



MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DE UMA USUÁRIA COM CÂNCER DE MAMA
MICROPOLITICS OF THE CARE OF A USER WITH BREAST CANCER
MICROPOLÍTICA DEL CUIDADO DE UNA USUARIA CON CÁNCER DE MAMA

Durval Diniz Raimundo¹, Fátima Teresinha Scarparo Cunha², Pedro Fredemir Palha³, Enirtes Caetano Prates Melo⁴

RESUMO

Objetivo: investigar a trajetória de uma usuária com câncer de mama cuidada por uma equipe de Saúde da Família e por profissionais de um Hospital de Assistência Especializada. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, exploratório e retrospectivo, do tipo estudo de caso. Realizaram-se entrevistas com a usuária, quatro enfermeiros e um médico que atuam na Estratégia Saúde da Família e um enfermeiro da Assistência Especializada. Apresentou-se o estudo de caso de forma descritiva. **Resultados:** evidenciou-se que, na comunicação entre os profissionais na rede de cuidado, os sentidos produzidos nas falas geram confrontos e, ao regular a trajetória da usuária no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), produzem assujeitamento. **Conclusão:** observou-se que as atividades que caracterizam a prática de cuidado em redes, no que se refere ao câncer de mama, não se articulam com os fluxos instituídos no Sistema de Atenção à Saúde e a usuária demonstrou resistência no seu *caminhar-peregrinação* pelas redes de serviços. **Descritores:** Política de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Tecnologia Biomédica; Atitude Frente à Saúde; Acolhimento.

ABSTRACT

Objective: to investigate the trajectory of a breast cancer patient cared for by a Family Health team and by professionals from a Hospital for Specialized Care. **Method:** this is a qualitative, exploratory and retrospective study of the case study type. Interviews were conducted with the client, four nurses and one physician who work in the Family Health Strategy and one nurse in Specialized Care. The case study was presented in a descriptive way. **Results:** it was evidenced that, in the communication between the professionals in the care network, the senses produced in the statements generate confrontations and, when regulating the user's trajectory within the Unified Health System (UHS), produce assembling. **Conclusion:** it was observed that the activities that characterize the practice of care in networks, in relation to breast cancer, are not articulated with the flows established in the Health Care System and the user has shown resistance in her walk-pilgrimage through the networks of services. **Descriptors:** Health Policy; Comprehensive Health Care; Health Services Accessibility; Biomedical Technology; Attitude to Health; User Embracement.

RESUMEN

Objetivo: investigar la trayectoria de una usuaria con cáncer de mama cuidada por un equipo de Salud de la Familia y por profesionales de un Hospital de Asistencia Especializada. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y retrospectivo, del tipo estudio de caso. Se realizaron entrevistas con la usuaria, cuatro enfermeros y un médico que actúan en la Estrategia Salud de la Familia y un enfermero de la Asistencia Especializada. Se presentó el estudio de caso de forma descriptiva. **Resultados:** se evidenció que, en la comunicación entre los profesionales en la red de cuidado, los sentidos producidos en las conversaciones generan enfrentamientos y, al regular la trayectoria de la usuaria en el interior del Sistema Único de Salud (SUS), producen sujeción. **Conclusión:** se observó que las actividades que caracterizan la práctica de cuidado en redes, en lo que se refiere al cáncer de mama, no se articulan con los flujos instituidos en el Sistema de Atención a la Salud y la usuaria demostró resistencia en su caminar-peregrinación por las redes de servicios. **Descriptor:** Política de Salud; Atención Integral de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Tecnología Biomédica; Actitude Frente a la Salud; Acogimiento.

¹Mestre, Intensivista do Hospital Copa Star. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: durvaldinizraimundo@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-3702-7170>; ²Doutora, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: fatima.scarparo@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-4498-6452>; ³Doutor (Pós-doutor), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: palha2012@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5220-4529>; ⁴Doutora (Pós-doutora), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: enirtes@globocom ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-4240-8365>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, o que também ocorre no Brasil. Acrescenta-se que, quando diagnosticado e tratado precocemente, o prognóstico da doença é relativamente melhor com as ações recomendadas para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas. Deve-se garantir, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos exames de diagnósticos, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas.¹⁻²

Qualifica-se a assistência aos usuários pela detecção precoce do câncer de mama. Baseia-se esse fato na constatação de que 80% dos tumores são detectados pela própria usuária por meio dos sinais e sintomas. Assegurem-se, no entanto, os serviços de média e alta densidade tecnológica para essas usuárias ainda é um problema relevante, principalmente, as consultas especializadas e os exames complementares. Indicam-se o grau de organização e a capacidade de resposta do sistema de saúde pelo estágio avançado do câncer de mama, muitas vezes intratável, em que o usuário, homem ou mulher, chega ao hospital de referência. Detecta-se precocemente o câncer antes do estágio avançado, no modelo piramidal de atenção à saúde que ainda marca o SUS, pela Estratégia Saúde da Família (ESF).³⁻⁵

Implementam-se as estratégias efetivas na detecção precoce do câncer de mama pela ESF, no sentido de *romper os muros* dos serviços de saúde, pelo Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, de 2011, que tem, como principal objetivo, o fortalecimento do desenvolvimento regional da rede de atendimento à população nos três níveis de atenção à saúde e a articulação de ações para o aumento da cobertura mamográfica em todo território nacional, prioritariamente em favor das mulheres de 50 e 69 anos de idade.⁶

Explica-se o fato de que, segundo o Ministério da Saúde, existem evidências científicas que justifiquem estratégias específicas desde o momento da detecção precoce, até o da reabilitação e dos cuidados paliativos, dirigidas, também, ao controle das doenças crônicas não transmissíveis como consta da Política Nacional de Atenção Oncológica.⁶ Compreendem-se tais estratégias a identificação e a convocação de mulheres elegíveis para o programa; a realização de agendamento regulado e organizado; o

provimento do atendimento nos serviços da atenção especializada de média e alta complexidades para os casos que necessitem de intervenções e cuidados por alterações no exame mamográfico.¹⁻⁶

Apresentam-se avanços no controle do câncer no Brasil desde 1999, mas ainda há falta de respostas. Detecta-se isso porque a prática terapêutica está centrada na assistência hospitalar especializada de alta complexidade tecnológica e desintegrada com ações de controle mais efetivas para a redução da mortalidade, como a detecção precoce em fase inicial do diagnóstico de cânceres prevalentes que se beneficiam dessas estratégias.³⁻⁶ Infere-se que vários são os motivos que levaram a essa tensão no campo da produção do cuidado e um deles é o papel central que os médicos especialistas têm nas disputas com outras categorias no campo da saúde e com as várias especialidades, no interior da Medicina, utilizando argumentos técnico-científicos no sentido de intensificar o seu papel na medicalização da vida.⁷

Organizou-se o modelo tecnoassistencial inicial do SUS em níveis de complexidade na atenção à saúde revelando-se as barreiras existentes entre esses níveis e dificultando-se a constituição de rede. Ganhou-se a diretriz da regionalização, ou seja, a articulação entre os municípios para configurar um sistema cooperativo na oferta de serviços de saúde, materialidade nos anos 2001-2002 com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS).⁸ Haver-se-ia, na base larga do SUS municipal, um conjunto de unidades de saúde responsáveis pela Atenção Primária (AP) assegurando-se acesso a toda a população como *porta de entrada* para os outros níveis de maior densidade tecnológica, caso necessário. Situar-se-iam, no segundo nível hierárquico do SUS, os serviços de atenção secundária com as especialidades clínicas e cirúrgicas, apoio diagnóstico e terapêutico, urgência e emergência. Localizar-se-iam, na ponta do SUS, os serviços de maior densidade tecnológica e alto custo.⁶ Buscam-se pelos usuários, entretanto, no trajeto terapêutico, as ofertas de cuidado nos três níveis do SUS, resistindo-se ao planejamento normativo assistencial do SUS por se moverem por outras lógicas, tais como a das necessidades em saúde.⁹

Demonstram-se, pela sustentabilidade dos sistemas de saúde baseada nos modelos médico-hospitalocêntricos, evidentes sinais de esgotamento necessitando-se traçar outras estratégias. Vem-se comprovando, nesse sentido, a AP como um elemento-chave na

constituição dos sistemas nacionais de saúde com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica garantindo-se o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população.⁶

Remete-se às tecnologias de saúde, por um outro modo de abordar o cuidado, classificando-as como leve, leves-dura ou dura. Representa-se a tecnologia dura pelo material concreto como os equipamentos e os mobiliários; a tecnologia leve-dura refere-se aos saberes estruturados representados pelas disciplinas como a Clínica, a Epidemiologia, entre outras, e a tecnologia leve expressa-se no processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com as necessidades de ações de saúde.¹⁰

Propõe-se, por sua vez, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a organização da rede de serviços com ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.⁶ Pretende-se trabalhar com um saber integrado nas equipes e desenvolvido por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. Assume-se a responsabilidade sanitária, pelas equipes de saúde da família, no reconhecimento do câncer como uma doença crônica prevenível baseada na dinamicidade existente no território em que vivem essas populações para as quais é ofertado o cuidado.⁶ Tornam-se essenciais as ações educativas realizadas pelo enfermeiro para concretizar e dar visibilidade a esse profissional no contexto da equipe multidisciplinar.¹¹

Usam-se, na AP, tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Materializam-se horizontalmente práticas no primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde orientadas pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social na continuidade da atenção.¹⁻⁶

Discutem-se, como necessários, os diferentes modos de compreender a realidade e sobre ela atuar, explicando-se as questões que envolvem a assistência hospitalar nessa articulação transversal que supostamente confere maior visibilidade aos fatores que coloquem a população em risco.¹⁰ Refere-se a qual serviço, na rede, será acionado e,

supostamente, deverá ser um dos lugares principais nos quais se deve politizar o sentido das ações de saúde e entender que é fundamental reconhecer os atores sociais envolvidos que, constantemente, disputam os vários espaços institucionais (microssistema) ou as formulações das políticas de saúde (macrossistema) democráticas no campo da gestão das redes de serviços de saúde no SUS.¹⁰

Entende-se que uma das ferramentas para ampliar e organizar a oferta de serviços e ações de saúde é o Sistema de Regulação Nacional (SISREG) ambulatorial do SUS destinado a regular as consultas ambulatoriais especializadas e os exames complementares cujo acesso tem limite pelo lado da oferta e, portanto, reservar as vagas somente àqueles com indicação clínica precisa e baseada nas melhores evidências disponíveis.⁶

OBJETIVO

- Investigar a trajetória de uma usuária com câncer de mama cuidada por uma equipe de Saúde da Família e por profissionais de um Hospital de Assistência Especializada.

MÉTODO

Informa-se que os participantes desta pesquisa foram uma usuária do SUS com câncer de mama, em tratamento, residente em área coberta por equipe de saúde da família, quatro enfermeiras e um médico que atuam na ESF e uma enfermeira que atua na AE, todos localizados na cidade do Rio de Janeiro. Seguiram-se as recomendações da resolução nº 466/2012.¹² Aprovou-se o projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisas (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sob o Parecer nº 782.530 e CAEE: 30193914.4.3002.5279.

Trata-se de um estudo de caso único, denominado << Caso Lola >>, com emprego do método qualitativo, que produz explicações contextuais com ênfase no significado (mais que na frequência) do fenômeno.¹³⁻⁴ Deu-se a escolha dos participantes obedecendo a critérios de elegibilidade com uma amostra proposital. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas e coleta de material textual em prontuários físico e eletrônico. Possibilitou-se, pela entrevista, a interação com os participantes e suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sobre uma questão específica em um ambiente não constrangedor.¹⁴

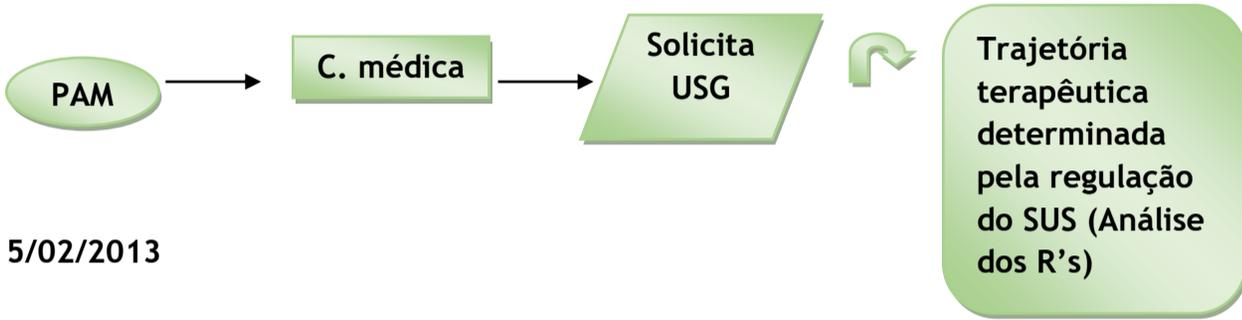
Utilizou-se, para traçar a trajetória da usuária, um fluxograma, que é um diagrama usado em diferentes campos de conhecimento

e, neste estudo, propiciou desenhar um modo de organização de certo processo de trabalho com os seguintes símbolos: a elipse como o início ou o fim de uma cadeia produtiva; o retângulo mostra trabalhos realizados nessa

cadeia; o losango representa momentos de decisão; o paralelogramo acrescenta dados ou informações relevantes para a análise do processo produtivo e a letra R representa os ruídos¹⁰ (Figura 1).

Análise do Caso por meio do Fluxograma Analisador

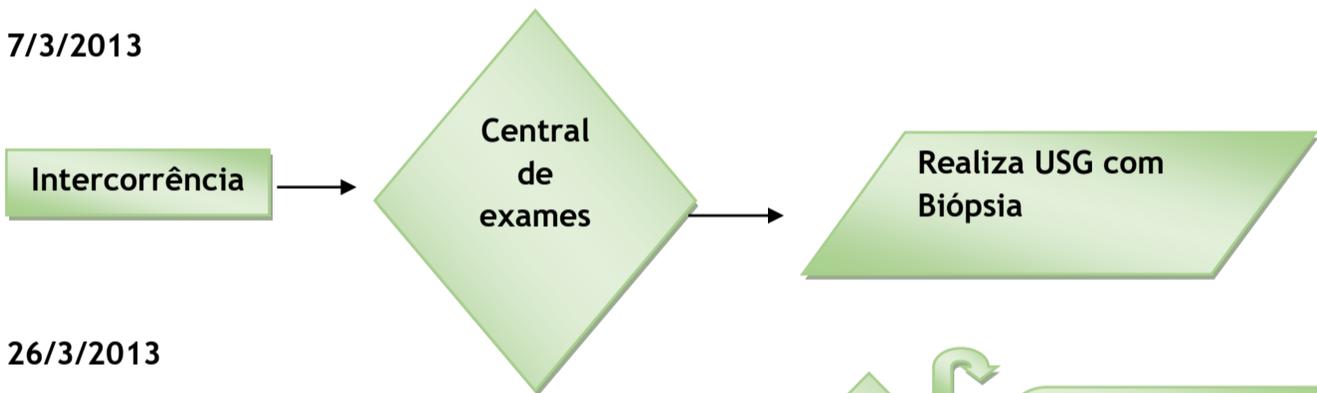
4/2/2013



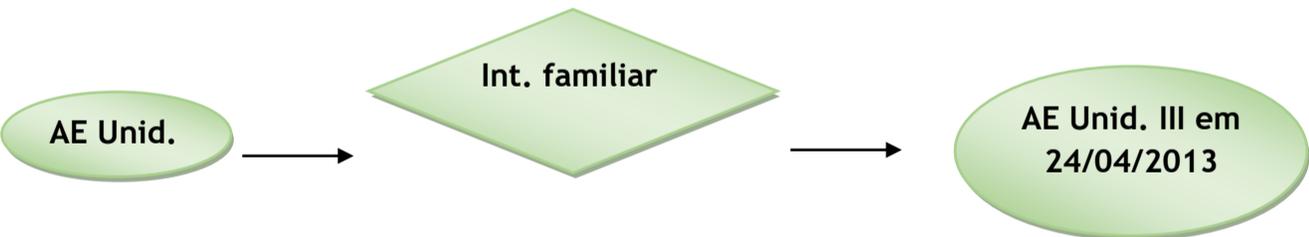
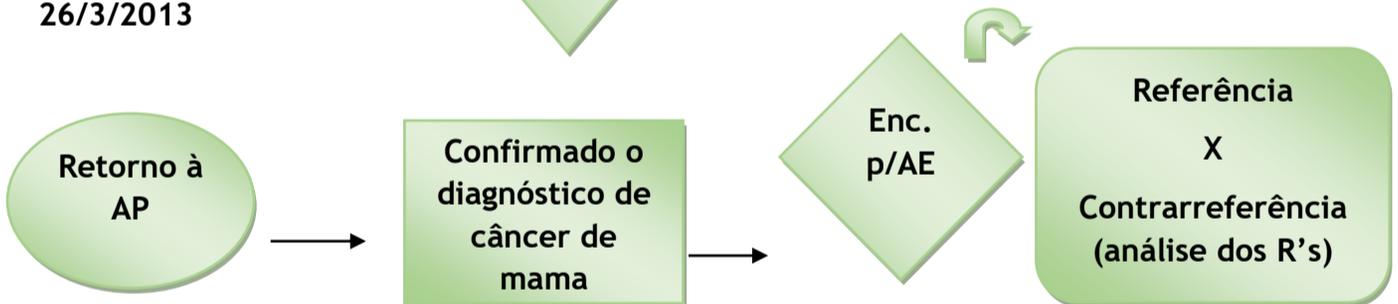
5/02/2013



7/3/2013



26/3/2013



10/5/2013



10/5/2013

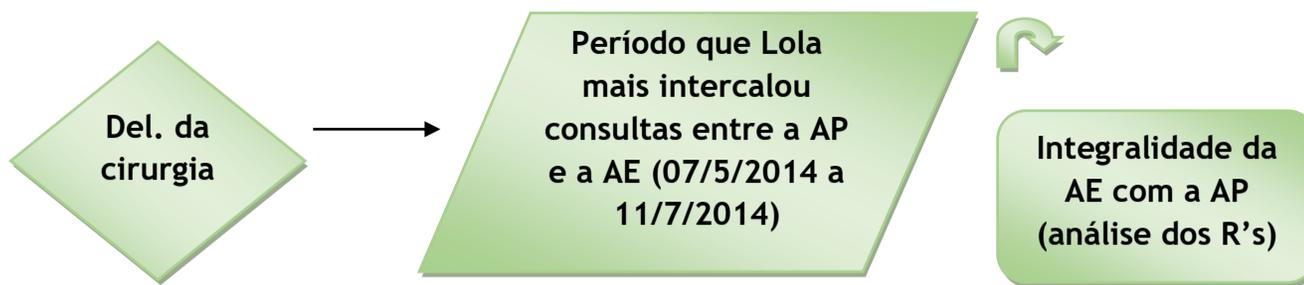


Figura 1. Fluxograma do diagnóstico de câncer de mama até o tratamento no Rio de Janeiro (RJ), 2014.

Siglas: PAM = Posto de Atendimento Médico; C. = Consulta; USG = Ultrassonografia; ACS = Agente Comunitário de Saúde; PSF = Programa de Saúde da Família; AP = Atenção Primária; AE = Atenção Especializada; Int. = Interferência; Unid. = Unidade; TC = Tomografia Computadorizada; Del. = Deliberação, R = Ruídos.

RESULTADOS

Aplicou-se o referencial da Análise de Conteúdo por similaridade para descobrir os núcleos de sentido que compuseram as falas nos vários momentos das entrevistas.¹⁵

Descrição do Caso Lola: a usuária na sua trajetória

Estudou-se detalhadamente o prontuário da usuária Lola na AE. Estava-se em transição, na Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual a usuária estava adscrita, para um prontuário eletrônico não acessado pelos pesquisadores deste estudo. Informa-se, pelos registros no prontuário na AE, que a usuária Lola é branca, na época com 61 anos, alfabetizada, doméstica, casada e evangélica. Desconhece-se seu grupo sanguíneo e ela é hipertensa em tratamento há 15 anos. Revelou-se que ela é ex-tabagista, tinha 15 anos quando começou a fumar e parou aos 28 anos. Levantou-se que o câncer de mama foi o primeiro caso na família de Lola e que sua primeira menstruação foi aos 16 anos e a última, aos 50 anos. Detalha-se que ela engravidou, pela primeira vez, aos 20 anos e a última, aos 40 anos, e que teve duas gestações tubárias: uma resultou em aborto espontâneo e outra, no nascimento de um bebê, por cesariana, amamentado por 48 meses. Utilizaram-se pílulas anticoncepcionais por ela, que nunca fez reposição hormonal.

Acessou-se, pela primeira vez, o serviço de saúde na AP pela usuária em 2013. Tratava-se Lola, até então, em um Posto de Assistência Médica (PAM) próximo ao seu local de trabalho. Revela-se que ela foi adscrita a uma UBS porque o SISREG determina que, ao obter o diagnóstico de câncer em consulta de rotina com a ginecologista, o encaminhamento à assistência especializada deve ter como ponto de partida a AP. Apresentavam-se sinais da doença na mama há aproximadamente um ano por Lola, que associava suas queixas de dor ao fato de carregar bolsas pesadas de compras de

alimentos. Averiguou-se que, com um pedido de ultrassonografia (USG) em mãos, solicitado pela ginecologista do PAM (atual Policlínica), ela começou a sua *peregrinação*, fez o exame e marcou a primeira consulta médica na AP para o dia 5/2/2013.

Destacam-se algumas falas de Lola ao primeiro contato com a equipe da AP.

[...] aí, a agente de saúde marcou para mim o doutor. [...] ela me deu encaminhamento. [...] aí, a agente de saúde foi e marcou para mim. [...] quando eu já peguei o resultado, eu não fui para lá mais, eu já fui aqui! (U1-Lola).

[...] bom, eu, um dia, senti um negócio queimando assim, aí, eu olhei assim, aquilo vermelho, aí, eu botei a mão, era um caroço, mas, aí, eu pensei assim: “Como eu carrego muito peso, pode ser as bolsas de mercado”. Nunca imaginei que eu poderia um dia passar por isso [...] aí, agora, eu descobri, ainda passei um tempão sem ir para o médico, fiquei mais de um ano [...]. (U1-Lola).

Apresenta-se a análise com o suporte do *Fluxograma Analisador* do modelo de atenção de um serviço de saúde e com as narrativas da usuária configurando-se o seu Itinerário Terapêutico (IT) pelos serviços.¹⁰ Discutiram-se, também, a valorização social das especialidades e o (des) cuidado das redes em saúde no município Rio de Janeiro com a definição dos fluxos com base no SISREG ambulatorial do SUS.

Interveio-se, primeiramente, a equipe da AP, para diagnosticar o câncer em Lola e referenciá-lo com o compromisso da interlocução via sistema de regulação. Fez-se perceptível, pela regulação normatizada pelo SISREG, a necessidade de atenção planejada e coordenada de modo a resolver o problema de saúde de acordo com as necessidades demandadas pelo usuário, ou seja, a reconquista da saúde, do seu bem-estar e o retorno ao seu ambiente social.¹⁶

Perceberam-se, pela usuária, os ruídos observados no *Fluxograma Analisador* como uma obrigatoriedade da atenção em um território delimitado. Remeteu-se ao pensamento, dos pesquisadores, de que o poder se encontra no sujeito como se ele o possuísse por cessão, herança ou contrato provindo de outro sujeito. Acredita-se, entretanto, que o poder é sempre efeito de *relação de poder*.¹⁷ Vivem-se, no processo de trabalho em saúde, relações hierarquizadas de poder representadas pelo poder da Medicina e são as relações entre o outro e o eu o ponto de partida constituidor de qualquer realidade humana.¹⁸

Revelam-se essas relações de poder na gestão dos IT revestida na ferramenta tecnológica do SISREG e que Lola foi fruto da relação humana estabelecida de forma singular e legítima entre os sujeitos.¹⁸ Verifica-se, assim, que, na micropolítica dos encontros que compõem a sua existência, se identificam os lugares de territorialização e expressividade nos distintos campos de práticas que vão se instituindo nesse caminhar. Partindo-se estes, na maioria das vezes, da capacidade que o usuário como guia pode ter de levar o outro pelo seu nomadismo, fazendo-o perceber, junto com ele, os vários planos de conexões que operam e se produzem na sua experiência de produção de si.¹⁰

Destaca-se que melhorar a capacidade de acolhimento nem sempre amplia o acesso, bem como a detecção precoce de agravos e de intercorrências agudas não garante o acompanhamento de usuários com problemas de saúde para os quais a AP se coloca à margem das ações padronizadas. Devem-se creditar esses fatos à experiência do SUS para conseguir legitimidade dos usuários na aposta de adequar os serviços no quais se busca correlacionar a gestão compartilhada nas suas três esferas e atender às necessidades de saúde dos usuários de maneira ampliada.²⁰ Mostra-se, por essas experiências, que as redes de atenção ainda são tecidas habilmente pelos usuários. Continuam-se a impactar, pelos entraves do sistema em suas relações micropolíticas, de modo radical, os usuários acometidos por neoplasias. Adverte-se que estratégias de prevenção primária para esse tipo de câncer não são totalmente viáveis, além de ser de alto custo.⁴

Favoreceu-se a criação de espaços multiprofissionais com horizontalidade nas relações de poder com novos sujeitos inseridos durante o segundo momento de *Lola* em seu IT, com novas estratégias nas intervenções da AE. Recaiu-se a ênfase nas ações de

prevenção secundária com a finalidade de alterar o curso da enfermidade. Considera-se que, nessa fase, quanto mais cedo se identificar a lesão, maior a possibilidade de controle e menor a morbidade imposta pelo tratamento.⁴

Entende-se que o fato de Lola se direcionar para a realização de exames nos níveis de média complexidade tecnológica (Centro de Imagem Estadual) e retornar à AP não valorizou a participação dos profissionais da AE. Resultou-se, então, em dificuldade de acesso à Unidade de Assistência Especializada e produziram-se a confirmação do diagnóstico e o início do tratamento cirúrgico e quimioterápico tardiamente.

DISCUSSÃO

Produz-se na ESF, *porta de entrada e coordenação do cuidado* no SUS, um paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que *amplia o acesso*, ela *barra o acesso* dado cuja condicionalidade é a mesma: a territorialização do vínculo das pessoas aos serviços de saúde. Trabalhava-se a usuária como empregada doméstica na casa de uma família em uma área não coberta da AP, responsável pelo território da casa de moradia de Lola. Acrescenta-se, como consequência, a impossibilidade de Lola estar em sua própria casa no horário de trabalho da AP, e a limitação decorrente do fato de o horário de funcionamento da AP ser concomitante ao horário de trabalho de Lola levou-a a buscar outro serviço de saúde, no caso, um Posto de Assistência Médica, para cuidar de sua saúde.

Compreende-se que definir o grau de liberdade que uma pessoa pode exercer para circular pelo Sistema Público de Saúde tem implicações não controláveis sendo uma delas, e que afeta a muitos diretamente, a situação vivida por Lola, que frequentava a médica ginecologista e, não, o médico generalista. Observou-se por Lola, ao narrar sobre o *caroço* (fala da entrevistada), que algo surgido acima do seu seio direito não estava bem em seu corpo. Recorreu-se, assim, no exercício de sua liberdade de buscar por ajuda no serviço de saúde, à ginecologista, uma rotina na vida dela.

Vivenciou-se por Lola um momento de transição no SUS entre o da ausência de planejamento de um conjunto de serviços de saúde desconexos, como era, até então, a saúde no município do Rio de Janeiro, e o de um planejamento normativo que define os caminhos das pessoas desde a sua entrada, até a saída, incluído o trânsito interno que elas devem percorrer no SUS via ferramenta SISREG. Prejudicou-se Lola por esse momento

de transição porque o sistema se revelou inflexível desconsiderando o autogoverno dos usuários.

Diz-se que, ao elaborar os regulamentos nos espaços de trabalho seja na AE, setor que garante maior acúmulo de tecnologias e capital, ou na AP, setor que possibilita maior integralidade com ações de cuidado baseadas no acolhimento e no vínculo com as práticas de cuidados de naturezas diversas, produz-se mais vida para os usuários. Contrapõe-se a afirmação acima ao poder acumulado por aqueles que produzem os regulamentos, as normas e as rotinas e perpetuam a submissão dos trabalhadores de saúde como se não fossem estes que cuidam cotidianamente.

Mostra-se a cidade do Rio de Janeiro com a maior disponibilidade de serviços públicos de saúde que compõem o SUS em comparação a outros Estados do Brasil caracterizando-se pela oferta de ações de média e alta densidade tecnológica. Observam-se, entretanto, limitações quanto à qualidade e à capacidade de resposta dos serviços, mesmo após a implantação do SISREG. Normatizam-se os acessos dos usuários aos serviços pela impossibilidade de burlar o sistema informatizado e, ao se analisar criticamente os seus elementos, poder-se-ia reconhecer uma potência em relação à resolutividade da APS, na renovação do planejamento no âmbito do SUS, que auxiliaria o trabalhador a participar o usuário em relações sociais mais saudáveis.²¹

Evidenciam-se, ao se estabelecer a *triangulação* entre as duas pontas do Sistema de Saúde com a usuária, esses questionamentos, por meio dos ruídos e das categorias analisadas com os conteúdos das falas, revelando que as redes não se articulam, no que se refere ao câncer de mama, os profissionais não dialogam e o que o sujeito faz o seu próprio caminhar, sua própria *peregrinação* pelas redes de serviços.

Busca-se, pelo usuário, da mesma forma que os participantes desta pesquisa afirmam a necessidade de mudar a sua condição de *assujeitados* pelo sistema, ao produzir resistência, exercer sua cidadania junto aos profissionais e estes, por sua vez, buscam melhores modos de cuidar do outro.

CONCLUSÃO

Estudou-se a trajetória de Lola, em dois níveis de atenção, pelos profissionais responsáveis pela longitudinalidade do cuidado de uma pessoa com câncer de mama. Percebeu-se que as redes AP e AE não se articulam, os profissionais não dialogam entre

si e o sujeito faz o seu próprio caminhar-peregrinação pelas redes de serviços ora se assujeitando, ora produzindo resistência. Argumenta-se que os efeitos aparentes da descentralização são problemas de um sistema instituído e do movimento quase ausente para o avanço da integralidade em uma rede territorializada. Reduz-se, pelo confronto entre a AP e a AE, a oportunidade de dialogar entre si e com o sujeito do cuidado.

Convence-se, por protocolos baseados em estudos epidemiológicos que geram as evidências científicas, de que há pouca flexibilidade e sensibilidade para deixar fruir a relação interpessoal. Moldam-se as situações por esses profissionais aprisionados por saberes e práticas que consolidam um *fazimento* capturado pela rigidez dos dispositivos legais e científicos.

Conclui-se que os fluxos são incoerentes com o princípio do SUS porque não se sustentam nas necessidades do usuário que realiza seus exames em locais distantes de sua residência, retornam em outro momento para buscar o laudo e são induzidos a voltar à AP para que sejam referenciados, em um percurso tardio até chegar à AE, no que se refere ao câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu tratamento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2014 Mar 08]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
2. Bushatsky M, Barros MBSC, Cabral LR, Cabral JR, Bezerra JRS, Figueira Filho ASS. Breast cancer: prevention actions in the family health strategy. J res fudam care. 2014 Apr/June; 6 (2): 663-75. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i2.663-675>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria GM/MS n. 26, de 12 de junho de 2015. Aprova os requisitos para submissão e análise de proposta de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologia em saúde no SUS, por iniciativa do Ministério da Saúde e de Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 May 15]. Available from:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/scie/2015/prt0026_12_06_2015.html

4. Oshiro ML, Bergmann A, Silva RG, Costa KC, Travaim IEB, Silva GB, Thuler LCS. Advanced breast cancer as a sentinel event for the evaluation of the breast cancer early detection program in the midwest of Brazil. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 17]; 60 (1):15-23. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/index.asp?conteudo=n_60/v01/sumario.asp&volume=60&numero=1.

5. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço [Internet]. 3rd ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008 [cited 2018 June 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf

6. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2014 Mar 17]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

7. Gomes LB. A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou fora delas [thesis] [Internet]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2016 [cited 2018 June 18]. Available from: https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=forums&srcid=MDkyNTc0NDQwNzE3NzkzNDU4NDI_BMTY1NTkyMzA0NTk1Nzg4ODczNDABeW9RX0hMbVBCd0FKATAuMQEBdjl&authuser=0

8. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre os princípios do sistema único de saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [cited 2016 Nov 23]. www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arg_doc/noas_sus2001.pdf

9. Merhy EE. Effects over the invitation to build a common space among health planning and management policymakers in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2275-84. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232010155.11302015>

10. Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

11. Schwartz MP, Sá SPC. Educational action of the nurse in preoperative of making stoma bowel: an integrative review. *J Nurs UFPE On line*. 2013 Oct; 7(10):6233-7. Doi: [10.5205/reuol.4397-36888-6-ED.0710esp201323](https://doi.org/10.5205/reuol.4397-36888-6-ED.0710esp201323)

12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 Feb 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

13. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4th ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

14. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerations on qualitative research as a mean to study health humanization actions. *Saúde Soc*. 2004 Sept/Dec; 13(3):44-57. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300006>

15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.

16. Sonobe HM, Buetto LS, Zago MMF. Cancer patients' knowledge about their legal rights. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Apr; 45(2):342-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200006>

17. Silva Sobrinho HF. Análise do discurso e a insuportável luta de classes na teoria e na prática. In: Tfouni LV, Monte-Serrat DM, Chiartetti P. organizadores. *A análise do discurso e suas interfaces*. São Carlos: Pedro e João Editores; 2011. p. 17-40.

18. Lei nº. 12.732 de 22 de novembro de 2012 (BR). Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2012 Nov 22 [cited 2018 Apr 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm

19. Raimundi DM, Ferreira FF, Lima FCA, Siqueira VCA. Analysis of family clinical, vision of service nurses. *Rev esc enferm USP*. 2016 June; 50 (Spe):130-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300019>.

1. a20. Smeltzer CS, Bare GB. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* - Brunner Suddarth. 12nd ed. Rio de Janeiro: Guarnabara Koogan; 2011.

20. Mattos RA, Baptista TWF. *Caminhos para análise das políticas de saúde* [Internet]. Porto Alegre: Rede Reunida; 2015 [cited 2018 May 05]. Available from:

<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>

Submissão: 25/07/2018

Aceito: 23/09/2018

Publicado: 01/11/2018

Correspondência

Durval Diniz Raimundo
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle /
UNIRIO
Rua Mariz e Barros, 775
Bairro Tijuca
CEP: 20207-004 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil