

# Itinerário terapêutico de pessoas diagnosticadas com câncer: aproximações e distanciamentos da rede de atenção oncológica

## *Therapeutic itinerary of people with cancer: approximations and distances of the oncologic healthcare system*

DOI: <http://dx.doi.org/10.31011/1519-339X.2018a18n85.01>

Anna Clara Santiago Nunes Pinto<sup>1</sup> • Mariana Araújo Pena Bastos<sup>2</sup> • Eloíza Augusta Gomes<sup>3</sup> • Érica Toledo de Mendonça<sup>4</sup>

### RESUMO

O objetivo deste estudo é discutir a forma como configura-se o Itinerário Terapêutico de pessoas com diagnóstico de câncer, do município da Zona da Mata Mineira. Estudo de natureza qualitativa realizado com 4 pacientes com câncer, diagnosticados entre os anos de 2014 e 2015. Os dados foram coletados por meio de entrevista em janeiro de 2016, e apresentados sob a forma de narrativa. Os preceitos éticos foram respeitados. A análise dos itinerários terapêuticos permitiu perceber que o sistema de saúde apresenta dificuldades relacionadas ao diagnóstico e ações de prevenção e promoção à saúde, ao passo que os tratamentos se apresentaram como efetivos, aproximando-se da rede de cuidados de atenção oncológica ideal. O itinerário terapêutico permite visualizar a trajetória dos pacientes e torna-se uma ferramenta fundamental no estabelecimento de um plano de cuidados mais eficaz pelos profissionais de saúde, com destaque para a Enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Oncologia; Acesso aos Serviços de Saúde.

### ABSTRACT

This study aims to discuss the way that the Therapeutic Itinerary is built on of cancer patients of the Mata Mineira Zone. A qualitative study carried out with 4 cancer patients which had the diagnoses between 2014 and 2015. Data were collected through interviews on January 2016 and analyzed by the narrative. Ethical precepts have been respected. The analysis of the therapeutic itineraries allowed to perceive that the health system presents difficulties related to the diagnosis, prevention and promotion of health, considering that the treatments were effective, getting closer to the ideal oncology healthcare system. The therapeutic itinerary allows visualizing the patients' trajectory and becomes a fundamental tool in the establishment of a more effective care plan by health professionals, with emphasis on Nursing care.

**Keywords:** Nursing; Oncology; Health Services Accessibility.

### NOTA

<sup>1</sup> Enfermeira. Especializando em Terapia Intensiva pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (SCBH). E-mail: annaclara.sn@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pós-graduanda do Curso de Especialização em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestrado em Ciência da Nutrição pelo Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UFV). E-mail: marianaapbastos@gmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Especialização em Residência de Enfermagem na Saúde do Adulto (UFJF) e em Ações Institucionais e Saúde Coletiva (UFJF). Docente na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Pesquisadora Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Práticas de Enfermagem NUPEPE (UFMG). E-mail: eloizaagusta420@gmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Especialização Modalidade Residência em Enfermagem em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). E-mail: ericapoty@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

No último século, os países em desenvolvimento apresentaram uma mudança significativa em seu perfil epidemiológico, evidenciada pela diminuição de doenças infecto-parasitárias e pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destacando-se as enfermidades cardiovasculares e as neoplasias como as principais causas de morte no mundo<sup>(1)</sup>.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA<sup>(2)</sup>, em 2030, a carga global de novos casos de câncer será de 21,4 milhões de pessoas acometidas, e no Brasil, as estimativas para os anos de 2016 e 2017 apontam para a ocorrência de aproximadamente 600 mil novos casos. As neoplasias configuram-se, portanto, como um relevante problema de saúde pública, devido aos altos índices de morbimortalidade, além dos custos que estes tratamentos geram para o Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrados pelos gastos com internações hospitalares e tratamento ambulatorial por doenças crônicas em 2010, que foi em torno de 3,6 bilhões de reais<sup>(3)</sup>.

Desta forma, em consonância com os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade do SUS, é direito de todos os indivíduos serem atendidos em suas necessidades de saúde, sendo dever do Estado a garantia da oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e recuperação dos indivíduos, circunscritas em uma Rede de Atenção em Saúde (RAS) regionalizada, hierarquizada, resolutiva e que viabilize a acessibilidade dos usuários<sup>(4-5-6)</sup>.

Neste sentido, entende-se como rede de atenção a organização de serviços de saúde em níveis primário, secundário e terciário, interligados e conectados. Este arranjo tem a finalidade de oferecer aos indivíduos livre acesso ao sistema de saúde, de forma que eles percorram a rede de acordo com as suas necessidades, tendo como *locus* de referência e coordenação, a Atenção Primária à Saúde - APS<sup>(7)</sup>.

A organização desta rede de atenção permite planejar e avaliar todo o setor de serviços de saúde, possibilitando identificar os polos de atendimento, o fluxo de origem e destino, as distâncias percorridas pela população na busca por atendimento e o volume de pessoas transitando pelos níveis de atenção. Todavia, diversos estudos têm mostrado que existem lacunas importantes na RAS, relacionadas à dificuldade de acesso a estes serviços, e desinformação sobre o funcionamento da mesma por parte da população, influenciando diretamente na resolutividade das ações ofertadas. Desta forma, o sistema torna-se inefetivo para resolução de suas necessidades, ferindo os princípios da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, traduzidos na ineficiência do sistema de referência e contrarreferência<sup>(8-10)</sup>.

Diante deste cenário, a Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, discorre sobre a necessidade de ofertar um cuidado integral ao paciente com câncer, considerando-o uma doença crônica prevenível e reafirmando a necessidade de

obter uma rede de saúde organizada e integrada, para que viabilize o tratamento integral<sup>(11)</sup>.

Os caminhos que o paciente percorre na RAS e os recursos que utiliza para o cuidado com sua saúde, desde o momento em que percebe sinais ou sintomas de alguma doença, até a descoberta da enfermidade, é denominado Itinerário Terapêutico - IT<sup>(9)</sup>. No contexto do IT de pessoas com câncer, o tempo entre o aparecimento de sintomas e o diagnóstico influencia diretamente nos resultados do tratamento e cura dos pacientes. Estudo<sup>(9)</sup> com pacientes oncológicos, mostrou que nos Estados Unidos, o tempo médio do primeiro contato do usuário com a rede até o diagnóstico final, gira em torno de três meses, enquanto no Brasil, este tempo está em torno de seis meses<sup>(8)</sup>.

Sendo assim, a importância deste estudo reside em conhecer os ITs dos pacientes oncológicos na RAS de um município da Zona da Mata Mineira, de forma a possibilitar a compreensão das aproximações e distanciamentos enfrentados por estes indivíduos entre a rede de atenção oncológica ideal e a real. Para tal, a seguinte pergunta norteou a pesquisa: quais caminhos as pessoas com diagnóstico de câncer de um município da Zona da Mata Mineira percorrem em busca de cuidados à saúde, desde a suspeita da doença e aparecimento dos primeiros sintomas até o início do tratamento?

A compreensão desses ITs oferecerá subsídios para que o município e os profissionais de saúde ofereçam uma assistência mais adequada, humanizada e resolutiva à comunidade. Ademais, ao compreender as experiências enfrentadas pelas pessoas em seu processo saúde-doença-adoecimento, amplia-se a dimensão cuidadora do profissional de saúde no tocante ao adoecimento crônico, com destaque para o enfermeiro, e aumenta o vínculo do usuário com os profissionais e serviços de saúde, bem como permite uma maior adesão aos tratamentos propostos<sup>(9-12)</sup>.

Assim, definiu-se como objetivo deste estudo, compreender o modo como configura-se o Itinerário Terapêutico de pessoas com diagnóstico de câncer de um município da Zona da Mata Mineira.

## MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, que trabalha com o universo de crenças, valores e atitudes dos sujeitos, inseridos em uma dada realidade social, cujo qual inscrevem os fenômenos humanos. Este tipo de pesquisa permite o aprofundamento relativo aos significados que as pessoas atribuem às suas ações e relações humanas, tendo como foco de atenção o que é específico e peculiar, objetivando uma abordagem compreensiva dos sujeitos que vivenciam uma dada experiência. Contribui para a melhor compreensão da distância entre o conhecimento e a prática, na medida em que auxilia na elucidação dos sentimentos das pessoas, explicando suas ações diante de um problema em situação<sup>(13)</sup>.

A pesquisa insere-se em um município da Zona da Mata Mineira e em sua rede de atendimento ao paciente com diagnóstico de câncer residente neste município, inserida no Tratamento Fora do Domicílio (TFD), uma vez que o município não oferece suporte para o tratamento do

câncer pelo SUS. O TFD foi regulamentado na Portaria SAS n.º 55, de 24 de fevereiro de 1999 do Ministério da Saúde (MS), sendo um instrumento legal que garante acesso a serviços assistenciais em saúde (transporte, consultas especializadas, exames diagnósticos e tratamentos) a pacientes portadores de enfermidades que não podem ser tratadas no município, por estes encontrarem-se num nível técnico de menor complexidade no interior da rede assistencial em saúde. O TFD funciona como um dos pontos do sistema de regulação da atenção à saúde do município, ao receber pacientes encaminhados dos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, e direcioná-los aos locais de tratamento especializado indicados na Programação Pactuada e Integrada do município<sup>(14)</sup>.

Os participantes da pesquisa foram pessoas com diagnóstico de câncer, residentes do município da pesquisa, e que realizaram tratamento em outros municípios da região e microrregião.

Foram selecionados dentre 183 pessoas cadastradas no banco de dados do TFD, pacientes que apresentavam os cânceres mais prevalentes (mama, colo do útero, próstata, cólon e reto), num total de 90, do qual foram excluídos os indivíduos que não apresentaram telefone e endereço, e, do total restante, foram realizadas 8 entrevistas, cujos participantes foram escolhidos por sorteio, sendo 4 pacientes do ano de 2014 e 4 pacientes do ano de 2015. As entrevistas foram encerradas após saturação do conteúdo. Destes, foram eleitos quatro participantes (denominados Esmeralda, Rubi, Topázio e Ágata), cujas histórias melhor representaram as experiências de busca pelo cuidado no contexto oncológico. Os participantes aceitaram participar do estudo, mediante assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O contato com os participantes do estudo se deu, num primeiro momento, por telefone; nesta ocasião, a partir da manifestação de anuência em participar do estudo, foi agendada com os mesmos uma data, horário e local de sua preferência para a realização da coleta de dados.

Para preservação do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados com o nome de pedras preciosas (Esmeralda, Rubi, Topázio...).

A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2016 por meio de questionário semiestruturado adaptado do estudo de Ferreira<sup>(13)</sup>. As entrevistas foram realizadas na residência dos participantes, com duração média de 35 minutos, e permitiu aos mesmos trazerem o relato de suas experiências relacionadas ao IT no contexto da atenção oncológica, construídas sob a forma de narrativas.

A análise das narrativas se deu após transcrição das entrevistas, e foi realizada buscando os elementos que melhor representassem as aproximações e os distanciamentos da rede de atenção oncológica vivenciados pelos participantes na busca de cuidados à saúde. Os ITs foram representados por meio de figuras esquemáticas.

Para que houvesse o registro na íntegra dos depoimentos dos participantes relacionados às perguntas discursivas foi solicitada aos mesmos a permissão para o uso do gravador nas entrevistas, que foram aprovadas e transcritas para garantir a fidedignidade da fala dos participantes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, sob o CAAE n.º 48362715.7.0000.5153, e desenvolvida respeitando os aspectos éticos conforme a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(15)</sup>.

## RESULTADOS

### Itinerário Terapêutico de Esmeralda

Esmeralda, 67 anos, ensino fundamental completo, auxiliar escolar e mãe de 3 filhos. Começou a sentir desconforto com presença de sangramento em meados de setembro/outubro de 2014. Num primeiro momento procurou atendimento no serviço de emergência de um dos hospitais públicos da cidade, (Figura 1, Passo 1). Neste hospital, foi solicitada USG Intravaginal, realizado um exame de Endométrio, o exame se apresentou alterado e, desta forma, foi encaminhada para a consulta com ginecologista 1, cuja marcação da consulta foi feita pelo plano de saúde, onde foi (Figura 1, Passo 2). Encaminhada com urgência para o ginecologista 2, que solicitou a realização de exame citopatológico em um dos hospitais da cidade, (Figura 1, Passo 3), - suspeita de câncer, e diante de falta de confirmação diagnóstica: câncer em útero ou endométrio? - Esmeralda foi encaminhada para oncologista 1 (Figura 1, Passo 4).

Conversou com os filhos com receio da oncologista 1 não dar conta da cirurgia, sentimento de revolta e medo (Figura 1, Passo 5). Decisão de consultar em hospital de Belo Horizonte com ginecologista 3 (Figura 1, Passo 6).

Início de tratamento com Oncologista 2 em hospital em Belo Horizonte, após indicação do ginecologista 3, tratamento que consistiu na realização de 28 sessões de radioterapia e tratamento com oncologista 3 - Quimioterapia uma vez por semana (Figura 1, Passo 7). Realizada cirurgia em Nova Lima (Belo Horizonte) no dia 17 de junho de 2015 com sucesso (Figura 1, Passo 8).

Devido à facilidade de possuir plano de saúde, rapidamente marcou consulta e realizou os exames, e em pouco tempo foi fechado o diagnóstico.

Apaciente referiu ter recebido o diagnóstico de câncer de maneira tranquila, tendo mencionado que nunca se deixou abater; tendo sempre se ancorado na fé e na religiosidade como estratégias de enfrentamento da doença.

*"Na minha cabeça não apavorei não, mas não foi aquela coisa, porque tem gente que fica até em depressão, né?"*

Tendo sempre se ancorado na fé e na religiosidade como estratégias de enfrentamento da doença. Demonstrando essa dimensão religiosa, em uma das "conversas" da paciente com Ele (Deus), ela ressaltava a temporariedade daquela situação em sua vida, demonstrando força e vontade de vencer a doença.

*"Ó, eu não nasci com isso, então isso não me pertence, então do jeito que veio o Senhor vai levar."*

Apesar do plano de saúde, surgiram outras dificuldades, como quando a mesma foi à consulta com oncologista 1

que disse não ter certeza se conseguiria realizar a cirurgia (Figura 1, Passo 5). Esta insegurança por parte do corpo médico fez a paciente e a família optarem por realizarem o tratamento em Belo Horizonte, em um hospital da rede particular com ginecologista 3 (Figura 1, Passo 6).

Do início dos sintomas até a cirurgia, Esmeralda relatou que se passaram 8 meses, período em que a paciente passou por aproximadamente 6 médicos (entre ginecologistas e oncologistas), 28 sessões de radioterapia, sessões semanais de quimioterapia e 4 sessões de braquiterapia (Figura 1, Passo 7). Além de idas e vindas de Belo Horizonte. Atualmente a paciente referiu viajar a cada 3 meses para realizar acompanhamento com os 3 médicos que realizaram seu tratamento (Figura 1, Passo 8).

### Itinerário Terapêutico de Rubi

Rubi, 57 anos, ensino fundamental incompleto, doméstica e mãe de 2 filhos. Procurou primeiramente a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do seu bairro, Estrela, queixando-se de constipação intestinal, sendo então realizado pedido de exame de sangue oculto nas fezes e pela médica da UAPS doutora Ana (Figura 2, Passo 1).

Devido à não resolução do seu problema e à grande angústia que sentiu pelo fato de sua irmã ter falecido com câncer de intestino, Rubi voltou à unidade, solicitando à médica uma colonoscopia (Figura 2, Passo 2).

"[...] e ai eu insistindo com aquilo e chegou um ponto que elas pegou e eu eu não consegui mais, ai eu peguei e cheguei e briguei com a médica, eu quero uma um exame de colonoscopia, é isso que eu quero."

Após conseguir o pedido para realização do exame, ela procurou imediatamente um dos hospitais da cidade. Infelizmente, Rubi relata que não conseguiu realizar o exame (colonoscopia) neste hospital, alegando que pelo SUS demoraria (Figura 2, Passo 3).

"[...] porque se fosse pra esperar pelo SUS ia demorar uma eternidade, e ai já quando fizesse, já não ia resolver nada."

Foi então que, por conta própria, continuou sua busca por cuidado e resolveu fazer o exame pelo particular em hospital do seu município em Viçosa (Figura 2, Passo 4). Em dezembro de 2014, ela recebeu o resultado de que estava com câncer no reto, após consulta médica para apresentar o resultado da colonoscopia. Veio então a confirmação do diagnóstico, e segundo relato da paciente, junto com ele uma grande tristeza; porém o que a sustentou foi uma fé inabalável, a qual lhe dava uma vontade imensa de lutar (Figura 2, Passo 5).

"[...] vou seguir em frente, vou lutar, vou continuar, na hora que eu fiquei sabendo eu só ajoelhei em frente a Nossa Senhora Aparecida e pedi ela que me desse força pra mim, fazer tudo que o médico mandar."

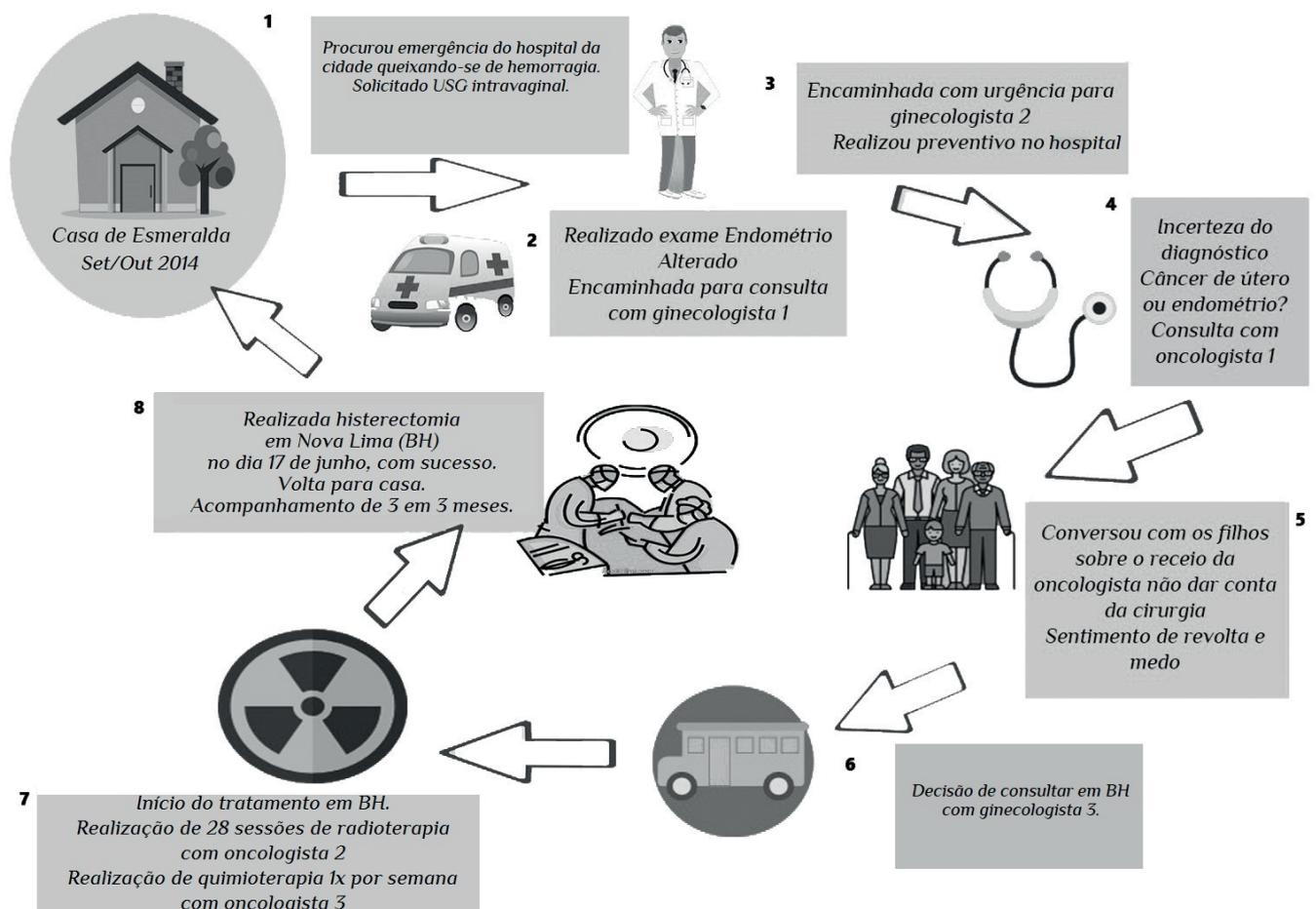
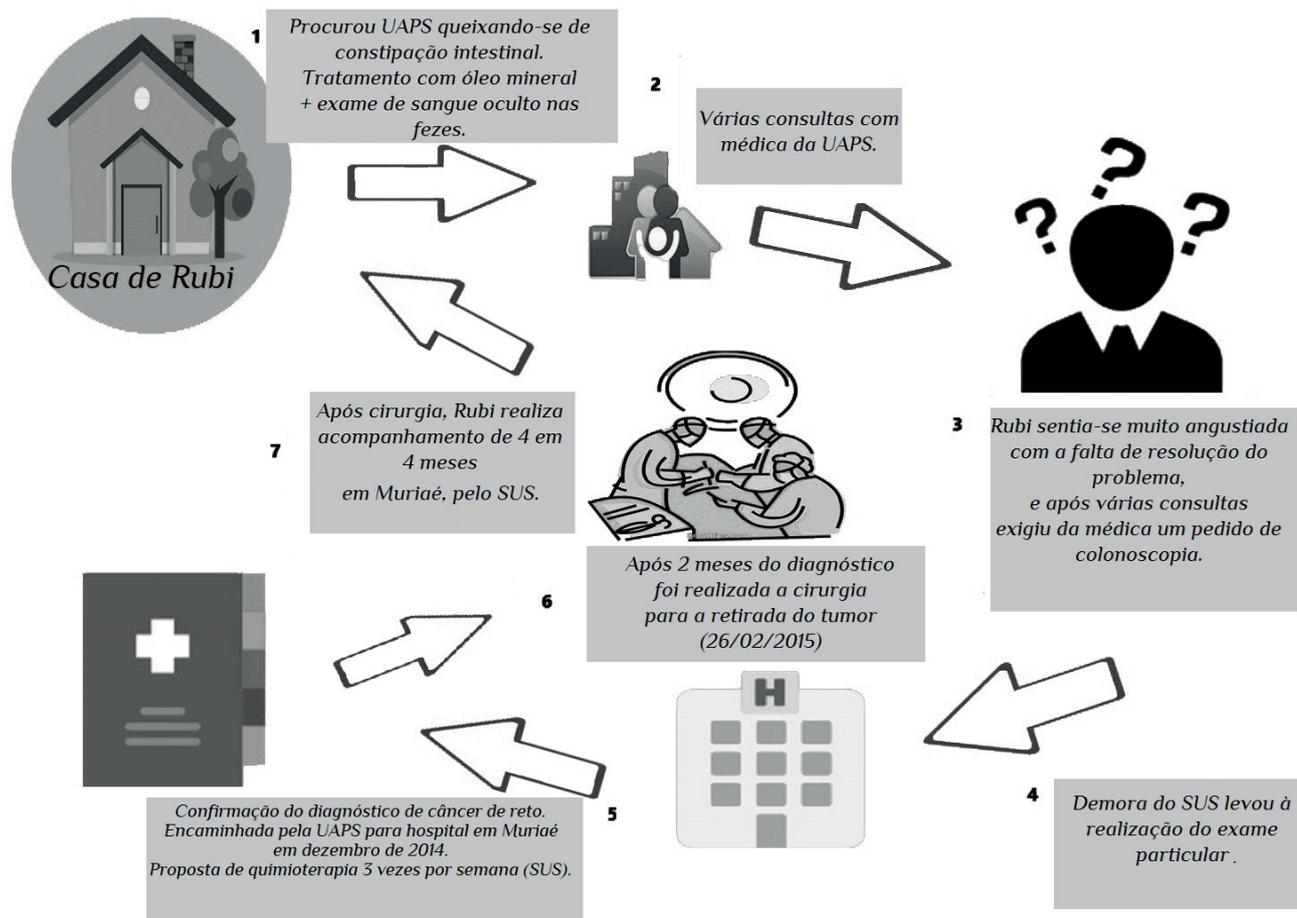


Figura 1. Itinerário Terapêutico de Esmeralda. Viçosa, MG, Brasil, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.



**Figura 2.** Itinerário Terapêutico de Rubi. Viçosa, MG, Brasil, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

A partir do resultado do exame, ela foi encaminhada pela médica do PSF a um hospital especializado no tratamento do câncer na cidade de Muriaé, MG, através do transporte oferecido pela Prefeitura no setor de Tratamento Fora do Domicílio, onde realizou os seguintes exames: sangue oculto nas fezes, ultrassonografia, tomografia e colonoscopia (Figura 2, Passo 5).

Neste hospital foi proposto num primeiro momento o tratamento quimioterápico, e 2 meses após o diagnóstico foi realizada a cirurgia para retirada do tumor, no dia 26 de fevereiro de 2015 (Figura 2, Passo 6). Atualmente ela realiza acompanhamento clínico de 4 em 4 meses na mesma instituição, com o transporte do TFD e tratamento custeado pelo SUS (Figura 2, Passo 7).

*"Mas o que eu tirei de tudo isso é a vontade minha de viver, só isso, a vontade de viver viver viver viver."*

### Itinerário Terapêutico de Topázio

Topázio, 81 anos, ensino fundamental incompleto, aposentado e pai de 4 filhos. É hipertenso e faz o tratamento com seu cardiologista através do plano de saúde (Figura 3, Passo 1).

Em 2015, numa das consultas de rotina para tratamento da hipertensão, seu médico ressaltou a importância da realização do exame para rastreamento do câncer de

próstata (toque retal e dosagem do Antígeno Prostático Específico - PSA), e então o encaminhou para um urologista do seu município. O atendimento aconteceu na clínica particular do médico (Figura 3, Passo 2). Neste local, Dr. Otávio (urologista) ao receber Topázio, solicitou-lhe exames de sangue para dosagem de PSA, realizados em laboratório de análises clínicas, pago pelo paciente (Figura 3, Passo 3). Devido ao resultado alterado do PSA, o médico solicitou-se uma biópsia (Figura 3, Passo 4). Após resultado positivo do exame, Topázio foi diagnosticado, no início de 2015, com câncer de próstata.

Topázio mencionou que não ficou abalado com a notícia. Ressaltou que não sentia nada, que não apresentava nenhum sintoma relacionado a doença e reiterou que o diagnóstico não o afetou emocionalmente, pois tinha confiança que existia tratamento e que só pediu a Deus para não sofrer.

*"Francamente, eu não fiquei surpreso não, não me afetou em nada, porque é o seguinte, eu tinha confiança que existia e existe tratamento né, nem que seja para reparar mas existe, então emocionalmente não me afetou não."*

Dois meses após o diagnóstico, ele foi encaminhado a um hospital especializado no tratamento de câncer na cidade de Muriaé, MG para tratamento de radioterapia (Figura 3, Passo 5), inicialmente seriam realizadas 36

sessões (Figura 3, Passo 6). Devido à um erro do próprio Topázio, o tratamento preconizado foi adiado, e com isso, somente começou as sessões radioterápicas.

"[...] mas eu cometi um erro que fez atrasar um pouco, porque lá eles pedem pra um funcionário da prefeitura levar o exame (dosagem do PSA), ai eu mesmo levei, achando que ia adiantar, e entreguei lá no hospital e era pra entregar na secretaria de saúde de Muriaé pra encaminhar. Só descobrimos 2 meses depois."

Atualmente, ele realiza acompanhamento clínico de 3 em 3 meses na mesma instituição (Figura 3, Passo 7). Topázio conta que não houve indicação para tratamento quimioterápico, e não foram necessárias intervenções cirúrgicas.

"[...] mas não me mandou fazer aplicação de quimioterapia não, só a aplicação de radioterapia. Fiz as 36 que tinha que fazer e foi isso, eu não morri não."

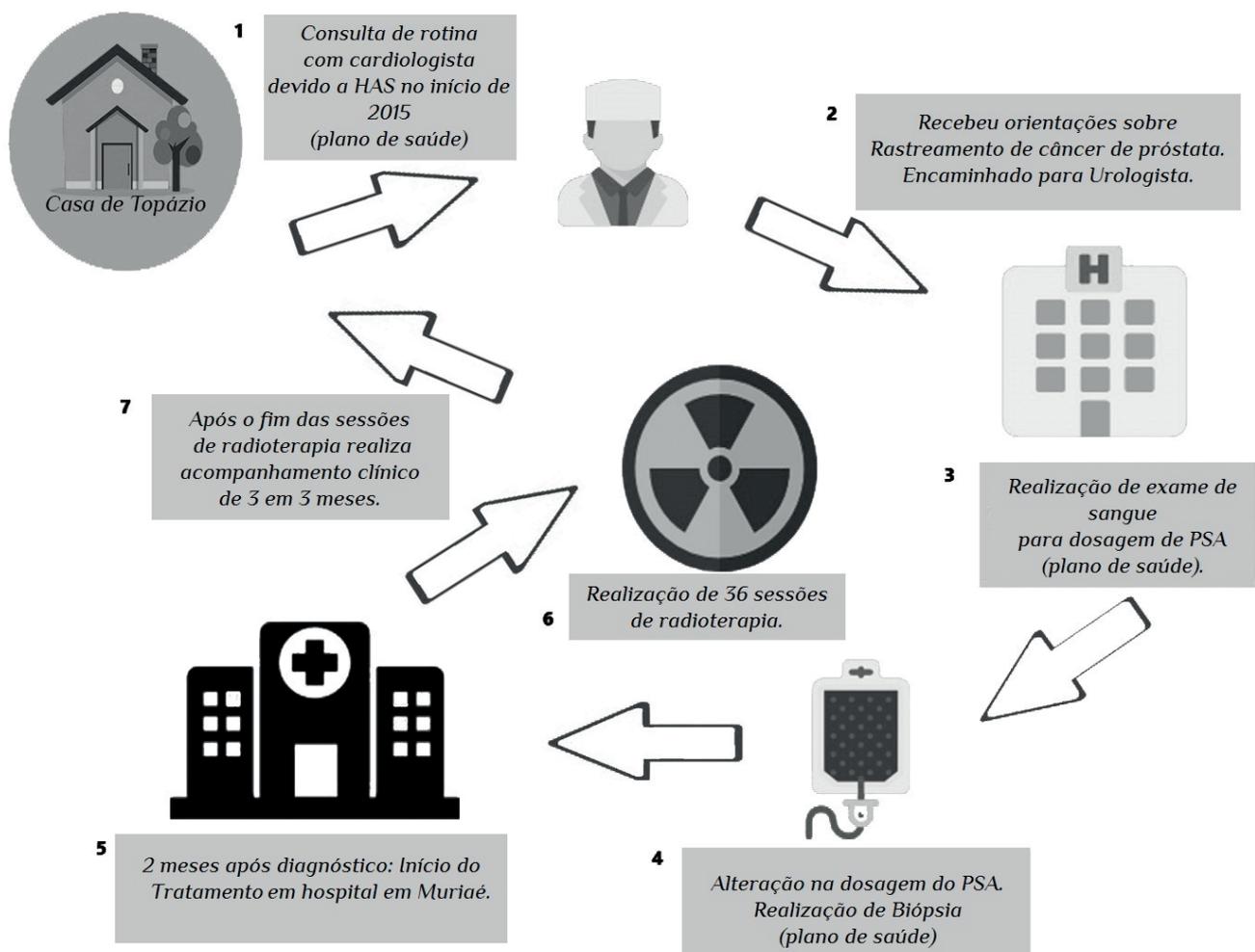
### Itinerário Terapêutico de Ágata

Ágata, 30 anos, ensino fundamental completo, do lar, mora com marido e os filhos. Diagnosticada com câncer de

mama em março de 2015, depois de perceber um "caroço" na mama em dezembro de 2014. Procurou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro onde mora com a queixa supracitada, referindo ainda dor e queimação no nódulo (Figura 4, Passo 1). Foi então solicitada ultrassonografia das mamas pelo médico, que após resultado, revelou a necessidade de realizar biópsia (Figura 4, Passo 3).

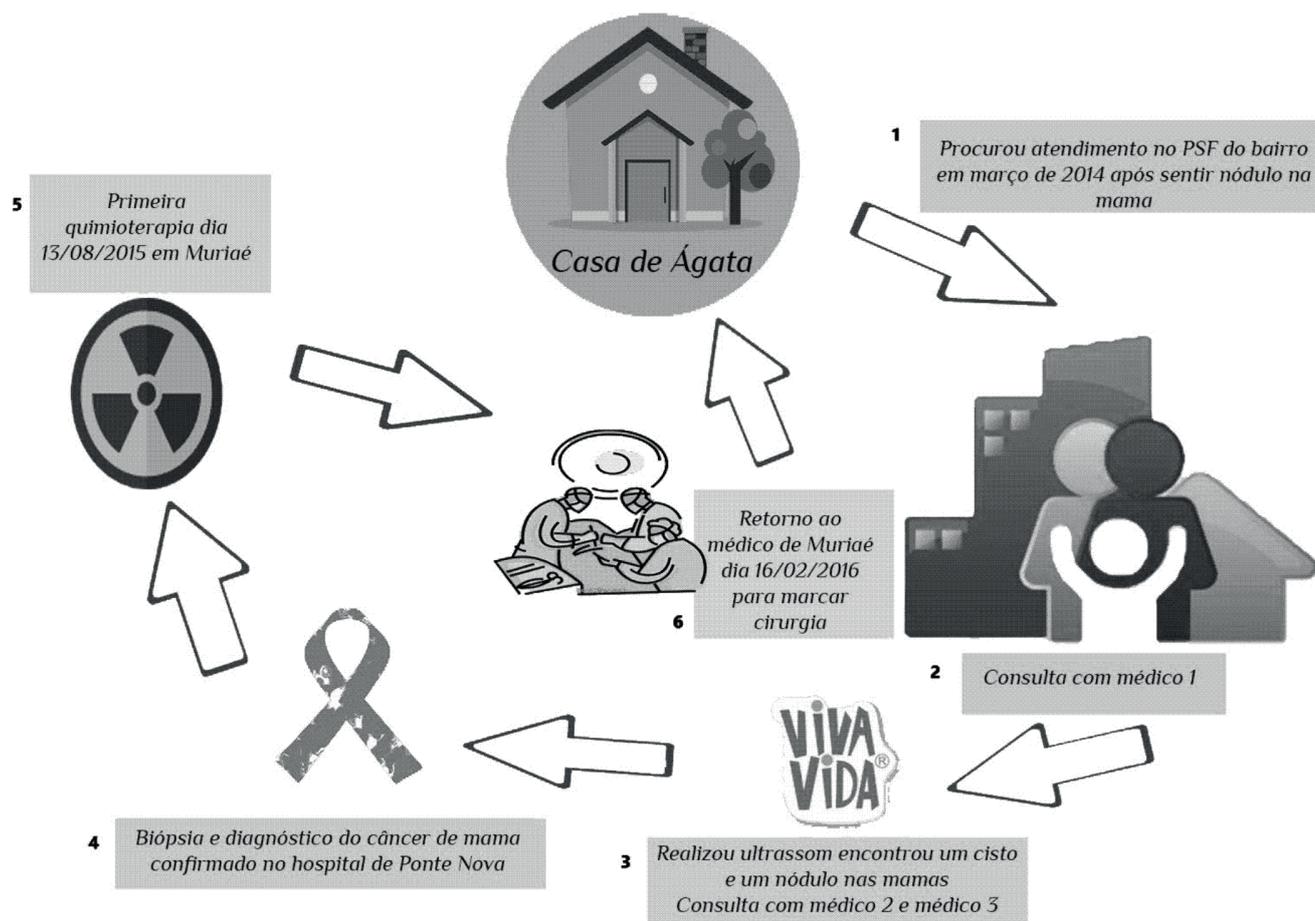
Ágata foi encaminhada para o Centro Viva Vida, e o médico deste serviço solicitou que a biópsia fosse realizada em Ponte Nova, sendo confirmado o diagnóstico de câncer de mama (Figura 4, Passo 4). O médico sinalizou a necessidade de realização de cirurgia, mas a cunhada da paciente solicitou que a mesma fosse realizada no hospital de referência para o câncer em Muriaé, pois a família tinha segurança neste serviço devido ao tratamento de um familiar neste local. A família esteve presente durante todo o tratamento e Ágata revelou a importância deles no cotidiano.

"Porque nesses momentos que a gente vê quem é amigo, quem não é, quem tá aí pra te ajudar e quem não tá, mas minha família tá toda empenhada, me ajudam em casa, mas eles dizem pra não parar, pra continuar o que sempre faz porque trabalhando que você esquece, ficar só parada dentro de casa não tem jeito não."



**Figura 3.** Itinerário Terapêutico de Topázio. Viçosa, MG, Brasil, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.



**Figura 4.** Itinerário Terapêutico de Ágata. Viçosa, MG, Brasil, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

Dessa forma, Ágata começou a se tratar em Muriaé, onde foi decidido pelo corpo clínico que ela primeiro faria quimioterapia, sendo a primeira sessão realizada dia 13 de agosto de 2015 (Figura 4, Passo 5). A cirurgia foi adiada até 16 de janeiro de 2016, cuja data ela realizaria retorno em Muriaé e seria conversado sobre os procedimentos necessários (Figura 4, Passo 6).

Quando questionada sobre a maior dificuldade durante o tratamento, Ágata frisou a questão das dificuldades na marcação de exames através da ESF.

*"Eu achei que aqui em Viçosa é demorado, o posto de saúde aqui, eu tive que pagar o meu ultrassom porque o médico falou: ó, não tem como eu te passar na frente de jeito nenhum, porque aqui demora, demora mesmo, costuma demorar um ano. E eu não podia esperar um ano. Aí ele falou que se eu tiver condição e puder pagar, e então eu falei: vou pagar."*

## DISCUSSÃO

O câncer de endométrio, diagnóstico de Esmeralda, é o sexto tipo mais incidente dentre os cânceres que acometem o corpo uterino, apresenta sobrevida de 80% e está muito associado a hábitos de vida, não devendo, portanto, ser subestimado<sup>(16)</sup>.

Já o câncer de reto, patologia de Rubi, é o segundo em prevalência no sexo feminino, com 17.620 casos estimados para o ano de 2016 e uma mortalidade de 694 mil casos

em ambos os gêneros. Entretanto, quando diagnosticado em estádios iniciais, a sobrevida é alta, sendo de 60% nesses casos. Em justaposição à sobrevida, têm-se exames muito eficazes na detecção precoce desses tumores, sendo a colonoscopia (padrão ouro) e pesquisa de sangue oculto nas fezes, dependendo apenas de algum profissional médico solicitá-lo conforme a necessidade dos pacientes e sua história familiar e de saúde<sup>(16)</sup>, o que vai ao encontro dos resultados deste estudo, que evidenciou que uma das entrevistadas tinha história familiar de câncer de intestino.

Topázio apresentou câncer de próstata, que está entre os tumores que mais acometem o sexo masculino, sendo o primeiro mais comum, com uma estimativa de 61.200 novos casos para o Brasil em 2016. O diagnóstico precoce pode ser feito pela dosagem do PSA e toque retal, sendo um câncer com bom prognóstico e taxa de sobrevida superior a 95% dos casos, quando diagnosticado precocemente<sup>(16)</sup>.

Ágata foi acometida com um câncer raro para sua faixa etária (30 anos). Segundo o INCA<sup>(16)</sup>, a incidência do câncer de mama cresce progressivamente acima dessa idade, principalmente após os 50 anos de idade. É o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável por 25% dos novos casos/ano e estima-se 57.960 casos em 2016 e 2017, além disso, provocou a morte de 14.206 mulheres no ano de 2013.

Apesar do grande número de casos e taxa de mortalidade elevada, é uma doença alvo de programas

de rastreamento pelo MS, por meio do Exame Clínico das Mamas (ECM) e mamografia. Para as mulheres na faixa etária de 50 aos 69 anos, o ECM deve ser realizado anualmente e a mamografia a cada dois anos; já as mulheres com história familiar para desenvolvimento de câncer de mama (histórico de casos de câncer de mama antes dos 50 anos em parentes de primeiro grau- mãe, irmã ou filha, câncer de mama em homens ou câncer de ovário), devem ser avaliadas individualmente para decisão sobre a rotina de acompanhamento a seguir<sup>(15-16)</sup>.

Observou-se, a partir dos quatro casos apresentados, que cada indivíduo apresentou ITs e desfechos diferentes. Esmeralda, mesmo possuindo plano de saúde (fato que pressupõe maior facilidade de acesso), não vivenciou facilidades com relação à tomada de decisão sobre o tratamento. Apesar de ter a facilidade de marcação de consultas, possibilidade de ir a diversos médicos e o conforto que o sistema particular de saúde fornece, ela enfrentou dificuldades que poderiam ter atrapalhado seu diagnóstico, uma vez que as especialidades médicas entraram em conflito inúmeras vezes acerca do seu caso. Assim, se não fosse a atitude dos filhos e a preocupação da mesma com os sintomas apresentados, o diagnóstico poderia ter sido realizado mais tardiamente, o que demonstra ainda, desarticulação no setor saúde e divergência de condutas, ferindo muitas vezes o princípio da integralidade.

Fundato<sup>(8)</sup> afirma que o diagnóstico precoce e o tratamento estão associados à percepção que a família e o paciente têm em relação às doenças e na forma como o processo de saúde-doença-adoecimento modifica a dinâmica familiar, sendo este um fator determinante no sucesso do tratamento e na sobrevivência do paciente. Assim, qualquer atraso na definição do diagnóstico implica em menor chance de cura, havendo consequências para o paciente, família e sistema de saúde.

Destarte, observou-se a partir da construção dos ITs, uma RAS muitas vezes fragmentada, frágil e não resolutive, incapaz de prestar uma atenção contínua e de qualidade aos indivíduos estudados. Sabe-se que a RAS ideal deveria estar em conformação com um sistema integrado e organizado em um conjunto de ações, estabelecimentos de saúde e profissionais de diversas áreas de atuação, que possibilitariam assistência contínua, integral e completa à saúde<sup>(7)</sup>.

No que se refere a outro ponto de atenção da RAS, a APS, constatou-se que Rubi e Ágata encontraram dificuldades para marcação de consultas. Ao analisar os respectivos ITs, observa-se uma fragilidade na base desse sistema, pois o fluxo de demanda espontânea não é bem estabelecido de acordo com a premissa de acessar o sistema pela APS. Rubi não recebeu um atendimento adequado, tendo que “brigar” na unidade do seu bairro para conseguir a marcação de uma colonoscopia, enquanto Ágata nem tentou marcar pelo SUS, tendo buscado diretamente o setor particular, por orientações dos próprios profissionais de saúde que desacreditam num SUS resolutive, no intuito de agilizar o diagnóstico e iniciar o tratamento o mais breve possível<sup>(7)</sup>.

Inferese que se Rubi não tivesse reivindicado seus direitos inscritos na integralidade da linha de cuidados, e Ágata não tivesse recorrido ao sistema privado de saúde para agendamento de procedimentos que possuem grande

fila de espera no SUS, provavelmente o estadiamento dos tumores já se encontraria em níveis mais avançados, dificultando a cura e tratamento<sup>(9)</sup>.

Estas dificuldades vivenciadas pelos participantes do estudo possuem relação direta com o subfinanciamento do SUS, que mesmo com quase 30 anos de existência, ainda passa por obstáculos associados aos investimentos limitados e altos custos de operacionalização, indefinição de responsabilidades entre as instâncias financiadoras em âmbito federal, estadual e municipal, a prevalência do foco biomédico, com lógica hospitalocêntrica, focada na assistência médica. Isso se deve à forma como a saúde é significada, tornando-se um bem de consumo passível de exclusão da parcela mais pobre da população com as privatizações de ambientes hospitalares e pagamentos exorbitantes por serviços básicos<sup>(17)</sup>.

Devido à hegemonia do modelo biomédico, os investimentos são direcionados de forma centralizada, favorecendo hospitais de maior complexidade, com a intenção de curar os usuários que já se encontram doentes. Porém, é inegável a necessidade de privilegiar a APS, investir em prevenção e promoção à saúde e na qualidade do atendimento à população<sup>(17)</sup>.

Quando se pensa em prevenção de agravos e enfermidades e promoção da saúde, remete-se à APS, local prioritário onde deveriam se efetivar ações de prevenção primária e detecção precoce de alguns cânceres, como o de mama, por exemplo. Desta forma, enquanto a APS não for utilizada em sua capacidade/potencialidade, gestores e profissionais de saúde do SUS conviverão com um “inchaço” nos níveis secundário e terciário de atenção, em virtude dos serviços de maior complexidade que são oferecidos, o que causará filas de atendimento e lentidão na marcação de exames, consultas e realização de procedimentos<sup>(9)</sup>.

Quando uma APS funciona da forma como foi idealizada, principalmente nos casos de detecção precoce, pode reduzir a grande demanda aos demais níveis de atenção. A contribuição da APS, nesse contexto, permite uma melhor performance do SUS, pois reduzirá a demanda por consultas especializadas e procedimentos complexos realizados sem indicação clara<sup>(9)</sup>.

Neste sentido, quando a APS ocupa seu espaço no sistema de saúde, ocorrerá resolução mais efetiva dos problemas e criação de vínculo entre a equipe e os pacientes e seus familiares, além de possibilitar a viabilização do sistema de referência e contrarreferência<sup>(18)</sup>.

Diante destas questões e dos resultados evidenciados, pode-se depreender que Topázio, Rubi, Esmeralda e Ágata, enquanto usuários de um sistema de saúde, vivenciaram momentos na busca por cuidados de saúde que vão de encontro aos princípios e diretrizes do SUS<sup>(5-19)</sup>.

À universalidade, compete garantir atenção à saúde por parte do SUS a todos os cidadãos, tendo o direito ao acesso a todos os serviços públicos de saúde. A análise dos ITs mostra que esse princípio foi ferido diversas vezes nos caminhos de Rubi e Ágata. Para que a universalização seja consumada, é necessário estender a cobertura de serviços, exames e consultas, de modo que sejam regamente disponíveis à população<sup>(5-19)</sup>.

À luz da compreensão da equidade, que possui a finalidade de assegurar serviços de saúde, em níveis diversos de complexidade a cada cidadão, comparando os casos do Topázio e Esmeralda com Rubi e Ágata, observou-se que apesar de todos terem realizado seus respectivos tratamentos com qualidade e em bons hospitais, o acesso e a facilidade foram diferentes, rompendo-se o princípio da equidade. Quem tinha plano de saúde realizou os exames de forma rápida, quem era atendido pelo SUS, teve que pagar pelos serviços, para que pudessem finalizar a caminhada contra a doença<sup>(5-19)</sup>.

Quanto a integralidade, no que diz respeito ao total de ações que são possíveis de serem realizadas para promover saúde, prevenir agravos e assistir a saúde, houve falha em todos os pacientes, uma vez que todos residiam em áreas cobertas pelo PSF e poderiam ter participado de ações educativas, recebido visita domiciliar dos médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, além da busca ativa como pilar das práticas de cuidado territorial, formando um conjunto que auxilie a comunidade no enfrentamento de problemas e melhora na assistência à saúde que lhes é oferecida<sup>(5-19)</sup>.

Essa conformação de princípios e diretrizes compõe a forma como o SUS encontra-se estruturado, no que diz respeito ao ordenamento de serviços e ações de saúde, entendendo saúde como um direito constitucional dos cidadãos e comunidade. Por isso, quando pensa-se em organizar o cuidado do paciente do ponto de vista clínico/assistencial, a RAS, com destaque para a APS, tem um papel de gestão do IT, a qual são atribuídas funções como o acompanhamento do tratamento do paciente, realizando encaminhamentos, quando pertinentes, e assumindo que o cuidado deve transcender o nível primário de atenção à saúde, quando a patologia assim o exigir, garantindo acesso em outros níveis de assistência e permitindo a continuidade dos cuidados através da referência e contrarreferência<sup>(5-18)</sup>.

Cabe ressaltar que as dificuldades que Rubi encontrou durante a procura pelo diagnóstico afastaram-na desta rede de cuidados efetiva e resolutiva, uma vez que a mesma necessitou buscar na rede privada serviços que agilizassem seu diagnóstico.

É sabido que fatores culturais, vivências, experiências e crenças, tornam cada IT singular, pois cada indivíduo e família vivenciam o processo saúde-doença-adoecimento de uma maneira particular, procurando métodos diferentes para solucionar suas necessidades de saúde<sup>(8)</sup>. De uma forma generalizada, a descoberta da doença faz com que a pessoa vivencie algumas dificuldades, caracterizadas pela RAS muitas vezes fragmentada, pelo diagnóstico do câncer, rotulada como sinônimo de morte e pelo medo do desconhecido trazido pelo tratamento, causando sofrimento mental ao paciente e sua família.

Para o enfermeiro, conhecer o IT desses pacientes implica na valorização da história dos mesmos, capacidade de acompanhar a evolução da doença, oferecer apoio para que o câncer não seja estigmatizado como sentença de morte, diante da gama de significados e sentimentos que essa doença trás, e auxílio durante o tratamento, além de identificar uma rede de apoio familiar e na comunidade que sustente o aspecto emocional desses pacientes<sup>(20)</sup>. Dessa

forma, é imprescindível a atuação do enfermeiro e de toda a equipe multiprofissional na avaliação dos pacientes de forma holística e humanizada, procurando compreender as modificações sociais, psicológicas e biológicas que a doença causou na vida de cada um, desdobrando-se em uma abordagem humanizada<sup>(21)</sup>.

Além das dificuldades inerentes à rede assistencial de saúde, outros impactos trazidos pelo diagnóstico de câncer, e que foram relatados no IT dos indivíduos entrevistados, foram as dificuldades psicológicas, sociais, físicas e financeiras aos quais os pacientes oncológicos e seus familiares são submetidos. Diante destas questões, os entrevistados relataram que uma das formas de enfrentamento utilizadas no processo saúde-doença-adoecimento foi a aproximação religiosa e o suporte familiar. Estes relataram em seus itinerários que a espera pelo diagnóstico, pelo fim do tratamento e pela cura ocasionou uma procura por algo que oferecesse sustentação, esperança, motivação e um propósito que o ajudassem a compreender o incompreensível<sup>(20)</sup>.

Essa procura gera reações do paciente frente a seu estado de saúde-doença-adoecimento e resulta na construção da integralidade do indivíduo e a ressignificação da sua existência, encontrando um novo sentido de viver superando a doença, e por meio da subjetividade humana e relações interpessoais, o apoio da família e seu encontro com o limiar da vida agem como impulsos para prosseguir o tratamento a partir de comportamentos, valores e ideologias que mantêm a esperança e valorizam a vivência da doença como experiência de sobrevivência<sup>(20)</sup>.

Consequente, os IT dos indivíduos investigados revelaram algumas fragilidades da RAS, relacionadas às dificuldades de preparar fluxos de referência e contrarreferência e deficiências na formação profissional, no que tange a área de Oncologia. Estas questões podem sofrer melhorias se a RAS for organizada sob a lógica de um modelo de acesso universal e integral, com disponibilidade de recursos humanos e materiais, de forma a ampliar de forma resolutiva os fluxos e contra fluxos do SUS, garantindo assim que o caminho percorrido na busca de cuidados à saúde atenda às necessidades dos usuários<sup>(18)</sup>.

Assim, a efetivação das RAS e consolidação de IT nos formatos em que foram idealizados, dependem do fortalecimento dos níveis de atenção, com o uso racional de recursos, existência de espaços para realização de intervenções de prevenção e promoção de saúde, diagnóstico, reabilitação, cura e palição sob a ótica da integralidade e continuidade do cuidado<sup>(7)</sup>. Portanto, é indispensável uma reavaliação na RAS destinada aos doentes crônicos, visando a criação de fluxos contínuos e multidirecionais, sem hierarquização de setores ou fluxos inflexíveis, priorizando as necessidades dos usuários e valorizando a subjetividade, singularidade e as necessidades individuais e familiares.

## CONCLUSÃO

Os ITs permitiram visualizar a trajetória dos pacientes pelo sistema de saúde e analisar como se configura a RAS de um município da Zona da Mata Mineira, possibilitando a

compreensão dos distanciamentos e aproximações que os indivíduos encontraram na busca por cuidados de saúde. Estas informações permitirão o planejamento de ações que visam (re)organizar o sistema de saúde, de forma a otimizar o caminho do paciente na RAS, e ainda refletir sobre a necessidade de ampliação do acesso aos níveis primário, secundário e terciário, como forma de identificar precocemente fatores de risco e sinais e sintomas sugestivos de doenças, melhorando a qualidade do atendimento dos usuários do SUS e otimizando os seus ITs.

Mesmo com o distanciamento do modelo de cuidado ideal para pacientes crônicos, esperava-se maior disponibilidade e facilidade na realização dos exames, visto que esta é a forma do indivíduo receber o diagnóstico sobre sua patologia. Quando o sistema de saúde apresenta dificuldades iniciais, relacionadas ao diagnóstico, prevenção e promoção de saúde, é necessário que o tratamento seja efetivo. A efetivação de um tratamento de qualidade foi observada nos ITs discutidos, o que representa uma aproximação com a rede de atenção oncológica preconizada pela rede de cuidados do paciente com câncer do SUS, ao passo que a assistência de média complexidade, representada pelos exames diagnósticos, possui um distanciamento desta rede.

A análise dos ITs possibilitou ainda a observação dos aspectos socioculturais dos pacientes diante da doença, as formas que encontraram para enfrentar os problemas e compreender a importância da família como apoio no tratamento e auxílio na tomada de decisões acerca da doença. Todas as variáveis relacionadas ao IT tornam-se decisivas no processo de saúde-doença-adoecimento dos pacientes, desde as decisões no âmbito familiar, com relação às atitudes perante o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, a escolha dos locais para primeiro acesso aos serviços de saúde e a qualificação dos profissionais que vão prestar o atendimento aos indivíduos.

Por isso é tão importante a existência de uma RAS organizada, que potencialize as funções da APS e assegure seu posicionamento como ordenadora do sistema de saúde, e ferramenta estratégica que permite o acolhimento e criação de vínculo com o paciente e seu núcleo de apoio, além de agenciar um adequado sistema de referência e contrarreferência com os níveis de média e alta complexidade.

Sugere-se a realização de outros estudos que identifiquem outras necessidades do sistema de saúde, e discutam possíveis reestruturações no que se refere aos atendimentos nos diferentes pontos de atenção à saúde, relacionando-os aos ITs de pacientes com câncer e outras doenças crônicas.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(4): 533-538.
2. Soto PHT, Raitz GM, Bolsoni LL, Costa CKF, Yamaguchi MU, Massuda EM. Morbidades e custos hospitalares do Sistema Único de Saúde para doenças crônicas. *Rev Rene*. 2015; 16(4):567-75.
3. República Federativa do Brasil (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF); 1990.
5. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4): 532-536.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 549p.
7. Fundato CT, Petrilli AS, Dias CG, Gutiérrez MGR. Itinerário terapêutico de adolescentes e adultos jovens com osteossarcoma. *Rev Bras Cancerol*. 2012; 58(2):197-208.
8. Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, de Lima RAG. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. *Rev Latin-America Enferm*. 2012; 20(3), 453-461.
9. Silva DC, Budó MDLD, Schimith MD, Rizzatti SDJS, Simon BS, Robaina ML. Itinerário Terapêutico: Tendência em teses e dissertações da Enfermagem. *Saúde (Santa Maria)*. 2014; 40(1), 23-32.
10. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Brasília (DF): MS; 2013.
11. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc Saúd Coletiv*. 2011; 16(11): 4433-4442.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; 2010; 12: 269p.
13. Ferreira DC, Silva GA. Caminhos do cuidado: Itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Ciênc e Saúd Coletiv*. 2012; 17:3087-3098.
14. Ministério da Saúde (BR). Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde. Portaria n.º 55, de 24 de fevereiro de 1999.
15. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
16. Batalha E, Lavor A, Dominguez B, Bardanachvili E, Düppre AC. O que falta para termos o SUS por inteiro? *Revista Rádís*. 2013; 127: 9-15.
17. Silva IMB, Souza MJL O papel do enfermeiro no diagnóstico precoce do câncer de mama. *Rev Enferm UNISA* 2009; 10(2): 149-53.
18. Teixeira C. Os Princípios Do Sistema Único de Saúde – Texto de apoio Elaborado para subsidiar o Debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. 2011, jun, 10p.
19. Lemke RA, Silva RAND. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estud Pesq em Psicol*. 2010; 10(1).
20. Saiillant, F. *Discourse, knowledge and experience of cancer: a life story cult*. *Med Psych*. 1990, 14(1), 81-104.
21. Santos LM, Souza WL, Santos GS, Pereira ER, Silva RMCSA, Escudeiro CL. Acolhimento aos pacientes e familiares atendidos no ambulatório de oncologia: um relato de experiência. *Rev Enferm Atual*. 2017; 81:110-114.