



**“Questão Social, Pandemia e Serviço Social:
em defesa da vida e de uma educação emancipadora”**

Eixo temático: Política Social e Serviço Social
Sub-eixo: Seguridade social no Brasil

REDE DE SAÚDE E ONCOLOGIA: Os desafios do acesso à atenção domiciliar e ao transporte sanitário na cidade do Rio de Janeiro.

CAROLINA CARDOSO TRICARICO ¹

RESUMO: A pesquisa visa analisar o processo de articulação com a rede de saúde para os pacientes da clínica de neurocirurgia de um instituto federal especializado em oncologia localizado na cidade do Rio de Janeiro. A pesquisa se justifica a partir de três pontos: perspectiva epidemiológica, relevância para a saúde pública e importância do debate sobre garantia de direitos no campo de serviço social. Busca-se compreender os desafios e possibilidades da rede de saúde em oncologia a partir da integralidade do cuidado. Constitui-se de forma qualitativa e exploratória, pelo referencial do materialismo-dialético, através de pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevista.

PALAVRAS-CHAVES: Rede de Saúde; Oncologia; Atenção Domiciliar; Transporte Sanitário;

ABSTRACT: The research aims to analyze the process of

¹ Estudante de Pós-Graduação. Instituto Nacional Do Câncer

articulation with the health network for patients at the neurosurgery clinic of a federal institute specializing in oncology located in the city of Rio de Janeiro. The justification based on three points: epidemiological research, research for public health and the importance of the debate on guaranteeing rights in the field of social service. We seek to understand the challenges and possibilities of the oncology health network from the point of view of comprehensive care. It is constituted in a qualitative and exploratory way, through the reference of dialectical materialism, through bibliographic research, document analysis and interview.

KEYWORDS: Health Network; Oncology; Home Care; Sanitary Transport;

INTRODUÇÃO

A motivação principal para elaboração desta pesquisa se deu a partir do acompanhamento dos casos de pacientes, residentes no Rio de Janeiro/RJ, da clínica de neurocirurgia de uma unidade hospitalar especializada em oncologia, que necessitam ser encaminhados para rede de saúde (cuidado domiciliar e transporte sanitário) para que a continuidade do tratamento e do cuidado fosse garantida. A demanda concreta de cuidado integral, enquanto política pública e direito a ser garantido, apresenta no cotidiano profissional inúmeros desafios, o que desperta inquietação.

Os pacientes que realizam tratamento oncológico trazem em seu perfil a necessidade de muitas idas e vindas à unidade hospitalar, em alguns casos, tratando-se de pacientes restritos, tal acompanhamento se torna mais dificultoso. O olhar sobre o cuidado integral enquanto política pública se dá pela articulação

intersetorial com a rede de saúde, permitindo a garantia do direito ao acesso à saúde pública de qualidade defendida pela constituição. Dessa forma, entende-se que a garantia da atenção domiciliar e do transporte para acesso à unidade de saúde ao paciente restrito se traduz na continuidade do cuidado integral em caráter de direito.

A partir dessa experiência observou-se que a articulação intersetorial e a integralidade do cuidado, enquanto rede de saúde pautada no Sistema Único de Saúde (SUS), tem se apresentado precária trazendo grandes impactos para os pacientes e seus familiares durante o tratamento oncológico e acompanhamento ambulatorial.

Surge a hipótese da existência de um problema em torno da complexidade na mobilização da rede de saúde para pacientes da clínica de neurocirurgia que residam no município do Rio de Janeiro e necessitam manter o acompanhamento ambulatorial. Acredita-se que os fatores causadores giram em torno da precarização da política de saúde, da burocratização para acesso aos serviços, da fragilidade na integralidade do cuidado na saúde e na fragmentação dos serviços prestados aos usuários, descaracterizando o caráter de direito. Tais fatores podem ocasionar grandes impactos na realidade social dos usuários e de seus familiares.

Para este estudo é necessário que a reflexão sobre a rede de saúde brasileira, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, se dê através da noção de determinação social, do processo de desospitalização e da integralidade do cuidado como direito, compreendendo que a realidade social, política e econômica macro é atravessada pela dinâmica ultraneoliberal que intensifica a precarização da saúde brasileira.

Com isso, tem-se como objetivo geral da pesquisa analisar o processo de articulação com a rede de saúde para os pacientes da clínica de neurocirurgia, que residam na cidade do Rio de Janeiro e que necessitam do cuidado domiciliar e/ou transporte sanitário. Como objetivos específicos pretende-se verificar os desafios e as possibilidades do acesso à atenção domiciliar e ao transporte para manutenção do cuidado do paciente da clínica de neurocirurgia que necessite realizar acompanhamento ambulatorial em unidade hospitalar; E analisar os impactos do

acesso à rede de saúde na realidade social dos usuários no pós-alta.

DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

A importância desse estudo se justifica pela perspectiva epidemiológica, pela relevância enquanto temática que envolve a saúde pública e pelo debate ético sobre garantia de direitos e defesa da cidadania, pautado no projeto ético-político do serviço social. Dessa forma, essa pesquisa se dá a partir de três pontos de análise: 1) Necessidade do cuidado ampliado dentro da perspectiva epidemiológica; 2) Importância do debate sobre integralidade, como princípio do SUS, visando a promoção da qualidade de vida e morte aos usuários, dentro do processo de desospitalização; E 3) Compreensão do cuidado, na perspectiva crítica, enquanto categoria de direito, reforçando o debate ético profissional pautado na cidadania.

A necessidade sobre este debate também se pauta na compreensão de que o SUS é atravessado desde antes de sua criação pela disputa de projetos antagônicos, e que, atualmente a sociedade brasileira é marcada pela fase ultraneoliberal caracterizada pela intensa perda de direitos, restrição e burocratização do acesso, precarização das políticas públicas e super-exploração da classe trabalhadora.

O primeiro argumento justificativo para esta pesquisa se pauta na perspectiva epidemiológica. Nas últimas décadas, a sociedade vem sendo marcada pelo aumento do envelhecimento populacional, caracterizada pela redução da taxa de mortalidade e pela redução da taxa de natalidade. Esta mudança do perfil demográfico se manifesta devido ao grande avanço científico e tecnológico no período pós-segunda grande guerra, assim como pela melhora das condições sanitárias e o processo de urbanização, e também pelo reflexo da globalização e acesso a informação².

Diante do envelhecimento populacional, constata-se como consequência o aumento do aparecimento do câncer e de outras doenças crônicas. Segundo dados

2 O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, desigualdade esta que não se resume apenas na questão de renda, mas envolve o acesso às políticas públicas, saneamento básico, transporte, infraestrutura, acesso a informação, entre outros pontos fundamentais referentes a qualidade de vida. Vale ressaltar que essas diferenças regionais impactam diretamente na análise sobre o aumento da perspectiva de vida.

apresentados pelo Ministério da Saúde (2021) em 2019 “54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)” onde “foram registrados mais de 730 mil óbitos por DCNT [...]. Destes, 308.511 (41,8%) ocorreram prematuramente”. Já em relação aos óbitos por câncer, segundo estatísticas fornecidas pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA, que apresentam dados do Brasil no ano de 2020, a mortalidade para homens foi de 117.512 e para mulheres 108.318 (INCA,2022).

Apresentado as estatísticas relacionadas aos novos casos de câncer (INCA, 2021), em 2020 a Incidência estimada conforme a localização primária do tumor foi de 309.750 novos casos em homens (225.980 - não contabilizando câncer de pele não melanoma) e 316.280 novos casos em mulheres (223.110 - não contabilizando câncer de pele não melanoma). Como estimativa, tem-se a previsão de 625 mil novos casos de câncer, considerando todos os tipos de câncer, no triênio 2020-2022, para cada ano. (INCA, 2020)

O aumento dos índices de doenças crônicas, especificamente as neoplasias, traz, em sua maioria, “um declínio funcional associado à incapacidade progressiva” à pessoa adoecida (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2020, p.63). A clínica de neurocirurgia, foco deste estudo, direciona-se para atendimentos cirúrgicos de tumores do sistema nervoso central (SNC) - cérebro e a medula espinhal, que envolvem um tratamento bastante complexo, trazendo grandes impactos nas condições de vida dos usuários. Em certos casos, o usuário apresenta sequelas que influenciam na sua locomoção, orientação, comunicação e sentidos trazendo assim demandas específicas. Esta circunstância reforça ao sistema de saúde a necessidade do cuidado integral deste paciente, o que se traduz no importante planejamento em todos os níveis de atenção³, a fim de promover melhor qualidade de vida a estes usuários

No Brasil, segundo dados do INCA (2021), “o câncer do SNC representa de 1,4 a 1,8% de todos tumores malignos no mundo. Cerca de 88% dos tumores de

3 Os níveis de atenção no Sistema Único de Saúde são estipulados pela [Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010](#), que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e são utilizados para organização dos tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS. São três os níveis de atenção à saúde: atenção primária, definido como porta de entrada do SUS, realizando ações de prevenção e promoção à saúde; atenção secundária, nível de média complexidade - ambulatorial; e atenção terciária, nível de alta complexidade - especializada hospitalar.

SNC são no cérebro.” A estimativa de novos casos, para cada ano do triênio 2020-2022, é de 11.090, sendo 5.870 homens e 5.220 mulheres. Já as taxas de mortalidade em 2017, no Brasil, foram de 4.795 óbitos em homens e 4.401 óbitos em mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p.39 e 40).

O segundo ponto de justificativa desta pesquisa, que se pauta na importância da temática para a saúde pública, incorpora a discussão da integralidade do cuidado, princípio indispensável do Sistema Único de Saúde, apresentado pela Lei nº 8080 de 1990 e traz consigo a compreensão da totalidade do indivíduo que apresenta múltiplas demandas e necessidades. Dessa forma, o cuidado de forma integral envolve a prevenção, tratamento, reabilitação e palição almejando a qualidade de vida dos indivíduos. A integralidade reflete a concepção ampliada da saúde defendida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 e pela Constituição Federal de 1988. O relatório final apresentado nos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde afirma que:

1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Anais da 8ª CNS, 1986).

Vê-se dessa forma a importância deste debate no âmbito da saúde a fim de garantir o cuidado adequado no processo de saúde dos usuários no seu conceito ampliado. A integralidade do cuidado se dá como base na discussão de rede de atenção à saúde e articulação intersetorial no olhar amplo ao paciente oncológico. Entende-se Rede de Atenção à Saúde - RAS como os “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado” (UNA-SUS/UFMA, 2016 apud CONASS, 2015).

Ainda tomando como norte a definição do conceito ampliado de saúde publicado nos anais da 8ª CNS vale ressaltar que o olhar sobre o paciente oncológico, entendido como ser atravessado por várias determinações sociais, deve ser pautado nas diversas particularidades deste processo de saúde-doença. Especificidades essas que não são individuais, sendo necessário o olhar enquanto totalidade que implica a análise do processo social e biológico, no complexo processo de produção de saúde e doença, tomando como base teórica, a noção de “determinação social na saúde”. Entende-se que “insistir na abordagem social fragmentada é escolha de um caminho que se mostra na contramão dos esforços envidados para a construção da interdisciplinaridade” (GARBOI; SODRÉ; ARAUJO, 2017).

A base teórica que envolve a noção de determinação social envolve o olhar crítico enquanto totalidade dos sujeitos, analisando os atravessamentos sociais, políticos e econômicos, em seu sentido macro. O olhar fragmentado e exclusivamente biológico reduz o cuidado a sua dimensão meramente física. Concordando com as autoras (GARBOI; SODRÉ; ARAUJO, 2017) traz-se a afirmativa de que “do ponto de vista das políticas pública de saúde, entende-se que insistir na separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade. Reforça a fragmentação da vida e constrói atalhos contrários às diretrizes do Sistema Único de Saúde”.

O olhar integral envolve o debate sobre a desospitalização dos usuários. Os pacientes da clínica de neurocirurgia são marcados por uma imensa complexidade no tratamento, muitas vezes marcada por longas internações. Apesar do tratamento e de todos os cuidados dedicados a estes usuários, muitos apresentam sequelas, como explicitado anteriormente, trazendo impactos diretos na locomoção, orientação, comunicação e sentidos desses sujeitos, fazendo com que os mesmos necessitem de cuidados específicos e continuados que devem ser planejados e organizados durante a internação hospitalar.

Considerando este exposto, desperta-se o interesse da análise de articulação com a rede de saúde para garantia da atenção domiciliar e do transporte para acesso ao tratamento, visto a restrição e dificuldades de locomoção dos pacientes

estudados e entendendo que ambos são condicionantes que envolvem o processo de desospitalização.

A atenção domiciliar é entendida como o “conjunto de ações de saúde prestadas em domicílio [...] buscando garantir a continuidade de cuidados e ações articuladas às demais unidades e serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p. 55 apud BRASIL, 2016). A partir desta abordagem o olhar sobre as necessidades de saúde do usuário não se torna exclusivo ao âmbito do hospital, superando a perspectiva hospitalocêntrica, entendendo que através da articulação com a rede de saúde a oferta de cuidado será realizada na própria residência do usuário diminuindo a necessidade de idas e vindas do mesmo à unidade hospitalar.

Dentro deste planejamento de cuidado, os pacientes restritos ou que apresentem limitações na locomoção, que dependem de transporte específico (ambulância ou carro de passeio, baixo e de fácil acesso) para acesso à saúde no município do Rio de Janeiro, buscam o programa do “Transporte Sanitário Eletivo”, disposto pela Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, que é “destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados”, porém, o mesmo apresenta intensa precarização sendo acessado atualmente apenas via judicialização.

A desospitalização se dá como um processo e não somente como o ato de saída do hospital no momento da alta hospitalar, tendo com base o debate teórico de determinação social, apresentado anteriormente, que analisa dialeticamente o processo biológico e social, envolvendo diversos agentes. É “um processo contínuo e solidário, construído coletivamente, considerando os aspectos técnico-científicos profissionais e as necessidades do usuário e da família” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p.17 apud OLARIO 2019).

De acordo com a Portaria nº 3.390 de 2013, a alta hospitalar se constitui como “transferência do cuidado” que requer o reforço da autonomia dos sujeitos com base na socialização de informações, junto ao paciente e seus familiares, sobre a continuidade do tratamento, assim como a necessidade de articulação com a rede

para continuidade deste cuidado e a efetivação de "mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ou seja, o viés crítico deste estudo, permite compreender a alta hospitalar como resultado de um processo de elaboração e planejamento continuado do cuidado envolvendo um plano terapêutico, por isso, a desospitalização deve ocorrer durante toda a trajetória de internação hospitalar, tendo a integralidade como centro para compreensão deste processo.

Dando continuidade aos pontos de justificativa desta pesquisa, o terceiro viés de análise se dá pela importância do debate deste tema para a categoria do serviço social, entendendo que o mesmo envolve a garantia de direitos e a ampliação da cidadania, pilar do projeto ético-político profissional, a partir da compreensão do cuidado, na perspectiva crítica, enquanto categoria de direito.

O cuidado é defendido como categoria de direito por diferentes autores. Passos (2017, p. 252-253) afirma que "é em Miotto (2000) que localizamos o debate no Serviço Social, que considera o cuidado como proteção social", já "Guimarães (2008) vai tratar sobre o cuidado como sendo uma questão de justiça social e um princípio ético que deve reger a vida em sociedade". Melo e Caponero (2009, p. 266) a respeito dos cuidados paliativos, afirmam que "são um direito do paciente ou dever dos profissionais de saúde e não um luxo".

Faleiros (2013, p.85) apresenta uma análise crítica em relação ao cuidar, onde entende o cuidado vinculado às necessidades históricas dos sujeitos, e articula o cuidado à noção de direito, onde "o fundamento do cuidado são os direitos humanos, como norma universal da dignidade do ser humano" (FALEIROS, 2013, p.85).

A sociedade capitalista reproduz os valores de privação dos direitos dos sujeitos, reforçando o individualismo, a competitividade, e práticas burocráticas, pragmáticas e imediatistas. Neste sentido Faleiros afirma que a lógica do cuidado pode se pautar em um sentido diferente questionando esses valores dominantes na sociabilidade do capital.

O cuidado ético-democrático coloca-se, ao contrário, numa perspectiva crítica dessa

sociedade e na consolidação dos valores democráticos. Assim, tem como ponto de partida as necessidades históricas dos sujeitos e as articula aos direitos. Essa mediação entre necessidades históricas e direitos, de forma concreta e democrática, ancora-se numa relação de escuta, de acolhida, de interpretação compartilhada da situação. (FALEIROS, 2013, p. 86).

O cuidado como direito se dá não somente pela atenção as demandas pontuais, requer uma perspectiva crítica ao atendimento das necessidades do ser social, na perspectiva de reprodução e transformação da realidade e do processo de sociabilidade.

Dentro dessa perspectiva, o debate sobre integralidade do cuidado e a atenção ao paciente oncológico pela rede de saúde estão de acordo com o projeto ético político do serviço social e com os princípios norteadores de nosso código de ética, se pautando na defesa da liberdade, da democracia, da equidade e justiça social.

Todos esses pontos de análise se articulam e atravessam a partir de uma reflexão crítica da realidade social, analisando os impactos na vida e saúde dos sujeitos, para que através da dimensão ético-política, seja possível contribuir com reflexões que visem a ampliação e integralidade do cuidado aos sujeitos, apesar de todos os desafios e barreiras postas pelo sistema. Realidade social essa que é atravessada, na atualidade, pelo ultraneoliberalismo, marcado pela intensificação e aceleração das características históricas neoliberais⁴: “processos de expropriação, privatização e exploração cada vez mais brutal dos trabalhadores” (BRANDT E CISLAHI, 2020, p.161).

A Política de Saúde - como toda a seguridade social brasileira - vem sendo desmontada e atacada desde a criação do SUS com o objetivo de retirar seu caráter

4 A partir da década de 1970 o mundo sofreu transformações estruturais do capitalismo, que resultaram na inserção do ideário neoliberal que se manifestará, no Brasil, na década de 1990. A seguridade social, constituída pelo tripé saúde, previdência e assistência, é afetada imediatamente dando início ao seu processo de desmonte aos moldes do neoliberalismo que precariza o público e incentiva o setor privado. A privatização atinge a previdência e a saúde, enquanto a assistência passa por um processo de refilantropização. Na previdência se justifica a existência de um déficit, que por sua vez é um discurso falso, pois se trata de um processo de transferência de recursos através da Desvinculação de Receitas da União (DRU) e outros mecanismos econômicos, para cobrir gastos com a dívida pública, retirando do orçamento da previdência, precarizando e incentivando os fundos públicos privados. Na saúde, se incentiva os planos e convênios privados, transformando o SUS em SUS para pobres, e se instaura as organizações sociais, que são de cunho privado, administrando a setores públicos da saúde. Já na Assistência, se transfere a responsabilidade para o terceiro setor, ou para instituições mistas (público x privado), colocando os princípios da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de lado. Nesse processo, o cidadão de direito é o “cidadão consumidor”, onde os serviços de qualidade são dados àqueles que podem pagar, ou seja, o direito do cidadão se configura dentro da lógica da mercantilização.

público e universal da saúde, promovendo a privação de direitos e a burocratização do acesso.

Desde os anos 1990, apesar das resistências dos sujeitos progressistas, medidas recessivas e contrarreformistas têm sido formuladas e adotadas pelos governos (ultra) neoliberais e atingem de forma trágica a seguridade social, o seu caráter público, universal, democrático e descentralizado, fundamental para a garantia dos direitos à saúde, previdência e assistência social, como também impedem a construção e incorporação de novos direitos sociais (SILVA, 2020, p. 141).

Com isso, verificar-se a importância de análise dos desafios e possibilidades de articulação com a rede de saúde, entendendo que o processo saúde-doença dos pacientes oncológicos aqui referidos faz parte de uma realidade política, social e econômica macro que reflete dialeticamente na integralidade do cuidado dos mesmos.

METODOLOGIA:

A pesquisa irá se constituir de forma exploratória e qualitativa se debruçando no olhar mais profundo das relações e processos dentro do campo da saúde, ou seja, uma pesquisa que “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos [...]” (MINAYO, 1994, p.22).

O referencial teórico-metodológico dessa pesquisa se dará a partir do materialismo-dialético, compreendido a partir de Ianni (2011) como método de abordagem de apreensão do real, a partir do movimento dialético, que requer uma reflexão crítica profunda e complexa “que implica em desvendar do real que no caso é o modo capitalista de produção, dimensões, significados, tendências, que definitivamente não são dadas no nível dos acontecimentos vistos como fatos empíricos”. Um movimento que busca desvendar a realidade a partir de um “percurso contínuo entre o que é a aparência e a essência, entre a parte e o todo, entre o singular e o universal” de forma a compreender a totalidade social analisando as contradições sociais, políticas e econômicas que envolvem o modo de produção capitalista, as particularidades da sociedade brasileira e o campo da saúde.

Dessa forma, o ponto de partida se dá pela aparência, do fato ou do conjunto de fatos, contudo, é necessária ir além da expressão empírica, não desconsiderando-a, elaborando um processo de abstração do real. O conhecimento teórico se constitui pela ultrapassagem e elevação do fato imediato, que é o abstrato. Neste movimento, é possível analisar os processos que envolvem esse fato, e a interação desses processos, ou seja, suas mediações. A pesquisa se dá pelo processo de procura das determinações de múltiplas ordens e naturezas, não visíveis na expressão empírica, saindo do imediato. Tais determinações, ou melhor, a síntese das múltiplas determinações se constitui como concreto, compreendendo que o que move a realidade sócio histórica são suas contradições e antagonismos.

Para essa pesquisa propõe-se o uso das seguintes técnicas:: 1) Pesquisa Bibliográfica; 2) Análise Documental - Avaliação do processo de alta, através de relatos do prontuário, dos pacientes do perfil estudado nesta pesquisa que receberam alta no primeiro semestre de 2022; 3) Entrevista semi-estruturada - Realização de entrevistas, com pessoa de referência no cuidado dos pacientes que receberam alta hospitalar no primeiro semestre de 2022 a ser realizada nos dois primeiros meses do segundo semestre de 2022.

O levantamento bibliográfico para desenvolvimento do debate teórico desse estudo se pauta no banco de dados de publicações em saúde, como por exemplo, a Biblioteca Virtual da Saúde - BVS e Scielo, a partir das seguintes palavras-chaves: Desospitalização, rede de atenção à saúde, transporte sanitário e atenção domiciliar.

A pesquisa será retrospectiva e prospectiva. A análise documental se dará de forma retrospectiva, onde o estudo irá recuperar e explorar fatos do passado, a partir da análise de prontuários, para poder retornar ao momento atual, onde de forma prospectiva, a partir da realização da entrevista semi-estruturada, o estudo será conduzido a partir do momento presente.

O uso da técnica de entrevista semiestruturada, com uso de perguntas abertas e fechadas (Anexo 01), será efetuado no período de dois meses, a partir do consentimento dos mesmos através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando a privacidade dos entrevistados. As identidades dos pacientes e entrevistados permanecerão em sigilo.

Será utilizada a técnica de análise de conteúdo que segundo Minayo (2006 apud MINAYO, 2007, p.84) se dá pela busca em "ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda" a partir de indicadores qualitativos ou quantitativos obtidas durante o processo de recolhimento de dados fornecidos pela entrevista semi-estruturada e/ou análise de prontuário. O procedimento metodológico da análise de conteúdo dos dados qualitativo se dará através da categorização que se configura como um processo de classificação de elementos que constituem um conjunto de grupos com critérios previamente definidos.

CONSIDERAÇÕES

A pesquisa ainda se encontra em andamento, por conta disso, as considerações apontadas se dão através do levantamento teórico realizado até o presente momento. As reflexões aqui produzidas tem o intuito de beneficiar usuários, cuidadores e profissionais de saúde, através da socialização de informações acerca da temática aqui debatida, expondo limites e possibilidades na política de saúde frente ao processo de desospitalização.

Diante das mudanças no cenário epidemiológico nas últimas décadas, se identifica a maior necessidade de reflexão sobre a integralidade do cuidado, como princípio indispensável do Sistema Único de Saúde. Contudo, a articulação com a rede de saúde para garantia do cuidado contínuo e integral ao paciente oncológico apresenta desafios inerentes ao cenário ultraneoliberal caracterizado pela privação de direitos sociais, super-exploração dos trabalhadores brasileiros, restrição e burocratização do acesso, precarização das políticas públicas e desmonte da seguridade social.

Acredita-se que a fragmentação do cuidado e, especificamente nesse estudo, a dificuldade de acesso à atenção domiciliar e ao transporte para acesso ao tratamento na cidade do Rio de Janeiro para pessoas que apresentam restrições de locomoção sendo impossibilitadas de utilizar transporte público, implica diretamente na qualidade de vida e bem estar dos usuários, e de seus cuidadores, durante o

processo de adoecimento e tratamento dos mesmos, debatendo nos aspectos sociais e econômicos de suas vidas.

Tais questões ressaltam a importância de continuidade e elaboração do estudo sobre esta temática com o intuito de produzir avanços teóricos que colaborem com a análise da realidade social dos usuários e do acesso às políticas públicas, visando a ampliação da cidadania.

BIBLIOGRAFIA:

BRANDT D. B. ; **TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO: A (I)MOBILIDADE URBANA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E/OU DOENÇAS CRÔNICAS NO RJ.** 2019. 16º CBAS.

BRANDT, D. B.; CISLAGHI. J. F. . **Desmonte e financeirização da seguridade social em tempos de pandemia.** In: MAURIEL, A. P. O.; KILDUFF, F.; SILVA, M. M. da; LIMA, R. S. (Orgs.). Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020

FALEIROS, V. P. **Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica.** Revista Katálysis. Florianópolis: v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; ARAUJO M. D.; **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde.** SAÚDE DEBATE: Rio de Janeiro. V. 41, N. 112, P. 63-76, JAN-MAR 2017

IANNI, O.; **A construção da categoria.** Revista HISTEDBR On-line, Campinas, número especial, p. 397-416, abr2011.

INCA. **Estatísticas de câncer.** 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 15 de abril de 2022.

INCA. **Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil.** 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2022.

MINAYO, M.C.S.; **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DESOSPITALIZAÇÃO reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional**. Brasília. 2020. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde apresenta atual cenário das doenças não transmissíveis no Brasil**. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/saude-apresenta-atual-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil#:~:text=Em%202019%2C%2054%2C7%25,41%2C8%25\)%20ocorreram%20prematuramente](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/saude-apresenta-atual-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil#:~:text=Em%202019%2C%2054%2C7%25,41%2C8%25)%20ocorreram%20prematuramente). Acesso em: 15 de abril de 2022.

PASSOS, R. G. **“Entre o assistir e o cuidar”**: tendências teóricas no Serviço Social brasileiro. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. v. 15, n. 40, p. 247 - 260, 2017.

SILVA R. R.; **A DINÂMICA DA NEOLIBERALIZAÇÃO E OS ATAQUES À SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL**. In: MAURIEL, A. P. O.; KILDUFF, F.; SILVA, M. M. da; LIMA, R. S. (Orgs.). Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020