

## Acompañamiento de pacientes portadores de cáncer por trabajadores de equipos de la salud de la familia<sup>1</sup>

Giovana Paula Rezende Simino<sup>2</sup>

Cláudia Benedita dos Santos<sup>3</sup>

Silvana Martins Mishima<sup>4</sup>

Se objetivó identificar y analizar las acciones de acompañamiento desarrolladas por los trabajadores de 13 Equipos de Salud de la Familia (ESF), de los pacientes portadores de cáncer en un municipio del Sureste de Brasil. Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. Se utilizó un cuestionario validado por siete jueces. Fueron sujetos de la investigación 101 trabajadores. Se verificó que: 80,2% de los trabajadores conocían la presencia de pacientes portadores de cáncer en el área de influencia de la ESF; 13,9% conocían el total de los pacientes, 63,3% realizaban atenciones; la visita domiciliar eran realizadas por 93,1% de los trabajadores y 69,0% realizaban discusiones del caso en reuniones de la ESF; y, el apoyo emocional al cuidador es la acción más frecuente entre aquellas ofrecidas por los trabajadores al cuidador. En relación a la articulación de la red de servicios, 46,5% de los trabajadores refirieron no haber contra referencia. Se concluye que existen necesidades y posibilidades en las ESF para realizar el acompañamiento a estos clientes y a sus cuidadores, siendo que este acompañamiento es realizado de modo no sistematizado.

Descriptores: Programa de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Neoplasias; Continuidad de la Atención al Paciente.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil:

<sup>1</sup> Artículo parte de la Disertación de Maestría "Acompanhamentos de usuários com câncer e seus cuidadores por trabalhadores de equipes de saúde da família: possibilidades e desafios". Apoyo financiero CNPq Proceso nº 301443/2006-8.

<sup>2</sup> Enfermera, Estudiante de Maestría. E-mail: gsimino@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Doctor en Estadística, Profesor Asociado. E-mail: cbsantos@eerp.usp.br.

<sup>4</sup> Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Titular. E-mail: smishima@eerp.usp.br.

---

Correspondencia:

Silvana Martins Mishima  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.  
Av. dos Bandeirantes, 3900  
Bairro Monte Alegre  
CEP: 14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: smishima@eerp.usp.br

## Acompañamiento de usuáries, portadores de câncer, por trabajadores da saúde da família

Objetivou-se, aqui, identificar e analisar as ações de acompanhamento desenvolvidas pelos trabalhadores de 13 Equipes de Saúde da Família (ESF) aos usuáries portadores de câncer, em município do Sudeste do Brasil. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Utilizou-se questionário validado por sete juízes. Foram sujeitos da pesquisa 101 trabalhadores. Verificou-se que 80,2% dos trabalhadores conheciam a presença de usuáries portadores de câncer na área de abrangência da ESF, 13,9% conheciam o total dos usuáries, 63,3% realizam atendimentos; a visita domiciliar é realizada por 93,1% dos trabalhadores e 69% realizam discussão do caso em reuniões da ESF. O apoio emocional ao cuidador é a ação mais frequente dentre aquelas ofertadas pelos trabalhadores ao cuidador. Em relação à articulação da rede de serviços, 46,5% dos trabalhadores referiram não haver contrarreferência. Concluí-se existir necessidades e possibilidades nas ESFs para realizar o acompanhamento a esses usuáries e seus cuidadores, sendo o acompanhamento realizado de modo não sistematizado.

Descritores: Programa Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Neoplasias; Continuidade da Assistência ao Paciente.

### Follow-up of Cancer Patients by Family Health Workers

This descriptive and quantitative study identified and analyzed follow-up actions developed by workers of 13 Family Health Teams (FHT) for cancer patients in a city in the Southeast of Brazil. A questionnaire validated by seven experts was applied to 101 workers. The results indicated that 80.2% of workers were aware of the existence of cancer patients in the FHT scope area; 13.9% were aware of the total number of cancer patients; and 63.3% delivered care to these patients; home visits were carried out by 93.1%; and 69% discussed cases during FHT meetings. Emotional support was the most frequent action among those offered by workers to caregivers. As to the joint work developed within the service network, 46.5% reported that there are no counter-referrals. The conclusion is that follow-up is not systematized; there are needs and possibilities within the Family Health Strategy for workers to follow-up with cancer patients and their caregivers.

Descriptors: Family Health Program; Primary Health Care; Neoplasms; Continuity of Patient Care.

## Introducción

La enfermedad neoplásica es considerada un problema de Salud Pública, que afecta personas de diferentes edades, clases sociales y ambos sexos, representando la segunda causa de muerte en los países desarrollados y está en tercer lugar en los países en desarrollo; se estima que 12,6% del total de muertes son causadas por esta enfermedad en todo el mundo. Esa estimativa representa un porcentaje mayor que el de las muertes causadas por el HIV/SIDA, tuberculosis y malaria juntos, en el mundo<sup>(1)</sup>.

En las estimativas realizadas en 2007<sup>(2)</sup> para el año de 2008 y 2009, se previó la ocurrencia de cerca de 466.630 casos nuevos en Brasil, siendo 231.860 entre los hombres y 234.870 entre las mujeres. Los tumores más incidentes

previstos (115 mil) fueron los de piel (excluyendo melanomas), mama femenina (49 mil), próstata (49 mil), pulmón (27 mil), cuello del útero (19mil) y, colon y recto (14mil)<sup>(2)</sup>. Este cuadro, ciertamente indica la importancia del cáncer en el contexto de salud actual tanto en lo que se refiere a su impacto en el perfil de morbilidad y mortalidad, como a la preparación de los profesionales para enfrentar la enfermedad y de la organización de los servicios para que la atención a la salud se pueda procesar.

En el Brasil, el Ministerio de la Salud editó la ordenanza nº 2.439/GM, de 8 de Diciembre de 2005, que instituyó la Política Nacional de Atención Oncológica (PNAO), la cual determina que los cuidados al paciente portador de

cáncer contemplen los niveles de atención básica, atención especializada media y, los de alta complejidad, para que ocurran acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Así, determina que la asistencia sea organizada en niveles de jerarquía, con establecimiento de flujos de referencia y contra referencia, garantizando el acceso y la atención integral<sup>(3)</sup>.

La ordenanza establece que es atribución de la atención Básica de Salud (ABS)\*, incluyendo Unidades Básicas de Salud y Equipos de la Salud de la Familia, realizar acciones dirigidas para el individuo y el colectivo con enfoque en la promoción de la salud y prevención del cáncer, así como el diagnóstico precoz y apoyo a la terapéutica de tumores, a los cuidados paliativos y a las acciones clínicas para el seguimiento de enfermos tratados. También, apunta para la necesidad de compartir informaciones, por medio de subsistemas de informaciones con el propósito de utilizarlas en la promoción de la salud. Esta ordenanza enfatiza también la necesidad de especializar los recursos humanos y promover la educación permanente de los profesionales que participan en la implementación e implantación de la PNAO<sup>(3)</sup>.

El Programa de Salud de la Familia (PSF) fue implantado, inicialmente, en 1994 en Brasil, para dar sustentación al Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS). En su formulación inicial, se constituyó como un programa destinado a realizar acciones de promoción, protección y recuperación de la salud de los individuos y de la familia, en todas las edades y estados de salud, de manera integral y continua, teniendo como enfoque central a la familia en su contexto de vida, en un territorio específico<sup>(4)</sup>. Gradualmente, la Salud de la Familia perdió el estatus de Programa, una vez que ha sido considerada una estrategia para la reorganización de la ABS en Brasil, siguiendo los principios de la Atención Primaria a la Salud (APS)<sup>(5)</sup>.

El objetivo de la Unidad de Salud de la Familia (USF) es la reorganización de la asistencia a la salud, buscando revertir la lógica predominante centrada en la cura del paciente en ambiente hospitalario, por medio de un conjunto de acciones interconectadas a los servicios de salud a fin de contemplar los principios básicos del SUS: universalidad, descentralización, integralidad y, participación de la comunidad<sup>(4)</sup>. También, en el desarrollo de la estrategia, es esperado que los atributos de la (APS)<sup>(5)</sup> se hagan presentes, con el establecimiento del vínculo, de la longitudinalidad, de la coordinación de la acción e integralidad de la atención.

Algunos estudios brasileños destacan dificultades y desafíos encontrados para atender pacientes portadores de cáncer en la ABS, los que están relacionados a la capacitación de los profesionales por medio de la formación continua, a la escasez de recursos materiales, a la desarticulación de los servicios de la red y a las acciones limitadas a los programas de la ABS del Ministerio de la Salud de Brasil<sup>(6-10)</sup>. Considerando estos aspectos, destacamos que en este estudio el acompañamiento a los pacientes portadores de cáncer está definido a partir de los atributos de la APS, en especial de la *longitudinalidad de la atención*, considerada como el acompañamiento de los individuos de manera continua y con vínculo a lo largo del tiempo, independientemente de la presencia de problemas de salud. Este acompañamiento puede ser realizado por cualquier profesional de la salud que se constituya como referencia para el acceso del individuo y del colectivo<sup>(5)</sup>.

Es importante también que se destaque la escasez de estudios en esta vertiente, así como aquellos que se dirigen a profundizar el análisis de la asistencia prestada en este nivel de atención considerando la estrategia de Salud de la Familia. En este sentido, el presente estudio puede contribuir con reflexiones teóricas y prácticas en lo que se refiere a la producción de cuidados en la Salud de la Familia a los pacientes portadores de cáncer.

Así, este estudio tiene por objetivo identificar y analizar las acciones de acompañamiento, de los trabajadores de los equipos de salud de la familia, en los pacientes portadores de cáncer en un municipio de gran porte del Sureste de Brasil.

## Materiales y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo de tipo transversal. Se utilizó un cuestionario validado en su contenido por 7 jueces expertos en oncología y salud pública. El instrumento contó con preguntas dirigidas a la identificación del trabajador (sexo, edad, función ejercida en la SF, escolaridad, posgraduación, tiempo de trabajo en la ESF actual y tiempo total de trabajo en la SF, experiencia de trabajo con pacientes acometidos por cáncer anterior a SF) y variables acerca del acompañamiento al paciente portador de cáncer (conocimiento acerca de la existencia de pacientes portadores de cáncer en el área de las unidades y su totalidad; acciones desarrolladas junto a este grupo – consultas, visita domiciliar, apoyo al cuidador,

\* Las terminologías atención primaria a la salud y atención básica han sido utilizadas indistintamente, siendo que para efectos de este estudio, se considera Atención Básica a la Salud como la terminología utilizada en Brasil para la atención procesada en servicios básicos de salud por referencia a los principios de la Atención Primaria a la Salud.

procedimientos técnicos y otros específicos; local de realización del diagnóstico; existencia de contra referencia del paciente). La población de estudio se constituyó de trabajadores (médicos, enfermeros, dentistas, agentes comunitarios de salud, auxiliares y técnicos de enfermería, auxiliar de consultorio dental) de 13 equipos de Salud de la Familia de los 18 existentes para el año de 2008, en un municipio de gran porte del Sureste de Brasil, que aceptaron participar del estudio de forma voluntaria, después de leer y firmar el término de consentimiento libre esclarecido. Todos los trabajadores tuvieron su anonimato garantizado. Cabe destacar que este estudio fue sometido a la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo, habiendo sido aprobado según el protocolo nº0785/2007. Participaron del estudio 101 trabajadores, siendo que todos los trabajadores (118) fueron convidados a participar de este estudio. Los datos recolectados fueron digitados en dos planillas diferentes en el Programa Excell 2003 y validados, siendo posteriormente, transportados para el programa *Statistical Packpage for Social Science* (SPSS) versión 14.0 para analizar descriptivamente los datos.

## Resultados y Discusión

De las trece (13) unidades de Salud de la Familia investigadas, cinco (5) son ligadas a la Universidad de Sao Paulo (USP) y ocho (8) presentan dependencia funcional a la Secretariia Municipal de Salud (SMS) del municipio estudiado. En este estudio, los Equipos de Salud de la Familia (ESF) ligados a la USP fueron denominados A, B, C, D, E; y aquellos ligados al SMS: F, G, H, I, J, K, L y M. Cabe destacar que algunos de los resultados fueron agrupados según la dependencia funcional de las unidades de salud del Distrito de Salud: USP y SMS durante el análisis de los datos, siendo el agrupamiento realizado para fines didácticos de presentación de los resultados, no habiendo intención de comparación estadística entre los datos de los grupos, a pesar de que se considere que a las unidades vinculadas a la USP se suma el componente académico dirigido a la formación de alumnos de diferentes cursos del área de la salud (medicina, enfermería, odontología, fisioterapia, fonoaudiología, farmacia, psicología y, terapia ocupacional) aspecto este ausente en la mayoría de las unidades vinculadas a la SMS y que podría determinar diferencias en la forma de procesamiento de la atención prestada.

Así, considerando los 118 trabajadores de los equipos de Salud de la Familia investigados, 101 participaron de la investigación, conforme puede ser observado en la Tabla 1. También, pudimos verificar la distribución de los sujetos de

la investigación, siendo que 39 (38,6%) trabajadores son de los cinco (5) equipos de Salud de la Familia administrados por la USP y 62 (61,4%) trabajadores componen ocho (8) equipos administrados por la SMS.

En la Tabla 1 podemos observar que todos los enfermeros y auxiliares de consultorio dental (ACD) se dispusieron a participar de la investigación. Llama la atención que el mayor porcentaje (80%) de recusos a participar en el estudio o simultaneidad con vacaciones sucedió en la categoría de los dentistas, con apenas un (1) trabajador respondiendo a la solicitud, de cinco (5) trabajadores existentes.

Tabla 1 - Distribución numérica de los sujetos de investigación según categoría profesional. Ribeirao Preto, 2009

Participantes / Categoría Profesional	Total de trabajadores de las ESF	Total de participantes del estudio
ACS	60	54
Auxiliar de Enfermería	21	16
Enfermero	13	13
Médico	14	12
Auxiliar de Consultorio dental	4	4
Técnico de enfermería	2	1
Dentista	5	1
Total	119*	101

\*Un mismo trabajador, fue transferido de la ESF H para la ESF M (había respondido el cuestionario en la ESF H), por eso consideramos 118 trabajadores.

Observamos, también, la presencia de 54 Agentes Comunitarios de Salud (ACS) lo que representa 53,5% del total de los sujetos investigados. Cabe destacar que ese número se dio en función de la composición del equipo mínimo para SF definida por el Ministerio de la Salud<sup>(4)</sup>. La relación del número de ACS, dentro del equipo, mínimo preconizado por el Ministerio de la Salud es 5 ACS para 1 Médico, 1 Enfermero, 1 o 2 Auxiliares o Técnicos de Enfermería, 1 Dentista, 1 Auxiliar de Consultorio Dental (ACD), componiendo así el equipo mínimo para la SF<sup>(4)</sup>. No hay dentista y ACD en el equipo mínimo de las ESF A, B, C, D y E, sin embargo, hay evaluación odontológica de los pacientes de estos equipos por medio de un dentista que se disloca de la Unidad Distrital de Salud (UBDS) de referencia para la atención, cabiendo destacar que esta estrategia fue formulada para atender a las cuestiones de formación del equipo, ampliación del acceso a la atención odontológica y formación de profesionales dentistas, debido a que estas unidades son también unidades académicas.

La distribución de las edades de los trabajadores fue predominante en dos intervalos de edad: entre 30 y 40 años con 34 (34,3%) y entre 40 y 50 años con 30 (30,3%). El promedio de las edades de los sujetos fue de 39,4 años con desviación estándar de 9,1. El valor de la mediana fue de 39 años. La edad mínima fue de 24 años y la edad máxima fue de 59 años. El valor para el coeficiente de variación fue de 23%, indicando que no hay gran variación en las edades. No hay ancianos en la población de los sujetos de investigación. También, 92 (91,1%) sujetos son del sexo femenino y 9 (8,9%) del sexo masculino. Por la distribución de los intervalos de edad, podríamos afirmar que estos equipos presentan cierta "madurez" cuando se considera la variable edad, así como son predominantemente femeninas, guardando cierta semejanza con el estudio desarrollado por el Ministerio de la Salud de Brasil, según la evaluación de la SF en diez grandes centros<sup>(11)</sup>.

En relación a la experiencia de trabajo en la atención al paciente portador de cáncer anterior al trabajo en la SF, encontramos que 10 (25,6%) de los trabajadores ligados a

la USP y 15 (24,2%) ligados a la SMS asistieron a pacientes portadores de esa enfermedad en sus trabajos anteriores. Las menores frecuencias sucedieron en el grupo de ACS 2 (3,7%), por tratarse de la categoría profesional con la menor experiencia anterior de trabajo en el área de la salud y para el técnico de enfermería 1 (100%). Las categorías profesionales que presentaron las mayores frecuencias fueron: 9 (75%) enfermeros y 9 (60%) auxiliares de enfermería, seguido por 4 (33,3%) médicos, del total de estos trabajadores.

En relación al conocimiento sobre el número total de pacientes portadores de cáncer, 92,3% de los trabajadores vinculados a la USP y 72,6% a la SMS refirieron tener conocimiento de su existencia, y al referirse a la presencia de estos pacientes en el área de cobertura de la unidad de la ESF en que trabaja, la frecuencia fue de 9 (23,1%) trabajadores en los equipos ligados a la USP y 5 (8,1%) trabajadores en los equipos ligadas al SMS. La atención al paciente/familiar portador de cáncer es realizada por 29 (74,3%) trabajadores ligados a la USP y 35 (56,4%) ligados al SMS, como puede ser observado en la Tabla 2.

Tabla 2 - Distribución de los sujetos de investigación según conocimiento sobre la existencia de pacientes portadores de cáncer en el área de cobertura de la unidad de salud, número total de esos pacientes y atención realizada. Ribeirao Preto, 2009

Dependencia funcional / Pacientes portadores de cáncer	USP		SMS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Presencia de pacientes con cáncer	36	92,3	45	72,6	81	80,2
Conocimiento del número total de pacientes con cáncer en la ESF	9	23,1	5	8,1	14	13,9
Realiza atención a los pacientes	29	74,3	35	56,4	64	63,3

Este dato se muestra bastante interesante para reflexionar, una vez que a pesar de que el cáncer se constituye en una enfermedad con acompañamiento previsto por la ESF y apuntado en la Política Nacional de Atención Oncológica<sup>(3)</sup>, no hay datos generados acerca de esta condición destinados tanto a la ESF como al Ministerio de la Salud, sea por medio del Sistema de Información de la Atención Básica, o por otro sistema de información utilizado por la ABS. La existencia de estos datos por los equipos, principalmente en lo que se refiere a la presencia de pacientes portadores de cáncer y al número total de estos pacientes en el territorio de la unidad de salud, sucede más por la lógica y sistemática de trabajo desarrolladas en las unidades, y no por la existencia de registros formales sobre esta enfermedad en los sistemas de información oficiales, base para la planificación local.

Otro aspecto que merece destaque se refiere al hecho de la estrategia Salud de la Familia centrar su trabajo en

un territorio definido, comprendido como espacio geopolítico delimitado por el contexto socio cultural, económico y político de las familias que ocupan este espacio social, siendo esperado que las ESF puedan conocer el perfil demográfico, social, económico y epidemiológico de la población bajo su responsabilidad en ese territorio<sup>(4)</sup>. Los datos de la Tabla 2 indican que, de cierta forma, los trabajadores de las ESF vinculadas a la USP, posiblemente por el desarrollo de su proyecto académico enfocado en la formación de personal para la salud, y de la perspectiva de la sociedad con servicios de salud objetivando la articulación enseñanza, investigación y extensión, presentan mayor conocimiento sobre su territorio, traducido en mayores porcentajes en relación a los trabajadores de la SMS en lo que se refiere al conocimiento y atención de pacientes portadores de cáncer de su territorio.

La frecuencia de trabajadores que refirieron prestar algún tipo de atención al paciente/familiar con cáncer para las

unidades de la ESF fue: 87,5% por la unidad A, 71,4% por la B, 55,5% por la C, 66,7% por la D, 88,8% por la E para las ESF ligadas a la USP y 66,7% para la F, 80% para la G, 60% para la H, 50% para la I, 66,7% para la J, 50% para la K, 25% para la L y 80% para la M.

En la Figura 1 podemos visualizar el porcentaje de atención realizado por los trabajadores a los pacientes portadores de cáncer, según la unidad de salud estudiada. El valor de la *mediana* es de 7,8%. El *valor mínimo* es 1,6% y el *valor máximo* 12,5%.

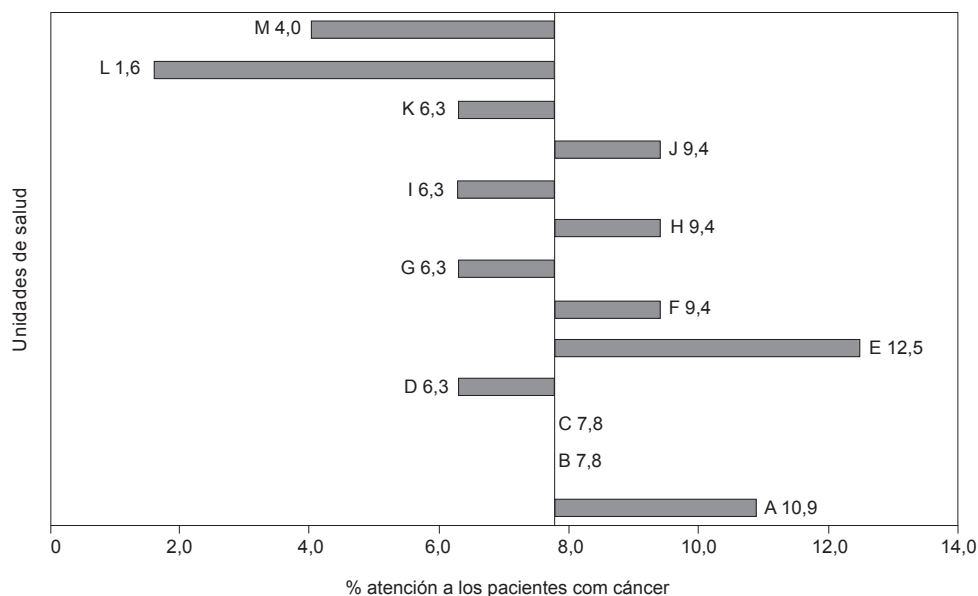


Figura 1 - Porcentaje de atención realizada por los trabajadores a los pacientes con cáncer, en relación al total de atenciones, según ESF. Ribeirao Preto, 2009

La mediana corresponde al valor de dos unidades de salud ligadas a la USP (B y C). También, dos unidades de salud ligadas a la USP poseen un valor mayor que la mediana y una unidad posee un valor menor que la mediana. En relación a las unidades de salud ligadas a la SMS, tres poseen un valor mayor que la mediana y cinco poseen un valor menor que la mediana.

En la Tabla 3 es posible observar que de los 64 trabajadores ligados a las ESF que afirmaron realizar atención a los pacientes portadores de cáncer, 57 (89,1%) realizaban visitas domiciliarias y 45 (70,3%) discutían el caso del paciente acometido por el cáncer en reuniones del equipo.

Tabla 3 - Distribución de los sujetos de investigación según la categoría profesional, realización de visita domiciliar, discusión en reunión de equipo de las situaciones relativas al paciente/familiar portador de cáncer. Ribeirao Preto, 2009

Actividad / Categoría Profesional	Visita Domiciliar		Discusión en reunión equipo	
	Nº	%	Nº	%
ACS	33	57,9	24	53,3
Enfermero	8	14,1	8	17,8
Médico	7	12,2	8	17,8
Auxiliar de Enfermería	8	14,1	5	11,1
Técnico de Enfermería	1	1,7	0	0
Total	57	100	45	100

El ACS es el trabajador con mayor frecuencia para atención en visitas domiciliarias a los pacientes portadores de cáncer, totalizando 33 (57,9%) de estos trabajadores,

igualmente puede ser observado en lo que se refiere a su participación en las discusiones de casos en reunión de equipo envolviendo paciente y/o familiares de portadores de cáncer.

Así, se puede observar que son los ACS que concentran las actividades desarrolladas junto al paciente o su familia. Son seguidos por los enfermeros, médicos y finalmente los demás profesionales de enfermería del equipo. También cabe destacar que es la VD la estrategia utilizada en la Salud de la Familia que coloca la unidad de salud en contacto con los pacientes en sus domicilios, y es el ACS que prioritariamente realiza esta actividad, siendo el trabajador el que actúa como eslabón y nexo de conexión con la clientela objetivando identificar sus necesidades de salud<sup>(12)</sup>.

En la Tabla 4 están contemplados otras atenciones realizados por las ESF que fueron referenciadas por los trabajadores y no estaban previstas en el cuestionario (apoyo al cuidador, visita domiciliar, discusión en la reunión de equipo, procedimientos técnicos, consultas). En estas otras atenciones, verificamos que el acogimiento de los pacientes es la acción considerada como más frecuente entre los trabajadores.

Tabla 4 – Distribución numérica de otras atenciones a los pacientes portadores de cáncer realizadas por los trabajadores de las ESF del Distrito Oeste. Ribeirão Preto, 2009

Tipo de atención	Total
Acogimiento	7
Participación en grupos	6
Encaminamiento para otros profesionales del equipo	4
Ofrece material médico hospitalario	4
Hace disponible el servicio	2
Referencia para el nivel terciario	2
Realiza contactos con servicios complementarios	4
Atención emocional al paciente	2

El cuidador del paciente portador de cáncer es objeto de cuidado de los trabajadores de este estudio. El cuidador de este paciente se caracteriza, generalmente, por un miembro de la familia, que acompaña al paciente por las diferentes etapas de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Ese cuidado se vuelve desgastante para el cuidador, una vez, que este se aleja de sus actividades de rutina, reflejando en gastos financieros, privación de la convivencia social a que estaba acostumbrado, contacto con dolor y sufrimiento, una vez que, el cáncer es entendido como una enfermedad asociada al dolor, sufrimiento, incapacidad, muerte. O sea, una enfermedad compleja y que estigmatiza causante de sentimientos de depresión, aislamiento social, incapacidad para el trabajo y para el placer<sup>(13)</sup>.

Conceptualmente el apoyo *emocional* está ligado al afecto, empatía, respeto y amor; el apoyo *de refuerzo*

puede ser realizado a través de la demostración de reconocimiento al cuidador y/o familiar; el apoyo *informativo* está relacionado a informaciones, consejos, opiniones, enseñanzas y el apoyo *instrumental* es aquel que hace disponible recursos, bienes y servicios<sup>(14)</sup>. El apoyo emocional es el más frecuente entre los 43 trabajadores, seguido por: apoyo informativo para 32 trabajadores, refuerzo para 21 trabajadores e instrumental para 17.

En un estudio realizado con 492 cuidadores de pacientes con cáncer se obtuvo como resultado datos semejantes a los encontrados en este estudio, ya que el apoyo emocional e informativo se constituyeron como categorías, siendo estas las que presentan mayor número de necesidades identificadas<sup>(15)</sup>.

Las atenciones a los pacientes portadores de cáncer suceden por iniciativa de los trabajadores de la ESF, siendo que la frecuencia encontrada en las ESF ligadas a USP es 13 (44,8%) y en las ESF ligadas a SMS es 22 (62,9%). También, la frecuencia de las atenciones por la búsqueda del paciente y/o cuidador por la ESF es de 11 (37,9%) ligados a USP y 7 (20,0%) ligados a la SMS.

Un aspecto que merece destaque se refiere al conocimiento sobre la contra referencia del paciente a la USF de origen, cuando fue realizado el diagnóstico con cáncer en otra unidad de salud. Llama la atención el hecho de que 20 (74%) trabajadores ligados a las USF de la USP y 27 (77,1%) ligados a la SMS refirieron no tener conocimiento de pacientes con contra referencia. O sea, independientemente de la vinculación de los trabajadores a unidades de carácter académico, el desconocimiento en relación a la contra referencia se hizo presente. La cuestión de la contra referencia es de importancia cuando se piensa en la atención integral, ya que la operacionalización de la atención integral sucede por la posibilidad de que la atención se pueda procesar en otros puntos de la red de atención, y que el paciente pueda retornar a su unidad de origen con todas las posibilidades y responsabilidad del equipo en la continuidad y longitudinalidad de la atención<sup>(5)</sup>. En un estudio<sup>(16)</sup> sobre la red de servicios a las gestantes en un municipio de Minas Gerais, es discutida la coordinación de la atención<sup>(5)</sup>, siendo identificada la desarticulación de la red de servicios para estas usuarias, con la desvalorización de los encaminamientos por parte de los niveles de atención especializada, que cuestionan la demanda de encaminamientos y su real necesidad, apuntando una desvalorización del trabajo en la atención básica en relación a la especializada.

El conocimiento de la Política Nacional de Atención Oncológica quedó restringido al conocimiento de 9 (23,1%) trabajadores ligados a las USF vinculadas a la USP y 8



(13%) ligados a la SMS. Sin embargo, apenas un trabajador ligado a la SMS consiguió identificar un objetivo de la PNAO que es "mejorar el flujo del acceso al tratamiento". En relación a la USP, cuatro (4) trabajadores identificaron cuatro objetivos diferentes de la PNAO: "mejorar el flujo de acceso al tratamiento", "mejorar el flujo de diagnóstico y encaminamiento al tratamiento", "promover el rastreo/prevenición del cáncer de manera eficaz", y "derecho a las medicaciones de alto costo incluidas en el tratamiento del paciente con cáncer", conforme apuntado por la PNAO<sup>(3)</sup>. Estos datos apuntan, que independientemente de la vinculación institucional de los trabajadores, o sea, independiente de estar vinculados a la USP o a la SMS, son escasas las informaciones del conjunto de estos trabajadores en lo que se refiere a la PNAO y a sus objetivos.

### Consideraciones Finales

La Política Nacional de Atención Oncológica del Ministerio de la Salud de Brasil busca integrar los diferentes servicios de salud para la asistencia a pacientes portadores de cáncer y resuelve que: las UBS y ESF son responsables por acciones dirigidas hacia el individuo y el colectivo, para el establecimiento de acciones de: promoción de la salud y prevención del cáncer; diagnóstico precoz; apoyo a la terapéutica de tumores; cuidados paliativos; clínicas para el seguimiento de enfermos tratados; necesidad de compartir las informaciones, a través de subsistemas de informaciones con el propósito de utilizarlas en la promoción a la salud; especializar los recursos humanos y promover la educación permanente de los profesionales envueltos con la implementación e implantación de la Política de

Atención Oncológica.

También, es largo el camino a recorrer, siendo que muchos desafíos están presentes. En este estudio, podemos concluir que pequeños avances fueron realizados cuando se analiza la estrategia de Salud de la Familia en Brasil, ya que verificamos que la atención de los pacientes portadores de cáncer por trabajadores de ESF ha posibilitado el enfoque en el cuidado emocional y biológico de la enfermedad, principalmente a los cuidadores.

Encontramos que el acompañamiento de los pacientes portadores de cáncer no es sistematizado, una vez que, inclusive conociéndolos, algunos trabajadores refirieron no realizar atención a esos pacientes. Llama la atención que inclusive en las unidades en que se tiene fuerte presencia de la Universidad como responsable por la organización de estos servicios, todavía no se tiene una señal distintiva en el equipo en relación a aspectos relacionados al acompañamiento de estos pacientes. La desarticulación de la red de servicios está presente en la ausencia de la contra referencia de estos pacientes a la ESF, sin embargo, la perspectiva del acompañamiento está presente, una vez que este parece partir de la ESF, una vez que los trabajadores refirieron con mayor frecuencia que la iniciativa por la búsqueda de la atención es del equipo por medio de actividades ya realizadas en las ESF como: visita domiciliar, discusión de casos en la reunión de equipo, consultas, procedimientos técnicos, apoyo al cuidador; así, como en actividades que envuelven la articulación de la ESF con otros niveles y sectores de salud y acciones que particularizan la atención al paciente con cáncer (búsqueda de los derechos, orientación de efectos colaterales de los antineoplásicos).

### Referencias

1. World Health Organization. Union International Against Cancer. Global action against cancer. Geneva: WHO; 2005.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
3. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Portaria nº 2.439/GM. Política Nacional de Atenção Oncológica. Ministério da Saúde; [acesso em: 8 dezembro 2005].. Brasília. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>.
4. Ministério da Saúde (BR). Programa de saúde da família. Brasília; 2000.
5. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
6. Santiago SM, Andrade MGG. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública março/abril 2003; 19(2):571-8.
7. Carvalho ECC, Tonani M, Barbora JS. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. Rev Bras Cancerol outubro/novembro/dezembro 2005; 51(4):297-303.
8. Lavor MFS. Cuidados paliativos na Atenção Básica: visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
9. cárdenas CP. Atención integral a pacientes oncológicos en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integ mayo/junio 2001; 17(3):263-7.
10. Teixeira RA, Mishima SM, Pereira MJB. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – assistência à saúde da família. Rev Bras Enferm. abril/junho 2000; 53(2):193-206.

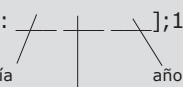


11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Trapé CA, Soares CB. Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. janeiro/fevereiro 2007; 15(1):142-9.
13. Maruyama SAT, Zago MMF. The sickening process of colostomy patients by cancer. Rev. Latino-Am. Enfermagem. março/abril 2005; 13(2):216-22.
14. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Social support and social network in family nursing: reviewing concepts. Rev. Latino-Am. Enfermagem. março-abril 2008; 16(2):324-7.
15. Floriani CA, Schrmamm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado. Um ator vulnerado. Cad Saúde Pública 2006 março; 22(3):527-34.
16. Saúde MIBM. Interrogando a operação da rede de serviços de saúde. [doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.

Recibido: 15.7.2009

Acceptado: 8.4.2010

### *Como citar este artículo:*

Simino GPR, Santos CB, Mishima SM. Acompañamiento de pacientes portadores de cáncer por trabajadores de equipos de la salud de la familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. sept.-oct. 2010 [acceso en: ];18(5):[09 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

URL

día mes abreviado con punto año