

PROCESSO MIGRATÓRIO E SAÚDE COMO DIREITO HUMANO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

Migration process and health as a human right: an experience report from the Multiprofessional Residency in Oncology

por Nayara Marques Lomiento¹ e Luciana da Silva Alcantara²

RESUMO

Introdução: O presente trabalho tem por escopo apresentar estudo de caso acerca de uma paciente idosa, emigrante brasileira, que trabalhava como empregada doméstica na Itália havia cerca de quinze anos, com vínculo laboral do tipo “subordinado” (o que nós identificamos no Brasil como vínculo formal, com carteira assinada). **Discussão:** o seu processo de adoecimento iniciou-se em dezembro de 2019, quando a usuária procurou atendimento médico na Itália, relatando quadro de dor epigástrica, associada a náuseas, distensão abdominal, icterícia e perda ponderal de 10 kg naquele período. A mesma fora submetida a diversos exames, dentre eles a ressonância (RNM) de abdome, que evidenciou a presença do câncer de fígado (colangiocarcinoma), já em estágio avançado. Seu prognóstico era incerto e a usuária recebera informações difusas e desencontradas acerca de sua sobrevivência perante a doença que lhe ameaçava a vida. Assim, convencida por sua família, decidiu retornar ao Brasil, tendo sido liberada pela equipe médica italiana que não a referenciou para a continuidade de seu tratamento em solo nacional. No dia 27 de janeiro de 2020, a usuária chegou ao Brasil, tendo a equipe de Serviço Social do hospital sido acionada por amigos próximos da referida paciente, a fim de agilizar o seu ingresso na instituição. Entretanto, em virtude da existência do Sistema de Regulação Estadual (SER), a família teve de aguardar a convocação, o que se deu, inclusive, de forma célere. **Conclusão:** diante do exposto, afirmamos que o adoecimento por câncer é problematizado neste estudo em suas dimensões individual e biológica, como também social e coletiva, ao evidenciar os processos econômico-políticos e socioculturais relacionados à determinação do processo saúde-doença na dinâmica migratória em busca do atendimento às necessidades decorrentes do adoecimento. A doença já apresentava estadiamento avançado e, portanto, a paciente encontrava-se fora de possibilidades de cura. Fora, assim, deliberada a transferência para a unidade de Cuidados Paliativos, tendo ocorrido o óbito após nove dias de internação, o que chama a atenção para um encaminhamento que demandou elevados custos relativos ao deslocamento para outro país diante de um quadro que apontava para a terminalidade da vida.

Palavras-chave: Câncer. Migração e saúde. Direitos Humanos. Serviço Social.

ABSTRACT

The present work aims to present a case study about an elderly patient, a Brazilian emigrant, working as a domestic worker in Italy for about fifteen years, with a “subordinate” type of employment (which we identified in Brazil as a formal employment relationship), with a formal contract). Her illness process started in December 2019, when the user sought medical attention in Italy, reporting epigastric pain, associated with nausea, abdominal distension, jaundice and weight loss of 10 kg in this period. The patient had undergone several exams, including abdominal resonance imaging (MRI), which showed the presence of liver cancer (cholangiocarcinoma), already in an advanced stage. Her prognosis was uncertain and the user had received diffuse and conflicting information about her survival in the face of the disease that threatened her life. So, convinced by her family, she decided to return to Brazil, having been released by the Italian medical team who did not refer her to continue her treatment on national soil. On January 27, 2020, the user arrived in Brazil, with the hospital’s Social Service team being contacted by close friends of the aforementioned patient, in order to expedite her admission to the institution. However, due to the existence of the State Regulation System (SER), the family had to wait for the summons, which even happened quickly. In view of the above, we affirm that the illness caused by cancer is problematized in this study in its individual and biological dimensions, as well as social and collective, as it highlights the economic-political and sociocultural processes related to the determination of the health-disease process in the migratory dynamics in search of the meeting the needs resulting from illness. The disease already had advanced staging and, therefore, the patient was out of the possibility of cure. Thus, the transfer to the Palliative Care

¹ Graduada em Serviço Social (2014) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Especialista em Saúde pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) (2019) e Mestre em Serviço Social pelo PPGSS/UERJ (2017). Atualmente é residente no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). E-mail: nayara_lomiento@hotmail.com

² Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social _ PPGSS/UERJ. Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2010). Possui graduação em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2007). E-mail: luerj2004@yahoo.com.br



Unit had been deliberated, with death occurring after nine days of hospitalization, which calls attention to a referral that demanded high costs related to moving to another country in the face of a situation that pointed to for the end of life.

Keywords: Cancer. Migration and health. Human rights. Social service.

ABSTRACTO

El presente trabajo tiene como objetivo presentar un estudio de caso sobre una paciente anciana, una emigrante brasileña, que trabaja como empleada doméstica en Italia durante unos quince años, con un tipo de empleo “subordinado” (que identificamos en Brasil como una relación laboral formal). , con contrato formal). Su proceso de enfermedad inició en diciembre de 2019, cuando la usuaria buscó atención médica en Italia, refiriendo dolor epigástrico, asociado a náuseas, distensión abdominal, ictericia y pérdida de peso de 10 kg en este período. El paciente había sido sometido a varios exámenes, entre ellos la resonancia magnética (RM) abdominal, que mostraba la presencia de cáncer de hígado (colangiocarcinoma), ya en etapa avanzada. Su pronóstico era incierto y la usuaria había recibido información difusa y contradictoria sobre su supervivencia ante la enfermedad que amenazaba su vida. Entonces, convencida por su familia, decidió regresar a Brasil, habiendo sido liberada por el equipo médico italiano que no la derivó a continuar su tratamiento en suelo nacional. El 27 de enero de 2020, la usuaria llegó a Brasil, siendo contactada con el equipo de Servicio Social del hospital por amigos cercanos de la referida paciente, con el fin de agilizar su ingreso a la institución. Sin embargo, debido a la existencia del Sistema de Regulación del Estado (SER), la familia tuvo que esperar la citación, lo que incluso sucedió rápidamente. En vista de lo anterior, afirmamos que la enfermedad provocada por el cáncer se problematiza en este estudio en sus dimensiones individual y biológica, así como social y colectiva, ya que destaca los procesos económico-políticos y socioculturales relacionados con la determinación del proceso salud-enfermedad en las dinámicas migratorias en busca de la satisfacer las necesidades derivadas de la enfermedad. La enfermedad ya tenía una estadificación avanzada y, por tanto, el paciente estaba fuera de posibilidad de cura. Así, se había deliberado el traslado a la unidad de Cuidados Paliativos, ocurriendo la muerte luego de nueve días de internación, lo que llama la atención sobre una derivación que demandó altos costos relacionados con el viaje a otro país ante una situación que apuntaba a la terminalidad. de la vida.

Palabras clave: Cáncer. Migración y salud. Derechos humanos. Servicio social.

1. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O presente estudo originou-se da inserção enquanto Residente no Programa de Residência Multiprofissional de um hospital de referência em Oncologia. A unidade, localizada no centro do Rio de Janeiro/ Brasil, constitui o campo empírico do estudo, no qual houve a possibilidade de aproximação com a experiência problematizada, mais especificamente em decorrência da demanda apresentada ao Serviço Social.

Não raro os atendimentos no setor desnudam dificuldades relacionadas ao processo de definição do diagnóstico e posterior tratamento. Contudo é importante destacar a heterogeneidade das situações apresentadas, aspecto essencial para compreensão de que os usuários enfrentam dificuldades diferenciadas para o acesso ao tratamento especializado.

Com referência à situação abordada, a paciente em tela é uma idosa, com 62 anos de idade, domiciliada na Itália por aproximadamente 15 anos, apresentando um visto de permanência nesse país do tipo “trabalho subordinado”. A mesma trabalhava como acompanhante de idosos e residia nos imóveis de seus patrões. Em seu último vínculo empregatício, que antecedeu o seu processo de adoecimento, a usuária não conseguiu a permanência no domicílio em que trabalhava, tendo que recorrer ao auxílio de amigos próximos para assegurar sua estadia no supracitado país. Segundo o relato da família, a paciente apreciava muito morar na Itália e não desejava deixá-la.

Durante seu conturbado período de adoecimento, que se iniciou em dezembro de 2019, a mesma fora submetida a diversos exames e internação, tendo recebido informações desencontradas



acerca de seu diagnóstico e tempo de sobrevivência. Em verdade, a usuária possuía um câncer de fígado (colangiocarcinoma) avançado e não lhe restava muito tempo. Os sintomas mais comuns relativos ao colangiocarcinoma são: dor abdominal, massa abdominal, distensão abdominal, perda de peso inexplicada, perda de apetite, mal-estar, icterícia (tonalidade amarelada na pele e nos olhos) e ascite (INCA, 2020). Desse modo, a detecção precoce do câncer teria sido uma estratégia para encontrar o tumor numa fase inicial e, assim, possibilitar maior chance de tratamento. Contudo, lamentavelmente, não foi isso que aconteceu, uma vez que a doença já se encontrava em fase bastante avançada quando diagnosticada.

Dessa forma, com uma estimativa de sobrevivência definida pela equipe médica italiana de cerca de dois anos, a usuária foi liberada para retornar ao Brasil, ainda que a contragosto, tendo sido convencida por sua família de que era a melhor opção. A usuária tinha o desejo de permanecer na Itália, pois considerava que teria maiores possibilidades de tratamento do que ao retornar ao Brasil e inserir-se no SUS.

Vale salientar que a mesma sofreu grandes dificuldades para receber seus direitos trabalhistas, não tendo sido orientada a contento sobre como solicitar o auxílio-doença e receber pelos dias trabalhados em território italiano. Segundo o relato da filha, a paciente também recebera uma visita de sua patroa italiana, que desejava averiguar se ela estava mesmo adoecida gravemente, o que envolveu, inclusive, confrontos com a equipe médica. Nas palavras da filha, quando sua mãe estava saudável e era útil, “servia”, quando adoeceu, simplesmente foi desconsiderada pelo seu patronato.

Assim, após os obstáculos para obter o diagnóstico/prognóstico na Itália e seus direitos trabalhistas, a usuária foi “liberada” para retornar ao Brasil e, em 27 de janeiro de 2020, voltou ao seu domicílio no bairro do Recreio dos Bandeirantes, localizado no Rio de Janeiro. Nesse momento, novos desafios se iniciaram, pois a usuária encontrava-se em cuidados paliativos e ainda necessitava ser regulada para acessar o atendimento especializado. Ressalta-se a total falta de referência da usuária para tal serviço por parte da equipe médica italiana, uma vez que a mesma foi autorizada a desvincular-se do referido acompanhamento, sem qualquer perspectiva de continuidade do mesmo em solo nacional. Observa-se, igualmente, a total ausência de comunicação entre os dois sistemas de saúde, de modo que tal paciente recebera “alta” para viajar, mesmo com a incerteza de continuidade do tratamento no Brasil. Destarte, enquanto profissionais inseridas na unidade de tratamento oncológico, fomos acionadas pela família, que desejava averiguar a possibilidade do ingresso mais rápido na instituição, ao que orientamos a possibilidade de judicialização.

Dessa maneira, em cerca de duas semanas após a chegada ao Brasil, ainda que sem intervenção judicial, a usuária foi regulada pelo Sistema Estadual de Regulação (SER), tendo obtido vaga de consulta no Instituto para o dia 14 de fevereiro de 2020, onde compareceu para sua primeira consulta na clínica do abdômen.

Não obstante o grave quadro de saúde da usuária, observou-se que tanto ela, quanto a sua família apresentavam grande expectativa de que o Instituto pudesse oferecer um tratamento curativo eficaz. Tal fato, em especial, muito nos chamou a atenção, uma vez que a gravidade da doença não parecia ser completamente compreendida.



Em virtude da gravidade de seu caso, a usuária sofria de dores lancinantes e, pouco tempo após sua primeira consulta, deu entrada pela emergência do Instituto e fora prontamente hospitalizada. A equipe médica não demorou muito para concluir que, de fato, não lhe restava muito tempo de vida e que ela seria encaminhada à unidade de Cuidados Paliativos. Seu estado geral só decaiu e, em 2 de março de 2020, seu óbito fora confirmado, isto é, após a chegada à instituição, o óbito transcorreu em prazo pouco superior a 15 dias.

Em suma, problematiza-se neste trabalho o fato de uma brasileira, com câncer avançado, ter sido liberada para retornar ao Brasil para “tratar-se”, enfrentando longas horas de viagem aérea, chegando à sua pátria apenas com a “esperança” de obter tratamento. Observamos que a mesma retornou ao país “no escuro”, sem qualquer encaminhamento da equipe médica italiana para prosseguimento do tratamento ou perspectiva de inserção no SUS.

Entretanto, ao que fora relatado pela família e a despeito de todas as violações que a usuária sofrera em seu “itinerário terapêutico” até a chegada ao Instituto, o atendimento dessa instituição fora preciso e, dentro do possível, pôde amenizar o grande sofrimento que a usuária atravessava. Isto é, mesmo em meio ao caos generalizado que assola o nosso país e que sucateia os serviços públicos, uma brasileira, após anos de dedicação às famílias estrangeiras com quem trabalhava, pôde encontrar refúgio em sua terra para uma morte digna.

2. O CÂNCER E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Em relação ao câncer, é importante ressaltar como uma particularidade o fato de muitos pacientes oncológicos encontrarem-se dependentes de algum tipo de tecnologia e/ou prosseguirem internados, ainda que já tenham alcançado condições de continuar o cuidado ambulatorial ou domiciliar.

Considerando esse aspecto, a problematização da experiência está voltada para o fato, como já relatado, de uma paciente idosa, emigrante brasileira, trabalhando como empregada doméstica na Itália com vínculo subordinado, ter sido diagnosticada com câncer em estadiamento avançado e estar, portanto, fora de possibilidades reais de cura ao chegar ao Brasil. É válido acrescentar, ainda, a sua indicação para a unidade de Cuidados Paliativos, cujo óbito ocorreu após poucos dias de internação, o que chama a atenção por se tratar de um encaminhamento que demandou elevados custos relativos ao deslocamento para outro país diante de um quadro que já apontava para a terminalidade da vida.

Nesse sentido, partimos da compreensão de que a abordagem do processo saúde-doença em suas dimensões social/coletiva e individual/biológica demanda a problematização de suas diferentes determinações e/ou condicionantes. Conforme Breilh (1991, p. 207), o “social, as leis da reprodução social, o sistema de contradições da reprodução social, determinam as condições dentro das quais sucede a história pessoal e o movimento biológico subsumido”.

Destaca-se que o modelo hegemônico de saúde, baseado no discurso biomédico, tende ainda, apesar dos inúmeros avanços, a concentrar o cuidado especializado em saúde nos centros de tratamento que compõem alta complexidade de atenção à saúde, representado pelos Institutos e/ou hospitais, ocasião em que a doença já adquiriu contornos de agravamento e as chances de cura são reduzidas.



De fato, a despeito dos avanços estabelecidos no marco regulatório da política de saúde no Brasil, em decorrência da consolidação institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se afirmar que ainda é frágil a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, de primária, média e alta complexidade, e que há um longo caminho a ser percorrido até que se problematize, efetivamente, nos espaços de saúde, o processo de saúde-doença relacionado aos trabalhadores adoecidos por câncer. Considera-se, aqui, a interpretação do trabalho como sendo “o eixo fundamental da sociabilidade humana, [uma vez que] as relações sociais construídas pela humanidade, desde as mais antigas, sempre se assentaram no trabalho como fundamento da própria reprodução da vida.” (GRANEMANN, 2009, p. 3-4).

Outro aspecto não menos importante é o fato de que, nos últimos cinco anos, a quantidade de quimioterapias realizadas no SUS cresceu 5%, ultrapassando 1,1 milhão em 2014 e alcançando 1,32 milhão em 2018. As cirurgias oncológicas, por sua vez, alcançaram 316 mil procedimentos por ano, enquanto as radioterapias registraram crescimento de 2%, chegando a 274 mil atendimentos por ano (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, 2018).

No contexto brasileiro, ainda em relação à Oncologia, a Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, estabelece a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando também o Cuidado Paliativo voltado ao paciente oncológico.

Em estudo pioneiro sobre o itinerário terapêutico no contexto do adoecimento por câncer, Santos e Alcantara (2018) debruçaram-se sobre o reconhecimento da importância da apropriação teórica, por parte do Serviço Social, sobre as barreiras vivenciadas pelos usuários no que diz respeito ao diagnóstico precoce, compreendendo que o estadiamento avançado da doença é decorrente, dentre outros, do tempo de espera entre o diagnóstico de câncer e a efetivação da matrícula na unidade oncológica.

Tal lacuna relativa ao atendimento precoce repercute na perspectiva curativa da doença, sendo o cuidado paliativo uma realidade vivenciada por muitos pacientes em diversas faixas etárias. Assim, partimos da compreensão de que a perspectiva do cuidado paliativo deve perpassar, necessariamente, a atenção desde o início do diagnóstico de câncer, alcançando, desse modo, a integralidade entre os níveis de atenção à saúde do público em tratamento oncológico.

Trabalhar com base na perspectiva do cuidado integral é essencial à equipe de saúde que atua no contexto do cuidado paliativo, especialmente compreendendo a interdisciplinaridade como sendo fundamental no que tange à consideração da subjetividade e respeito à cultura dos sujeitos envolvidos por parte dos profissionais de saúde.

A atuação do assistente social no contexto do cuidado paliativo requer a compreensão da totalidade envolvida no processo saúde-doença e das condições reais de sobrevivência dos sujeitos, que impactam diretamente na continuidade do tratamento. Conforme Alcantara e Vieira (2013), as questões/demandas apresentadas relacionam-se sobremaneira com: os atravessamentos na comunicação com a equipe de saúde, especialmente durante a internação; as demandas reprimidas pelo usuário e que repercutem no curso do tratamento; a articulação com a rede e com os profissionais



30 | PROCESSO MIGRATÓRIO E SAÚDE COMO DIREITO HUMANO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

de outras instituições, demandando/requerendo qualificação profissional permanente; a qualidade da orientação prestada; e as exigências institucionais, que impactam tanto nas relações entre os profissionais, como também nas estabelecidas com os usuários dos serviços.

No âmbito do cuidado paliativo, a atuação do assistente social sob a perspectiva crítica deve contemplar as seguintes dimensões atinentes à profissão e previstas nos *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de Saúde* (CFESS, 2010): ter conhecimento das condições de vida e trabalho dos usuários atendidos, bem como sobre a determinação social que interfere no contexto do adoecimento; contribuir para a viabilização do acesso aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços relativa aos direitos sociais; reafirmar a importância da atuação em equipe, tendo por foco a interdisciplinaridade da atenção em saúde; buscar a articulação entre as políticas de seguridade social; promover a construção e/ou efetivar, em conjunto com outros profissionais da saúde, espaços que viabilizem a participação popular e dos trabalhadores de saúde nos processos decisórios; estimular a educação permanente, através da assessoria técnica e da sistematização do trabalho desenvolvido; priorizar as ações socioassistenciais, que, por sua vez, não ocorrem isoladamente, perpassando o processo coletivo do trabalho em saúde, de forma complementar e indissociável.

3. SISTEMA DE REGULAÇÃO BRASILEIRO E ONCOLOGIA: BREVES CONSIDERAÇÕES

O Brasil recebeu fluxos migratórios de diferentes matrizes, de modo que, atualmente, coabitam no território nacional culturas e características de diferentes povos, formando, assim, a sua diversidade cultural. Não obstante, o debate acerca dos fluxos migratórios internacionais suscita a responsabilidade dos Estados com relação à garantia dos direitos sociais considerados “básicos”, tais como o acesso à saúde, previsto na Constituição Federal Brasileira de 1988, que estabelece, no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Conforme Coutinho e Oliveira (2010, p. 549),

A emigração de brasileiros para países estrangeiros é um fato recente. Ao receber milhares de portugueses, italianos, espanhóis, alemães e japoneses, entre os séculos XIX e XX, o Brasil consolidou o seu caráter imigrantista. Uma alteração significativa nesse fluxo ocorreu nos anos 80 do século XX, quando, num grande passo em direção contrária, o país passou a exportar uma significativa parcela de força de trabalho, assumindo, em termos de movimento populacional, um perfil emigrantista.

Um outro importante aspecto ressaltado por Coutinho e Oliveira (2010) sobre o assunto é o fato de os imigrantes constituírem grupos minoritários e apresentarem maior propensão a fatores estressantes no cotidiano, decorrentes, em grande medida, da precariedade de suas condições de vida e trabalho, bem como da discriminação e do isolamento social que sofrem.

Nesse sentido, salienta-se que as mudanças no contexto econômico internacional, aliadas a outras iniciativas no âmbito dessa discussão, repercutiram na criação da Nova Lei de Imigração (Lei nº 13.445/2017), que de acordo com o seu artigo 4º estabelece que

Art. 4º Ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à



propriedade, bem como são assegurados: I - direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicos ;II - direito à liberdade de circulação em território nacional; III - direito reunião familiar do migrante com seu cônjuge ou companheiro e seus filhos, familiares e dependentes; IV - medidas de proteção a vítimas e testemunhas de crimes e de violações de direitos; V - direito de transferir recursos decorrentes de sua renda e economias pessoais a outro país, observada a legislação aplicável; VI - direito de reunião para fins pacíficos; VII - direito de associação, inclusive sindical, para fins lícitos; VIII - acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória [...].

Contudo, a despeito da lei supracitada e do que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), que compreende a saúde como sendo um direito humano fundamental, destacamos a persistência de aspectos que prejudicam o acesso aos serviços de saúde, especialmente pelo público-alvo da análise, a exemplo da latente desigualdade social no território brasileiro e da ausência de organização efetiva para o recebimento de novos fluxos humanos no Brasil.

Considerando tais aspectos, a situação relatada tem como protagonista uma brasileira, idosa, domiciliada por anos na Itália, mas que, ao ser diagnosticada com câncer em estadiamento avançado, teve de retornar ao Brasil para iniciar efetivamente o tratamento oncológico, sem qualquer articulação intersetorial da equipe de saúde italiana com os profissionais do Brasil.

Acrescenta-se, como um agravante a ser problematizado na situação apresentada, a reestruturação do acesso ao tratamento oncológico iniciada em 5 de agosto do ano de 2013: a primeira avaliação dos pacientes foi modificada em seis serviços nos hospitais do instituto em questão, de modo que os pacientes passaram a ser encaminhados por meio do Sistema de Regulação do Município do Rio de Janeiro (Sisreg), atualmente Sistema Estadual de Regulação (SER).

Na unidade onde se deu o fato, os Serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral - Oncologia (todo o aparelho digestivo), Cirurgia Torácica Oncológica, Ginecologia Oncológica, Mastologia (câncer de mama), Neurocirurgia Oncológica, Tecido Ósseo e Conectivo (cirurgia de tumores malignos ósseos e de partes moles), Hematologia, Urologia, Radioterapia e Braquiterapia necessitam de agendamento prévio das avaliações iniciais para moradores do Estado do Rio de Janeiro, realizados através do SER, e para moradores de outros estados, por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC).

O agendamento para pacientes do município do Rio de Janeiro através do SER pode ser realizado diretamente nas Unidades Básicas de Saúde onde forem atendidos. Para pacientes dos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro, a orientação é a de procurar as Secretarias de Saúde dos seus municípios para solicitação do agendamento. Os moradores de outros estados dependem do encaminhamento feito pelas Secretarias Municipais de Saúde e/ou Secretarias Estaduais de Saúde para cadastro na CNRAC.

Compreende-se, a partir do exposto, que pacientes provenientes de outros países enfrentam, além do desconhecimento acerca do sistema de regulação das vagas, a incerteza quanto à obtenção de atendimento adequado na Alta Complexidade, a exemplo da situação problematizada no presente estudo, na qual a paciente idosa retorna ao Brasil com um câncer em estadiamento avançado sem que tenha sido realizada qualquer articulação do sistema de saúde italiano com os oncologistas bra-



sileiros. Verifica-se, sobremaneira, a desconsideração do conceito de integralidade do atendimento e da sua frágil condição diante da iminência da morte, ratificada pelas dificuldades para a viabilidade do tratamento oncológico no país estrangeiro – no caso, a Itália – e dos critérios seletivos na porta de entrada para atendimento no Brasil.

Conforme Pinheiro (2009), a “integralidade”, em suas definições legal e institucional, constitui um conjunto articulado, que envolve ações e serviços de saúde, sejam eles preventivos ou curativos, nos âmbitos individual ou coletivo, devendo abranger todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

O que ocorreu com a paciente em questão suscita importante debate ético acerca do acesso à saúde, seja em território estrangeiro ou solo brasileiro. Questiona-se, sobretudo, a total ausência de contato dos profissionais italianos com os brasileiros, fazendo com que a incerteza e o receio de não ser atendida a tempo no seu país de origem tornassem ainda mais tortuoso o seu itinerário terapêutico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os impactos do tratamento oncológico manifestam-se de forma diversificada, levando-se em conta fatores como a idade, o tumor, o tratamento a ser realizado, a condição socioeconômica, entre outros muitos aspectos a serem problematizados.

Enquanto um relato de experiência, problematizamos a materialização, no corpo de uma trabalhadora, das expressões do adoecimento por câncer na sua relação com as condições de trabalho e redução de direitos sociais, sendo oportuno ressaltar que a abordagem realizada no estudo buscou aproximações, ainda que com lacunas, ao seu modo de vida.

Nesse sentido, o debate acerca da integralidade do atendimento no campo da Oncologia, bem como no tocante às repercussões sociais na vida dos usuários decorrentes do adoecimento por câncer, não se esgota com este estudo, que aborda uma situação específica na qual se verificou, com muita seriedade, uma clara violação aos Direitos Humanos relativos ao atendimento de uma idosa brasileira domiciliada na Itália e que, notoriamente, não contou com o tratamento adequado em solo estrangeiro.

Apontamos, desse modo, a necessidade de estudos futuros que abordem de forma crítica experiências semelhantes, muitas vezes obscurecidas nas unidades de saúde por ausência de publicação dos seus efeitos na vida dos usuários e de seus familiares.

A partir do relato de caso da usuária em questão, tivemos a oportunidade de refletir acerca dos efeitos deletérios produzidos aos usuários pela falta de orientação e encaminhamento eficazes, sobretudo em casos graves, a exemplo do câncer. A paciente em tela já se encontrava fora de perspectivas terapêuticas, padecendo de muitas dores, sem medicação adequada para analgesia, em situação de terminalidade próxima, e, mesmo assim, fora liberada para retornar ao Brasil, mesmo sem qualquer perspectiva de inserção em tratamento que pudesse minorar seu sofrimento.

Todavia, não obstante o atual quadro político-econômico crítico do Brasil, e a despeito de



todos os retrocessos decorrentes de tal panorama, foi aqui, em solo nacional, que a usuária pôde receber assistência à saúde pública, gratuita, rápida e eficaz para amenizar o seu quadro/sofrimento. A mesma fora atendida pela equipe multidisciplinar e teve acesso à orientação e atendimento adequados. Lamentavelmente, o estágio de sua doença já se encontrava muito avançado e fora deliberado pela equipe médica o encaminhamento à unidade dos Cuidados Paliativos, para um melhor manejo dos sintomas. No entanto, a usuária acabou falecendo pouco depois de tal deliberação, na enfermaria, na companhia de uma amiga.

Por fim, devemos ressaltar que esse triste panorama nos remete à reflexão sobre o importante papel que o Sistema Único de Saúde desempenha ao resguardar a todos os brasileiros e até mesmo aos quem vêm de outros países para nele se inserir. A luta contra a radicalização das ofensivas neoliberais em direção ao fundo público e, conseqüentemente, contra as Políticas Públicas de Saúde, assim como a democratização no seu acesso, deve ser atributo de toda a sociedade. Isto é, torna-se necessária a defesa intransigente do caráter público e estatal da saúde, com investimento público na ampliação da rede de serviços, tendo em vista a premissa elementar do acesso à saúde enquanto direito humano.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCANTARA, LS. et al. Interdisciplinaridade e Integralidade: a Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 60(2): 109-118, 2014.

_____; VIEIRA, JMW. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez., 2013.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA. (2018). *Câncer no Brasil: A jornada do paciente no sistema de saúde e seus impactos sociais e financeiros*. Disponível em: <https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/cancer-no-brasil-n-a-jornada-do-paciente-no-sistema-de-saude-e-seus-impactos-sociais-e-financeiros-interfarma.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: *Senado Federal*: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Último acesso em: 3 jul. 2017.

BREILH, J. *Epidemiologia, economia, política e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1991.

COUTINHO, M.PL.; Oliveira, M X. Tendências comportamentais frente à saúde de imigrantes brasileiros em Portugal. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 548-557, 2010.

GRANEMANN, S. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: *Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. (2020). Câncer de fígado. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-figado#:~:text=Hepatocarcinoma%2C%20colangiocarcinoma%20ou%20met%20C3%A1stases%20hep%20C3%A1ticas,ac%20de%201%20C3%ADquido%20no%20abd%20C3%B4men>. Acesso em: 22 set.2020.

OMS. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

ONU - Organização das Nações Unidas. Resoluções aprovadas pela assembleia geral. Assembleia geral das Nações Unidas. Quinquagésimo terceiro período de sessões. Tema 31 do programa. A/RES/53/243. *Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz*. 6 out, 1999.

PINHEIRO, R. *Integralidade em Saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.(2009). Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html#:~:text=Integralidade%20como%20prHYPERLINK>



34 | PROCESSO MIGRATÓRIO E SAÚDE COMO DIREITO HUMANO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

“[http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html#:~:text=Integralidade como princípio do direito,- como direito e como serviço](http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html#:~:text=Integralidade%20como%20princ%C3%ADpio%20do%20direito,como%20direito%20e%20como%20servi%C3%A7o)”
Acesso em: 23 set. 2020.

SANTOS, B.G; Alcantara, LS. (2018). Dos sintomas ao tratamento: considerações sobre o itinerário terapêutico no câncer infantojuvenil. *Revista Moitará*. Disponível em: <file:///C:/Users/591569/Downloads/5083-13999-1-PB.pdf>.
Acesso em: 22 set.2020.

