesso das mulheres residentes em áreas desprovidas de assistência em relação àquelas de áreas urbanas⁶⁻⁷.

No processo de vigilância epidemiológica, em especial de notificação de câncer, dados apontam que apenas 15% da população mundial é coberta por registros de alta qualidade⁸. A ausência ou insuficiência desses registros compromete o processo de planejamento e a organização do cuidado em oncologia. É preciso que mudanças ocorram com a finalidade de inverter os indicadores epidemiológicos, pois muitos tipos de câncer são preveníveis, contudo, é necessária celeridade em ações de diagnóstico e tratamento⁹.

Desde 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) se propõe a nortear a elaboração e consolidação da linha de cuidado às pessoas com câncer. Ela representa um reforço a mais para o reconhecimento do aspecto essencial das ações de prevenção do câncer e de organização do Sistema. Ressalta-se o papel da interlocução de serviços, desde a vigilância até a assistência diagnóstica e de tratamento em tempo, e condições adequadas ao cumprimento, por exemplo, da Lei dos 60 dias¹⁰.

Deste cenário emerge um problema que convoca para práticas de defesa do direito à saúde, ou seja, do *advocacy* em saúde – um conceito capaz de traduzir-se como um conjunto de ações sociais, econômicas, políticas e jurídicas, coordenadas e voltadas à melhor qualidade da assistência. São práticas concretas organizadas por atores sociais comprometidos para além de suas competências profissionais, que compreendem seu papel corresponsável para o pleno exercício do direito dos usuários e para a saúde coletiva¹⁰⁻¹¹.

Assim, considerando as proporções epidemiológicas mundiais do câncer para a vida das pessoas e da sociedade, destaca-se a necessidade de sensibilização e construção de espaços e ações em defesa da saúde, em consonância aos princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema. O lócus da vigilância epidemiológica, cujas características emblemam políticas públicas e processos de trabalho multiprofissionais, motiva o presente estudo, com o objetivo de descrever o processo de implementação de um grupo técnico de vigilância do câncer fundamentado no referencial do *advocacy* em saúde.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que busca elucidar as relações complementares entre teoria e prática, produzindo conhecimentos dirigidos à resolução de conflitos e problemas. O processo de desenvolvimento de uma PCA é composto por: fase de concepção, quando o pesquisador apreende o problema de pesquisa; fase de instrumentação, que possibilita ao pesquisador planejar todos os detalhes operacionais da coleta de dados, espaço físico, participantes, instrumentos de coleta, entre outros aspectos práticos; fase de perscrutação, conferida como um momento ímpar na PCA, que permite ao pesquisador, pela sua participação ativa, perscrutar, sondar as interfaces, associações e planejamentos possíveis diante da fase de instrumentação e a próxima fase, que é a de análise¹².

O contexto da pesquisa foi um Grupo Técnico de Vigilância do Câncer (GTVCA), localizado em um Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal, no estado de Santa Catarina, Brasil. O GTVCA foi instituído em 2019, conforme uma Instrução Normativa, e seus objetivos são: investigar os óbitos por câncer com base na 12.732/2012 (“lei dos 60 dias”) e na lei 13.896 (“lei dos 30 dias”); diagnosticar problemas enfrentados pelas pessoas que convivem com a doença; propor soluções sustentáveis e éticas, com recursos amparados na legalidade; desenvolver ações, estrategicamente planejadas, de sensibilização a todos responsáveis em processos decisórios relacionados à área^{13–14}.

A seleção dos participantes foi intencional, realizada pela pesquisadora principal do estudo, que ocupava um cargo de gestora na Vigilância Epidemiológica municipal. Como critério de inclusão foi considerada a participação efetiva no GTVC – desta forma, atingiu-se o total de membros do grupo técnico como participantes da pesquisa. Foram excluídos apenas os acadêmicos e residentes em atividades de estágio que participavam, em momentos pontuais, de reuniões do GTVCA.

A pesquisadora principal esteve concomitantemente envolvida com as responsabilidades da gestão frente à criação e à implementação do GTVCA, e também com a realização de todos os momentos da pesquisa. Esta dupla implicação é fundamental no desenvolvimento da PCA. A aproximação inicial com os potenciais participantes ocorreu por meio de uma reunião online para a apresentação dos objetivos da pesquisa, esclarecimento de riscos e benefícios, e formalização do convite. Todos os membros do GTVCA aceitaram participar, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para início das demais etapas, que consistiriam efetivamente em coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período de 18 junho de 2020 a 29 de julho de 2021, por meio de reuniões online, mensais no ano de 2020 e quinzenais no ano de 2021, com a duração de duas horas e meia cada uma, totalizando 14 reuniões. Para alinhamento da pesquisa ao referencial metodológico, o mesmo grupo que participou de todas as reuniões foi denominado “grupo de convergência”, cuja finalidade foi desenvolver pesquisa em simultaneidade com a prática assistencial^{12,15}.

O referencial do *advocacy* em saúde foi apresentado desde a primeira reunião enquanto pressuposto teórico, porém, outros referenciais, como da saúde coletiva, vigilância em saúde e oncologia, e de direito à saúde, foram introduzidos nas demais reuniões, conforme as necessidades observadas a partir das discussões. Não havia roteiro prévio relacionado especificamente à pesquisa – as discussões dos participantes emergiam das suas vivências nos respectivos serviços. Estes registros e as atas das reuniões representam o corpus de dados para análise. Foram aprofundadas as estratégias de vigilância em saúde e sua aderência aos aspectos teóricos do *advocacy*, quais ações

são ou deveriam ser executadas pela vigilância em saúde na área da oncologia, suas fragilidades, e potencialidades no serviço de saúde.

O propósito inicial do estudo se expandiu no decorrer das reuniões, e foi ampliado durante o processo dialógico entre a prática assistencial e a investigação. É natural o surgimento de temas emergentes e de interesses a serem considerados no desenvolvimento do processo investigativo¹². Portanto, pautas como linha de cuidado às pessoas com câncer e o levantamento dos problemas enfrentados pelos usuários nos seus itinerários nas Redes de Atenção à Saúde foram agregadas, sempre alinhadas ao referencial do *advocacy*.

Especificamente nas quarta e quinta reuniões, percebeu-se a simultaneidade das ideias que desencadearam a implementação efetiva do GTVCA, e sua articulação ao referencial do *advocacy*. O grupo de convergência reconhecia em suas discussões, a partir das práticas nos serviços de saúde, as conexões entre a linha de cuidado às pessoas com câncer e suas ações caracterizadas pelos pressupostos do *advocacy*. Percebeu-se, a partir desta fase, um processo construtivo contínuo e articulado à vigilância em saúde.

Todo o processo de coleta de dados foi conduzido unicamente pela pesquisadora principal. As reuniões foram gravadas e posteriormente transcritas, e não houve validação pelos participantes. O banco de dados foi analisado segundo quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência, de certa forma sequencial e concomitante aos momentos de coleta de dados. A interpretação dos achados correspondeu, especificamente, aos processos de síntese, teorização e transferência. Na síntese, fez-se um exame das associações e variações das informações coletadas, a fim de codificá-las. Na teorização, identificou-se e definiu-se a construção de relações entre grupos de temas que possibilitavam a produção de previsões do fenômeno investigado. A teorização envolve construções, desconstruções e reconstruções de formulações a partir da literatura e do referencial teórico que sustentam a pesquisa, possibilitando-se, após isso, a transferência do conhecimento para a prática^{12,15}.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cumprindo todas as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Como forma de manter o anonimato, os participantes foram codificados pela letra “M” (Membro), seguido de um número aleatório de 1 a 11, e os registros da observação receberam a codificação “GC” (Grupo de Convergência), seguido de um número de 1 a 14 atribuídos conforme a ordem de realização das reuniões.

RESULTADOS

Participaram 11 representantes de diferentes serviços públicos e privados do município, tais como: 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.

A partir do processo de análise foram construídas três categorias acerca do processo de implementação de um Grupo Técnico de Vigilância do Câncer: “Motivações para a criação do Grupo Técnico de Vigilância do Câncer (GTVCA)”, “Estratégias de implementação” e “Reconhecendo o GTVCA a partir das lentes do *Advocacy*”. Estas categorias estão entrelaçadas no processo de criação, implementação e consolidação do Grupo, considerando a dinamicidade do processo, e desta forma os conteúdos convergem entre si. O Quadro 1, bem como a Figura 1, ilustram e registram estas características.



Figura 1 – Entrelaçamentos no processo de implementação de um Grupo Técnico de Vigilância do Câncer (GTVCA) sob o referencial do Advocacy.

Quadro 1 – Processo de implementação de um Grupo Técnico de Vigilância do Câncer: Motivações, Estratégias e Reconhecimento do Advocacy.

| Motivações para a criação do Grupo Técnico de Vigilância do Câncer | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cenário Epidemiológico do Câncer no Município | Programação Anual de Saúde (PAS) | Compromisso profissional |
| <p><i>Em uma análise histórica a mortalidade por câncer no município (...) ultrapassou as mortes por doenças cardiovasculares desde o ano de 2016. Essa situação retratou a necessidade urgente de investigação destes tipos de casos para que a partir das evidências consiga-se realizar planejamentos e desenvolver ações a fim de minimizar estes problemas que afetam diretamente a saúde da população, visando as leis 12.732/2012 e 13.896/19 (GC1).</i></p> | <p><i>(...) atualmente na Programação Anual de Saúde tem a diretriz que ordena a implantação de um Grupo Técnico, com o objetivo de investigar óbitos com causa básica de morte o câncer, a fim de garantir o respeito à pessoa com câncer e o cumprimento da lei 12.732/2012 (Lei dos 60 dias). Foi necessário incluir na programação essa diretriz, visto que nos instrumentos de gestão do município não havia uma diretriz específica que determinasse metas e ações relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, tampouco o câncer (GC2)</i></p> <p><i>Um dos instrumentos de gestão utilizados no município é a Programação Anual de Saúde (PAS). Na Programação Anual de Saúde, são detalhadas as metas anuais, identificados os indicadores para seu monitoramento; definidas ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; bem como apresentada a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS (GC3).</i></p> | <p><i>Dessa forma, com base nas necessidades do município foi inserido na Programação Anual de Saúde no ano de 2018 a seguinte diretriz: Fortalecimento da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e da promoção à saúde. E objetivo: Implantar e manter Grupo Técnico, para investigar óbitos com causa básica de morte Câncer, a fim de garantir o respeito à pessoa com câncer e Cumprimento da Lei 12732/2012 (Lei dos 60 dias) (GC5).</i></p> |

Quadro 1 – Cont.

| Estratégias de implementação do Grupo Técnico de Vigilância do Câncer | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Delimitação das bases filosóficas e teóricas | Elaboração do Regimento e Estratégia de Trabalho | Elaboração do Regimento e Estratégia de Trabalho | Identificação de prioridades |
| <p>O GTVCA tem como base para a execução das suas atividades o advocacy em saúde que é amplamente definido como um processo de apoio, defesa ou argumentação de uma causa, ideia ou política e apresenta como objetivos investigar os óbitos por câncer com base nas leis supracitadas e diagnosticar problemas enfrentados, seja por falha de acesso aos serviços de saúde ou na assistência desses, também pelas pessoas que vivem e convivem com a doença e propor soluções sustentáveis e responsáveis, e, por meios legais e éticos, desenvolver ações, estrategicamente planejadas, para sensibilizar e influenciar os tomadores de decisão a promoverem as transformações necessárias (GC7).</p> | <p>Para organizar, sistematizar e desenvolver um processo contínuo de trabalho, o grupo elaborou um regimento interno a fim de estabelecer um conjunto de normas para regulamentar o funcionamento do GT, garantindo o correto desenvolvimento das atividades conforme as diretrizes traçadas por ele. Este regimento interno também foi publicado oficialmente por meio de Portaria de 02 de março de 2020, assim como os seus membros e respectivos suplentes conforme cada área e local de atuação (GC10). O grupo adota a sistemática de reuniões de apresentação da situação de óbito do(a) paciente, e nesta buscando detectar as possíveis causas, por meio do fluxo, apresenta como rotina utilizar uma reunião para discutir o caso envolvendo a situação de óbito e uma reunião para convocar, se assim for necessário, os profissionais que atenderam o(a) paciente da investigação ou os gestores da secretaria de saúde. O objetivo é apresentar o caso para esses profissionais ou gestores a fim de aprofundar informações, esclarecer dúvidas, apontar ocorrências de falhas, solicitar modificações de rotina ou de práticas que tenham sido prejudiciais no atendimento da paciente, elaborar cartas de recomendação aos serviços, propor e fortalecer ações integradas e intersetoriais para a melhoria da assistência à pessoa com câncer, para prevenção de óbitos evitáveis e apoiar a qualificação da atenção à saúde e a vigilância dos óbitos (GC12).</p> | <p>Para auxiliar nas investigações e padronizar o processo de vigilância do óbito por câncer e a forma como as informações são disponibilizadas para os membros do GT, a pesquisadora elaborou uma ficha de investigação, pois a grande diversidade no conteúdo dos formulários e prontuários utilizados por vezes pode impedir a comparação das informações e pode comprometer a qualidade dos dados utilizados na discussão que ocorrem em reuniões. As informações obtidas nas diversas fontes são de grande valia para o planejamento de ações e avaliação dos serviços de saúde não só no nível municipal, mas também regional e estadual, segundo a lógica da assistência. Além disso, os dados obtidos após investigação possibilitam a qualificação do entendimento de como está funcionando a linha de cuidado do câncer da rede de organizada de saúde do município (GC13).</p> | <p>Foi acordado entre os membros que devido à grande demanda nas investigações e por haver um membro que representa a saúde da mulher no município dar-se-ia prioridade para o câncer de colo do útero e mama, visto serem os mais incidentes, principalmente considerando a faixa etária inferior a 69 anos, como preconiza o primeiro indicador da Pactuação Interfederativa, que tem por objetivo apresentar as fichas de qualificação dos 23 indicadores estabelecidos para os anos de 2017 a 2021, sendo que o primeiro indicador apresenta como objetivo contribuir para o monitoramento da mortalidade por DCNT, as quais representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas (GC14).</p> |

Quadro 1 – Cont.

| Reconhecendo o Grupo Técnico de Vigilância do Câncer a partir das lentes do Advocacy | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Integralidade | Humanização | Conhecimento | Competência profissional |
| <p>É preciso avaliar todo um contexto além dos direitos e deveres, para que o paciente tenha uma saúde integral (M1).</p> <p><i>Acho que tem tudo a ver, pq estão nessa coisa dos interesses, da legislação, do cumprimento dos prazos, da investigação, dos pacientes, tem tanto tempo a partir do diagnóstico para iniciar o tratamento, onde esse paciente tem direito de iniciar o tratamento, de que forma, acho que está nessa linha da defesa e desses interesses e é isso que a gente está verificando, se essa legislação foi cumprida, se ele teve acesso ao que ele precisava ter acesso (M3).</i></p> | <p><i>Ele visa garantir os direitos do paciente, no sentido do profissional (por isso é advocacy) advogar em relação ao paciente, eu sei que ele tem esse direito, então eu vou tentar fazer com que ele tenha (M2).</i></p> <p><i>Está bem associado à disseminação da saúde pública, do direito que o paciente tem, associado à questão de humanização e individualização do tratamento que é prestado ao paciente (M5).</i></p> | <p><i>Está na linha dos interesses do paciente, do bem-estar, acesso ao conhecimento, defesa do acesso ao conhecimento para o paciente, usuário, para as pessoas (M3).</i></p> | <p><i>Mas tem a ver com o profissional, eu enfermeira advogo em relação ao paciente, eu, médico, advogo em relação ao paciente. Não é só “ah tem essa legislação, sou eu que estou cuidando dele, eu que esclareço, eu que peço ajuda”. Uma das coisas que acontece é que nós estamos educando novos profissionais e chamando atenção para aspectos da gestão que tem que ser tomado cuidado, aquilo que achamos que o profissional sabe fazer, mas na verdade ele não sabe fazer, e isso fica demonstrado nas investigações (M2).</i></p> |

DISCUSSÃO

No que tange às motivações que mobilizaram pesquisadores e participantes do estudo, a criação do GTVCA destaca-se por conta do contingente de casos de câncer detectados no município em foco, o que resultou em demanda para a criação de um Grupo Técnico de Vigilância dos óbitos ocorridos no município associados ao câncer, bem como o desejo dos profissionais em se comprometerem à superação da problemática de saúde reconhecida no município.

Desta forma observaram-se, na centralidade dos motivos, princípios revelando direitos humanos e de cidadania. Face ao exposto, percebeu-se que as bases filosóficas do *advocacy* permeavam o entendimento que os profissionais possuíam acerca de seus papéis antes mesmo de o entenderem de modo robusto como um referencial teórico. A defesa do direito à saúde pode ser explicada como um ato de salvaguarda, avaliação, valorização, mediação e reconhecimento da justiça social na oferta de cuidados em saúde. O *advocacy*, sobretudo para populações vulneráveis, é um processo complexo, exige profissionais conscientes deste papel, comprometidos, e moralmente responsáveis^{2,16-17}.

Especificamente no âmbito da oncologia, aplica-se a necessidade de defesa dos direitos para diminuir as iniquidades ainda persistentes neste e em outros campos da saúde das populações. Um profissional defensor dos usuários, em um sistema de saúde fundamentado em princípios e diretrizes, assume um papel de liderança para promover o valor agregado da mudança para cuidados integrais e equânimes¹⁸. A defesa de usuários, famílias ou coletivos, focados na equidade desenvolvida em um espaço ainda que delimitado, são transferíveis entre os ambientes, mobilizam outras forças, e fortalecem o cuidado em redes¹⁹.

Ao se atentar para o descumprimento das leis 12.732/12 e 13.896/19, específicas para as pessoas acometidas pelo câncer no Brasil, constatam-se vulnerabilidades. Direitos que garantem acesso a diagnósticos e tratamentos precoces, evitando mortes prematuras, não são suficientes sem que haja conhecimento e defesa. Os profissionais de saúde podem incluir em seus cuidados algumas estratégias orientadas para as equidades, por meio de liderança, influência política, defesa, educação e pesquisas^{18,15}. A participação em um GTVCA representa para os profissionais um exercício crítico sobre seus processos de trabalho, para si próprios e para os usuários, de modo a assegurar o cumprimento das leis e políticas públicas. As ações de *advocacy* orientam oportunidades de atenção integral e humanizada à saúde, promovem a qualidade aos serviços consonantes com as políticas públicas, e para os processos de trabalho denotam competência profissional.

No processo de implementação do GTVCA propriamente dito, foi necessário alcançar-se a compreensão das bases filosóficas que sustentam as práticas do grupo, e, para além, em uma perspectiva operacional, estruturar-se um regimento, criar instrumentos, e estabelecer prioridades.

Implementar um Grupo Técnico de Vigilância do Câncer no escopo das ações da vigilância em saúde, e ancorado no referencial teórico do *advocacy* em saúde, ultrapassou quaisquer contornos de uma demanda pontual em cumprimento às leis ou políticas públicas. O exercício de profissionais da saúde na defesa dos direitos dos usuários representa estratégia de promoção e proteção da saúde, bem como de garantia de tratamento, recuperação, e reabilitação.

Na materialização de políticas públicas em cuidados à saúde, os profissionais deparam-se com muros burocráticos, barreiras que impedem ou limitam as capacidades de ações para as defesas dos direitos²⁰. Inclui-se neste contexto a natureza do vínculo laboral e portanto, uma configuração coletiva como em um Grupo Técnico, possibilita fortalecimento entre os pares. Os profissionais são os atores que concretizam as políticas públicas de saúde por meio de suas ações. Desta forma, são protagonistas em todos os processos, no planejamento e na implementação e avaliação²¹. Para isto, o distanciamento entre formuladores e executores deve ser minimizado, para conferir significado às ações e gerar sentimento de pertencimento ao que está sendo realizado, de forma a mobilizar a defesa dos direitos²².

Os ambientes de trabalho em serviços de saúde influenciam a ação de *advocacy* e sua eficácia. A defesa de direitos dos usuários realizada pelos profissionais pode causar conflitos relacionais, quando um profissional defensor eventualmente for percebido como uma ameaça ao colega ou o gestor, ou quando a defesa não alcança seus objetivos e os profissionais sentem-se frustrados diante dos esforços malsucedidos. O ambiente psicossocial do trabalho pode ser influenciado diante destas situações²³. Quando as ações de vigilância são planejadas e avaliadas coletivamente, ancoradas em um referencial teórico, vislumbram-se possibilidades de minimizar esses enfrentamentos aos trabalhadores.

Os participantes da pesquisa que compuseram o GTVCA representavam espaços de saúde significativos no contexto do câncer no município, o qual desenvolveu-se a proposta. Assim, por esta característica, no regimento estipulou-se que nos encontros se discutiria um caso de óbito por câncer, oportunizando a todos a identificação das causas dessa ocorrência, e consequentemente a definição de estratégias para evitar.

Optou-se por uma equipe interdisciplinar, pois dessa forma há possibilidade de troca de instrumentos, técnicas, metodologia e abordagens que se complementam. Ocorre um diálogo que enriquece e transforma o trabalho, pois compreende relações menos verticais com trocas entre os saberes para uma tarefa ser realizada em conjunto²⁴.

E, de forma complementar, considerando a densidade de informações que os serviços da rede de atenção possuem para demonstrar o fluxo das práticas em saúde, o grupo compilou um instrumento de modo a reunir as informações necessárias, facilitando a sistemática de trabalho do GTVCA tanto quanto favoreceu a definição assertiva das prioridades.

Por fim, possibilitou-se no processo de implementação do GTVCA reconhecer-se os atributos do referencial do *advocacy* adotado, e assim vislumbrou-se a defesa para integralizar e humanizar o cuidado, a defesa do usuário ao acesso do conhecimento, e uma resposta competente do profissional na atenção prestada.

Compartilhar a experiência de implementação do GTVCA evidenciou o fato propriamente como estratégia de vigilância em saúde para garantia de todos os direitos legalmente assegurados às pessoas com câncer. Entretanto, se reconhece como diferencial mobilizador para outras experiências a adoção do referencial teórico do *advocacy*. Esta estratégia mobilizou o Grupo para resolução de um problema com expressivo impacto da mortalidade por câncer, e para qualidade da atenção à saúde às pessoas acometidas por esta doença. Esta mobilização foi balizada pelo (re)conhecimento coletivamente construído e apreendido pelos profissionais acerca de suas competências na defesa dos usuários.

O alinhamento teórico e filosófico do referencial do *advocacy* em saúde como norteador do processo de implementação do GTVCA ficou evidente quando, nos grupos de convergência, delinearam-se ações capazes de provocar mudanças sociais e/ou organizacionais, pautadas na garantia legal e fundamental ética do direito à saúde. A defesa da saúde inclui construir coletivamente conhecimento, pensar e fazer gestão, e atenção na saúde baseados em teorias e evidências científicas¹⁸⁻¹⁷.

Contudo, é importante reconhecer nos serviços de saúde fatores que dificultam, além de outros aspectos, o exercício do *advocacy*. Falta de recursos materiais e financeiros, espaços físicos inadequados, sobrecarga de trabalho, a falta de autonomia, descontinuidade do cuidado entre níveis de atenção, e hegemonia de modelos assistenciais tradicionais são apontadas como barreiras para o *advocacy*²⁵.

Estes aspectos limitadores para profissionais refletem na atenção à saúde dos usuários. Em situação vulnerável pela condição da doença, eles são atingidos pelos problemas do sistema de saúde. Também, cabe considerar a exposição aos aparatos tecnológicos dos tratamentos e políticas de austeridade fiscal que desde 2015 repercutem sobre a qualidade da assistência à saúde como um todo, e na oncologia. Todo este universo de dificuldades conclama à defesa, e os profissionais de saúde no cuidado direto estão comprometidos com este papel²⁶.

A partir da construção de conhecimentos e de sua consolidação materializada nas práticas de vigilância, os profissionais passam a experienciar resultados positivos das ações de *advocacy*. Estudos reportam sentimento de realização e satisfação dos profissionais diante do cumprimento dos seus deveres e desfechos positivos para a saúde dos usuários, como resposta às ações de *advocacy* nos locais de trabalho^{27,28,29}. Para promoção de êxitos no exercício da defesa dos usuários, alguns facilitadores foram elencados: as influências subjetivas, relacionadas à empatia com os usuários, valores sociais e religiosos e influências das experiências, relacionadas à formação e nível de conhecimento, e envolvimento político-social^{30,16}.

A decisão em implementar o GTVCA em convergência com a pesquisa, isto é, em um mesmo espaço físico e temporal, oportunizou o diálogo, meio pelo qual ações refletidas criticamente foram pactuadas para além do instrumento de gestão, materializado na portaria de criação do grupo. Nesse sentido, certifica-se que a PCA contribui na proposição de modelos de cuidado a partir de processos que os constroem, em relação direta com a prática assistencial¹⁵.

A limitação do estudo reside na singularidade da experiência, pois apesar das possibilidades de aplicações do método a outros contextos, os resultados circunscrevem-se na realidade estudada.

CONCLUSÃO

O Grupo Técnico de Vigilância em Saúde reúne profissionais de equipes multidisciplinares imbuídos de planejar, implementar e avaliar estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ao se incluir a este escopo, o referencial teórico do *advocacy* se assume como postura, um imperativo ético para dirimir iniquidades a partir da garantia de direitos legais e fundamentais.

A compreensão aprimorada de vários contextos e estruturas oferece aos profissionais as estratégias aplicadas às práticas de atenção à saúde de indivíduos e comunidades, para considerar as causas profundas da desigualdade por meio de liderança, influência política, defesa de direitos, educação permanente, e pesquisas para construção do conhecimento. Por meio dessas estratégias, sustentadas em um referencial teórico, pressupõe-se a ruptura de hierarquias de poder que sustentam as iniquidades na saúde, especificamente na área da oncologia. Apesar das leis e evidências científicas que sinalizam para o caráter essencial do diagnóstico e tratamento precoces para as pessoas com câncer, persistem inúmeras fragilidades nos processos em Redes de Atenção à Saúde e Linhas de Cuidados.

O *advocacy* na saúde configura-se como um pilar para ação política dos profissionais em defesa dos direitos dos usuários. A defesa passa a ser realizada por meio das ações de vigilância em saúde para a qualidade dos cuidados às pessoas com câncer. Apesar de existirem em todos os cenários nacionais, a área técnica da vigilância pode aproximar-se da dimensão teórica do *advocacy*. Deste encontro emerge reconhecimento de práticas, apreensão de conhecimentos, e avanços para a consolidação da atenção integral e equânime.

REFERÊNCIAS

1. Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics* [Internet]. 2010 [acesso 2021 Out 15];17(2):255-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733009352070>
2. Abbasinia M, Ahmadi F, Kazemnejad A. Health advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Out 15];27(1):141-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733019832950>
3. International Council for Nurses (ICN). The ICN code of ethics for nurses [Internet]. Geneva, (CH): ICN; 2021. [acesso 2021 Out 15]. 32 p. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

4. Rosa W. Public Health nursing and transnational agendas: Local to global health advocacy. *Public Health Nurs* [Internet]. 2017 [acesso 2021 Out 15];34(3):197-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/phn.12317>
5. Blackburn R, Johnson KG, Chaveleh S. Advocacy: The pivotal role of oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Out 15];24(1):103-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/20.CJON.103-106>
6. Malta DC, Gomes CS, Barros MBA, Lima MG, Almeida WDS, Sá ACMGN, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Nov 10];24:e210009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210009>
7. Duarte DAP, Nogueira MC, Magalhães MC, Bustamante-Teixeira MT. Iniquidade social e câncer de mama feminino: Análise da mortalidade. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Nov 10];28(4):465-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040360>
8. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Nov 10];144(8):1941-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijc.31937>
9. Silva MJS, Bergmann A, Siqueira A de SE, Casado L, Zamboni MM. Influência das iniquidades sociais e dos cuidados de saúde na incidência e mortalidade por câncer. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Nov 10];64(4):459-60. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.211>
10. Banna SC, Gondinho BVC. Assistência em oncologia no sistema único de saúde (SUS). *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Set 4];11 Suppl 1:e64s. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/851>
11. Ventura CAA, Fumincelli L, Miwa MJ, Souza MC, Wright MDGM, Mendes IAC. Health advocacy and primary health care: Evidence for nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Out 18];73(3):e20180987. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0987>
12. Trentini M, Paim L, Silva DMG. Pesquisa convergente assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3rd ed. Porto Alegre, RS(BR): Moriá; 2014.
13. Brasil. Presidência da República. 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 [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.227, 2012* [acesso 2021 Out 18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
14. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.685, de 25 de junho de 2018. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.121, 2018* [acesso 2021 Out 18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13685.htm
15. Rocha PK, Prado ML, Silva DMGV. Pesquisa convergente assistencial: Uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 2021 Out 11];65(6):1019-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600019>
16. Maryland MA, Gonzalez RI. Health advocacy in the community and legislative arena. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 2012 [acesso 2021 Out 11];17(1):2. Disponível em: <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol17No01Man02>
17. Pettus KI, Lima L. Palliative care advocacy: Why does it matter? *J Palliat Med* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Out 11];23(8):1009-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0696>

18. Laari L, Duma SE. Facilitators of the health advocacy role practice of the nurse in Ghana: A qualitative study. *Health Sci Rep [Internet]*. 2021 [acesso 2021 Out 20];4(1):e220. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hsr2.220>
19. Neves FB, Vargas MAO, Zilli F, Trentin D, Huhn A, Brehmer LCF. Advocacia em saúde na enfermagem oncológica: Revisão integrativa da literatura. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2021 [acesso 2021 Out 5];25(1):e20200106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0106>
20. Truant T. Equity in cancer care: Strategies for oncology nurses. *Nurs Clin North Am [Internet]*. 2017 [acesso 2021 Out 17];52(1):211-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.11.003>
21. Figueira AB, Barlem ELD, Amestoy SC, Silveira RS, Barlem JGT, Ramos AM. Advocacia em saúde por enfermeiros na estratégia saúde da família: Barreiras e facilitadores. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018 [acesso 2021 Out 17];71(1):57-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0119>
22. Davoodvand S, Abbaszadeh A, Ahmadi F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: A qualitative study. *J Med Ethics Hist Med*. 2016;9:5.
23. Hanks RG. Social advocacy: A call for nursing action. *Pastor Psychol [Internet]*. 2013 [acesso 2021 Nov 10];62(2):163-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11089-011-0404-1>
24. Hanks RG, Starnes-Ott K, Stafford L. Health advocacy at the APRN level: A direction for the future. *Nurs Forum [Internet]*. 2018 [acesso 2021 Ago 20];53(1):5-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12209>
25. Jakimowicz S, Perry L, Lewis J. Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. *J Clin Nurs [Internet]*. 2018 [acesso 2021 Ago 20];27(7-8):1599-611. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14231>
26. Hanks RG, Eloi H, Stafford L. Understanding how advanced practice registered nurses function as patient advocates. *Nurs Forum [Internet]*. 2019 [acesso 2021 Ago 20];54(2):213-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12319>
27. Perry C, Emory J. Advocacy through education. *Policy Polit Nurs Pract [Internet]*. 2017 [acesso 2021 Ago 20];18(3):158-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1527154417734382>
28. Aiken LH, Fagin CM. Evidence-based nurse staffing: ICN's new position statement. *Int Nurs Rev [Internet]*. 2018 [acesso 2022 Set 5];65(4):469-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12499>
29. Lopes-Júnior LC, Lima RAG. Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2019 [acesso 2022 Set 5];35(1):e00193218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00193218>
30. Sundqvist AS, Anderzén-Carlsson A, Nilsson U, Holmefur M. Protective nursing advocacy: Translation and psychometric evaluation of an instrument and a descriptive study of swedish registered nurse anesthetists' beliefs and actions. *J Perianesth Nurs [Internet]*. 2018 [acesso 2022 Set 5];33(1):58-68 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.10.002>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Estratégias de vigilância em saúde para pessoas com câncer na perspectiva da advocacia em saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, no ano de 2022.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Neves FB, Vargas MAO, Brehmer LCF, Bitencourt JVOV.

Coleta de dados: Neves FB, Vargas MAO.

Análise e interpretação dos dados: Neves FB, Vargas MAO, Brehmer LCF, Rabelo M, Bitencourt JVOV, Rosa FS.

Discussão dos resultados: Neves FB, Vargas MAO, Brehmer LCF, Rabelo M, Bitencourt JVOV, Rosa FS.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Neves FB, Vargas MAO, Brehmer LCF, Rabelo M, Bitencourt JVOV, Rosa FS.

Revisão e aprovação final da versão final: Neves FB, Vargas MAO, Brehmer LCF.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer n. 3.946.643, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 28745820.2.0000.0121.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Jaime Alonso Caravaca-Morera, Maria Lígia dos Reis Bellaguarda.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 01 de julho de 2023.

Aprovado: 19 de dezembro de 2023.

AUTOR CORRESPONDENTE

Marcelexandra Rabelo.

marcelexandrar@gmail.com

