



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

**MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA: DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA**

DURVAL DINIZ RAIMUNDO

Orientadora: Prof^a Dr^a FÁTIMA TERESINHA SCARPARO CUNHA

RIO DE JANEIRO – RJ

Março de 2015



**MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE
MAMA: DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA**

DURVAL DINIZ RAIMUNDO

Dissertação apresentada à banca como requisito para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª FÁTIMA TERESINHA SCARPARO CUNHA

RIO DE JANEIRO – RJ

Março de 2015

Raimundo, Durval Diniz.

R153 Micropolítica do cuidado do cliente com câncer de mama: da atenção primária em saúde à assistência especializada / Durval Diniz Raimundo, 2015.
89f. ; 30cm

Orientador: Fátima Teresinha Scarparo Cunha.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Política de saúde - Rio de Janeiro (RJ). 2. Mamas – Câncer. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Assistência integral à saúde. I. Cunha, Fátima Teresinha Scarparo. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2015). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 362.1098153

Durval Diniz Raimundo

**MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA: DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA**

Dissertação apresentada à banca como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 20 de março de 2015.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a. Fátima Teresinha Scarparo Cunha
PRESIDENTE

Prof^o Dr. Pedro Fredemir Palha
PRIMEIRO EXAMINADOR EXTERNO

Prof^a Dr^a. Enirtes Caetano Prates Melo
SEGUNDO EXAMINADOR INTERNO

Prof^o Dr. Wellington Mendonça de Amorim
SUPLENTE INTERNO

Prof^o Dr. Luiz Henrique Chad Pellon
SUPLENTE EXTERNO

“Disse-lhe que era consequência de uma doença antiga, uma doença que estava voltando e se resolvia na febre. Como agora a febre não vinha, era sinal de que seus dias estavam contados, e ele preferia se adiantar ao sofrimento da morte inevitável”.

(Nove Noites - Bernardo Carvalho)

Seja-lhe como a veste que o cobre, como um cinto que o cinja para sempre.

Esta, a paga do Senhor àqueles que me acusam e que só dizem mal de mim.

Mas vós, Senhor Deus, tratai-me segundo a honra de vosso nome.

Salmo 108; v.19, 20 e 21.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos excelentes profissionais envolvidos com a Estratégia Saúde da Família na CAP 3.1 no Rio de Janeiro e do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) que lutam dia após dia, ao longo dos anos, para qualificar o processo de trabalho na micropolítica neste momento da construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS: *ESF /CAP 3.1*; Marcia Reis, Hans Fernando Rocha Dohmann, André Paes Ramos, Renata Jordão, Cristiane Saad, Dr. Hugo Marques Fagundes, Dr. Daniel Soranz, Dr. Adalberto, Jander Almeida, Janaina Vianna Balmante, Cristina Liberatori Velasques, Dulcilente Motta Guimarães, Cintia de Souza de Aguiar, Daniele Martins dos Santos, Fernanda Maria Gonçalves Barcelos Ferreira, Debora Silva de Oliveira, Keila do Nascimento Moreira, Bruna Silva de Carvalho, Wagner José Silva de Souza, Ana Paula Oliveira Souza, Claudia Souza da Silva, Denise Souza Gonçalves, Irís Marcia Pereira da Silva e Dr. Paulo Roberto Silva Cabral. *INCA*; Maria Inêz Rocha Moita, Maria Teresa dos Santos Guedes, Maria Luiza Figueiredo Nogueira, Maria Cristina Marques dos Santos, Andréia Cordeiro Azevedo (NAPE HCIII), Marcia Santos, Maria Goreth Coelho Martins, Júlia Meireles da Costa, Raimunda Soares da Silva, Aureonice Pinto Rodrigues Marinho, Flávia Zachariasdes Areias, Maria do Carmo de O. da Silva, Luzierson Campos, Milta da “plástica”, Marília da “plástica”, Maria das Dores Cruz, Verinha do “tórax”, Verinha “aposentada”, Denise Arruda, Célia Helena F. da Costa, Dulcinéia Silva, Valéria Aparecida S. Costa, Italva Magalhães Figueiredo, Maria da Penha Schwartz, Nilsiara de Souza Lusial, Sonia Regina Aguiar Souza Springer, Ailse Bitencourt, Valdete de Oliveira, Roseli Lopes, Vanda Lúcia Alves da Silva, Jorge Nonato, Narthaniele Santos, Izabella Costa, Fernando Luiz Dias, Terence Farias, Pedro Medeiros, Ulyyanov Toscano e Emilson Freitas.

A minha amiga, professora e coordenadora da Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac/USC, Dr^a Milda Izaac Telles.

As enfermeiras do nosso grupo de estudo da UNIRIO, Edna Ferreira e Janaina Leung. Muito grato a vocês.

Aos pequenos filhos; Juliana Pereira Diniz Raimundo e Rafael Ribeiro Diniz Raimundo, minha querida esposa Letícia Andrade Ribeiro, que me apoiou nos momentos mais difíceis e nos momentos de alegria durante o preparatório para cursar o mestrado e ao meu irmão Marcelo Diniz Raimundo.

Ao grande amigo e compadre Ricardo “Patropi”, que me ensina a cada dia o valor de uma verdadeira amizade.

A orientadora por juntos nos emocionarmos e nos alegramos com “Machado de Assis, Emerson Elias Merhy, Bernardo Carvalho, Edgar Morin, Michel Foucault, Paulo Freire, Louis Althusser, Michel Pêcheux, entre outros”: Dr^a Fátima Teresinha Scarparo Cunha.

Aos meus pais Maria José Diniz Raimundo e Durval Raimundo que não estão mais presentes neste mundo, mas atuando entre nós.

AGRADECIMENTOS

- Aos professores da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), em especial Fátima Teresinha Scarparo Cunha, Liliana Angel Vargas, Enirtes Caetano Prates Melo, Luiz Carlos Santiago, Luiz Henrique Chad Pellon, Welington Mendonça de Amorin, Nebia Maria Almeida Figueiredo, Teresa Tonini, Roberto Carlos Lyra da Silva e Carlos Roberto Lyra da Silva.
- Aos professores Emerson Elias Merhy (UFRJ), Fátima Lima (UFRJ), Pedro Fredemir Palha (USP), Elaine Paiva Assolini (USP), Rose Rosa (UFF) e Dayse Mary Correia (UFF).
- Aos integrantes do nosso grupo coletivo “Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde”.
- Aos meus amigos do curso de mestrado da UNIRIO, em especial, Maria Cristina Marques dos Santos, Ana Lucia, Carolina P. C. Farias e Selma de Almeida pelos momentos de convívio, pelos trabalhos em grupo. Foi muito bom ter vocês como amigos.
- Pela vida e momentos de felicidade agradeço aos meus amigos da Clínica São Vicente da Gávea; Eliane Monteiro, Viviane Canêdo, Gisele Lobato, Luiz Roberto Londres, Rafael Lourenço do Jorge, Bianca Dias, Adriana Gonçalves, Luiz Claudio Barbosa, Luiz Carlos Santiago (Luizinho), Mônica Godinho da Silva, Analu Ribeiro Jamorigo, Jaqueline Gold Bittencourt, Jaqueline Monteiro Pires, Graziela M. Fortunato Mochernak, Andréa Luiza Felipe, Joselena de Fátima Giagio, Érica Graciolli da Cruz, Darci Felipe Pereira de Souza, Alex de Souza Menezes, Lúcia Jorge, Claudia dos Santos, Elizete da Silva (Lili do DP), Janete de Assis Oliveira, Rosângela Guararema da Silva, Cristiane Celene Silva, Luciana Vieira Alves, Priscila Pereira da Silva, Célia Maria Diniz, Bárbara Cristina do S. Drumont, Juliana Torres da Silva, Nilson José Soares do Nascimento, Mary Neiva da Silva Monteiro, Sonia Oliveira Silva, Sonia Maria Silva de Lemos, Lilian Sanchez de Oliveira, Lúvia Coimbra Peres, Fernanda Rodrigues Santos, Fabiana Marthins Silva, Simone de Souza Marques, Marcelo de Paulo Belmont, Elen dos Anjos, Jorge de Oliveira, Renata Rodrigues, Cosme José de Freitas (Cosminho), Eleontino Ferreira dos Santos (Léo), Luci Soares da Silva (comandante guerreiro), José Sergio do Nascimento, Flávia Brum, Marcia Azevedo, Ilaine Lima, Carlos Medeiros, Soraya da C. Melo, Eliane Pissurno, Luzimar Elena Castro Gomes, Aécio Quaresma Soares, Davis Machado Gomes, Érica Ferreira Pontes da Rocha, Renata Rodrigues, Tiago Souza de Deus, Pedro Túlio, Geraldo Gonçalves, João Adisson e Bruno Nahoum Moraes Jardim e Pedro Binato. Aos ex-funcionários: Antônio Carlos Fernando Arnaldo, Andreza Lacerda, Daniela Negraes Pereira Rego, Flávio de Jesus e Luciana Araújo.

RESUMO

O estágio avançado do câncer de mama, muitas vezes intratável, em que o cliente, homem ou mulher, chega ao hospital de referência é um indicador do grau de organização e capacidade de resposta do sistema de saúde, visto que, por essa lógica, a Atenção Básica deveria detectar precocemente o câncer antes de ele entrar no estágio avançado. Este estudo teve por objetivo investigar a trajetória da cliente com câncer de mama na micropolítica da ESF/AP 3.1 até uma Unidade Hospitalar Especializada no Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo exploratório retrospectivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Realizou-se entrevista semiestruturada com análise de conteúdo e análise de material escrito em prontuários físicos e eletrônicos de uma cliente com câncer de mama em tratamento em 2014. Foram realizadas entrevistas com quatro profissionais enfermeiros (as) que atuam na ESF e na assistência especializada e um profissional médico da ESF. O estudo evidenciou que é insuficiente a comunicação e articulação entre os profissionais na rede de serviço no cuidado da cliente com câncer de mama no Rio de Janeiro, sem liberdade e com dificuldades na trajetória de cuidados no interior do SUS. A organização do trabalho e o vínculo com a população há pouca flexibilidade e sensibilidade para promover relação interpessoal e integrar os profissionais dos dois níveis de complexidade do SUS. Conclui-se que as atividades em redes não se articulam no que se refere ao câncer de mama, os profissionais não dialogam entre si e o sujeito faz o seu próprio caminhar-peregrinação pelas redes de serviços.

Palavras chave: Política de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The advanced stage of breast cancer, often untreatable, in which patients, man or woman, comes to hospitals of reference is an indicator of the degree of organization and responsiveness of the health system, since, Primary attention should detect early cancer before it enters in an advanced stage. This study aimed to investigate the client's journey with breast cancer in micro ESF / AP 3.1 to a Unit Specialized Hospital in Rio de Janeiro. It is a retrospective exploratory study with qualitative approach of a case study. We conducted semi-structured interviews with content analysis and analysis of written material in physical and electronic records of a client with breast cancer treatment in 2014. Interviews were conducted with four professional nurses, who work in the FHS and expert assistance and a doctor of ESF. The study demonstrates that there is insufficient communication and coordination between professionals in the service network of breast cancer in Rio de Janeiro. There is no professional freedom and difficulties are observed regarding the trajectories needed to be done in the SUS network to offer complete care to patients. Regarding the organization of work and the link with the population, it is possible to highlight that there is little flexibility and sensitivity to promote interpersonal relationships and to integrate professionals of the two levels of complexity of the SUS. We conclude that the activities on networks in breast cancer are not articulated. Professionals do not talk to one another and patients make their own walk-pilgrimage throughout service networks.

Key words: Health policy; Comprehensive Health Care; Access to Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmide hierárquica dos níveis de complexidade do SUS.....	06
Figura 2 – Tabela. Publicações nacionais publicadas entre os anos de 2005 a 2014.....	24
Figura 3 – Fluxograma do percurso terapêutico da cliente “Lola”	43
Figura 4 – Diagrama 1. Relação multiprofissional durante as consultas no PSF e na AE no primeiro ano de tratamento da cliente “Lola”	45
Figura 5 – Diagrama 2. Relação multiprofissional durante as consultas no PSF e na AE no segundo ano de tratamento da cliente “Lola”	45

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde

ABS – Atenção Básica em Saúde

AP – Áreas de Planejamento

AB – Atenção Básica

AE – Atenção Especializada

AEM – Autoexame de mamas

CAPs – Coordenações de Áreas de Planejamento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

CACON – Centros de Alta Complexidade em Oncologia

CF – Clínica da Família

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CMS – Centros Municipais de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

IT – Itinerário Terapêutico

MS – Ministério da Saúde

NOB/98 - Norma Operacional Básica (NOB SUS/98)

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações Não-Governamentais

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNA – Política Nacional de Atenção

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção a Saúde

R – Ruído

SMSDC-RJ – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro

SMSRJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SISREG – Sistema de Regulação Nacional Ambulatorial do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	03
1 Contextualizando o problema de investigação.....	03
1.2 Micropolítica do Trabalho nos Serviços da Atenção Primária de Saúde.....	13
1.3 Micropolítica do Trabalho nos Serviços da Atenção especializada.....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1 Classificação das tecnologias em saúde.....	18
2.2 Micropolítica do trabalho.....	20
2.3 A Enfermagem na Micropolítica do trabalho.....	21
3 METODOLOGIA.....	26
3.1 Local e sujeitos.....	26
3.2 Tipo de estudo.....	26
3.3 Procedimentos para a coleta e análise de dados.....	29
3.4 Critérios de elegibilidade do cliente com câncer de mama.....	29
3.5 Critérios de inclusão da cliente com câncer de mama.....	29
3.6 Critérios de exclusão da cliente com câncer de mama.....	30
3.7 Procedimentos para coleta de dados.....	30
3.8 Método de Análise.....	30
3.9 Aspectos éticos da pesquisa.....	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
4.1 O Caso “Lola”: a cliente na sua trajetória.....	31
4.2 ECOMAPA do percurso terapêutico da cliente “Lola” – análise dos Ruídos (R).....	33
4.3 Fluxograma do percurso terapêutico da cliente “Lola” – análise dos Ruídos ®.....	42
4.4 Categorizando os ruídos do caso “Lola” e dos profissionais.....	44
4.4.1 CATEGORIA I – ANÁLISES DO TRABALHO “VIVO EM ATO” NO CASO “LOLA”.46.....	46
4.4.2 CATEGORIA II – ANÁLISES DO TRABALHO “MORTO EM ATO” NO CASO “LOLA”.....	53
CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59

REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICE B – Justificativa para Consentimento e Liberação das Guias de Acomp. do Ambiente de Produção do Sistema de Regulação – SISREG III – CAP 3.1.....	67
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes da Pesquisa-cliente.....	69
APÊNDICE D – Termo de Compromisso dos Pesquisadores dos Pesquisadores e Ciência das Unidades de Pesquisa: AP 3.1 e INCA.....	73
APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista para o Enfermeiro da CSF do Alemão.....	75
APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista para o Enfermeiro do INCA III.....	76
APÊNDICE G – Roteiro do Estudo de Caso da Cliente “usuário marcador” com Câncer de Mama.....	78
ANEXO A – lista de notações utilizadas no fluxograma.....	79
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP – UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO.....	80
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/SMS/ RJ.....	84
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER/ INCA/ RJ.....	87

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o problema de investigação

O meu primeiro contato com clientes com câncer ocorreu na enfermaria e posteriormente no ambulatório de uma instituição federal do Sistema Único de Saúde (SUS) localizada na cidade do Rio de Janeiro, especializada em oncologia, na qual atuei entre 2001 e 2011. No ambulatório, percebi as peculiaridades do adoecimento resultante de um tratamento tardio — fato extremamente importante em um país como o nosso, dado que muitas pessoas buscam a primeira consulta em estágios avançados de neoplasias mamárias nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde se concentram os programas de detecção precoce do câncer — embora ainda não seja possível, por meio de exames prevenir as neoplasias mamárias (BRASIL, 2012).

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 (Brasil, 2012). Porém, 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—, quando submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnósticos, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas. Quanto aos fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher — tais como sua primeira gestação acima dos 30 anos; o fato de não ter tido filhos; o uso de anticoncepcionais orais; a menopausa tardia; e a terapia de reposição hormonal — são fatores conhecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama (BUSHATSKY et al., 2014).

Frente às limitações práticas para a implementar estratégias efetivas na detecção precoce do câncer de mama o mais próximo possível das UBS —, reforça-se a ideia de análise de proposta de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologia em saúde no SUS (Portaria nº 26, de 12 de julho de 2015), por iniciativa do Ministério da Saúde (MS) e de Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal para adequar a infraestrutura do uso da tecnologia na investigação diagnóstica prévia por meio de exames complementares inexistentes nestas unidades de base (BRASIL, 2015).

É a detecção precoce do câncer de mama, que qualifica a assistência aos clientes nos serviços segundo a complexidade tecnológica necessária ao cuidado à pessoa com câncer. Tal realidade se baseia na constatação de que 80% dos tumores são detectados pela própria cliente através dos sinais e sintomas (Brasil, 2015), no entanto, assegurar os serviços de média e alta densidade tecnológica para estes clientes, ainda é um grande problema, principalmente no caso de consultas especializadas e exames complementares — não existentes nas ações realizadas na Atenção Básica (AB). O estágio avançado do câncer de mama, muitas vezes intratável, em que o cliente, homem ou mulher, chega ao hospital de referência é um indicador do grau de organização e capacidade de resposta do sistema de saúde, visto que, por essa lógica, a AB deveria detectar precocemente o câncer antes de ele entrar no estágio avançado (OSHIRO et al., 2014).

O fato é que, segundo o MS, não existem evidências científicas que justifiquem estratégias específicas de prevenção primária—, desde o momento da detecção precoce até o da reabilitação e dos cuidados paliativos, o controle do câncer de mama segue a ações de promoção à saúde dirigida ao controle das doenças crônicas não transmissíveis — envolve todos os níveis de ações e serviços de saúde previstos na Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM/MS 2.439/2005) e adotados no SUS (BRASIL, 2008).

Embora desde 1999 o controle do câncer no Brasil apresente avanços, ela ainda falha. Isso ocorre em razão da terapêutica do cuidado estar centrada na assistência hospitalar especializada de alta complexidade tecnológica e não estar integrada a 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 (BRASIL, 2015).

O MS organizou o modelo technoassistencial do SUS com um desenho hierárquico piramidal de níveis de complexidade (Figura 1). Na sua base larga estaria localizado o conjunto de unidades de saúde responsáveis pela Atenção Primária à Saúde (APS), às quais a população teria fácil acesso, e que funcionaria como “porta de entrada” para os níveis de maior complexidade tecnológica do SUS. Na parte intermediária da pirâmide se situariam os serviços ditos de atenção secundária, quais sejam: os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais. A ponta da pirâmide estaria ocupada pelos serviços de maior densidade tecnológica, representados pelos hospitais terciários e quaternários (BRASIL, 2013). Entretanto, os clientes ainda acessam o sistema de

saúde por muitas portas de entrada, diferentes da ofertada pelo planejamento assistencial do SUS, e estas nem sempre são compatíveis com os problemas de saúde de que padecem.

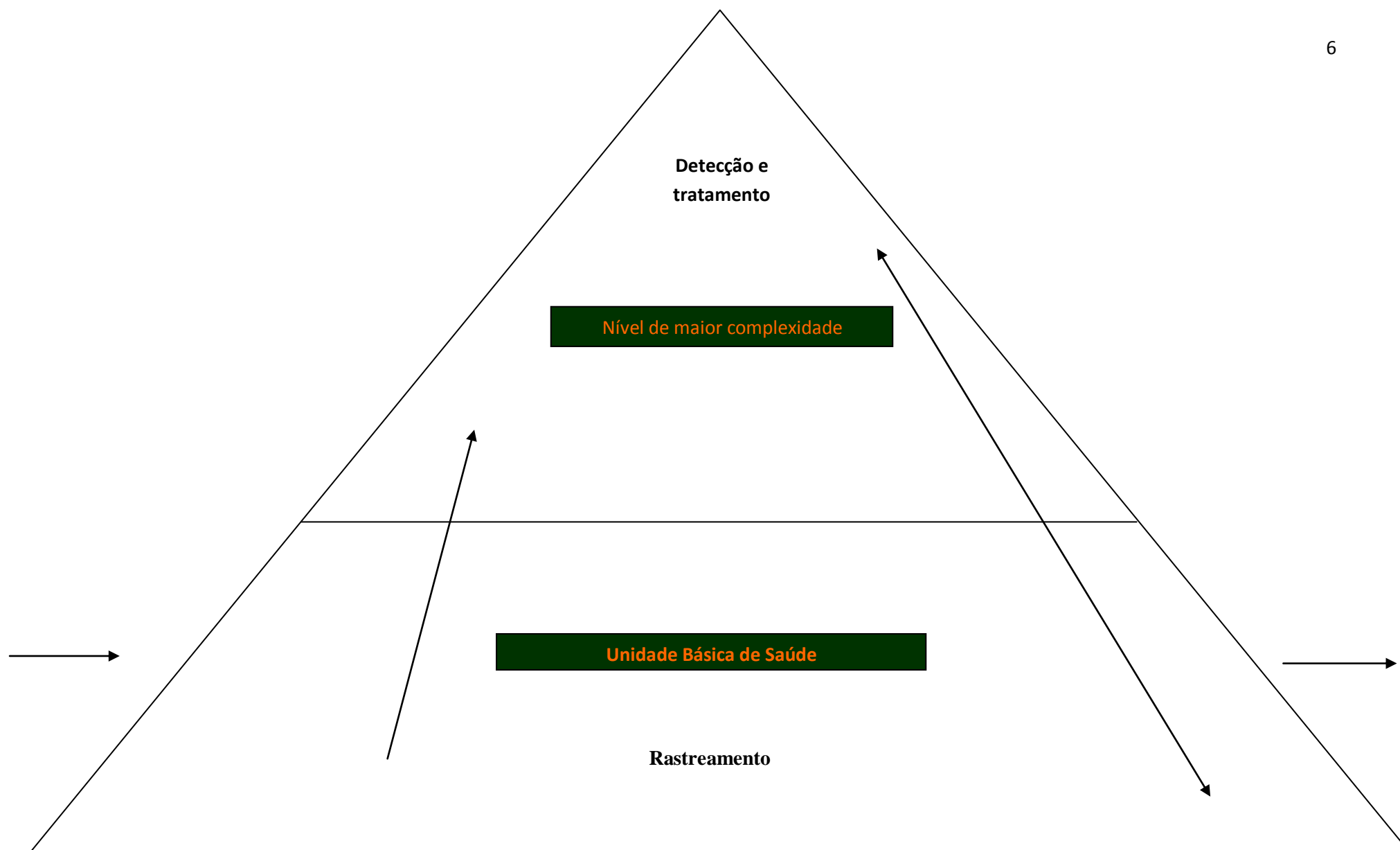


Figura 1. Pirâmide hierárquica dos níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 2013).

Cecílio explora os aspectos micropolíticos envolvidos no trajeto terapêutico do cuidado e explica que as conexões com os diferentes mundos que articulam o campo da saúde são por si só heterogêneas. O autor sinaliza que:

[...] a pirâmide seria um orientador seguro para a priorização de investimentos tanto em recursos humanos, como na construção de novos equipamentos, na medida em que seria mais fácil perceber onde estariam localizadas as reais necessidades da população [...]. (CECÍLIO, 1997, p. 471.)

Por meio do MS, a participação do Governo Federal na coordenação e distribuição de recursos federais tem permitido a descentralização da gestão e prestação de serviços de saúde para os municípios, conforme definido na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB SUS/96). Entretanto, a capacidade de gestão e o fato da rede de serviços de saúde ser reduzida na maioria dos municípios brasileiros tem dificultado isto, o que não condiz com os princípios de promoção da saúde do SUS com projetos de ampliação dos serviços ambulatoriais na micropolítica das organizações de saúde ao defenderem radicalmente a equidade, a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

No modo de organização do SUS, estabeleceu-se que a consulta especializada seja marcada e referenciada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que configura um percurso hierarquizado por “ilhas de conhecimento”. Além disso, esse percurso terapêutico da cliente com câncer de mama é permeado por relações de poder no sistema — ou seja, marcados por uma vida própria dos clientes e pelo autogoverno de seus trabalhadores nos diversos setores da administração pública, o que faz com que o processo saúde-doença se torne refém destes grupos (MERHY et al., 2010, p. 2278). Tal fato não confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco o que gera implicações para o rastreamento do câncer de mama.

Merhy et al. (2006, p. 225) ilustram bem essa delimitação e expressam os diferentes modos de compreender a realidade e sobre ela atuar, explicando as questões que envolvem a assistência hospitalar nesta articulação transversal que supostamente confere maior visibilidade aos fatores que coloquem a população em risco. Para os autores, “a rede deve ser um dos lugares principais nos quais se deve politizar o sentido das ações de saúde” e entendem que é fundamental reconhecer os atores sociais envolvidos que, constantemente disputam os vários espaços institucionais (microsistema), ou as formulações das políticas de

saúde (macrossistema) democráticas no campo da gestão das redes de serviços de saúde no SUS.

O fato de se aumentar 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 casos ambulatoriais de maior complexidade na APS — fatos que devem ser creditados à experiência do SUS para conseguir legitimidade de clientes na aposta de adequar os serviços às necessidades do sistema e diminuir o fluxo desnecessário aos hospitais. Para Merhy et al. (2006, p. 337), “é a partir destes eventos sentinelas e processos tratadores que as equipes dos hospitais podem, juntamente com as equipes na APS, definir estratégias de enfrentamento destas entidades clínicas e de outras”.

De acordo com os autores, outro ponto que favoreceria a integração entre os profissionais de saúde na APS e as equipes especializadas seria criar estímulos que fortalecessem seus vínculos, como também responsabilizar e motivar os profissionais de forma que médicos e corpo de enfermagem pudessem atuar tanto no hospital como nas unidades ambulatoriais. Em busca de alternativas para desenvolver esse potencial técnico, os autores se perguntam:

[...] Por que clínicos, pediatras, cirurgiões, enfermeiros e demais profissionais de nível universitário e técnico não podem ter jornadas de trabalho que variem de 32 a 44 horas semanais, de forma a permitir a atuação nas enfermarias, no pronto-socorro e na rede ambulatorial? (MERHY et al., 2006, p. 337.)

Além disso, os profissionais devem compreender o processo pelo qual as questões da qualidade do cuidado se tornam relevantes num determinado momento, a ponto de mobilizar esforços e recursos para legitimarem suas práticas — mas que ainda são pouco exploradas pela comunidade acadêmica no Brasil, visto persistir a cultura do hospital no centro da atenção à saúde e na tomada de decisões, propondo e incorporando medidas técnicas racionalistas e inovadoras para efetivação de ações nas atividades de rotina dos profissionais de saúde, tanto nas práticas assistenciais, quanto na coordenação e integração do cuidado.

A partir das experiências para produzir saúde — no sentido de como elas consideram a complexidade da saúde e a atenção primária como eixo coordenador do processo de cuidado, e de como se estruturam e gerenciam os processos de trabalho dos serviços para integralizar a

assistência de forma participativa e democrática num sistema de saúde tão diversificado como o do Brasil —, Merhy et al. (2006) afirmam que:

[...] esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não serão para quase nada. (MERHY et al., 2006, p. 72.)

Sobre a democratização do serviço, Castelo Branco (2011, p. 11) afirma que pensar experiências no nosso tempo caracteriza-se por mudanças na divisão do saber/poder, com ampliação das equipes, mudanças na forma de acesso para estabelecer um trabalho conjugado em rede e controle social: “[...] pela ampliação crescente das articulações entre os saberes biológicos e biomédicos e os dispositivos jurídicos-institucionais e essas relações interferem na micropolítica no modo de vida das pessoas, no interior de suas próprias casas”.

Nesse sentido, queremos dizer que ao elaborar os regulamentos nos espaços de trabalho, seja na Atenção Especializada—, setor que garante maior acúmulo de tecnologias e capital ou na APS—, setor que possibilita maior integralidade com ações de cuidado de forma generalizada, devemos criar espaços reais para fazer valer em conjunto o poder dos profissionais nesta disputa, visto que esses regulamentos, normas e rotinas apenas aumentam o poder de quem os detém e perpetuam a submissão de quem passa por essa experiência na condição de subalterno.

Quando uma questão ascende em nível de macrossistema, aqui representado pelo Ministério da Saúde—, onde ocorrem decisões políticas que incidem sobre os direitos no acesso e tratamento do câncer de mama, os subsistemas nas secretarias estaduais e municipais de saúde trabalham na introdução de novas ações para a reorganização do “problema público”. Trata-se de uma tarefa complexa, que levou a criação do Sistema de Regulação Nacional (SISREG) ambulatorial do SUS, destinado, a partir de então, a regular as consultas ambulatoriais especializadas e os exames complementares. As vagas para esse nível de assistência são finitas e, portanto, a conduta relativa ao encaminhamento para consultas e à solicitação de exames complementares deve ser reservada tão somente àqueles com indicação clínica precisa, baseada nas melhores evidências disponíveis (BRASIL, 2013).

A regulação normatizada pelo SISREG nos faz perceber a necessidade de atenção planejada e coordenada, visando responder a doença de modo adequado, para resolver o

problema de saúde do cliente de acordo com as necessidades demandadas — ou seja, a reconquista da saúde, do seu bem-estar e o retorno ao seu ambiente social, em acordo com o exposto por Zago & Sawada (1998).

Cabe analisarmos como o indivíduo foi levado a constituir-se como sujeito no interior das relações de poder e reprodução das práticas instituídas. Para Assolini et al. (2011, p. 352) a noção de sujeito é bastante controversa e, por isso, os autores buscam em Michel Pêcheux estas reflexões baseadas na contribuição da Psicanálise-laciana: “é o deslocamento da noção de indivíduo para a de sujeito”. A partir desta noção, entende-se que os sujeitos se constituem nessa trajetória terapêutica num lugar estratégico focado na dimensão biologicista — o “hipertenso”, o “diabético”, o “renal crônico”, de intervenção individual aos cuidados que necessita e o cliente fica sem direito de escolha no seu tratamento. Trata-se, portanto, segundo Silva Sobrinho et al. (2011, p. 30), de um sujeito que vive em contradições com as “transformações” do mundo do trabalho e “vulnerável à lógica destrutiva do capital, cada vez mais global”.

Temos que aliar às alternativas tecnológicas da APS as do Hospital Especializado em câncer, com estas mudanças na forma de acesso dos modelos de atenção com relação ao cuidado do cliente com câncer de mama; e, ao criarmos bases críticas, construtivas e terapêuticas, teremos a capacidade de atuar nos processos tecnológicos disponíveis nas ações de cuidados que se apoiam no uso de menor densidade tecnológica, como nas consultas comunitárias, e maior densidade de conhecimentos ao realizar exames específicos para detecção precoce do câncer de mama. Para avançar nas possibilidades de intervenção nos modos micropolíticos de cuidar da saúde, Merhy et al. dizem que essas mudanças nas relações do modelo de atenção

[...] constroem-se à maneira como os modelos de atenção efetivamente “viverem” as possibilidades concretas da relação trabalhador/clientes, sustentado na argumentação de um grupo de pessoas que creem na saúde como bem público e um direito igual para todos. (MERHY et al., 2006, p.14.)

Essa noção de Merhy implica que, em cada nível de atenção à saúde, os atores terão entendimentos e interesses diferentes sobre os problemas e as soluções quanto à qualidade da atenção oferecida, muitas das vezes fragmentada nas questões de integração da cliente aos níveis assistenciais, apoio diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

A partir de minha experiência em cuidar de clientes com câncer dentro do ambiente da assistência especializada, como também de observar o acolhimento do cliente atendido na APS, pretendo, com esta dissertação, compreender o percurso terapêutico de uma cliente com câncer de mama e como atuam os profissionais de saúde neste cuidado.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o processo de trabalho na micropolítica dos profissionais na ESF na CAP 3.1 e numa Unidade Hospitalar Especializada nas ações de cuidado com o cliente com câncer de mama. E, como objetivo geral, investigar a trajetória da cliente com câncer de mama na micropolítica da ESF/AP 3.1 até uma Unidade Hospitalar Especializada no Rio de Janeiro.

Os **objetivos específicos** são:

1. descrever o caminho de um sujeito com câncer de mama desde seu ingresso na rede pública por meio da ESF até o seu atendimento na assistência especializada;
2. analisar o processo de trabalho ao cliente com câncer de mama no “eixo da integralidade da atenção à saúde” na ESF e na Atenção Especializada; e
3. compreender como atuam os profissionais na micropolítica da ESF/AP 3.1 e na AE de uma Unidade Hospitalar Especializada no Rio de Janeiro.

Nossa **questão de pesquisa** é que a partir da constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o sujeito com câncer de mama desempenhará a função de “usuário marcador” da integralidade da atenção à saúde, vinculando duas pontas do Sistema de Saúde: a ESF e a Unidade Hospitalar Especializada.

Como **desfecho primário**, afirmamos que as redes de atenção à saúde — APS e AE — não são articuladas no que se refere ao câncer de mama e, como consequência disso, o sujeito que procura a rede pública enfrenta barreiras para receber o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, quando necessários.

Como **desfecho secundário**, consideramos que os profissionais de saúde da ESF e da assistência especializada — os diretamente envolvidos com cuidados oncológicos ou que indiretamente são responsáveis pelas garantias dos direitos e deveres propostos pela lei — não

dialogam com o sujeito, de modo que este faz o seu próprio caminhar (peregrinação) pela rede de serviços.

Este estudo justifica-se pela necessidade de se avaliar os atributos de uma Atenção Integral à Saúde que vêm se delineando no setor saúde a partir das políticas de atenção primária e assistência especializada, e da incorporação de tecnologias, particularmente na assistência dos profissionais envolvidos com cuidados aos clientes com câncer. Interessa-nos aprofundar a compreensão a respeito dos efeitos dessas transformações no que tange à micropolítica de saúde, e de que forma tais reflexos incidem na qualidade do cuidado prestado.

Nesse sentido, emerge a pretensão de identificar lacunas no percurso terapêutico da cliente com câncer de mama estudada e compreender melhor a dinâmica micropolítica do trabalho em saúde. Merhy et al. (2006, p. 72), falam da construção de “dispositivos” de mudanças que buscam no cliente final dos serviços de saúde os seus mais profundos significados e valorizam a participação de todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar da cliente com câncer de mama. Portanto, o engajamento do profissional de saúde da ESF e da AE, assim como a identificação de barreiras nos fluxos de acesso e a utilização do sistema para promover agilidade no registro e vigilância, juntamente com as necessidades de intervenções adequadas à detecção precoce do câncer de mama, contribuirá para o avanço da integralidade no cuidado e para a melhoria dos indicadores da doença no estado do Rio de Janeiro e concretizará a saúde como uma questão de cidadania.

A proposta da Rede de Atenção Oncológica requer o planejamento de ações estratégicas alinhadas ao princípio da integralidade da atenção à saúde no SUS. Encontra respaldo em Baron & Souza (2012, p. 277), quando alertam sobre a necessidade de a Atenção Primária se definir como parte importante da linha do cuidado do câncer: “[...] há necessidade de educação permanente, educação continuada e organização de níveis de atenção articulados com a Rede de Atenção Oncológica”. Assim, ressaltamos que ambas as instituições sofrem com os efeitos das relações de desigualdade-subordinação, pois seria necessário que o eixo central da Assistência Especializada do SUS, além de se articular à Rede de Atenção Oncológica, se mobilize no sentido da APS, e assim, a AE às pessoas com câncer se integraria a uma rede de cuidado no SUS.

Neste contexto, Giovanella (2006, p. 961), com uma abordagem educativa utilizada, exemplifica que os países da União Europeia envolvidos com esse compromisso político com a APS deixaram de assumir a posição de porta de entrada para passarem a coordenar essas unidades —, ferramenta importante direcionada para observar os diferentes mecanismos de financiamento e uma gama de profissionais envolvidos na capacitação ética e técnica, instaurando-se a corresponsabilidade pela saúde do cliente. Segundo a autora, esse compromisso político com a APS resulta em cenários bem significativos para a integralidade da assistência, na medida em que melhora a formação profissional e à qualidade na prestação do serviço.

1.2 Micropolítica do trabalho nos serviços da Atenção Primária de Saúde

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Existem vários modelos de APS, e, no município do Rio de Janeiro, o escolhido foi o da Estratégia de Saúde da Família (ESF) — modelo recente adaptado com compromisso político e características distintas das incorporadas em outras regiões — coordenada por uma APS ampliada (BRASIL, 2010).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – Portaria GM/MS nº 874, de 16/05/2013, tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes — modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, alimentação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013).

Para Malta e Merhy (2010), cabe aos gestores públicos e privados estimular a vinculação dos sujeitos cuidados aos sujeitos cuidadores dentro do percurso da linha do cuidado integral da pessoa com câncer na RAS em todos os níveis de atenção à saúde no SUS.

O cuidador da atenção básica poderia, inclusive, participar desse acompanhamento, contribuindo na terapêutica no âmbito hospitalar, criando ligações potentes entre as equipes das várias estações, discutindo condutas, protocolos, fluxos e reduzindo a demanda de novos clientes para o serviço hospitalar. (MALTA e MERHY, 2010, p. 598.)

Com o objetivo de implementar ações que superem o modelo centrado na especialidade, nos procedimentos e nos atos médicos, e na concepção de que o indivíduo é único e não fragmentado, Cecílio (2001) afirma que a integralidade do cuidado é tarefa da rede de serviços e que:

Pela diretriz da integralidade será possível a relação entre as diversas áreas do conhecimento [relação entre saberes] e a interface com ações intersetoriais [relação de um serviço com os demais, formando redes e constituindo um sistema com múltiplas relações], disponibilizado toda tecnologia para reduzir agravos à saúde, buscando a qualidade de vida do cidadão e o atendimento das reais necessidades e problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade. (CECÍLIO, 2001, p.113.)

Dentro das normas instituídas pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na RAS para as pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), no âmbito do SUS as esferas do governo são responsáveis por articular os distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, e pela regulação e governança da rede de atenção à saúde, em consonância com a Portaria nº 4279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

Nos âmbitos individual e coletivo, a ESF caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrange: a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações acontecem sob a forma de trabalho em equipe e são dirigidas a 80% das necessidades de saúde de uma população adstrita, utilizando diferentes tecnologias para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Permanecem em vigor as normas amparadas pela Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que define a RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011).

Com a finalidade de mudar as estruturas e o funcionamento dos serviços de saúde, o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicie pelas portas de entrada do SUS e se complete na rede regionalizada e hierarquizada" (Brasil, 2012). Portanto,

segundo Paim (2012, p. 345), os profissionais que atendem nesses serviços devem estar capacitados para “lutar contra as distintas formas de subordinação presentes nas relações sociais”, o que possibilitará ao profissional moderno no presente século contribuir para que a ESF se consolide como importante modelo de atenção à saúde no Brasil.

A Estratégia Saúde da Família – ESF formula ações para comunidades inseridas em contextos determinados e utiliza como ferramenta o planejamento estratégico situacional. As ações na ESF têm grande potencial provocador na sua micropolítica como coordenadora do cuidado, devido à responsabilidade de diagnosticar e referenciar a outros níveis de complexidade, inclusive as destinadas ao tratamento oncológico, que se encontram no ápice da pirâmide hierárquica do SUS.

Embora haja consenso que o SUS se organize neste sentido, questiona-se o porquê da ESF ser a responsável pelas ações de detecção precoce e preceptora no percurso terapêutico do cliente com câncer de mama. Entendemos que ao introduzir novas ações de cuidado na rotina de trabalho dos profissionais, tanto de generalistas quanto de especialistas, a pactuação da qualificação desse cuidado não se resume à instituição de normas e protocolos. Autorizamos, também, a pensar conforme Feuerwerker (2014, p.47), que a prática da construção de redes de serviços “visam outros tipos de objetos e formas de cuidar, bem como são operadoras de outras perspectivas de normatividades sociais, históricas e imaginárias”.

Nos diversos serviços de saúde — e especificamente naqueles que estão no âmbito hospitalar e na ESF —, a gerência em enfermagem tem assumido a responsabilidade na articulação entre os diferentes profissionais das respectivas equipes. A gerência de enfermagem também organiza o processo de trabalho da própria enfermagem para dar condições para que o trabalho na APS seja efetivo junto aos clientes que buscam esses serviços para atender às suas necessidades de saúde. Destaca-se a afirmação de Paz et al. (2012, p. 1): “[...] o acesso aos serviços de saúde em Atenção Primária deveria otimizar ações dos profissionais e recursos das Unidades de Saúde, evitando filas e organizando a demanda para os demais níveis de atenção”.

Segundo Lourau (1995), para que a tentativa de superação e ampliação das ações dos profissionais faça sentido, temos que “descerrar as cortinas (regulamentos, normas, rotinas) dos ambientes da instituição hospitalar e ver com os olhos da cabeça e do coração, para então compreender suas bases ideológicas, organizacionais e libidinais”. E, nesse sentido,

permanecem atuais as questões de serviços dirigidas a populações pobres que impedem esse descerramento de cortinas apontado por GARBOIS; VARGAS; CUNHA (2008):

Do ponto de vista organizacional – escassez de recursos humanos, financeiros e de estrutura; a reorganização da atenção básica, a superação da visão reducionista e fragmentada do modelo hegemônico; do ponto de vista político – problemas sociais como miséria, violência, a exclusão social; e do ponto de vista ético – a intolerância, o desrespeito pelas diferenças e dignidade humana, a banalização da vida (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008, p. 6).

Em via de regra, permanece à incerteza de convivermos com experiências em saúde de um país em desenvolvimento que, a cada instante vivencia a necessidade de (re)produzir as relações entre profissionais de saúde e serviços com o objetivo de cuidar dos sujeitos que buscam seus direitos. A responsabilidade sanitária na APS reside em superar essas condições materiais histórica impeditivas dos sujeitos e todas ações dirigidas para melhorar as possibilidades de ascender às necessidades de cuidados, e assim, o sujeito do cuidado seja o cliente, pois, como diz Michel Pêcheux, devemos combater as relações de exploração do trabalho na teoria e na prática e “ousar se revoltar”.

1.3 Micropolítica do Trabalho nos Serviços da Atenção Especializada

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é um órgão do Ministério da Saúde para o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Em sua política, o INCA prioriza o planejamento e o fomento das ações de prevenção e detecção do câncer precocemente, por meio de estratégias tais como pesquisas e informação epidemiológica, além de contar com seus profissionais qualificados e especializados em oncologia para capacitação de outros (BRASIL, 2011).

As diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer do MS advêm da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000, e permanecem até os dias atuais com o mesmo objetivo de reduzir a incidência do câncer, aumentar a sobrevivência e reduzir a mortalidade daqueles que adoecem por esse mal. Nesse contexto, foi aprovado o projeto de expansão da assistência oncológica, o Projeto Expande, com Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em todo país, com capacidade de oferecer assistência

integral aos clientes por meio de serviços que integrem os diversos tipos de recursos necessários à atenção oncológica de alta complexidade tecnológica em hospitais gerais (BRASIL, 2008).

Em 8 de dezembro de 2005, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 2.439, para estruturar a Rede de Atenção Oncológica, que, atualmente em revisão, se apoia nas Portarias SAS/MS 741, de 19 de dezembro de 2005 — que estabelece normas para o credenciamento/habilitação de UNACON e CACON — e SAS/MS nº 102, de 3 de fevereiro de 2012, que define as características de credenciamento desses novos Centros de Complexidade Hospitalar em Oncológico (BRASIL, 2008).

A nova Política Nacional de Atenção – PNA, instituída em dezembro de 2005 por meio da Portaria GM/MS nº 2.439, em consonância com as diretrizes e estratégias de democratização institucional instituída no âmbito da construção do SUS, promove a descentralização e a valorização da corresponsabilidade entre a rede de serviços e as equipes profissionais, visando à integralidade da atenção em Oncologia (BRASIL, 2008).

Duas portarias específicas foram publicadas no que diz respeito ao câncer de mama: a Portaria SAS/MS 36, de 24/1/2008 — complementar à Portaria GM/MS 2.918, de 13/11/2007, que atualiza os procedimentos a serem realizados para o diagnóstico de câncer de mama nas Tabelas do Sistema de Informação Hospitalar do SUS — e a Portaria GM/MS 321, de 8 de fevereiro de 2007, que instituiu a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS (BRASIL, 2008).

No que diz respeito à formulação de políticas e à implementação de tecnologias nos processos de gestão, a normatização dos procedimentos dos profissionais envolvidos, associadas aos avanços da prática dos serviços de saúde, requer enormes esforços no sentido de se fazer reformas macroestruturais e organizacionais, além de ajustes que contemplem as necessidades do ser humano quanto à integralidade da atenção à saúde.

É imprescindível estudar a macropolítica do trabalho em saúde desde o âmbito das diretrizes do MS, pois estas se refletem na dinâmica da micropolítica do trabalho na “*porta de entrada*” do sistema via ESF e no que ocorre com o cliente até ele obter acesso à atenção especializada do INCA. E é nesse sentido que Tannure (2008, p. 18) resgata a importância de trabalhar um modelo de assistência com propósito profissional baseado em reflexões e questionamentos. O objetivo é direcionar o processo da enfermagem a partir de um arcabouço

de conhecimentos científicos que traduza uma linguagem própria para o enfermeiro e que só será adquirido quando “toda classe começar a utilizar essa metodologia científica em suas ações”.

Para Merhy et al., “a redefinição do papel dos hospitais no sistema de saúde é um dos grandes desafios que se impõem para os gestores loco-regionais e neste aspecto não pode haver dúvidas sobre a subordinação dos hospitais às necessidades do sistema e de seu papel como apoio na APS” (MERHY et al., 2006, p. 338).

Para compreender a dinâmica da micropolítica do trabalho em saúde utilizaremos como ferramenta um Fluxograma Analisador, que, para Merhy et al. é

[...] um diagrama que procura representar o que acontece em qualquer serviço de saúde e é usado por diferentes campos do conhecimento, com a perspectiva de “desenhar” um certo modo de organização de um conjunto de processo de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção. (MERHY et al., 2006, p. 73.)

É necessário desenvolver ações que busquem soluções para os entraves vivenciados por esses clientes. Um desses anseios é pela necessidade de ouvir e resgatar o saber científico embasado em tecnologias leve-duras na nossa formação. Nesse sentido, Manoel (2009, p. 17) afirma que “[...] o desejo é cuidar bem como se aprendeu e os desejos e interesses entre cuidadores e cuidados, mediados pela gestão, entram em cena e os conflitos se desenrolam”.

Tais são as inquietações que motivam o presente estudo e elas geraram as seguintes questões norteadoras: Como se articulam os profissionais de saúde “para (re)produzir saúde” quando o cliente é diagnosticado com câncer de mama na ESF até chegar à referência da assistência hospitalar especializada? Desde o momento de ingresso de uma cliente em uma Clínica de Família (CF) até uma Unidade Hospitalar Especializada, como estão organizados os fluxos dos serviços que têm por objetivo diagnosticar, tratar e acompanhar uma cliente com câncer de mama?

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Classificação das tecnologias em saúde

De acordo com Merhy et al. (2006), as tecnologias em saúde estão imediatamente referidas e concretizadas em processos de trabalho bem definidos, que expõem diretamente

suas intencionalidades e modificam a realidade a fim de produzir bens e produtos em saúde. Não obstante, o trabalho não pode ser unicamente a intencionalidade da produção de equipamentos e de saberes estruturados, pois a dimensão requer tecnologias de relações plenas de subjetividade que, muitas vezes, fogem dos saberes tecnológicos estruturados.

Para avançarmos nessa direção de saberes tecnológicos estruturados, devemos superar a visão simplista de que há um despreparo das equipes de saúde para trabalhar com a informação. Porém, as pessoas necessitam de tecnologias de saberes e fazeres ligados aos cuidados cotidianos que asseguram a manutenção da vida, como a educação referente à higiene, à alimentação, ao uso de medicamentos, à recuperação de déficits funcionais ou para a eliminação de fatores adversos à saúde, dentre outros, ou como a forma de se aproximar, de lidar com o outro (MERHY et al., 2006).

Portanto, no jogo da intencionalidade, as tecnologias na área da saúde foram agrupadas em três categorias por Merhy et al. (2006): (1) tecnologia leve, que se expressa como forma de realizar o processo de produção, de comunicação, de relações, de estabelecer vínculos, de acolhimento ao cliente com necessidades de atenção à saúde; (2) tecnologia leve-dura, que inclui saberes estruturados representados pelas normas institucionais ou procedimentos técnicos, e pelas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas; (3) tecnologia dura representada pelo material concreto (duro) como equipamentos, mobiliários ou materiais de consumo.

Para melhor compreender essa classificação de tecnologia em saúde e micropolítica em saúde, Merhy et al. (2006) explicam que o trabalho em saúde pode ser vivo ou morto. Segundo os autores, o trabalho vivo, em ato, é aquele traduzido por uma certa maneira de intervir, de agir para produzir bens/produtos/serviços; seu modo de governar, de gerir processos/recursos/intenções; por seu modelo de produção. Já o trabalho morto é o resultado do trabalho vivo, expresso na logística (saberes tecnológicos estruturados, tais como a epidemiologia ou uma especialidade em assistência à saúde), nos instrumentos ou ferramentas, equipamentos, nos materiais de consumo ou nos medicamentos produzidos.

Na verdade, essas tecnologias construídas no interior das práticas de saúde, aliadas ao que se caracteriza como trabalho vivo em ato, utilizando o trabalho morto capturado nos instrumentos de trabalho, incluindo equipamentos e saberes bem estruturados, produção resultante do trabalho vivo em ato, permitem procedimentos altamente eficazes no controle

das exposições ao risco de adoecer, ao mesmo tempo em que possibilitam intervenções resolutivas nos quadros de sofrimentos, representados individualmente como doença (MERHY et al., 2006).

As três categorias tecnológicas citadas estão intimamente inter-relacionadas, de modo que o trabalho vivo em ato, além de produzir tecnologias leves, pode gerar tecnologias duras e/ou leves-duras. O trabalho vivo em ato, por outro lado, continua permanentemente em processo e, tratando-se de saúde de seres humanos, na incerteza quanto ao que virá a ser o produto final. Portanto, as três expressões tecnológicas são produtos do trabalho vivo — o que faz a diferença entre eles é a intencionalidade na produção de bens e produto (MERHY et al., 2006).

Em saúde, espera-se que estes resultados produzidos tenham prioridade e melhorem a vida das pessoas, embora essa produção esteja também comprometida com o desenvolvimento do conhecimento estruturado de seu território, sem, contudo, se responsabilizar pela operacionalização imediata. E, ainda, o trabalho na área da saúde se tornará viável com as normas institucionais ou com os procedimentos técnicos nas diversas especialidades envolvidas na questão do câncer de mama, como também no manuseio de materiais como os equipamentos (tecnologia leve-dura e dura). Porém, o trabalho não pode ser totalmente aprisionado por esses saberes e práticas, pois suas tecnologias de ação mais estratégicas se manifestam em processos de intervenção em ato, operando com relações impregnadas de subjetividade e de sensibilidade que transcendem o concreto (MERHY et al., 2006). Portanto, o saber tecnológico está comprometido tanto com a razão instrumental quanto com a razão teórica.

Finalmente, Merhy et al. (2006) alertam para a necessidade de não se confundir tecnologia com equipamento tecnológico: este se configura como expressão de uma tecnologia, a qual se caracteriza como o saber-fazer ou saberes que levaram à construção de tal equipamento.

2.2 Micropolítica do trabalho

A respeito da micropolítica do trabalho como forma de oferecer condições para que o poder do cliente seja potencializado, Merhy acredita que deva existir primeiro “uma relação de intersecção de um trabalho em ato com outro trabalho em ato (trabalhador-trabalhador)”

para que o cliente não saia sempre como o grande prejudicado. Dentre os diversos aspectos sublinhados pelos autores, vale ressaltar que:

Em cada unidade, a potencialidade do trabalho vivo deve reorganizar os processos de trabalho de forma que os saberes e instrumentais das distintas categorias profissionais se posicionem para atender às necessidades de saúde da população e não apenas gerar procedimentos em função do ato médico. (MERHY et al., 2006, p. 192.)

Para desenvolver a tecnologia de cuidado de acordo com essas recomendações —, particularmente no que diz respeito aos cuidados ligados ao trabalho diretamente “assistencial” — todos os profissionais da área da saúde com suas ações (saberes e práticas) que fazem intervenções tecnológicas tipicamente em saúde necessitem pensar criticamente sobre a reprodução do cotidiano do trabalho em saúde.

Tomando-se por base essas definições, Merhy et al. (2006) preconizam que é importante ter em mente a existência desses clientes no fluxograma, para se registrar a informação de que uma parte deles procura o serviço, mas não consegue entrar nele. E, como se isso não bastasse, se olharmos com atenção os vários Centros de Saúde, veremos que cada um recebe o cliente de modo distinto:

Aqui, neste momento, entretanto, não interessa muito medi-lo, porque a nossa preocupação maior e inicial é procurar entender quem são e o que ocorre com os clientes que entraram. Eles podem ser bem conhecidos e analisados pelo serviço, como por exemplo: de onde vêm? Quem são? São da área do serviço? Por que o procuraram? Pertencem à que cidade? Etc. (MERHY et al., 2006, p.75.)

Para atuar na micropolítica do processo de trabalho, Merhy et al. (2006) preconizam que basta a existência de duas pessoas, em um ato de produção e consumo em saúde, para que essa situação se torne altamente complexa, em termos dos distintos processos instituintes e instituídos que operam nesse espaço.

Podemos notar que, na micropolítica do trabalho, mapear como os clientes se distribuem no sistema e as maneiras distintas de como eles são recebidos pode interferir claramente em todo processo de trabalho. Os autores chamam atenção para o fato de que, na área de saúde, o trabalhador — ainda que ele seja um vigia — tem um certo “autogoverno” para “decidir coisas” nesse encontro com o cliente.

2.3 A Enfermagem na Micropolítica do trabalho

Segundo Ceccim, “a enfermagem, como ‘ciência’ da assistência ou como arte do cuidado, desenvolve tecnologias de saúde que são continuamente silenciadas, no máximo sentidas, mas nunca traduzidas [...]” (CECCIM, 1998, p. 89). O autor enfatiza que “o resgate da voz, da palavra e do texto” pode possibilitar a renovação da cultura tecnológica em enfermagem; e, desse modo, ao ter “sua palavra silenciada”, a profissão que exerce a arte da escuta tornou-se insensível e desqualifica o seu fazer.

Para a recuperação desta cultura tecnológica da Enfermagem no processo da micropolítica, o autor preconiza um processo ético-estético-político: a ética como uma lente para a interpretação das relações sociais, como mediadora na interferência sobre essas relações; a estética para a preparação e o desenvolvimento de competências para tomar decisões e integrar conhecimentos e fazeres; e o uso da política como potência para agir, e não apenas reagir; planejar, e não apenas executar — para haver competência no trabalho e diante da vida como um todo (CECCIM, 1998).

Acatando as palavras de Merhy e Ceccim como verdadeiras, na micropolítica do trabalho sempre teremos que enfrentar situações de alta complexidade e, nessa perspectiva, é preciso clareza sobre o quanto é vital o lugar ocupado pelo trabalhador. Vale mencionar a Lei do Exercício do Profissional de Enfermagem nº 7.498, de 25/06/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08/06/87, que respalda a enfermagem no desenvolvimento de tecnologias. Está no artigo 8º, inciso I, alínea ‘h’, que cabem ao enfermeiro, privativamente, os “cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas”. No mesmo artigo 8º, inciso II, alínea ‘p’, lemos que, como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro pode ter “participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de enfermagem” (BRASIL, 1987).

Podemos notar uma relação entre as palavras de Merhy e Ceccim, pois ambos assinalam que em qualquer lugar de um estabelecimento de saúde onde ocorra contato entre um trabalhador e um cliente há a produção de um processo de trabalho na micropolítica. Assim, segundo Merhy et al. (2006), no encontro deve existir, no mínimo,

[...] uma relação de compromisso que tenha como base a “sinceridade”, a “responsabilização” e a “confiança na intervenção, como uma possível solução”; o outro também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera. (MERHY et al., 2006, p. 77.)

Nesse modo de cuidar, o enfermeiro faz com que, na trajetória terapêutica, os clientes percebam as pequenas vitórias e se sintam confiantes. Ao contrário, quando o trabalhador não estabelece uma relação de compromisso com o cliente, em razão de sua “experiência”, deixa de existir a intervenção de enfermagem, que, segundo Santos et al. (2005, p. 49), “é baseada no julgamento e conhecimento clínico, que o enfermeiro desempenha para melhorar os resultados do cliente”.

Consideramos, portanto, que, na micropolítica, o sujeito do cuidado de enfermagem pensa sobre o cuidado recebido direto ou indireto realizado através de “gerência, supervisão, controles ou toques, procedimentos, tarefas”, e, segundo Santos et al. (2005), ele é principalmente

[...] um EU, SUJEITO, PESSOA e CIDADÃO... Ele reflete sobre sua vida, seus desejos e paixões. Ele pensa e tem dúvidas sobre suas possibilidades de recuperação, antes de decidir e buscar ajuda. Ele é livre, têm direitos e deveres para consigo próprio e para com os outros. Ele não é um objeto à mercê da equipe de saúde. (SANTOS et al., 2005, p.12.)

No caso do cliente com doença oncológica, o tratamento é um grande determinante para a manutenção de sua qualidade de vida, e é sabido que as repercussões emocionais por doença maligna podem até exceder seus sofrimentos físicos (SILVA & DERCHAIN, 2006). Outro fator importante é a monitorização dos sintomas que o câncer provoca; no caso, os efeitos colaterais do tratamento clínico. Na micropolítica, o profissional de enfermagem é aquele que assumirá o importante papel de fazer essa avaliação da terapêutica.

A comunicação do diagnóstico é um momento delicado para o cliente, para seu familiar e para a própria equipe de saúde, cujo papel é o de ser o sujeito do processo de trabalho. A equipe exerce sua autonomia técnica e deve oferecer ao cliente e ao familiar dele a compreensão necessária sobre a doença para que eles possam suportar o tratamento sem gerar tanto sofrimento. Nesse contexto, concordamos com Vargas et al. (2010) quando afirma que, apesar dos avanços tecnológicos, não se consegue avançar significativamente no que diz respeito ao compromisso ético de garantir condições de vida digna, nem no que tange aos direitos à saúde e ao meio ambiente, conquistados dentro das normas constitucionais do país.

Para iniciar a pesquisa exploratória da literatura foi acessado o *site* www.bireme.br, pelo qual consultamos as bases de dados com os seguintes Descritores em Saúde: Tecnologia Aplicada à Assistência à Saúde; Tecnologia Aplicada aos Cuidados de Saúde; Tecnologia em Saúde; Fluxograma Analisador; Gestão em Saúde; Capacidade Organizacional; Família,

Saúde da Família; Câncer e Capacidade de Gestão. Foram acessadas as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE); e a biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) (Tabela 1).

Tabela 1 – Publicações nacionais publicadas entre os anos de 2005 a 2014

Título do manuscrito e referência	CONCEPÇÃO DE POLÍTICAS E TECNOLOGIAS ABORDADAS
<p>A Participação Política de Enfermeiras na Gestão do Sistema Único de Saúde em Nível Municipal *LILACS/MEDLINE Melo e Santos, 2007.</p>	<p>Relata que “o vazio político percebido nos discursos das enfermeiras compromete a qualidade de sua participação em espaços públicos e que o entendimento das enfermeiras sobre a sua participação política está vinculado principalmente ao exercício técnico da profissão e que este tipo de poder, exercido alienadamente, garante somente uma autonomia limitada da enfermeira, subordinado-a a outros poderes, exercidos em funções alocadas em patamares hierárquicos mais altos ou por outros profissionais.”</p>
<p>Gestão de recursos humanos nos centros de atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde *LILACS/MEDLINE Jorge et al., 2007.</p>	<p>Refere que “o processo de implantação do SUS representou para a história da saúde pública no Brasil uma inovação, tanto no campo das políticas de saúde quanto na macropolítica de reforma do Estado. O trabalho teve como foco alguns aspectos adotados para a intervenção na Política de Desprecarização das Relações de Trabalho do SUS, a começar pela forma de inserção no serviço, respeitando-se os direitos trabalhistas e garantindo proteção social, passando pela formação/qualificação profissional, chegando à democratização das relações de trabalho e execução dos cuidados em saúde.”</p>
<p>Detecção precoce do câncer de mama: conhecimento e prática de mulheres e profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Dourados - MG *Tese de Doutorado/MG Bastiston, 2009.</p>	<p>Refere-se à “análise do conhecimento e da prática dos profissionais médicos e enfermeiros na detecção precoce do câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família do município de Dourados-MG.”</p>

<p>Compreensão de Enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família.</p> <p>* Revista CIENCIA Y ENFERMARIA.</p> <p>Baratieri; Mandú; Marcon, 2012.</p>	<p>Objetiva “compreender como o enfermeiro da Saúde da Família do Paraná, Brasil, percebe o vínculo na prática assistencial e sua relação com a longitudinalidade do cuidado.”</p>
<p>Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem *LILACS/MEDLINE</p> <p>Crozeta et al., 2010.</p>	<p>Refere-se à “importância de avaliar qual tecnologia incorporar no cuidado, por meio da reflexão, bem como considerar as necessidades humanas e a prática profissional.”</p>
<p>Avaliação tecnológica como competência do enfermeiro: reflexões e pressuposto no cenário da ciência e tecnologia *MEDLINE</p> <p>Arone; Cunha, 2006.</p>	<p>Refere-se à “avaliação tecnológica, na modalidade equipamentos, à luz do sistema nacional de ciência e tecnologia. Evidencia a necessidade de o enfermeiro desenvolver esta competência desde a sua formação.”</p>
<p>Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias *SciELO</p> <p>Graziano; Egry, 2012.</p>	<p>Teve como objetivo “compreender o processo de trabalho dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no reconhecimento das necessidades de saúde da população.”</p>
<p>O uso do fluxograma analisador na compreensão dos processos comunicativos em um serviço de APS *BVS Tese de Mestrado/RGS.</p> <p>Branchi, 2010.</p>	<p>Refere-se à “identificação de estratégias de melhoria da comunicação entre uma Secretaria Administrativa do SSC/CHC e 12 US que prestam serviços de APS no município de Porto Alegre.”</p>
<p>Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família *SciELO.</p> <p>Albuquerque et al., 2011.</p>	<p>Relatam que “a utilização do Fluxograma Analisador de Meryh revelou a burocratização do acolhimento na porta de entrada e uma sequência de direitos violados em relação equipe-usuários [...]”</p>
<p>A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção:</p>	<p>Relata que “os sistemas de saúde, organizados em Redes de Atenção e coordenados pela Atenção Primária à Saúde, podem</p>

<p>uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva.</p> <p>Rodrigues et al., 2014.</p>	<p>contribuir para a qualidade clínica, com resultados sanitários de impacto positivo, na satisfação dos usuários e na redução dos gastos dos sistemas locais de saúde.”</p>
---	--

CAPÍTULO 3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Local e sujeitos

Os participantes desta pesquisa¹ foram uma cliente com câncer de mama em tratamento em 2014, residente em área coberta pela ESF do Complexo do Alemão, Coordenação de Área de Planejamento 3.1, Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro; quatro profissionais enfermeiros (as) que atuam na ESF e na assistência especializada e um profissional médico da ESF do Complexo do Alemão.

3.2 Tipo de estudo

Este é um estudo de caso único, com abordagem qualitativa, que produz explicações contextuais com ênfase no significado (mais que na frequência) do fenômeno. Inclui entrevistas semiestruturadas e análise de material escrito em prontuários físicos e eletrônicos. Para Minayo:

Dentro da ótica qualitativa, [ênfase no significado] são elaborados a partir das representações e práticas dos sujeitos envolvidos na investigação. Enfatizando a necessidade de produção de indicadores de mudança que levem em conta estruturas, processos, relações e a contribuição da subjetividade, conclui-se que a validade interna desses indicadores pode ser alcançada quando as categorias empregadas em sua construção são fundamentadas teórica e contextualmente e possuem significados mútuos e partilhados entre os participantes. (MINAYO, 2009, p. 83.)

Segundo a autora, a opção por um método de natureza qualitativa se dá em face da possibilidade de investigação da realidade social para além do observável, na superfície e do quantificável. Nas ciências sociais, por se preocuparem com os significados, os autores e instituições concordam em que indicadores podem ser construídos para medir ou revelar aspectos relacionados a diversos planos em observação: níveis individuais, coletivos, associativos, políticos, econômicos e culturais, entre outros. Podem, por exemplo, segundo Minayo (2009, p. 84) “[...] ser instrumentos para mensurar a disponibilização de bens e

¹Denominação de acordo com a Resolução N. 466, de 12/12/2012, CNS/CONEP.

atividades, assim como para conceber parâmetros de acesso de diferentes atores a um programa, a relevância que ele possui para a vida de cada um, sua intensidade e seu sentido”.

Utilizaremos como estratégia geral um caso único do Tipo 1 – holístico, pois se presta a captar a rede formada ao redor do caso, rede essa que representa todos os eventos e todos os sujeitos envolvidos com ele (YIN, 2010, p. 69). O estudo de caso é uma investigação empírica que segundo Yin (2010) investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. Em outras palavras:

[...] usaremos o método de estudo de caso quando desejarmos entender um fenômeno da vida real em profundidade, mas esse entendimento tem que englobar importantes condições contextuais – porque são altamente pertinentes ao seu fenômeno de estudo. (YIN, 2010, p. 39.)

Para responder ao problema de pesquisa, a preocupação maior é com a validade interna do estudo de caso, e, segundo Yin (2010, p. 66) “um estudo de caso envolve uma inferência cada vez que um evento não pode ser diretamente observado”. Nesse caso, realizamos um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Essa abordagem busca compreender a explicação dos fenômenos estudados e refere-se a estudos de significados, ressignificações, simbolismos, percepções, perspectivas, vivências, experiências, analogias (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Concordamos com Turato (2003) quando diz que a curiosidade e o empenho do pesquisador estão voltados para o processo, definido este como o ato de proceder do objeto para seus estados e mudanças, e, sobretudo, para a maneira pela qual o objeto se comporta.

O estudo acompanhou uma cliente com câncer de mama em sua trajetória terapêutica e permitiu a discussão sobre as tecnologias leves, leve dura e dura que requerem observação *in loco*.

Na etapa de análise, trabalhamos com uma ferramenta chamada por Merhy et al. (2006) de “Fluxograma Analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” e com as narrativas da participante desta pesquisa descrevemos o Itinerário Terapêutico (IT) que, segundo Anjos et al.,

[...] é o desenho de busca de cuidados que emerge das narrativas contadas pelos sujeitos que, quando relatadas oralmente, nem sempre têm uma ordem cronológica, visto que as pessoas têm o seu tempo para contar as histórias, valorizando os momentos de acordo com seu ponto de vista. (ANJOS et al., 2008, p.119.)

Com o Itinerário Terapêutico, ainda segundo os autores, é possível construir um ECOMAPA da família em relação aos grupos de apoio, quais sejam: o familiar, o do hospital, o da igreja, centro espírita; ou seja, é possível visualizar, graficamente, as idas e retornos para os serviços de saúde, a casa e também a rede de apoio que a cliente construirá através da experiência de adoecimento e sua busca por cuidados.

O fluxograma analítico é um instrumento de análise do processo de trabalho que indaga a finalidade de um determinado ato de trabalho, como ele aconteceu e os *por quês* de eles terem ocorrido daquele modo. O objetivo desse fluxograma é desenhar certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de uma cadeia de produção (MERHY et al., 2006).

É importante saber como se configura o objeto de estudo e como dialogam os trabalhadores enfermeiros e médico em suas atuações ao cuidar da cliente com câncer de mama na trajetória terapêutica.

O cenário em que tudo isso se passa é considerado uma arena onde operam diferentes agentes institucionais, com perspectivas de ações nem sempre comuns, e, muitas vezes, conflitantes. O fluxograma é um potente analisador porque possibilita a autoanálise crítica do trabalho em saúde dos profissionais, da equipe, do gerente e do gestor da atenção à saúde (MANOEL, 2009). Ele é um diagrama muito utilizado em diferentes campos de conhecimento e tem o objetivo de desenhar o modo de organização de certo processo de trabalho — e, para a construção desse diagrama universalmente padronizado, são utilizados símbolos (MERHY et al., 2006).

Com o desenho de uma elipse apresenta-se o início ou fim de uma cadeia produtiva; o retângulo mostra trabalhos importantes realizados na cadeia produtiva; o losango representa momentos que a cadeia produtiva enfrenta no processo de decisão; o paralelogramo acrescenta dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo; e a letra R representa os ruídos (ver ANEXO A).

No entanto, os ruídos não falam por si e precisam estar articulados ao Fluxograma Analisador a fim de identificar os “nós” existentes nos fluxos de acesso dos clientes com câncer de mama, como também expor insuficiências, lacunas ou alienações do trabalho em saúde e evidenciar como os serviços de saúde nas duas pontas do sistema nos distintos níveis

de complexidade de atenção se articulam no processo de trabalho. Nesse sentido, é necessário usar um método de análise qualitativa para aumentar a capacidade de compreensão sobre a realidade.

3.3 Procedimentos para a coleta e análise de dados

A coleta de dados foi realizada mediante critérios de elegibilidade dos enfermeiros, médico e da cliente, tratando-se, no entanto de uma amostra proposital com entrevistas individuais semiestruturadas.² Para Westphal e et al. (1996), essa técnica prevê a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas, na qual os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sobre uma questão específica, num ambiente não constrangedor.

3.4 Critérios de elegibilidade do cliente com câncer de mama

Para eleger a cliente com câncer de mama que se constituiu o caso estudado, solicitou-se à CAP 3.1 autorização para buscar no SISREG o número do cadastro de todos os clientes matriculados a partir do mês de janeiro de 2013 até outubro do mesmo ano. Essa solicitação foi feita por meio de ofício próprio, expedido pelos pesquisadores e entregues à gerência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e à Gerente da unidade do estudo (Apêndice B). Uma vez atendida a solicitação, a escolha da cliente foi feita a partir dessas informações e dos critérios de elegibilidade comentados a seguir.

3.5 Critérios de inclusão da cliente com câncer de mama

Um dos critérios adotados foi que o primeiro acesso da cliente ao serviço tivesse sido feito por uma equipe de saúde da família da ESF da CAP 3.1. Outro critério foi que a cliente tivesse sido acompanhada pela equipe de saúde da família, registrada no SISREG e encaminhada à unidade de referência especializada no tratamento do câncer. O processo de pré-seleção e seleção durou aproximadamente dois meses; foram selecionadas dez clientes cadastradas, uma das quais para constituir o estudo de caso.

Após aprovação do projeto, foi feito um contato inicial com a cliente selecionada e com os profissionais envolvidos (enfermeiros e médico); a pesquisa lhes foi explicada

² A entrevista semiestruturada é usada em pesquisa qualitativa para captar sentimentos e opiniões de um grupo sobre um determinado assunto.

detalhadamente e solicitada autorização para participarem da pesquisa mediante leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

3.6 Critérios de exclusão da cliente com câncer de mama

Foram excluídas clientes que iniciaram o tratamento no ano anterior do estudo (2012); e residentes não adscritos no PSF localizado no Complexo do Alemão cujos cadastros foram verificados inicialmente com autorização da CAP 3.1.

3.7 Procedimentos para coleta de dados

O procedimento de coleta constituiu-se em dois momentos. No primeiro, foi aplicado um roteiro de entrevista à cliente e, a seguir, com um roteiro diferenciado, foram entrevistados os profissionais de saúde. As entrevistas semiestruturadas consistem no desenvolvimento de precisão, de focalização, fidedignidade e validade de certo ato social comum a uma conversa. Sugere que se mantenha a margem de movimentação dos informantes tão amplas quanto possível e que o entrevistador seja liberado de formulações prefixadas para que possa introduzir perguntas ou fazer intervenções que visem a abrir o campo de explanação do entrevistado (BARBIER, 2007). Entrevistamos a cliente “usuário marcador” com câncer de mama por duas horas seguindo o roteiro do estudo de caso da cliente com câncer de mama (Apêndice G).

3.8 Método de Análise

Para a análise e as discussões dos dados, optamos pela análise de conteúdo por similaridade (MINAYO, 2004), a partir da qual buscamos descobrir os núcleos de sentido que compuseram as falas dos participantes nos vários momentos de entrevistas. Para categorizar os dados e trabalhar os resultados e a discussão, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, que, segundo Bardin (2006, p. 37), “organiza o conteúdo das mensagens (manipula as mensagens) e das expressões deste conteúdo, para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem”.

Os dados foram transcritos e estruturados sob a forma de citação, com destaque para as ideias predominantes. E, uma vez organizados e sistematizados os dados, realizou-se a “triangulação” que originou o fluxograma analisador, Itinerário Terapêutico e Ecomapa da Cliente na RAS.

3.9 Aspectos éticos da pesquisa

Este projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIRIO, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA III). Na investigação, o TCLE foi ofertado ao sujeito da pesquisa, quando lhe foram dadas explicações sobre o que estava sendo pesquisado, para que ele assinasse caso concordasse em participar. O TCLE garante o anonimato, a privacidade e o direito de o pesquisado desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que ele venha a sofrer qualquer prejuízo de danos (Apêndice C). Desse modo, informamos e solicitamos sua autorização para a realização da pesquisa e lhe demos ciência das unidades onde ela foi realizada (Apêndice D).

Após a assinatura do TCLE, os dados coletados foram trabalhados somente pelos pesquisadores, codificados os participantes da pesquisa. Por se tratar de profissionais Enfermeiros/as, Médico e Cliente, as informações foram codificadas pelas letras E, M e C, seguidas dos números 1,2,3..., na ordem cronológica em que cada um participou.

As entrevistas foram gravadas e as transcrições entregues aos entrevistados para ciência e concordância deles. Foi garantido o anonimato de todos os entrevistados. O roteiro preliminar de entrevista encontra-se nos apêndices E, F e G, que foram ajustados segundo as necessidades do trabalho de campo.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O Caso “Lola”: a cliente na sua trajetória

Este é o estudo de caso de uma senhora com câncer de mama, à qual denominamos “Lola”. Analisamos seus prontuários na ESF e na Assistência Especializada e entrevistamos a cliente e os profissionais com a preocupação de trabalhar o processo de trabalho, seus ruídos (R) e os encaminhamentos na RAS.

No desenho inicial, os profissionais enfermeiros tinham preeminência como participantes da pesquisa. Entretanto, nos conscientizamos de que um dos fundamentos da ESF é o trabalho em equipe; ou seja, a cliente é vinculada a uma equipe integrada por um médico, uma enfermeira e por Agentes Comunitários de Saúde. A partir disto, entrevistamos três enfermeiros e um médico. Na Atenção Especializada, entrevistamos um enfermeiro. É

importante acrescentar que nos relatos dos participantes profissionais de saúde foram referidos outros profissionais, tais como nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e Agentes Comunitários de Saúde. Estes não foram entrevistados por não haver tempo para elaborar uma dissertação com mais participantes.

Pelo fato de este ser um estudo retrospectivo, utilizou-se da memória dos participantes. O profissional enfermeiro participante da Assistência Especializada respondeu às perguntas de modo geral sobre a assistência de uma cliente com câncer de mama sem especificar o caso da cliente estudada. A enfermeira da ESF entrevistada — não se trata da enfermeira da época do diagnóstico e acompanhamento da cliente— relatou suas ideias de modo geral sobre o trabalho na ESF frente a uma mulher com câncer de mama. O médico respondeu especificamente sobre a cliente estudada.

Estudou-se detalhadamente o prontuário da cliente “Lola” na Atenção Especializada. Não se estudou o prontuário físico da Clínica de Família (CF) a qual a cliente está adscrita, porque se encontra em revisão para transição para um prontuário eletrônico. A cliente “Lola” é branca, à época com 61 anos, alfabetizada, doméstica, casada e evangélica. Seu grupo sanguíneo é desconhecido; hipertensa em tratamento há 15 anos. Ex-tabagista, tinha 15 anos quando começou a fumar e parou aos 28. Não fez nenhum tratamento de câncer anterior ao câncer de mama e ninguém da família teve essa experiência. Sua primeira menstruação foi aos 16 anos e a última foi aos 50 anos. Ficou grávida pela primeira vez aos 20 anos e pela última vez aos 40 anos. Teve duas gestações tubárias: uma que resultou em aborto espontâneo e outra, no nascimento de um bebê, por cesariana, que amamentou normalmente por 48 meses. Usou pílulas anticoncepcionais e nunca fez uso de reposição hormonal.

A cliente teve seu primeiro acesso ao serviço na ESF em 2013. “Lola” se tratava, até então, em um Posto de Assistência Médica (PAM), próximo ao seu local de trabalho. Foi induzida a vincular-se a uma Clínica de Família porque o SISREG determina que, ao obter o diagnóstico de câncer, após consulta de rotina com a ginecologista, o encaminhamento à assistência especializada deve ter como ponto de partida uma Unidade da ESF. A adscrição da cliente à Clínica de Família foi por intermédio da ACS responsável pela microárea onde se localiza a residência da “Lola”. Ela já apresentava sinais da doença na mama há aproximadamente um ano e associava suas queixas de dor ao fato de carregar bolsas pesadas de mercado. Com um pedido de ultrassonografia (USG) em mãos, expedido por um profissional médico do PAM, ela começou a sua “peregrinação”, fez o exame e marcou a primeira consulta médica na ESF para o dia 5/2/2013.

Os períodos grifados marcam as idas e retornos para os serviços de saúde, à casa e também à rede de apoio nas consultas na ESF, Central de Exames da Secretaria Estadual de Saúde e pela Atenção Especializada. As informações que emergiram das narrativas dos participantes da pesquisa e do prontuário da cliente nos permitiram construir um ECOMAPA, um fluxograma do percurso terapêutico e marcar o IT da cliente “Lola”.

4.2 ECOMAPA do percurso terapêutico da cliente “Lola” – análise dos Ruídos (R)

Em 4/2/2013 – Obteve o resultado da USG: nódulos no Quadrante Superior Direito (QSD) e no Quadrante Superior Esquerdo (QSE) da mama direita.

Período que ficou na Residência (4/2/2013 a 5/2/2013) – Acompanhamento da ESF.

Em 5/2/2013 – “Lola” procura a unidade de saúde a pedido do ACS e tem sua primeira consulta médica já com o resultado da USG na ESF, que de imediato solicita um pedido de biópsia.

Período que ficou na Residência (5/2/2013 a 7/2/2013) – Acompanhamento da ESF.

Em 7/2/2013 – “Lola” realiza e entrega o material da biópsia de mama direita num centro especializado.

Período que ficou na Residência (7/2/2013 a 19/2/2013) – Acompanhamento da ESF.

Em 19/2/2013 – Liberação do laudo pelo centro especializado, cujo resultado do exame anátomo-histopatológico foi positivo para carcinoma ductal infiltrante, grau nuclear 2 da classificação de Elston.

Período que ficou na Residência (19/2/2013 a 7/3/2013) – Acompanhamento da ESF.

Em 5/3/2013 às 10h: 07 min - “Lola” recebe o laudo do centro especializado.

Em 7/3/2013 – Entrega das lâminas do exame de biópsia com o resultado definitivo.

Ruído 1 (R1) – O que motivou “Lola” a iniciar um tratamento após tanto tempo a despeito dos sinais e sintomas da doença? Faltou apoio das equipes de saúde do SUS? Quais os possíveis modos de intervir nesse processo saúde/doença? Quais seriam os perigos de intervir nessa experiência e fazer valer a integralidade da assistência? O que aconteceria se a cliente “Lola” recusasse o caminho determinado pela regulação no SUS?

Período em que Lola ficou na Residência (7/3/2013 a 26/3/2013) – Acompanhamento da ESF.

Em 26/3/2013 – Solicitação de vaga pelo PSF via SISREG com consulta agendada para 17/5/2013 na triagem da Atenção Especializada Unidade I.

Em vista do estranhamento do longo tempo do agendamento, e acompanhada de um familiar, dona “Lola” foi à triagem e descobriu que o agendamento seria para outra unidade de referência da mesma rede, especializada em câncer de mama. Com ajuda de uma amiga que trabalha nessa unidade, ela conseguiu uma consulta para o dia 24/4/2013. A triagem da Atenção Especializada de referência fez uma contrarreferência para a ESF porque no desenho organizacional do SUS municipal do Rio de Janeiro, a coordenação do cuidado é da ESF e os encaminhamentos via SISREG também são de competência da ESF.

Ruído 2 (R2) – Quais motivações levaram o profissional a informar que não seriam eles os responsáveis por contrarreferenciar, em se tratando da mesma unidade especializada em localidade diferente? Por que não informar diretamente à unidade sobre a existência de uma cliente no SISREG no dia certo e local errado no agendamento eletrônico? Quais as tecnologias envolvidas nesse processo de trabalho? A justificativa usada pelo profissional era correta?

Em se tratando de câncer, isso não prolongaria o tempo da cliente em busca de tratamento?

Período em que ficou na Residência (26/3/2013 a 24/4/2013). Acompanhamento do PSF.

Consulta adiantada e agendada por uma amiga de “Lola”, sem que a ESF tivesse conhecimento. Não houve comunicação direta ou por meio eletrônico entre a Unidade Especializada e a ESF. Em razão da interferência da amiga de “Lola” no que se refere ao agendamento da consulta, a ESF não seguiu a rotina de ligar para a unidade referenciada e tentar o adiantamento.

Ruído 3 (R3) – Por que uma pessoa precisa intervir na regulação do SISREG para que o tempo entre uma consulta e outra seja encurtado? Por que não houve comunicação da Atenção Especializada com a ESF? Terá havido alguma preocupação da Atenção especializada e da ESF no sentido de justificar procurar saber onde e como “Lola” seguia no percurso terapêutico?

Em 24/4/2013 – Entrada de “Lola” na Unidade Especializada pela triagem. Em seu primeiro contato para acompanhamento na Atenção Especializada, a cliente “Lola” é atendida na triagem e na Clínica de Mastologia, subdivisão no interior da Unidade Especializada, já cadastrada no SISREG.

Consulta médica na triagem da Unidade Especializada com o resultado de USG de fevereiro de 2013 com um nódulo em mama direita medindo 0,5 cm e outros nódulos na mesma mama medindo 2 cm. “Lola” realizou outra mamografia nessa unidade, constatando

que um dos nódulos na mama direita havia aumentado de diâmetro — de 0,5 para 1 cm — e o diagnóstico de que ali havia outro nódulo.

Nessa unidade de referência trabalha-se com o agendamento direto via SISREG e com situações extraordinárias emergenciais, tais como, atender pedidos de urgência das unidades que referenciam os clientes.

Ruído 4 (R4) – O que levou a cliente “Lola” a não retornar à ESF conforme as normas? O familiar da cliente “Lola” sabia o que estava fazendo? Por que, ao realizar outro exame na Atenção Especializada, a cliente “Lola” deparou com o aumento da lesão na mama? O SISREG permite que as instituições tenham suas próprias agendas? Supostamente, por qual caminho a cliente “Lola” chegaria primeiro à Atenção Especializada? Será que a cliente “Lola” corrompe a hierarquia imposta pelo modelo assistencial? E, se corrompe, qual é o seu motivo? Há dificuldade em considerar a ESF como ordenadora do cuidado?

Período em que “Lola” ficou na Residência (24/4/2013 a 10/5/2013) – Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 10/5/2013 – Consulta com assistência social.

Em 10/5/2013 – Consulta com enfermeiro da captação de biobanco de tumores para pesquisa (Assinatura de um termo autorizando a guarda de um fragmento do tumor para pesquisa).

Em 10/5/2013 – Consulta médica e liberação do risco cirúrgico.

Ruído 5 (R5) – Teria a realização dos exames justificado o tempo de um mês até a liberação do risco cirúrgico? O modelo de saúde centrado nas especializações interfere na forma de receber o cliente?

Período que ficou na Residência (10/5/2013 a 14/5/2013) – Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 14/5/2013 – Deliberação da cirurgia pela Clínica de Mastologia – Mastectomia ampla (procedimento radical mutilante). Nesse momento foi explicado à cliente sobre o procedimento proposto e as possibilidades de complicações da mastectomia. A cliente “Lola” assinou o termo de consentimento para a cirurgia.

Período que ficou na Residência (14/5/2013 a 15/5/2013) – Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 15/5/2013 – Avaliação pré-anestésica.

Em 15/5/2013 – Consulta com assistente social.

Período que ficou na Residência (15/5/2013 a 17/5/2013) – Acompanhamento da Atenção Especializada e da APS.

Em 17/5/2013 – Consulta com a psicóloga.

Em 17/5/2013 – Consulta com enfermeiro e Grupo de Internação Hospitalar (GIH).

Em 17/5/2013 – Consulta médica no ESF.

Período que ficou na Residência (17/5/2013 a 10/6/2013) – Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 10/6/2013 – Solicitada vaga para internação pelo médico da Atenção Especializada às 09h:45min.

Em 10/6/2013 – Consulta com enfermeiro no ato da internação às 10h:30min. Apresentou hiperglicemia – 117 mg/dl.

Período que ficou na Residência (10/6/2013 a 11/6/2013) – Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 11/6/2013 – Consulta com a médica da Clínica de Mastologia às 15h:40min no dia da internação. Realizou uma segunda mamografia na Unidade Especializada, dois meses após a consulta na triagem, com evidência do aumento de tamanho nos dois nódulos na mama direita.

Em 11/6/2013 – Consulta com enfermeiro do 6º andar às 16h30min.

Em 11/6/2013 – Consulta com nutricionista do 6º andar às 16h45min.

Ruído 6 (R6) – Por que a AE tem que refazer todos os exames já realizados na ESF? Por que a cirurgia aconteceu somente quatro meses após o diagnóstico dado na ESF? Houve crescimento do tumor neste período? Por que os riscos e a segurança da cliente não foram trabalhados? Em se tratando de uma doença avançada, o que impediu a instituição especializada em fazer a cirurgia antes?

Período que ficou na Residência (11/6/2013 a 12/6/2013) – Acompanhamento da Atenção Especializada.

Período que ficou Internada na Unidade Especializada (12/6/2013 a 13/6/2013)

Em 12/6/2013 – Encaminhada para o Centro Cirúrgico (CC) às 8h30min.

Em 12/6/2013 – Consulta pré-operatória com enfermeiro do CC.

Deu entrada no CC às 08h50min com uma leve hiperemia na mama direita, sonolenta, pressão controlada aferida às 9h35min, entrou em sala 9h45min, anestesiada às 9h50min. Deu início a cirurgia excepcionalmente às 10h10min. Término da cirurgia – 12h20min.

No exame de congelação revelado pela Divisão de Patologia – positivo para células malignas, tipo carcinoma.

Em 12/6/2013 – Consulta pós-operatória com enfermeiro do CC.

Em 12/6/2013 – Encaminhada à sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA) – 12h:25min.

Em 12/6/2013 – Recebeu alta da RPA às 13h20min.

Em 12/6/2013 – Consulta com enfermeiro do 6º andar às 14 horas.

Em 12/6/2013 RPA – Consulta com enfermeiro noturno do 6º andar às 22h.

Em 13/6/2013 – Consulta com médico da oncologia – Primeiro pós-operatório de mastectomia de mama direita.

Recebeu alta hospitalar às 8 horas. Estável hemodinamicamente e ainda com dreno, mas só poderá deixar a Unidade Especializada após consulta com outros profissionais.

Em 13/6/2013 – Consulta com nutricionista – sobrepeso e hipertensão. Agendado retorno ao ambulatório para acompanhamento.

Observa-se sobrepeso e hipertensão. Neste caso, a cliente é acompanhada na ESF.

Em 13/6/2013 – Consulta com fisioterapeuta pós-operatório.

Em 13/6/2013 – Consulta com enfermeiro às 10 horas.

Em 13/6/2013 – Participou com o familiar do Grupo de orientação para alta hospitalar.

A cliente obteve alta médica para sua residência em 13/6/2013, porém com uma observação: “Não ir de alta antes de ter consulta com outros membros da equipe da Atenção Especializada”.

Ruído 7 (**R7**) – Os profissionais e grupos de apoio da AE entraram em contato com a ESF? Existe integração internamente na instituição especializada? Existe integração da AE com a ESF para dar mais segurança à cliente que recebeu alta no pós-operatório? A orientação pós-operatória dada à cliente "Lola" foi suficiente para que fossem mantidos os cuidados pós-operatórios no domicílio?

Período que ficou na Residência (13/6/2013 a 19/6/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 19/6/2013 – Consulta com enfermeiro no Ambulatório/Sala de Curativo na Assistência Especializada.

Recebeu a visita do ACS e da enfermeira da ESF. O vínculo neste momento foi estabelecido entre a enfermeira sobrinha da cliente, que fazia o acompanhamento do curativo em casa, com orientação da equipe da Atenção Especializada. Nenhuma observação para que o cuidado

fosse realizado pela equipe da ESF. A cliente “Lola” explicou a situação de cuidado aos profissionais e não houve mais integração entre estes.

Ruído 8 (R8) – Podemos expressar o cuidado da sobrinha de “Lola” como sendo uma barreira na adesão da cliente ao tratamento na trajetória terapêutica? A percepção que a sobrinha da cliente "Lola" era profissional de saúde interferiu no cuidado que a ESF teria que dispensar? Que tecnologias deixaram de ser trabalhadas neste momento?

Período que ficou na Residência (19/6/2013 a 24/6/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 24/6/2013 – Consulta com enfermeiro no Ambulatório/Sala de Curativo – Retirada do dreno.

Período que ficou na Residência (24/6/2013 a 02/7/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 2/7/2013 – Consulta com assistente social – Grupo de orientação de mama e qualidade de vida.

Em 2/7/2013 – Consulta com enfermeiro no Ambulatório/Sala de Curativo.

Período que ficou na Residência (2/7/2013 a 10/7/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 10/7/2013 – Consulta médica na Clínica de Mastologia – Encaminhada para equipe da Oncologia Clínica.

Período que ficou na Residência (10/7/2013 a 15/7/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 15/7/2013 – Consulta com enfermeiro no Ambulatório/Sala de Curativo – Recebeu alta do cuidado pós-operatório com o enfermeiro.

Em 15/7/2013 – Consulta com fisioterapeuta – Agendada para dezembro de 2013 para buscar a prótese e o sutiã.

Não houve comunicação/integração entre os profissionais da Atenção Especializada e ESF.

Ruído 9 (R9) – Por que não houve integração dos profissionais? Quais tecnologias deixaram de ser trabalhadas neste momento?

Período que ficou na Residência (15/7/2013 a 18/7/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 18/7/2013 – Consulta médica com equipe da Oncologia Clínica às 17h33min – Reagendada pela falha do sistema de informação.

O prontuário nesta unidade é físico, porém os exames são acessados pelo sistema informatizado. Esta outra consulta foi reagendada para em 06/08/2013, vinte e três dias depois.

Ruído 10 (R10) – Quais tecnologias deixaram de ser trabalhadas neste momento? Em se tratando de uma consulta para deliberação de Quimioterapia (QT), os exames não poderiam ser pedidos de forma manual via prontuário ou parecer para outros setores?

Período que ficou na Residência (18/7/2013 a 29/7/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 29/7/2013 – Consulta com fisioterapeuta.

Período que ficou na Residência (29/7/2013 a 6/8/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 6/8/2013 – Consulta médica na Oncologia Clínica – pedido exames de sangue e USG.

Em 6/8/2013 – Consulta com assistente social – Grupo de orientação de mama e qualidade de vida.

Período que ficou na Residência (6/8/2013 a 2/9/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 2/9/2013 – Consulta médica na Oncologia Clínica – liberada primeira QT.

Em 2/9/2013 – Consulta com nutricionista.

Período que ficou na Residência (2/9/2013 a 6/9/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 6/9/2013 – Consulta com enfermeiro – Central de QT. Primeiro ciclo de QT e folder explicativo.

Em 6/9/2013 – Sala de Aplicação – QT.

Período que ficou na Residência (6/9/2013 a 20/9/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada e do PSF.

Em 20/9/2013 – Consulta médica ESF. Acompanhamento na ESF.

Primeira consulta médica na ESF, um pouco mais de três meses após a cirurgia da cliente “Lola”.

Ruído 11 (R11) – Mesmo neste período entre consultas não houve integração entre as duas unidades de saúde? Quais tecnologias deixaram de ser trabalhadas neste momento? Por que a primeira QT foi realizada somente 83 dias após a cirurgia? A cliente “Lola” de alguma forma

foi prejudicada pela “pane do sistema” e pelo reagendamento da consulta de deliberação da QT? Por que a cliente "Lola" teve consulta na ESF após 97 dias depois da cirurgia?

Período que ficou na Residência (20/9/2013 a 26/9/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada..

Em 26/9/2013 - Consulta médica na Oncologia Clínica – Conduta: Retornar em 21 dias.

Período que ficou na Residência (26/9/2013 a 27/9/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada..

Em 27/9/2013 – Consulta com enfermeiro – Central de QT. Segundo ciclo de QT.

Em 27/9/2013 – Consulta com nutricionista.

Período que ficou na Residência (27/9/2013 a 22/10/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 22/10/2013 – Consulta médica na Oncologia Clínica

Em 22/10/2013 – Consulta com nutricionista.

Em 22/10/2013 – Consulta com enfermeiro – Central de QT. Terceiro ciclo de QT.

Período que ficou na Residência (22/10/2013 a 11/11/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 11/11/2013 – Consulta médica na Oncologia Clínica.

Em 11/11/2013 – Sala de Aplicação – QT. Quarto Ciclo de QT.

Período que ficou na Residência (11/11/2013 a 4/12/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 4/12/2013 – Consulta com enfermeiro – Central de QT.

Período que ficou na Residência (4/12/2013 a 13/12/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 13/12/2013 – Consulta com enfermeiro – Central de QT.

Período que ficou na Residência (13/12/2013 a 18/12/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 18/12/2013 – Consulta com fisioterapeuta.

Período que ficou na Residência (18/12/2013 a 23/12/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 23/12/2013 – Consulta médica na Oncologia Clínica.

Período que ficou na Residência (23/12/2013 a 30/12/2013). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 30/12/2013 – Consulta com enfermagem – Central de QT. Soroterapia.

Período que ficou na Residência (30/12/2013 a 17/1/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 17/1/2014 – Consulta médica na Oncologia Clínica.

Período que ficou na Residência (17/1/2014 a 21/1/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 21/1/2014 – Consulta de enfermeiro – Central de QT.

Período que ficou na Residência (21/1/2014 a 5/2/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada e do PSF.

Em 5/2/2014 – Consulta médica na ESF. Acompanhamento na ESF.

Ruído 12 (R12) – Por que pela segunda vez, neste período entre consultas, não houve integração entre as unidades de saúde? Que tecnologias deixaram de ser trabalhadas neste momento? Deveria haver comunicação entre as unidades? No que iria mudar o tratamento da cliente “Lola”? Por que a cliente "Lola" teve consulta na ESF após 135 dias da consulta de 20/9/2013 na AE?

Período que ficou na Residência (5/2/2014 a 10/2/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 10/2/2014 – Consulta médica na Oncologia Clínica.

Período que ficou na Residência (10/2/2014 a 12/2/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 12/2/2014 – Consulta de enfermeiro – Central de QT.

Período que ficou na Residência (12/2/2014 a 6/3/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 6/3/2014 – Consulta médica na Clínica Cirúrgica.

Período que ficou na Residência (6/3/2014 a 4/4/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada e do PSF.

Em 4/4/2014 – Consulta com enfermeiro na ESF. Acompanhamento na ESF.

Ruído 13 (R13) – Pela terceira vez, neste período entre consultas, não houve integração entre as unidades de saúde? Que tecnologias deixaram de ser trabalhadas neste momento? Por que a cliente "Lola" teve consulta com enfermeiro na ESF após 59 dias a consulta médica na ESF, ambos profissionais de uma equipe de saúde da família?

Período que ficou na Residência (4/4/2014 a 7/4/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada.

Em 7/5/2014 – Consulta com nutricionista na Atenção Especializada.

Em 7/5/2014 – Consulta médica na Oncologia Clínica – Solicitado mamografia e agendamento de retorno para seis meses na Clínica de Mastologia.

Período que ficou na Residência (7/5/2014 a 23/5/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada e do PSF.

Ruído 14 (R14) – Por que ainda não houve integração entre as unidades de saúde? Quais tecnologias deixaram de ser trabalhadas neste momento?

Em 23/5/2014 – Consulta com enfermeiro da ESF. Acompanhamento na ESF.

Período que ficou na Residência (23/5/2014 a 18/6/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada e do PSF.

Em 18/6/2014 – Consulta médica na ESF. Acompanhamento na ESF.

Período que ficou na Residência (18/6/2014 a 11/7/2014). Acompanhamento da Atenção Especializada e do PSF.

Ruído 15 (R15) – Neste período entre consultas ainda não houve integração entre as unidades de saúde? Essa barreira poderia ser superada com um sistema informatizado de acesso e utilização de serviços de saúde tal como o SISREG?

Em 11/7/2014 – Consulta com fisioterapeuta da AE – Alta do tratamento fisioterápico.

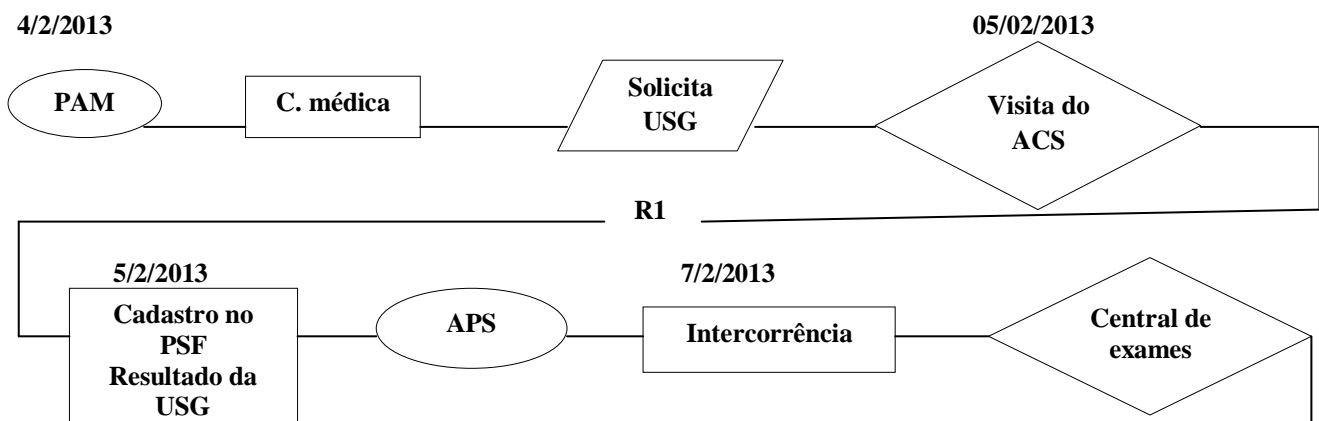
Em 11/7/2014 – Consulta médica na ESF. Acompanhamento na ESF.

Em acompanhamento com a Atenção Especializada de seis em seis meses.

Os ACS são os responsáveis por manterem a integração e agendamentos de retorno da cliente para a ESF.

4.3 Fluxograma do percurso terapêutico da cliente “Lola” – análise dos Ruídos (R)

Apresentamos a seguir o fluxograma analisador da cliente “Lola” desde o diagnóstico de câncer de mama até o tratamento (Figura 1):



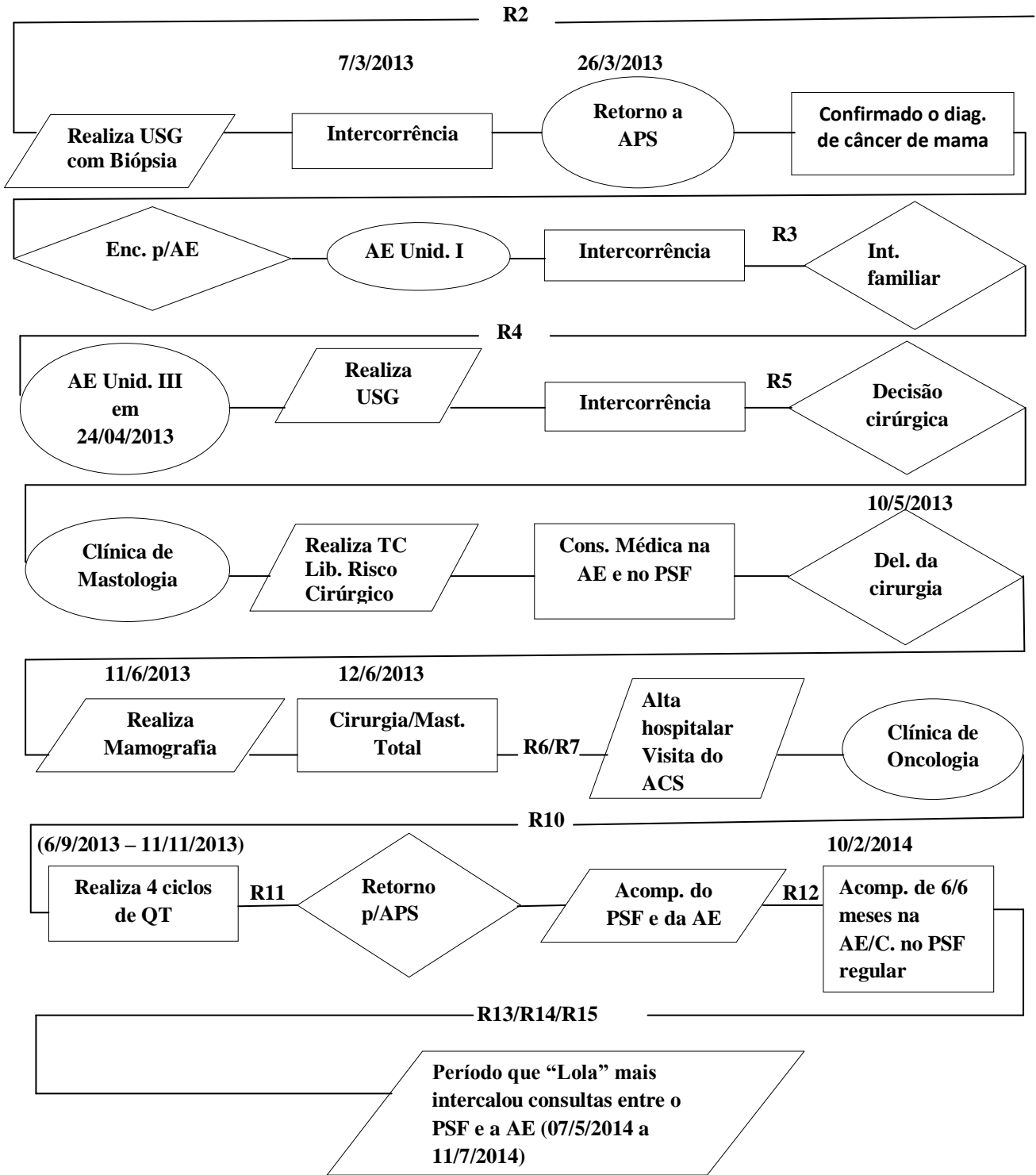


FIGURA 1 – Fluxograma do diagnóstico de câncer de mama até o tratamento

Símbolos: PAM = Posto de Atendimento Médico; C. = Consulta; USG = Ultrassonografia; ACS = Agente Comunitário de Saúde; PSF = Programa de Saúde da Família; APS = Atenção Primária de Saúde; Diag. = Diagnóstico; AE = Atenção Especializada; Int. = Interferência; Unid. = Unidade; TC = Tomografia Computadorizada; Del. = Deliberação; Mast. = Mastectomia; QT = Quimioterapia; Acomp. = Acompanhamento.

4.4 Categorizando os ruídos do caso “Lola” e dos profissionais

Enquanto ordenadora das RAS, e para garantir o acesso aos serviços, a ESF veio como um desafio para as equipes, populações e todos no SUS. Atualmente, compete às equipes da ESF assumir a responsabilidade na regulação desses acessos para garantir o diagnóstico e tratamento integral das pessoas com câncer de mama. Essa lógica pretende alterar o contexto atual no qual parcelas significativas da população brasileira convivem cotidianamente com altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, dentro de uma rede assistencial que, na maioria das vezes, encontra-se desarticulada, mal distribuída e mal equipada, dentre outros aspectos (VIANA et al., 2006).

No decorrer das entrevistas, com a análise sistemática das falas, foi possível perceber o envolvimento da cliente ao falar sobre seu território, os profissionais responsáveis por seu diagnóstico, como também sobre o acompanhamento e o cuidado que todos tiveram com sua doença, denotando ter ela percebido o estado de motivação e compromisso por parte dos que a atenderam. É importante salientar que esses profissionais têm responsabilidade sanitária sobre o território, o que nem sempre implica em motivação técnico-política, enquanto a cliente é movida pela ideologia. Inicialmente, ela discordou do fluxo que lhe foi imposto pelo mecanismo de regulação de acesso e utilização dos serviços de saúde e que lhe permitiu, em momento anterior, buscar “livremente” o serviço de saúde que considerava capaz de dar respostas aos problemas que enfrentava.

No primeiro trimestre de 2013 destacou-se a investigação diagnóstica do câncer de mama como abordagem do PSF — momento da primeira intervenção que visou promover a operacionalização da meta de diagnosticar e referenciar com o compromisso da interlocução via sistema de regulação. A descontinuidade do tratamento, evidenciada pelo número reduzido de consultas no percurso terapêutico a partir do segundo trimestre, favoreceu a emancipação desses sujeitos na base da pirâmide hierárquica.

Nesse sentido, produziu-se um estranhamento nas intervenções da AE, que favoreceu a criação de espaços multiprofissionais hegemônicos no cuidado, com novos propósitos e ações no qual novos sujeitos estão inseridos, conforme observado pelo número de consultas em ambos os níveis de atenção (46 na AE e 04 no ESF) (Diagrama 1).

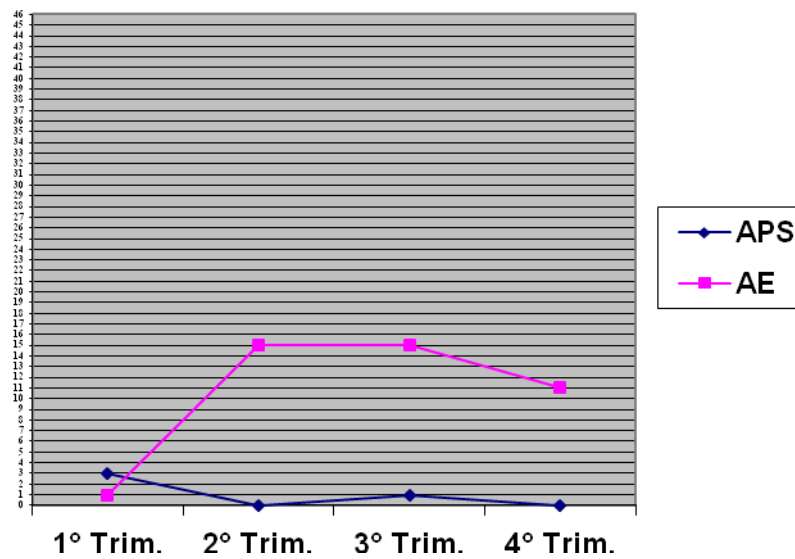


Diagrama 1. Relação multiprofissional durante as consultas no PSF e na AE no primeiro ano de tratamento da cliente “Lola”.

A pesquisa se deu até o segundo trimestre de 2014 e entendemos que o fato de “Lola” ser direcionada para realizar exames nos níveis de média complexidade tecnológica (Centro de Imagem estadual) e retornar a Atenção Básica não valorizou a participação de todos os atores envolvidos por não referenciar diretamente para a AE, reduzindo o alcance das metas qualitativas no processo de cuidar. O segundo ano de tratamento da “Lola” seria um momento propício da ESF reassumir a responsabilidade no sistema de saúde, rever suas ações e promover interações sustentáveis em razão da diminuição dos números de consultas na AE (Diagrama 2).

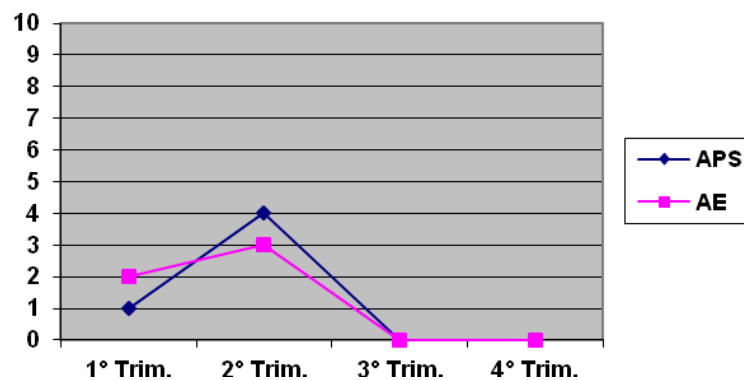


Diagrama 2. Relação multiprofissional durante as consultas no PSF e na AE no segundo ano de tratamento da cliente “Lola”.

Neste capítulo, descreveram-se os resultados do processo de trabalho em saúde realizado pelos profissionais na assistência à cliente “Lola”, cliente com câncer de mama, e sua trajetória terapêutica com base nos dados do prontuário e nas entrevistas. Emergiram duas grandes categorias, as quais se desdobraram em subcategorias: as Tecnologias Leves e Leve-duras no caso “Lola” e as Tecnologias Leves, Leve-duras na assistência da cliente “Lola”.

4.4.1 CATEGORIA I – ANÁLISES DO TRABALHO “VIVO EM ATO” NO CASO “LOLA”

A partir dos relatos da prática cotidiana no IT, identificamos posições diferenciadas entre os profissionais no que diz respeito à integralidade da assistência oferecida à cliente “Lola”. Nesta categoria, Categoria 1, a cliente “Lola” revela o que aconteceu desde o diagnóstico até o tratamento do câncer de mama:

[...] bom, eu um dia senti um negócio queimando assim, aí eu olhei assim, aquilo vermelho, aí eu botei a mão, era um caroço, mais 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 [...]. **C1-Lola**

Compreende-se que a cliente “Lola” produziu um autogoverno ao cuidar da sua doença, o que lhe permitiu decidir sua própria história de vida —, distante da realidade do serviço de saúde e pela falta de cuidado, depara, *na pele* e na consciência, com uma doença manifestada em seu corpo. Esse fato poderia ser expresso como exemplo de um diagnóstico tardio e configura uma barreira no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer. Ao mesmo tempo, a cliente dava sinais de que não estava nada bem ao falar do resultado da biópsia e de como foi cuidada pela equipe de saúde da família.

[...] aí no dia que eu fui pegar a biópsia, eu vim lá da cidade até aqui lendo aquele papel, lendo, lendo! Não entendi nada! [...] aí quando eu cheguei lá, ele falou assim: “*Dona Lola, alguém falou alguma coisa para a senhora sobre a sua biópsia?*” “Não! Ninguém nem falou e nem eu senti nada!” Aí ele foi e falou pra mim assim: “*A senhora está com câncer de mama [...]*”. Olha! Quase que eu subi no teto! **C1-Lola**

A cliente revela que não lhe permitiu entender o significado da informação sobre sua doença e ela sofreu um desequilíbrio momentâneo ao saber da sua doença no momento da

confirmação do diagnóstico e a certeza de estar com câncer ao conversar com o médico da ESF.

A fala do profissional, relatada pela paciente, nos sugere que qualquer pessoa da equipe de saúde da família ou qualquer profissional de outro serviço de saúde poderia ter revelado aquele diagnóstico. Porém, de acordo com as normas da Estratégia Saúde da Família, quem coordena o cuidado é a equipe de saúde da família — o que nos faz acreditar que esse acolhimento teve o sentido de assumir a responsabilidade sobre o cuidado da cliente — o que até então não ocorrera, visto que ela mesma foi buscar o seu laudo, apesar da existência de sistemas informatizados de informação, que ela ignorou. No que se refere à tentativa de ordenar o cuidado, na primeira etapa, a ACS cadastrou na equipe de saúde da família da área e a encaminhou para uma segunda etapa com o profissional médico, responsável pela aplicação de medidas de rotina, na tarefa de receber a cliente que involuntariamente se dirigia até os responsáveis pelo cuidado.

[...] aí a ACS marcou pra mim o doutor. [...] ela me deu encaminhamento. [...] aí a ACS foi e marcou pra mim. [...] quando eu já peguei o resultado, eu não fui pra lá mais, eu já fui aqui! **C1-Lola**

À ESF lhe compete um lugar central na política governamental brasileira. Entretanto, ainda há desafios a enfrentar em relação à superação do modelo fragmentado de atenção à saúde ao lidar com o cotidiano de uma cliente em processo de rastreamento do câncer de mama. No modelo assistencial do SUS, “Lola” é conduzida numa rede regionalizada, por etapas dentro de um protocolo, obrigando-a no seu IT a realizar exames para confirmar o diagnóstico na média complexidade e, após retornar à equipe da ESF.

Na fala de “Lola” transparece sua convicção de que o câncer não tem cura, de que ele representa um castigo: é o que revela sua descrição do que sentiu ao receber o diagnóstico de um médico da ESF.

Meu Deus! Eu, logo eu? Por quê? Por que eu? [...] aí eu vim para casa, dei a notícia aos meus filhos, meus filhos entraram em desespero e fazia poucos dias que eu tinha perdido a minha sogra, com esse mesmo processo. **C1 – Lola**

Os autores Zago & Sawada (1998) e Atkinson (2002) afirmam haver um choque quando o indivíduo descobre estar acometido com uma doença tumoral, pois esta, na maioria das vezes, é compreendida como algo incurável, como um castigo. No caso aqui abordado, este foi o choque da cliente frente ao diagnóstico de câncer de mama, fato que poderia ter sido

aliviado pelo tempo e esforço que um “profissional de saúde” empregasse para garantir à cliente que ela poderia reconquistar sua saúde e seu bem-estar com o tratamento — e que essas palavras fossem ditas à cliente da maneira mais confortável possível.

Segundo Piggitt (2003) e Atkinson (2002), a área do corpo afetada é também importante no que diz respeito à alteração da imagem corporal do cliente. Por exemplo, uma ferida na face pode causar grandes problemas em razão das relações entre a face e o eu do indivíduo. Porém, as feridas em áreas ligadas à sexualidade — como mamas, testículos ou períneo — podem causar não apenas alteração da imagem corporal, mas também representar um castigo em relação à vida pregressa do cliente. Nesse sentido, as feridas que podem ser ocultadas no corpo, por sua vez, como as do abdome e região do tórax, não constroem tanto o indivíduo, mas fazem com que ele se sinta sujo, o que o conduz ao isolamento social. Os autores ressaltam, ainda, que o isolamento social pode ocorrer.

No que diz respeito ao profissional de saúde, podemos nos apropriar de uma frase do teólogo Leonardo Boff, (1999, p. 60), que afirma: “[...] o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida”. Nessa mesma linha, mas referindo-se especificamente aos profissionais de saúde, Merhy et al. (2006, p. 72) afirmam que o cuidado se dá de forma que exista “[...] interação e intervenção nas possibilidades concretas das relações”.

[...] Ela veio aqui uma vez só, a enfermeira! Eu tava até com dreno ainda, ela veio só uma vez, eu não lembro nem o nome dela! Veio junto com a ACS! Ela veio, mas nem meteu a mão em nada, não! A minha sobrinha é "enfermeira" e tava fazendo o curativo, né? Aí eu falei para ela que minha sobrinha estava fazendo! **C1 – Lola**

Esta fala expressa um questionamento sobre o cuidado da enfermeira que, para a cliente, não ocorreu. Por essa ótica dos fluxos terapêuticos no SUS e de suas relações superiores hierarquizadas em seu vértice — ótica esta ordenada pelo elemento tecnológico leve e leve-dura —, poderíamos expressar que não houve diálogo de confiança entre o profissional da ESF e a cliente ao retornar a sua base, onde lhe deram apoio no início do tratamento, tendo representado uma barreira no que diz respeito à adesão da cliente à ESF na trajetória terapêutica. E, lamentavelmente, a enfermeira parece não ter produzido atos de saúde, como no caso de acolhimento, responsabilizações, ações e procedimentos — e que, caso fossem rompidas, caracterizariam um cuidado que correspondesse às necessidades de saúde dos clientes.

Pelo relato de “Lola”, entendemos que ela discerniu o papel social da enfermeira como alguém que cuida de pessoas, visto que permaneceu sob os cuidados da sua sobrinha após a alta hospitalar dada pela AE. Cabe salientar que o resgate do cuidado não se faz *à custa do trabalho*, e, sim, mediante uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho. (BOFF, 1999, p. 99).

Neste estudo de caso sobre acesso e barreiras no cuidado em uma rede complexa em oferta percebemos que uma questão difícil de resolver é aquela que aborda a integralidade do cuidado — ou seja, quem deve assumir as responsabilidades por aqueles que exercem o acolhimento no interior dessas relações entre cuidador e cliente.

[...] eu tinha uma amiga que tinha um conhecimento lá no PAM perto do meu serviço e já marcava tudo pra mim! Aí só ia mesmo à ginecologia [...]. Diabetes, não! Por enquanto, que eu saiba, não, né? Mas até o último exame que eu fiz, eu não tenho diabetes não! **C1 – Lola**

Trata-se de uma questão objetiva, que se apresentou para nós a partir da primeira entrevista com a cliente, quando, de forma simples, ela a revelou. Entendemos que nosso sistema de saúde não deixa de ser responsável pelo fato de permitir que a cliente circule livremente em seu território no processo de saúde e doença. A propósito, e segundo Augusto (2011, p. 21), uma das características de um bom governante na área da saúde, seria encontrar maneiras adequadas de descrever ou analisar uma “realidade” ou esta e/ou aquela situação política para que “o bem-estar dos indivíduos seja a força do Estado”.

Com o objetivo de organizar o fluxo de acesso aos cuidados de saúde, o Estado transforma a população em marionetes ao praticar uma política extremamente paternalista e pouco flexível para atender às necessidades dos indivíduos. No caso da cliente “Lola”, isso se traduziu na impossibilidade de ela se tratar próximo ao seu local de trabalho — o que seria mais racional —, obrigando-a a dias de afastamento do trabalho em razão de o sistema decidir que ela deveria ser atendida no seu bairro de domicílio.

[...] mesmo assim eles (patrões) ficaram me pagando por um ano! [...] eu em casa e eles me pagando, como se eu tivesse trabalhando! [...] pagou os meus direitos e me pagou um ano como se eu tivesse trabalhando! **C1 – Lola**

A cliente “Lola” começou a ser acompanhada pela ESF a partir do diagnóstico clínico revelado pelo médico da equipe da saúde da família. A vigilância em saúde, uma das diretrizes da ESF e que supostamente a consolidaria como estratégia estruturante do SUS,

ordenadora do cuidado e coordenadora das RAS foi “posta a prova” ao questionarmos se “Lola” havia participado de algum grupo coletivo na Clínica de Família.

[...] Não, porque na época eu trabalhava e só me preocupava com o patrão, só vivia fora, nem pra médico eu ia! Ia ao ginecologista de ano em ano. Na época a gente podia ir pra lá, uns anos atrás, a gente podia ir pra lá, né? [...] **C1– Lola**

Para Smeltzer e Bare (2002), o enfrentamento da doença, entre outras questões que afetam o corpo e a alma, leva o cliente a preocupar-se também com a possível perda do emprego, do sustento da família e com a possibilidade de vir a sofrer de uma incapacidade permanente. A respeito dessas preocupações, a fala de “Lola” expressa a dinâmica política de nossos serviços de saúde, uma vez que ela trabalhava distante de sua residência. Se considerarmos a questão individual de “Lola” como exemplar — no sentido de nos confrontar com o que ocorre com a população em nosso país, onde a maior parte dos trabalhadores geralmente reside na periferia dos grandes centros urbanos, onde existe emprego e possibilidade de renda —, podemos afirmar que ela conseguiu vincular-se ao serviço territorializado do SUS.

Representada pela ESF, a “porta de entrada” do SUS produz um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que *amplia o acesso*, ela *barra o acesso* dado que a condicionalidade é a mesma: a territorialização do vínculo das pessoas aos serviços de saúde. A cliente trabalhava como empregada doméstica na casa de uma família em uma área não coberta da ESF responsável pelo território perto da casa de “Lola”. Como consequência, a impossibilidade de “Lola” estar em sua própria casa no horário de trabalho da Equipe de Saúde da Família; a limitação decorrente do fato de o horário de funcionamento do PSF ser concomitante ao horário de trabalho de “Lola” levou-a a buscar a facilidade de utilizar outro serviço de saúde — no caso, um Posto de Assistência Médica — quando julgasse necessário. Portanto, cabe aqui apontar que essa facilidade vem sendo bloqueada pelo planejamento normativo do SISREG.

Entende-se que definir o grau de liberdade que uma pessoa pode gozar para circular pelo Sistema Público de Saúde têm implicações complexas. Uma delas, e que nos afeta diretamente, é a situação vivida por “Lola”, que frequentava a médica ginecologista, e, não, o médico generalista. Ao narrar sobre o “caroço” (fala da entrevistada), ela observa que algo que surgiu acima do seu seio direito não estava bem em seu corpo. Assim, no exercício de sua liberdade de buscar por ajuda no serviço de saúde, ela decidiu recorrer à ginecologista.

Portanto, “Lola” vivenciou um momento de transição entre o da ausência de planejamento de um conjunto de serviços de saúde desconexos — como era, anteriormente, a (des)organização da saúde no município do Rio de Janeiro — e o de um planejamento normativo que define os caminhos das pessoas desde a entrada até a saída, bem como o trânsito interno que elas devem percorrer no SUS. Para “Lola”, esse momento de transição foi negativo e isso porque o sistema é inflexível e, não se considera o autogoverno dos clientes.

No caso de “Lola”, ela reside no Complexo do Alemão e trabalha em Del Castilho; e, dada a distância entre os dois pontos, o horário de atendimento na CF não permitia que “Lola” chegasse a tempo para que tivesse acesso ao atendimento. Um arranjo diferente do SUS que considerasse a realidade cotidiana da vida (Patrão X Serviço, Cliente X Unidade para atendimento e Cliente X Patrão) que organizaria e ampliaria a oferta de ações em saúde, lançando mão de saberes e práticas especializadas, sem que a cliente deixasse de ser “cliente” da equipe de saúde da AB.

A cidade do Rio de Janeiro apresenta a maior disponibilidade de serviços na rede própria do SUS em comparado com todos os estados do Brasil e caracteriza-se pela oferta de ações de média e alta complexidade tecnológica. Entretanto, observam-se limitações quanto à qualidade e capacidade de resposta dos serviços, mesmo após a implantação de um SISREG – Sistema Nacional de Regulação³. Para Mattos (2010), a impossibilidade de burlar o sistema informativo normatiza os acessos dos clientes aos serviços e, ao analisarmos criticamente seus elementos, poderemos reconhecer uma potência em relação à resolutividade da APS, na renovação do planejamento no âmbito do SUS.

Planejamento, nesta acepção, refere-se à forma de raciocínio, portanto, à reflexão feita de modo sistemático por alguém antes da deliberação sobre uma ação, e feita de tal modo a conformar esta deliberação sobre a ação. [...] Ela não se restringe a questões como o desenvolvimento econômico, nem aos temas ligados ao Estado. (MATTOS, 2010, p. 2329.)

Essa concepção nos faz acreditar que o SISREG é uma ferramenta limitada para cumprir normas, distinta de um sistema de regulação porque este implicaria em negociação e

³ O SISREG é um sistema on-line desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS, que passou a integrar o Cartão Nacional de Saúde (CADWEB 4.5) [...]. Esta integração visa a agilizar e garantir qualidade ao processo de regulação nacional, dando assim uma maior credibilidade aos dados dos pacientes atendidos. Mais informações em

assunção de responsabilidades entre gestores e serviços de saúde. Dessa maneira, concordamos também com o que diz Rodrigues et al. (2014, p. 344), quanto a que as práticas da APS se deram de forma diversificada em todo mundo. No Brasil, as práticas da APS foram levadas a assumir um polo muito mais tecnocrático, com práticas racionalizadas e restritas à cesta de serviços oferecida à população, sendo colocada numa posição antagônica ao Estado de Direito.

Operando pelo desejo de mudar sua vida, o Sujeito Cliente age como quem não suporta mais a repetição, as horas e a tensão das descobertas rápidas num intervalo pequeno de tempo com uma doença invasiva de evolução rápida. A cliente “Lola” teve a experiência de passar por vários encaminhamentos e reencaminhamentos pela ESF até chegar a Atenção Especializada, fato esse que poderia ser evitado se “Lola” tivesse o conhecimento da existência de uma recepção específica para clientes com câncer de mama na Atenção Especializada e que poderia fazer sua inscrição diretamente nesta unidade.

[...] Aí ele me encaminhou para o Hospital Especializado, aquele lá da cidade [...] Só que a minha sobrinha tinha uma amiga dela que tinha feito lá em (outra Unidade), aí eu pedi a ACS pra me mandar pra lá! [...] Aí eu pedi ajuda tudo de novo! [...] Aí eu fui pra lá! **C1 – Lola**

Na fala seguinte a cliente “Lola” exemplifica uma experiência que viveu após a cirurgia, experiência essa que se configura como um princípio de integração relativamente às práticas dos indivíduos — e, nesse sentido, o profissional compreende o seu lugar e com a sua experiência considera o sujeito “recuperado”, com saúde.

Você está no centro cirúrgico, já tá operada, não precisa se preocupar! [...] aí, pronto! [...] eu acordei, não senti nenhuma dor! **C1 – Lola**

O protocolo de atendimento foi seguido para retirada dos tumores e o papel dos indivíduos claramente identificado. O sujeito cliente responderá positivamente sobre a assistência recebida pela AE que domina todas as tecnologias de produção da saúde.

Para Nightingale (1989), o doente é aquele que precisa de cuidados especiais de um outro ser humano e é um dever do enfermeiro buscar instilar fé e esperança para mover o poder vital em prol da cura. Daí entendermos que a *instilação de esperança* é uma intervenção de enfermagem e consta da Classificação das Intervenções de Enfermagem definida como facilitação do surgimento de uma configuração positiva em determinada

situação. Portanto, é importante buscar ampliar o repertório de mecanismos de enfrentamentos do cliente, porém evitando mascarar a verdade (JOHNSON et al.; 2009).

Os sentidos produzidos pela afirmação “*não precisa se preocupar*” na fala anterior convoca-nos e faz-nos acreditar que essa “parafernália tecnológica” vai mudar ou melhorar algo em suas vidas.

4.4.2 CATEGORIA II – ANÁLISES DO TRABALHO “MORTO EM ATO” NO CASO “LOLA”

Como já salientamos ao longo deste trabalho, mantivemos como um dos focos de interesse, a categoria I, que identificou e analisou o caminho da cliente “Lola” com câncer de mama, desde seu ingresso no SUS por meio da ESF até a Assistência Especializada. É evidente que existam agora conhecimentos para se trabalhar as questões específicas sobre o processo de trabalho e compreender como atuaram os profissionais na assistência da cliente “Lola”. Porém, existe uma questão anterior à discussão que expressam um desejo, como ponto central de um programa, ao valorizarem o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e diante disto, acreditamos que os profissionais ao longo das entrevistas falaram da importância dessa nova categoria de profissionais e facilitou a revelação de falas mais confidentes de caráter pessoal ao responderem como a cliente “Lola” chega até o serviço do PSF.

[...] esse ACS vai estar explicando o nosso serviço, vai tá passando que nós não temos médicos especialistas, mas temos médicos generalistas, enfermeiro; temos uma equipe de saúde bucal, ACS e técnico de enfermagem e como funciona o nosso programa com o tratamento de diabetes, hipertensos, preventivos [...] o elo entre a equipe de saúde é o agente comunitário que vai estar trazendo esse cliente para dentro da nossa unidade pra ter a consulta que ele deseja [...]. **E1 CMS**

Destaca-se aqui a importância da educação do ACS para lidar com esta nova configuração de saúde, e, assim, evitar situações de rejeição dos clientes, em se tratando de um serviço que trabalha com a “demanda espontânea” do cliente em seu território. O médico generalista foi presente neste serviço para fortalecer os atributos da APS, em especial a acessibilidade e porta de entrada do sistema de saúde.

As falas a seguir trazem uma dúvida muito comum sobre como entender o funcionamento do SISREG cujo objetivo é organizar os fluxos de acesso e utilização dos serviços. Observam-se limitações quanto à qualidade e capacidade de resposta dos serviços, e

que, segundo essa lógica, quem limita o trajeto do cliente somos nós, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e ACS, e que não temos que ficar passivos diante de intercorrências no IT. A cliente aborda o tema e comenta:

[...] A gente continua acompanhando, tentando reduzir o impacto da dor de sentimento, como é que ela se comporta [...]. E é através do ACS que a gente fica sabendo, ele é o nosso porta voz [...]. **E3 CMS**

Por isso, discutimos as ações empreendidas por esses profissionais, enfermeiros, médicos e ACS com base nestas duas ferramentas: Itinerário Terapêutico e Regulação no Sistema de Saúde do Rio de Janeiro. A preocupação da gestão de ambas as instituições, ESF e Hospital Especializado, são com relação ao atual modelo de integração entre níveis assistenciais, e surge como proposta o cumprimento de metas para fortalecer seus atributos individuais, suas próprias rotinas e conseguir ampliar, em especial, a ESF, o potencial do profissional ACS, motivando-o e engajando-o nesse processo.

Outro ponto que nos parece ser importante refere-se à operacionalização do SISREG. O sistema trabalha com recursos digitais e impressos que nem sempre integram a experiência dos profissionais no IT dos clientes. Contrariamente, a proposta da coordenação das RAS pela APS — que é a de informatizar para evitar burocracias no sistema. A rigor, independentemente de sua proposta, questionamos ao profissional enfermeiro se existiria cooperação no percurso terapêutico entre os trabalhadores de ambas as instituições:

[...] Não temos muito apoio, não [...]. **E3 CMS**

O que será ofertado durante o percurso terapêutico vai ganhar visibilidade para a cliente somente quando ela chegar à AE. Por que não criar possibilidades, construções de vínculos de solidariedade e cooperação na capacidade regulatória, como as sugeridas por todos os participantes deste estudo? Como trabalhar a integração entre níveis assistenciais e o fortalecimento da APS na “mente” de quem sempre foi o responsável por diagnosticar, tratar e “CURAR”?

Uma das participantes do estudo entende que essa relação do vínculo de solidariedade e capacidade regulatória encontra-se de forma precária e de forma rotineira no nosso sistema de saúde. Este depoimento do enfermeiro mostra à tendência corriqueira, de forma generalizada no processo de adoecimento, de não sabermos o tempo que o sujeito com câncer

de mama levaria para saber a respeito de sua doença e de como os clientes chegam à unidade de referência:

[...] eles demoram para chegar aqui, as clientes relatam a dificuldade para fazer um diagnóstico, pois é muito tempo pra revisar mamografias, pois eles [os profissionais da AE] não têm confiança. Eles [os clientes] vêm muitas das vezes desinformados, sabem que estão numa instituição de referência e a “ficha não cai”, muitas das vezes, [a cliente] vai para o centro cirúrgico e fica ainda com dúvidas. **E4**

Para a equipe especializada que recebe a cliente com câncer de mama, a demora no percurso terapêutico e o aparente desconhecimento sobre a doença, não faz tanta diferença porque as consequências são minimizadas pelo tempo e esforço que os profissionais especializados empregam para garantir a reconquista da saúde. Nesta categoria agrupamos outras falas de um integrante da ESF que mostram incoerências entre o discurso da ESF e da Atenção Especializada e a preocupação do entrevistado em falar sobre a trajetória da “Lola” até chegar à AE:

Os cuidados foram investigados a partir da AB, o que eu acho que foi positivo porque a gente ganhou rapidez, mas, assim: a atenção secundária, a atenção terciária também agilizou os serviços [...]. Dona Lola foi fazer a mamografia e o próprio serviço da atenção secundária fez a biópsia dela, não precisou voltar pra cá para eu poder encaminhar, entendeu? [...] É a agilidade que os profissionais têm que ter em seu local de trabalho e fazer essa diferença [...]. O fluxo na própria unidade é importantíssimo, ganhamos tempo [...]. **MICMS**

[...] A maior dificuldade ainda é a questão da vaga, é a irregularidade, do jeito que eu posso conseguir uma vaga hoje, às vezes eu posso demorar um mês para conseguir a vaga [...]. **MICMS**

Será que existe resistência da AE em aceitar que o responsável pelo diagnóstico agora é a AB? Que tecnologias são essas que não foram disponibilizadas para outros níveis de saúde, já que a AE não é mais a responsável por diagnosticar e encaminhar o cliente com doença tumoral? Certamente, não adianta investigar uma doença na ESF, seguir um longo trajeto até a AE e refazer exames que poderiam ser evitados se reduzíssemos o tempo de espera para iniciar o tratamento do câncer de mama no Rio de Janeiro.

Em meio a tantos questionamentos que surgiram durante a pesquisa para compreender como atuam os profissionais na micropolítica da ESF/AP 3.1 e na AE, corroboramos com Lazzarato (2006, p. 110) ao afirmar que “a organização do trabalho nas empresas poderíamos

dizer que passou [...] do trabalho em equipe à atividade em rede”. Porém, mesmo que essa seja a organização da “empresa” especializada, a rede de atenção oncológica ao cliente com câncer de mama no Rio de Janeiro não está circunscrita a ela.

Nessa linha de raciocínio, encontramos um depoimento que traz uma reflexão sobre a confirmação do diagnóstico de câncer de mama:

É a gente que vai confirmar através de revisão de mamografia, e se for preciso refazer a mamografia e comparar se aquilo ali é pertinente. Muitas das vezes, no caso de lesão palpável, também são confirmadas as biópsias. Então, muitas das vezes existe a confirmação do diagnóstico aqui dentro [...]. **E4**

Poderíamos expressar como este depoimento retrata toda uma ambivalência do local onde se faz o diagnóstico da doença na RAS e a estranheza no fato da Atenção Especializada confirmar o diagnóstico da cliente realizado na ESF. O atraso no início do tratamento da cliente “Lola” em sua trajetória terapêutica seria devido à demora em se confirmar um diagnóstico que veio da ESF. Ainda que “Lola” tenha acessado a AE com resultados, tudo foi revisto e refeito — e isso se aplica à revisão de lâminas, consultas médicas, novas biópsias e mamografias. A justificativa para refazer os exames reside na norma que se sustenta na rapidez da evolução da doença. Vale ressaltar que devido às peculiaridades do câncer de mama, os serviços mencionados são realizados de acordo com protocolos internos “tradição da escola” antes e após o ato cirúrgico na Atenção Especializada.

A Atenção Especializada teme errar no que diz respeito à conduta terapêutica pela suspeita sobre a qualidade dos exames, a falta de profissionais para determinadas especialidades e de técnicos especializados em exames de imagem — e, principalmente, em razão das críticas à qualidade dos exames que chegam a Atenção Especializada. Esses também foram os obstáculos revelados por “Lola” na entrevista.

Fechando a discussão dos dados reunidos nesta categoria, trazemos a fala de um profissional que se mostra bastante comprometido com o seu trabalho para sinalizar a complexidade do cliente ao chegar ao serviço:

O problema é que temos muitas faltas, nós temos que fazer vigilância mesmo [...]. As mamografias para as pessoas mais idosas têm certa dificuldade, elas ficam receosas para fazerem o exame [...]. As pessoas mais jovens chegam já pedindo, o maior problema é tirar esse estigma “eu tô bem, eu não preciso fazer exame”. Existe muito isso. **M1CMS**

Os trechos a seguir traduzem o incômodo do profissional em falar sobre a existência de acompanhamento na trajetória da cliente inscrita e regulada pelo novo sistema de regulação.

O sistema tá lá. Regula! A gente tem como saber onde a cliente está, tem como acompanhar e saber se ela está no hospital. Agora: essa parceria entre o polo cervical, atenção hospitalar e a saúde da Família pelo sistema ainda não existe. Eu creio que futuramente isso possa vir acontecer, né? De repente um resultado de biópsia vir numa resposta pra gente no nosso sistema eletrônico. A gente só descobre alguma coisa sobre o acompanhamento através da visita domiciliar. **E1 CMS**

No fluxograma Analisador, no diagrama do Ecomapa e na fala da cliente "Lola" identificamos porque a cliente ficou tanto tempo em sua residência aguardando resultados de exames e sem atendimento na ESF, nos intervalos entre as consultas na AE. A visita domiciliar do ACS reflete a prática e expressa o desejo de quem trabalha na ESF e que este trabalho se concretize e seja reconhecido e integre os outros níveis assistenciais com a ajuda de outros profissionais tanto da ESF, quanto da Atenção Especializada.

Essa reflexão, elaborada a partir das falas dos entrevistados ao longo da pesquisa, nos levou a pensar que, na “cabeça” do profissional das duas instituições pesquisadas, para existir a integralidade no cuidado nas RAS não necessariamente precisa haver comunicação entre as duas pontas do sistema. No momento, referencia-se o cliente e aguarda-se *para ver o que vai dar*, sem avaliar o trajeto terapêutico que ele percorreu.

Durante as entrevistas, colhemos um depoimento que traduz o que queremos apontar nesta categoria sobre a existência de problemas na Rede e qual discurso que circulava naquele momento.

Tudo que vai ser referenciado, a pessoa ainda tem certo receio, certo medo, pela demora, demora muito [...]. A marcação da mamografia é rápida, a questão é [que,] se der algum problema, a gente tem dificuldade ainda pelo acesso, fica difícil, até a cliente conseguir engrenar no atendimento [...]. **E2 CMS**

As doenças protocoladas no programa (colo de útero e mama) são reguladas com facilidade e os exames são realizados: o problema é quando o resultado é positivo para câncer. Aí, tem-se que enfrentar a regulação de vagas para conseguir matrícula na AE. Quando há necessidade de priorizar o atendimento a algum cliente, os profissionais do PSF têm de contatar os profissionais da AE, os quais referem que após a criação do SISREG a oferta de matrículas é menor do que a procura e eles não sabem como está a situação fora do sistema deles. Espera-se que o sistema regulador modifique situações no fluxo terapêutico do cliente,

organizem as rotinas e as vagas ofertadas para acesso e utilização dos serviços de saúde. São questões que Malta e Merhy (2010, p. 598) apontam que contribuiriam na terapêutica no âmbito hospitalar e dependem muito mais de ações entre os profissionais de ambas as instituições do que do sistema regulador de vagas.

No que se refere às responsabilidades no percurso e nas ações de saúde, perguntamos a um profissional da AE se ele sabia como e para quem transferir a responsabilidade pelo acompanhamento de "Lola" após a alta hospitalar e perguntamos ao profissional da ESF se ele estava preparado para assumir essa transferência de cuidado.

Pelo meu conhecimento, não. Nem em relação à gestão e nem entre os profissionais [...]. O que está acontecendo agora é um ciclo de debates que está acontecendo lá no Rio de Janeiro no Rio Comprido. Lá é discutido como melhorar o atendimento, o que observar nesse caminho pra este cliente ter maior existência [...]. **E1 CMS**

Preparados eles não estão! Agora: demanda dinheiro, financiamento público, treinamento, tanto para médico como para o enfermeiro, a montagem de um parque radiológico bom e eficiente, porque são lesões complicadas para você fechar um diagnóstico. **E4**

Perguntamos também se houve alguma comunicação ou cooperação da AE para os profissionais do PSF e vice-versa:

Não, não existe nenhuma comunicação, a gente observa os documentos e pelo relato da própria cliente. **E2 CMS**

Não, a gente não teve nenhuma cooperação, nenhum entendimento, eu não conheço essas pessoas que trabalham nessas unidades, as pessoas destas unidades também não conhecem as pessoas que trabalham aqui [...]. **E4**

A negativa comum dos entrevistados a partir de lugares diferentes na pirâmide assistencial do SUS nos convoca a problematizar os campos de forças capazes de colocar em prática essas relações em nível de micropolítica e suas implicações para a condução das reformas em saúde nas duas instituições de saúde estudadas.

Ao estabelecer a “triangulação” entre as duas pontas do Sistema de Saúde com a cliente, esses questionamentos — através dos ruídos e das categorias analisadas com os conteúdos das falas —, confirmamos os desfechos primário e secundário deste trabalho: os de que as redes não se articulam no que se refere ao câncer de mama, os profissionais não dialogam e o de que o sujeito faz o seu próprio caminhar, sua própria “peregrinação” pelas redes de serviços.

Da mesma forma que os participantes desta pesquisa observam a necessidade de mudar a sua condição de “assujeitados” pelo sistema, e de se tornarem sujeitos dentro do processo saúde-doença, o cliente também deverá fazer a sua parte no sentido de exercer sua cidadania junto aos profissionais e sobre melhores formas de lidar com as tecnologias da assistência empregadas no cuidado.

O câncer é a segunda causa de morte por doença em nosso país e, como doença multicausal, o aumento da expectativa de vida é um dos fatores predisponentes. Precisamos nos preparar melhor para enfrentar essa forma de adoecimento nos dias vindouros. Conforme Rorty (2013), quanto mais livre for nossa imaginação no presente, maior será a probabilidade de que as práticas sociais futuras sejam diferentes das passadas, em relação ao atendimento das necessidades da população.

CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o processo de elaboração desta dissertação de mestrado, o fato marcante foi à oportunidade de poder pensar sobre o processo de trabalho em saúde numa cidade como o Rio de Janeiro. Ao término da dissertação e após esta experiência, mais do que o alcance dos indicadores de saúde que, até o momento, medem a doença e a morte, necessitamos de uma rede de interações entre sujeitos que cuidam e aqueles que são cuidados e a oferta de serviços é apenas um aspecto deste problema tanto na APS, quanto na Atenção Especializada. Até quando seremos (re)produtores sociais em concordância com uma cultura hegemônica de localizar o hospital no centro da atenção à saúde? Debatendo-se entre as forças produtivas do sistema de saúde, “assujeitados” e “interpelados” pelo poder de quem acha que detém o Poder.

Com a pesquisa, percebemos que são insuficientes a comunicação e articulação entre os profissionais na rede de serviço no cuidado da cliente com câncer de mama no Rio de Janeiro, sem liberdade e com dificuldades na trajetória de cuidados no interior do SUS. Nessa situação, estudamos o caso nos dois níveis de atenção, responsáveis pela longitudinalidade do cuidados de uma pessoa com câncer de mama. Confirmamos os desfechos primário e secundário deste trabalho, em que as redes não se articulam, os profissionais não dialogam entre si e o sujeito faz o seu próprio caminhar-peregrinação pelas redes de serviços. Contra-argumentamos que os efeitos aparentes da descentralização são problemas de um sistema

instalado e talvez pouco dinâmico, não equânime para o avanço da integralidade, numa rede territorializada.

Nesse contexto, percebemos ainda que permanece como fragilidade à saúde do cidadão o fato de o profissional de saúde não se apropriar das ferramentas tecnológicas do cuidado. Em meio a protocolos baseados em estudos epidemiológicos que fundamentam o cuidado, há pouca flexibilidade e sensibilidade para promover relação interpessoal e integrar os profissionais dos dois níveis de complexidade do SUS. Portanto, esses profissionais vão moldando as situações, aprisionados por saberes e práticas que consolidam um fazejamento capturado pela rigidez dos dispositivos legais.

As tecnologias leves são enfatizadas, porém “assujeitadas”, percebidas neste estudo de maneira diferenciada, comparando os profissionais agentes de saúde da família, enfermeiros e médicos. Com o caso único, tivemos uma combinação bem-sucedida com as falas dos profissionais. Não tivemos dificuldades no estudo, pelo fato de “Lola” residir próxima à ESF.

Os fluxos, são incoerentes com o princípio do SUS, visto que não são baseados na necessidade do cliente que realiza seus exames em locais distantes de sua residência, retornam em outro momento para buscar o laudo e são obrigados a voltar à APS para que sejam referenciados, num percurso demorado até chegar à Atenção Especializada. Pela nova diretriz, a APS deve ser a porta de entrada do SUS e receber o apoio dos outros níveis de saúde, necessário para que a situação acima não ocorra. É importante ressaltar que existem fragilidade na Rede de Saúde, o cliente em geral não reconhece a necessidade do acompanhamento prévio próximo a sua residência, antes de recorrer ao especialista que trata o câncer de mama. Esse distanciamento de vínculo entre a ESF, cliente e AE dificultam o processo de intervenções no cuidado ligado ao trabalho diretamente “assistencial”.

As tecnologias duras, bem exploradas na Atenção Especializada, graças a suas aparelhagens modernas, deveriam ser compartilhadas com os níveis de menor complexidade do SUS, no sentido de agilizar e direcioná-los para a Atenção Especializada, visto que a cliente aqui estudada fez todos os exames ao nível de maior complexidade, o que certamente aconteceu em decorrência da burocratização que ela enfrentou até chegar à triagem, bem como pela qualidade dos exames que ela realizou em outros “níveis” do sistema de saúde. Nesse caso, não houve nenhuma articulação dos profissionais de saúde para mudar tal realidade no fluxo terapêutico até chegar à referência da assistência hospitalar especializada.

Creemos que se esses mesmos resultados sobre o fluxo inadequado dos serviços na APS e na Atenção Especializada com relação ao câncer de mama deixassem de ocorrer e se as barreiras para coordenar os longos tempos de espera entre idas e vindas nesse percurso terapêutico fossem (re)vistos pelos profissionais, professores e pesquisadores, estaríamos discutindo agora, o quanto à organização desse processo melhoraria a integralidade do cuidado nessa micropolítica. A partir dos resultados de nossas considerações finais, apontamos questionamentos que algumas vezes parece que não temos razões para cremos que as melhorias no espaço do sujeito do cuidado seja um desejo dos profissionais dos serviços de saúde por reproduzir “naturalmente” os anseios de quem detem o poder na área da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Renata Alves et al. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. **Rev. Interface**. Botucatu, v. 15, n. 38, p. 16, jul/set. 2011.
- ANJOS, Priscila Shirley Siniak; BELLATO, Roseney; CASTRO, Phaedra. “Me acorde!”: itinerário terapêutico de uma usuária com hipertensão arterial em busca pelo cuidado. Um convite à reflexão sobre integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. (Orgs.) **Ateliê do cuidado: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. Abrasco. Rio de Janeiro, pp.111-119, set. 2008.
- ARONE, Evanisa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Avaliação tecnológica como competência do enfermeiro: reflexões e pressupostos no cenário da ciência e tecnologia. **Rev. Bras. Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 59, pp. 36-52, jul/ago. 2006.
- ASSOLINI, Filomena Elaine Paiva. Professoras alfabetizadoras e sua relação com a leitura durante a formação inicial: vestígios e ecos de memória em sua prática pedagógica escolar. In: TFOUNI, Leda Verdiani; MONTE-SERRAT, Dionéia Motta; CHIARETTI, Paula. (Orgs.) **A Análise do Discurso e suas Interfaces**. Pedro e João Editores. São Paulo, pp. 351-371, 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: Informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2012.
- _____. **NBR 6023**: Informações e documentações: Referências e elaboração. Rio de Janeiro, 2012.
- ATKINSON, A. Body image consideration in patients with wounds. **J. Community Nursing**, v. 16, n. 10, pp. 32-38, 2002.
- AUGUSTO, Acácio. Política e Política. In: CASTELO BRANCO, Guilherme; VEIGANETO, Alfredo. **Foucault: filosofia & política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011. pp. 19-35.
- BARATIERI, Tatiane; MANDÚ, Edir Nei Teixeira; MARCON, Sonia Silva. Compreensão de Enfermeiros sobre o vínculo e longitudinalidade do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Ciencia y Enfermeria**. Concepción, v. 2, n. 18, pp. 11-22, ago. 2012.
- BARBIER, Renée. A pesquisa-ação. Tradução de Lucie Didio. **Liber Livro Editora**. Brasília, v. 3, n. 6, pp. 3-36, jan. 2007.
- BARDIN, Lourence. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Lisboa – Portugal, 2006.
- BARON, Mariam; SOUZA, Luciana Borges da Matta. Rede de Atenção Oncológica: como a Estratégia Saúde da Família se percebe na assistência ao paciente com câncer. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 58, pp. 277-281, abr/jun. 2012.
- BASTISTON, Adriana Pereira. **Detecção precoce do câncer de Mama: conhecimento e prática de mulheres e profissionais da estratégia de Saúde da Família em Dourados/MS**. 2009. 128f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Campo Grande: Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, 2009.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: vozes, 1999.
- BRANCHI, Aline Zeller. **O uso do fluxograma analisador na compreensão dos processos comunicativos em serviços de APS**. 2010. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –

Faculdade de Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **Guia de ref. rápida, 2010**. Disponível em < www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/Ago_2010 >. Acesso em 20 jul. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 26, de 12 de junho de 2015**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2015. Seção 1, p. 54.

_____. **Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em 17 mar. 2014.

_____. **Portaria SAS/MS 36, de 24 de janeiro de 2008**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> >. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> >. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. **Lei nº 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. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm>. Acesso em: 8 mar. 2014.

_____. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/7498-86.htm> >. Acesso em: 6 jul. 2013.

_____. **Decreto-Lei nº. 94.406, de 8 de julho de 1987**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. 2013. COFEN. Disponível em: <<http://www.cofen.cofen.com.br/Decreto94406.htm> >. Acesso em 6 jul. 2013.

_____. **Resolução CNS 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em 15 ago. 2013.

_____. **Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde – SUBPAV/SISREG**. 2013. Disponível em: <<http://www.subpav.org/siab/index.php?admi=pmaq> >. Acesso em 27 ago. 2013.

_____. **Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> >. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> >. Acesso em 15 ago. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <<http://www.almg.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. Guia de ref. Rápida, 2012. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude/JAN.2012 >. Acesso em 15 jan. 2015.

_____. **Decreto-Lei nº. 7.508, de 28 de julho de 2011**. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 26 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, pp. 119. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro, 1996-2011. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstituato>>. Acesso em: 3 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rev. Atual. Ampl. INCA, 2008.

BUSHATSKY, Magaly; BARROS, Mariana Boulitreau Siqueira Campos; CABRAL, Luciana da Rocha, et al. Câncer de mama: ações de prevenção na estratégia de saúde da família. **Cuidado fundam. online**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, pp. 663-675, abr./jun. 2014.

CASTELO BRANCO, Guilherme. Foucault e a governamentalidade: genealogia do liberalismo e do Estado Moderno. In: CASTELO BRANCO, Guilherme; VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault: filosofia & política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011. pp. 09-18.

CECCIM, Ricardo Burg. A ciência e a arte de um saber-fazer em saúde. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. (Orgs.) **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: ArtMed, 1998, 241p.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, pp. 469-478, jul/set. 1997.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. 180 p. pp. 113-126.

CROZETA, Karla et al. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 23, n. 2, p. 239-243, mar/abr. 2010.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação** /Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174p. – (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

GARBOIS, Júlia Arêas; VARGAS, Liliana Angel; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, pp. 27-44, jan. 2008.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, pp. 951-963, mai. 2006.

GRAZIANO, Ana Paula; EGRY, EmikoYoshikawa. **Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias**. Rev. Esc. Enferm. USP, n. 3, jun. 2012. Disponível em:<[http://dx.doi.org/10,1590/S0080-62342012000300017](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300017)> Acesso em: 8 ago. 2013.

JONSON, Marion; BULECHEK, Gloria; BUTCHER, Howard et al. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. Marion Johnson... [et al.]; trad. Regina Machado Garcez. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

- JORGE, Maria Salete Bessa et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto de política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 16, n. 3, pp.417-25, jul/set. 2007.
- LAZZARATO, Maurizio. **As revoluções do capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- LOURAU, René. **Análise institucional**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- MALTA, DEBORAH CARVALHO; EMERSON, ELIAS MERYH. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**. São Paulo, v. 14, n. 34, pp. 593-605, jul/set. 2010.
- MANOEL, Luciana da Fonseca Oscar. **Por conta e risco: o atendimento da mulher no ciclo gravídico puerperal na Estratégia de Saúde da Família... o caso Esmeralda**. 2009. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- MATTOS, Rubens Araujo. (Re)visando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, pp. 2327-2336, 2010.
- MELO, Cristina Maria Meira; SANTOS, Tatiane Araujo. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 16, n. 3, pp. 426-432, jan/jun. 2007.
- MERHY, Emerson Elias & ONOCKO, Rosana. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, p. 385. 2006.
- MERHY, Emerson Elias et al. Efeitos diante do convite de construir um espaço comum entre formuladores sobre gestão e planejamento em saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, pp. 2275-2284, jan. 2010.
- MINAYO, Maria Cecília Souza. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33. n. 1, pp. 83-91, jan. 2009.
- _____. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec. 8ªed. São Paulo. 2004.
- NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem**. São Paulo. Cortez, 1989.
- NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezera Fantini; BÓGUS, Claudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 3, pp. 44-57, set/dez. 2004.
- OSHIRO, Maria de Lourdes; Bergmann, Anke; Silva, Rubiana Gambarim et al. Câncer de mama avançado como evento sentinela. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, pp.15-23, abr. 2014.
- PAZ, Elisabete Pimenta Araujo et al. **Acolhimento em Unidades de Saúde da Família: subsídios ao trabalho das equipes junto à população**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:<<http://lattes.cnpq.br/7158500391220711>> Acesso em: 6 jun. 2012.
- PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, pp. 343-347, jun./set. 2012.
- PIGGIN, C. Malodorous fungating wounds: uncertain concepts underlying the management of social isolation. **Int J Palliative Nurs**, v. 9, n. 5, pp. 216-221, 2003.

- RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, pp. 343-352, 2014.
- RORTH, Richard. Feminismo, ideologia e desconstrução: uma visão paragmática. In: **Um mapa da ideologia**/Teodor W. Adorno et al.; Slavoj Zizec (Org.); trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, pp. 227-234, 1996.
- SANTOS, Iraci et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Editora Atheneu, v. 2, 2005 (Série Atualização em Enfermagem).
- SILVA, Carlos Henrique Debenedito; DERCHAIN, Sophie Françoise Mauricette. Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico – uma revisão de literatura. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, pp. 33-47, jan/mar. 2006.
- SILVA SOBRINHO, Helson Flávio. Análise do discurso e a insuportável luta de classes na teoria e na prática. In: TFOUNI, Leda Verdiani; MONTE-SERRAT, Dionéia Motta; CHIARETTI, Paula. (Orgs.) **A Análise do Discurso e suas Interfaces**. Pedro e João Editores. São Paulo, pp. 17-40, 2011.
- SMELTZER, C. Smeltzer; BARE, G. Brenda. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica** – Brunner Suddarth. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TANNURE, Meire Chucre. **Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE)**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
- VARGAS, Liliana Angel; ANDRÉS, Juan Pablo Torres; OLIVEIRA, Thaís Fonseca Velasco. **Las relaciones entre globalización, medio ambiente y salud**: Retos para la Enfermería en el siglo XXI. In: Revista Index de Enfermería. v. 19, n. 2-3, pp. 152-156, 2010. Disponível em: </index-enfermeria/v19n2-3/7111.php> Acesso em: 10 jun. 2012.
- WESTPHAL, Marcia Faria; BOGUS, Claudia Maria; FARIA, Mara Melo. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam**. Washington, v. 120, n. 6, pp. 472-482, 1996.
- VIANA, Ana Luiza Avila; ROCHA, Juan S. Yazle; ELIAS, Paulo Eduardo et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, pp. 577-606, 2006.
- YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell; revisão técnica Claudio Damascena. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010, 248p.
- ZAGO, Marcia Maria Fontão; SAWADA, Nomie Okino. Assistência multiprofissional na reabilitação da comunicação da pessoa laringectomizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 1, pp. 67-72, 1998.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

APÊNDICE B – Justificativa para Consentimento e Liberação das Guias de Acompanhamento do Ambiente de Produção do Sistema de Regulação – SISREG III – CAP 3.1 e Gerentes da USF.

Nome do Investigador Principal: Durval Diniz Raimundo

A Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução.

Eu, discente Durval Diniz Raimundo, mestrando em Enfermagem e docente Dr^a Fátima Teresinha Scarparo Cunha, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), escrevemos para comunicar a elaboração do Projeto de Pesquisa para uma dissertação de Mestrado com tema que analisará as duas pontas do Sistema de Saúde: a Assistência Especializada e a Atenção Primária em Saúde no que diz respeito às potencialidades e limitações introduzidas na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), necessárias a Rede de Atenção Oncológica. Pretende-se traçar um fluxograma analítico de um ou dois casos de cidadãos moradores do Complexo do Alemão com câncer de mama, cuidados pela atenção primária em saúde e pela assistência especializada.

Por esse motivo, vimos por meio deste documento justificar por escrito o pedido das Guias de Autorizações e Liberações de Procedimentos Ambulatoriais do SISREG III da CAP 3.1 dos usuários com diagnóstico de doenças oncológicas.

O método do estudo prevê que os dados serão analisados de forma anônima e que os resultados serão apresentados de forma agrupada, não permitindo a identificação dos indivíduos e mantendo a confidencialidade dos dados referentes aos elementos da amostra. Por esta peculiaridade, o Projeto de Pesquisa será submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) e do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA-III). A presente proposta integra a Linha de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem "O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar" com vinculação ao projeto da Prof^a. Dr^a. Fátima Teresinha Scarparo Cunha, intitulada "A estratégia saúde da família no município do RJ: potencialidades e limitações na atenção básica à saúde em contextos de violência".

Deste modo, informamos e solicitamos por meio deste, sua autorização para retirada das Guias de Autorizações e Liberações de Procedimentos Ambulatoriais do SISREG III da CAP 3.1 dos usuários com diagnóstico de doenças oncológicas.

Hugo Marques Fagundes (Coordenador Geral da CAP 3.1) – Assinatura:

Marcia Reis da Silva

Marcia Reis da Silva
Matr. 11/225.302-9
Assessora III Subst. Automático
SISUBPAVICGS AP-3.1

Janaina Vianna Balmant (Gerente do Centro Municipal de Saúde do Alemão) – Assinatura:

Janaina Vianna Balmant

Janaina Vianna Balmant
Gerente
USF Alemão

Mestrando Durval Diniz Raimundo (Pesquisador) - Assinatura:

Durval Diniz Raimundo

Profª Drª Fátima Teresinha Scarparo Cunha (Orientadora) - Assinatura:

Fátima Scarparo Cunha

Comitê de Ética em Pesquisa - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro / CEP - UNIRIO
Endereço: Av. Pasteur, 296 CEP: 22.290-240
Urca – Rio de Janeiro – R. J. – Telefone: (021) 2542-7796
cep.unirio09@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – SMS-RJ
Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701, Cidade Nova
Telefone: 2503-2024 e 2503-2026
Email: cepsms@rio.rj.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa – INCA-RJ
Rua do Resende, 128, sala 203, Centro do Rio de Janeiro
Telefone: 3207-4550
Email: inca.cep@inca.gov.br

Local e data: Rio de Janeiro, 08 de maio de 2014.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes da Pesquisa**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Cliente)
(Resolução - 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Item IV)****MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA: DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA**

Prezado/a Senhor/a, _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO) sobre o processo de trabalho na micropolítica dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família na CAP 3.1 e no INCA nas ações de cuidado com o cliente com câncer de mama e que tem como objetivos: (1) Identificar e registrar o caminho de um sujeito com câncer desde seu ingresso no SUS por meio da ESF até a assistência especializada; (2) Analisar o processo de trabalho dos profissionais na assistência ao cliente com câncer de mama no eixo da integralidade da atenção à saúde; (3) Compreender como atuam os profissionais na micropolítica da ESF/AP 3.1 e na Atenção Especializada do INCA com o objetivo de cuidar desse sujeito.

Venho através deste documento solicitar sua participação neste estudo.

Informações sobre a participação no estudo:

1. Sua participação é totalmente voluntária, onde não há qualquer tipo de custo ou compensação financeira.
2. Você pode sair do estudo a qualquer momento que desejar sem prejuízo da atenção aos clientes com câncer de mama.
3. Depois de lida as explicações, você poderá fazer qualquer pergunta necessária para o entendimento da natureza do estudo.

Procedimento a ser seguido

A coleta de dados será realizada através de entrevista gravada (aparelho próprio, gravador ou MP3), depois esta entrevista será transcrita.

Confidencialidade

A senhora não será identificada pelo nome ou qualquer outra característica. O sigilo da sua identidade ou das informações que a senhora fornecer será garantido pelo investigador do estudo e sua utilização obedecerá aos princípios científicos.

Risco mínimo

O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

No caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimento relativos ao estudo, é possível o contato através do telefone do pesquisador principal Mestrando Durval Diniz Raimundo (99530-3900 ou durvaldiniz@bol.com.br).

Deste modo, informamos e solicitamos por meio deste, sua autorização para a realização da referida pesquisa, desejando sua valiosa colaboração.

Pelo exposto, eu _____
em __/__/__, ciente das informações recebidas, concordo voluntariamente, em participar do referido estudo.

Assinatura do participante da pesquisa

Mestrando Durval Diniz Raimundo e Professora Dr^a Fatima T. Scarparo Cunha

Comitê de Ética em Pesquisa - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro / CEP - UNIRIO
Endereço: Av. Pasteur, 296 CEP: 22.290-240
Urca – Rio de Janeiro – R. J. – Telefone: (021) 2542-7796
cep.unirio09@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – SMS-RJ
Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701, Cidade Nova
Telefone: 2503-2024 e 2503-2026
Email: cepsms@rio.rj.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa – INCA-RJ
Rua do Resende, 128, sala 203, Centro do Rio de Janeiro
Telefone: 3207-4550
Email: cep.@inca.goc.br

Local e data: _____

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes da Pesquisa
(Enfermeiro)**



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Resolução - 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Item IV)**

**MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA: DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA**

Prezado (a) Enfermeiro (a), _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO) sobre o processo de trabalho na micropolítica dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família na CAP 3.1 e no INCA nas ações de cuidado com o cliente com câncer de mama e que tem como objetivos:

- (1) Identificar e registrar o caminho de um sujeito com câncer desde seu ingresso no SUS por meio da CSF do Alemão até a assistência especializada do INCA;
- (2) Analisar o processo de trabalho dos Enfermeiros na assistência ao cliente com câncer de mama no eixo da integralidade da atenção à saúde;
- (3) Compreender como atuam os Enfermeiros na micropolítica da ESF/AP 3.1 e na Atenção Especializada do INCA com o objetivo de cuidar desse sujeito.

Venho através deste documento solicitar sua participação neste estudo.

Informações sobre a participação no estudo:

1. Sua participação é totalmente voluntária, onde não há qualquer tipo de custo ou compensação financeira.
2. Você pode sair do estudo a qualquer momento que desejar sem prejuízo da atenção aos clientes com câncer de mama.
3. Depois de lida as explicações, você poderá fazer qualquer pergunta necessária para o entendimento da natureza do estudo.

Procedimento a ser seguido

A coleta de dados será realizada através de entrevista gravada (aparelho próprio, gravador ou MP3), depois esta entrevista será transcrita.

Confidencialidade

O sigilo da sua identidade, bem como das informações serão garantidos pelo investigador do estudo, com utilização de numeração em substituição aos nomes dos profissionais observados e sua utilização obedecerá aos princípios científicos.

Risco mínimo

O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

No caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimento relativos ao estudo, é possível o contato através do telefone do pesquisador principal Mestrando Durval Diniz Raimundo (99530-3900 ou durvaldiniz@bol.com.br).

Deste modo, informamos e solicitamos por meio deste, sua autorização para a realização da referida pesquisa, desejando sua valiosa colaboração.

Pelo exposto, eu _____

em ___/___/___, ciente das informações recebidas, concordo voluntariamente, em participar do referido estudo.

Assinatura do participante da pesquisa

Mestrando Durval Diniz Raimundo e Professora Dr^a Fatima T. Scarparo Cunha

Comitê de Ética em Pesquisa - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro / CEP - UNIRIO
Endereço: Av. Pasteur, 296 CEP: 22.290-240
Urca – Rio de Janeiro – R. J. – Telefone: (021) 2542-7796
cep.unirio09@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – SMS-RJ
Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701, Cidade Nova
Telefone: 2503-2024 e 2503-2026
Email: cepsms@rio.rj.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa – INCA-RJ
Rua do Resende, 128, sala 203, Centro do Rio de Janeiro
Telefone: 3207-4550
Email:inca. cep.@inca.goc.br

Local e data: _____

APÊNDICE D – Termo de Compromisso dos Pesquisadores e Ciência das Unidades de Pesquisa: AP 3.1 e INCA III.

(Resolução - 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Item IV)

**MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA:
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA**

Prezados:

Dr. Hugo Marques Fagundes (Coordenador Geral da CAP 3.1),
Enfermeira Janaina Vianna Balmant (Gerente do Centro Municipal de Saúde do Alemão) e,
Enfermeira Maria Inêz Rocha Moita (Gerente do Ambulatório do INCA III):

Estamos desenvolvendo uma pesquisa para uma dissertação de Mestrado cursado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO). Pretende-se traçar um fluxograma analítico de um ou dois casos de cidadãos moradores do Complexo do Alemão com câncer de mama, cuidados pela atenção primária em saúde e pela assistência especializada que tem como objetivos:

- (1) Identificar e registrar o caminho de um sujeito com câncer desde seu ingresso no SUS por meio da CSF do Alemão até a assistência especializada do INCA;
- (2) Analisar o processo de trabalho dos Enfermeiros na assistência ao cliente com câncer de mama no eixo da integralidade da atenção à saúde;
- (3) Compreender como atuam os Enfermeiros na micropolítica da ESF/AP 3.1 e na Atenção Especializada do INCA com o objetivo de cuidar desse sujeito.

Informações sobre a participação no estudo:

1. A participação dos Enfermeiros será totalmente voluntária, onde não haverá qualquer tipo de custo ou compensação financeira.
2. O Enfermeiro poderá sair do estudo a qualquer momento que desejar sem prejuízo da atenção aos clientes com câncer de mama.
3. Depois de lida as explicações, os Enfermeiros poderão fazer qualquer pergunta necessária para o entendimento da natureza do estudo.

Procedimento a ser seguido

A coleta de dados será realizada através de entrevista gravada (aparelho próprio, gravador ou MP3), depois esta entrevista será transcrita.

Confidencialidade

Handwritten signatures and initials of the researchers involved in the study, including names like 'Hugo', 'Janaina', and 'Maria Inez'.

O sigilo da identidade dos Enfermeiros e do cliente com câncer de mama (caso único), bem como das informações serão garantidos pelo investigador do estudo, com utilização de numeração em substituição aos nomes dos profissionais observados e sua utilização obedecerá aos princípios científicos.

No caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos relativos ao estudo, acessar o telefone do pesquisador principal mestrando Durval Diniz Raimundo (99530-3900 ou durvaldiniz@bol.com.br).

Deste modo, informamos e solicitamos por meio deste, sua autorização para a realização da referida pesquisa e ciência das unidades onde a pesquisa será realizada.

Mestrando Durval Diniz Raimundo (Pesquisador) - Assinatura:

Durval Diniz Raimundo

Profª Drª Fátima T. Scarparo Cunha (Orientadora) - Assinatura:

Fátima T. Scarparo Cunha

Dr. Hugo Marques Fagundes (Coordenador Geral da CAP 3.1) – Assinatura:

Hugo Marques Fagundes

Marcia Reis da Silva

Matr. 111225.302-9

Assessora III Subst. Automático

SISUBPAVICGS AP-3.1

Enfermeira Janaina Vianna Balmant (Gerente do Centro Municipal de Saúde do Alemão) – Assinatura:

Janaina Vianna Balmant

Janaina Vianna Balmant

Gerente

USF Alemão

Enfermeira Maria Inês Rocha Moita (Gerente do Ambulatório do INCA III) – Assinatura:

Maria Inês Rocha Moita

Comitê de Ética em Pesquisa - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro / CEP – UNIRIO
Endereço: Av. Pasteur, 296 CEP: 22.290-240
Urca – Rio de Janeiro – R. J. – Telefone: (021) 2542-7796
cep.unirio09@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – SMS-RJ
Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701, Cidade Nova
Telefone: 2503-2024 e 2503-2026
Email: cepsms@rio.rj.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa – INCA-RJ
Rua do Resende, 128, sala 203, Centro do Rio de Janeiro
Telefone: 3207-4550
Email: inca.@inca.goc.br

Local e data: Rio de Janeiro, 08 de maio de 2014

APÊNDICE E

PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO

Pesquisa – MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA:
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O ENFERMEIRO DA CSF DO ALEMÃO

1. Como a cliente chega até você na ESF?
2. Como você trabalha na ESF? O que lhe apoia no cuidado de pessoas com câncer de mama?
3. Como foi a trajetória da cliente “Lola”? Fale-nos sobre o cuidado da cliente desde o momento em que foram identificados os sinais e sintomas de câncer até hoje?
4. Como você faz o encaminhamento de “Lola” para a instituição especializada em oncologia, que lhe assegure o vínculo com a ESF?
5. Com a cliente “Lola”, o que foi ofertado para o problema de saúde ser diagnosticado e tratado?
6. Qual o discurso que circula sobre o câncer aqui na ESF do Alemão para operacionalizar a estratégia?
7. Quanto aos registros / anotações (processo de trabalho), como são feitas as cobranças da gestão com relação a cliente “Lola”?
8. O que acontece após o diagnóstico de câncer?
9. Houve alguma cooperação do INCA ou outro hospital especializado durante o cuidado da cliente “Lola”?
10. O que acontece com a cliente acompanhada pela ESF após obter o acesso à atenção especializada do INCA?
11. A cliente “Lola” continuou seu cuidado na ESF concomitante seu tratamento no INCA?
12. Na ESF do Alemão, como a cliente é abordada na consulta sobre a prevenção do câncer? Existe participação em atividades educativas?
13. Como se dá a detecção precoce de agravos/complicações em todo o percurso na rede de atenção à saúde em decorrência dos procedimentos para diagnóstico de câncer, até obter acesso à atenção especializada do INCA III?

APÊNDICE F

PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO

1. Pesquisa – MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA: DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O ENFERMEIRO DO INCA III

1. Como a cliente chega até vocês no INCA III?
2. Como você trabalha no INCA III? O que lhe apoia no cuidado de pessoas com câncer de mama?
3. Como foi a trajetória da cliente “Lola” no INCA III? Fale-nos sobre o cuidado da cliente desde o momento em que foram identificados os sinais e sintomas de câncer até hoje?
4. Como você faz o encaminhamento de “Lola” para a ESF, que lhe assegure o vínculo com o INCA III?
5. O que foi ofertado para a cliente “Lola” desde o diagnóstico e tratamento do câncer de mama?
6. Qual o discurso que circula sobre o câncer aqui no INCA III para operacionalizar a estratégia?
7. Quanto aos registros / anotações (processo de trabalho), como são feitas as cobranças da gestão com relação a cliente “Lola”?
8. O que acontece após o diagnóstico de câncer (não cabe esta pergunta ao INCA III, só vai para o INCA quem já está com câncer! - Quanto ao número de casos, o INCA depende do sistema para receber a cliente “Lola”?)
9. Houve alguma cooperação de outro serviço de saúde ou da CF do alemão no cuidado da cliente “Lola” aqui no INCA III?
10. O que acontece com a cliente acompanhada pelo INCA III após obter o acesso através da ESF?
11. A cliente “Lola” continuou seu cuidado na ESF concomitante seu tratamento no INCA III?
12. Como que a cliente no INCA III é abordada na consulta sobre a prevenção do câncer? Existe participação em atividades educativas?

13. Como se dá a detecção precoce de agravos/complicações em todo o percurso na rede de atenção à saúde em decorrência dos procedimentos para diagnóstico de câncer, até obter acesso à atenção especializada do INCA III?

APÊNDICE G

PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO

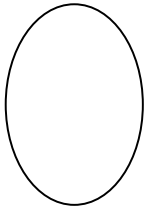
2. Pesquisa – MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA: DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

ROTEIRO DO ESTUDO DE CASO DA CLIENTE “USUÁRIO MARCADOR” COM CÂNCER DE MAMA

Unidade de análise na micropolítica – Trajetória: CSF DO ALEMÃO até o INCA III

1. Como você descobriu que estava com câncer de mama?
2. Como foi o seu ingresso no SUS? O primeiro contato foi pela CF do Alemão?
3. Fale sobre o que aconteceu com você desde o diagnóstico até o tratamento de câncer (tempo para as consultas, exames, encaminhamentos, respostas, medicamentos, etc).
4. A solicitação de exames aconteceu em qual(is) consulta(s): 1ª, 2ª, 3ª?...
5. Como você foi cuidada pela Clínica de Saúde da Família do Alemão?
6. Como você foi cuidada no INCA III?
7. Você participou de algum encontro ou palestra para tirar as suas dúvidas sobre o seu tratamento? (individual)
9. Você participou de algum grupo educativo na Clínica de Família sobre a prevenção do câncer/participação em atividades educativas? Se sim, como foi? Se não, por quê? (coletivo)
10. Você participou de algum grupo educativo no INCA III sobre a prevenção do câncer/participação em atividades educativas? Se sim, como foi? Se não, por quê? (coletivo)

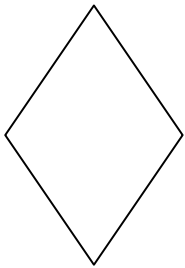
ANEXO A – lista de notações utilizadas no fluxograma *



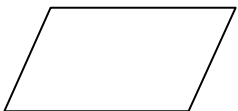
Elipse – Tem como representação tanto entrada quanto saída de uma unidade produtiva.



Retângulo – Apresenta as etapas de trabalho mais importantes da cadeia produtiva, nas quais são consumidos recursos e procedimentos e/ou produzidos determinados insumos.



Losango – Tem como representação os momentos em que a cadeia produtiva se depara com processos de decisão.



Paralelogramo – Acrescenta dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo.

R

Letra erre – Representa os ruídos.

Fonte: MERHY, Emerson Elias & ONOCKO, Rosana. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 137.

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP – UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA: DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

Pesquisador: Durval Diniz Raimundo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30193914.4.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 757.192

Data da Relatoria: 21/07/2014

Apresentação do Projeto:

Versão apresentada para submissão de emenda que inclui duas instituições co participantes. Parecer emitido pelo CEP UNIRIO em 15/05/2014. A detecção precoce do câncer facilita e qualifica a assistência aos clientes nos serviços segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à pessoa com câncer. No entanto, o grande problema na rede é assegurar o acesso à demanda em serviços de média complexidade tecnológica, principalmente, em consultas especializadas e exames complementares para o diagnóstico diferencial e definitivo de câncer dentro e fora dos hospitais gerais. Esta pesquisa tem como objeto de estudo o processo de trabalho na micropolítica dos profissionais na ESF na CAP 3.1 e no INCA nas ações de cuidado com o cliente com câncer de mama. Método com abordagem qualitativa incluindo entrevistas (estruturas, semiestruturadas e abertas), observação (externa ou participante) e análise de material escrito. Será utilizada como estratégia geral um caso único (Tipo 1 – holístico) a fim de organizar o estudo de forma teórica, e assim definir o que é um "caso" (YIN, 2010, p. 69). Com isso, vamos criar modos de apresentação dos dados com a utilização do Fluxograma Analisador de Merhy et al (2006) na prática dos serviços em saúde. O estudo acompanhará uma cliente com câncer de mama em sua trajetória terapêutica e permitirá a discussão sobre as tecnologias leves, leve dura e dura.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.290-240

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA: DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

Pesquisador: Durval Diniz Raimundo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30193914.4.3002.5279

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 782.530

Data da Relatoria: 01/09/2014

Apresentação do Projeto:

Os participantes desta pesquisa serão clientes portadores de câncer de mama em tratamento em 2014, residentes em área coberta pela ESF do Complexo do Alemão, Coordenação de Área de Planejamento 3.1, Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro e profissionais enfermeiros (as) que atuam em USF e na assistência especializada do INCA. Critérios de inclusão: cliente ter tido seu primeiro acesso ao serviço pelo CMS do Alemão. Outro critério foi à cliente ser acompanhada por profissional enfermeiro que estivesse na equipe do CMS do Alemão há um longo tempo e ter sido encaminhado automaticamente pelo SISREG diretamente para a unidade de referência especializada no tratamento do câncer do INCA III.

Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o processo de trabalho na micropolítica dos profissionais na ESF na CAP 3.1 e no INCA nas ações de cuidado com o cliente com câncer de mama. E como objetivo geral, investigar a trajetória do cliente com câncer de mama na micropolítica da ESF/AP 3.1 e do INCA no Rio de Janeiro.

Os objetivos específicos são: 1. Identificar e registrar o caminho de um sujeito com câncer desde seu ingresso no SUS por meio da ESF até a assistência especializada. 2. Analisar o processo de trabalho dos profissionais na assistência ao cliente com câncer de mama no eixo da integralidade

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-901

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3971-1463

Fax: (21)2293-4826

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 757.192

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a trajetória do cliente com câncer de mama na micropolítica da ESF/AP 3.1 e do INCA no Rio de Janeiro. Os objetivos específicos são: identificar e registrar o caminho de um sujeito com câncer desde seu ingresso no SUS por meio da ESF até a assistência especializada. Analisar o processo de trabalho dos profissionais na assistência ao cliente com câncer de mama no eixo da integralidade da atenção à saúde. Compreender como atuam os profissionais na micropolítica da ESF/AP 3.1 e na Atenção Especializada (AE) do INCA com o objetivo de cuidar desse sujeito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em atendimento a Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse para a área devendo contribuir para o atendimentos dos clientes com câncer no SUS e para a qualificação das atividades do enfermeiro na assistência ao cliente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os documentos de apresentação obrigatória conforme a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não Há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP UNIRIO aprova a emenda realizada pelo pesquisador no protocolo de número CAAE: 30193914.4.0000.5285 versão 3 submetido em 16 de julho de 2014.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 757.192

RIO DE JANEIRO, 19 de Agosto de 2014

Assinado por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/SMS/ RJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MICROPOLÍTICA DO CUIDADO DO CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA: DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE À ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

Pesquisador: Durval Diniz Raimundo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30193914.4.3002.5279

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 782.530

Data da Relatoria: 01/09/2014

Apresentação do Projeto:

Os participantes desta pesquisa serão clientes portadores de câncer de mama em tratamento em 2014, residentes em área coberta pela ESF do Complexo do Alemão, Coordenação de Área de Planejamento 3.1, Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro e profissionais enfermeiros (as) que atuam em USF e na assistência especializada do INCA. Critérios de inclusão: cliente ter tido seu primeiro acesso ao serviço pelo CMS do Alemão. Outro critério foi à cliente ser acompanhada por profissional enfermeiro que estivesse na equipe do CMS do Alemão há um longo tempo e ter sido encaminhado automaticamente pelo SISREG diretamente para a unidade de referência especializada no tratamento do câncer do INCA III.

Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o processo de trabalho na micropolítica dos profissionais na ESF na CAP 3.1 e no INCA nas ações de cuidado com o cliente com câncer de mama. E como objetivo geral, investigar a trajetória do cliente com câncer de mama na micropolítica da ESF/AP 3.1 e do INCA no Rio de Janeiro.

Os objetivos específicos são: 1. Identificar e registrar o caminho de um sujeito com câncer desde seu ingresso no SUS por meio da ESF até a assistência especializada. 2. Analisar o processo de trabalho dos profissionais na assistência ao cliente com câncer de mama no eixo da integralidade

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-901

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3971-1463

Fax: (21)2293-4826

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 782.530

da atenção à saúde.3. Compreender como atuam os profissionais na micropolítica da ESF/AP 3.1 e na Atenção Especializada (AE) do INCA com o objetivo de cuidar desse sujeito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos diretamente relacionados porque o cliente e os profissionais emitiram suas opiniões e, como mencionado anteriormente, a qualquer momento poderão interromper a entrevista ou não responder às questões do roteiro de entrevista. A decisão em participar ou não da pesquisa não afetará as relações atuais ou futuras com a CAP 3.1 e a SMS-RJ e, com o INCA porque se assegura sigilo e anonimato, mediante assinatura do TCLE. Risco mínimo - O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo. O risco é mínimo, no máximo o constrangimento da entrevista. O benefício é grande porque tenta achar caminhos mais curtos e dinamizar o acesso da paciente com câncer de mama ao tratamento especializado .

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tenta encurtar o caminho entre o diagnóstico e o tratamento do paciente com neoplasia de mama, porém este ainda é um caminho difícil para os pacientes com câncer de outros órgãos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos conforme resolução 466/2012.

Recomendações:

Gostaríamos de receber os resultados da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 782.530

aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

RIO DE JANEIRO, 08 de Setembro de 2014

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-901
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 **Fax:** (21)2293-4826 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER/
INCA/ RJ



Memo 475/14-CEP-INCA

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2014.

A(o): Durval Diniz Raimundo
Pesquisador(a) Principal

Registro CEP nº 68/14: (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)
Título do estudo: Micropolítica do cuidado do cliente com câncer de mama: da atenção primária em saúde à assistência especializada
CAAE: 30193914.4.3001.5274

Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer, na condição de CEP da Instituição Coparticipante, **analisou e aprovou** a Emenda do estudo intitulado: **“Micropolítica do cuidado do cliente com câncer de mama: da atenção primária em saúde à assistência especializada”**, referente aos documentos; Formulário de submissão de estudos no Inca, Instrumentos de entrevista, Projeto e TCLE, em 25 de setembro de 2014.

O Pesquisador atendeu às pendências listadas no Parecer Consubstanciado CEP-INCA de número 681.136, datado de 10 de junho de 2014, através de Emenda - aprovada anteriormente pelo CEP da Instituição Proponente (Parecer Consubstanciado do CEP-UERJ número 757.192, de 19 de agosto de 2014).

Conforme disposto na Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os **relatórios parciais** (apresentado durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento) e **final** (apresentado após o encerramento da pesquisa).

Assim, para o acompanhamento do desenvolvimento dos projetos, solicitamos que o(a) pesquisador(a) providencie o mais breve possível os relatórios aqui solicitados.

Atenciosamente,

Dr. Carlos Henrique D. Silva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA



HOSPITAL DO CÂNCER III

NÚCLEO DE APOIO À PESQUISA E AO ENSINO - NAPE/HC III



Rio de Janeiro, 18 de junho de 2014.

Ao


Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar
Gomes da Silva - CEP/INCA

A/c. Sr. Coordenador do CEP/INCA

Autorização para realização de pesquisa

Eu, *Pedro Aurélio Ormonde Do Carmo*, diretor do Hospital do Câncer III do INCA, venho por meio desta informar a V. Sa. que autorizo o pesquisador *Durval Diniz Raimundo*, aluno do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, a realizar/desenvolver a pesquisa "Micropolítica Do Cuidado Do Cliente Com Câncer De Mama: Da Atenção Primária Em Saúde À Assistência Especializada", sob orientação do Prof.(a). Dr. (a) Fátima Teresinha Scarparo Cunha.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.



"Assinatura e carimbo do responsável institucional"

Diretor - INCA - HC III
CRM 52.31982-8
Mat. 6225249 MS