



Itinerários terapêuticos produzidos por mulheres na busca pelo acesso ao diagnóstico e cuidado no câncer de mama

Therapeutic Itineraries produced by women seeking for access to diagnosis and care in breast cancer

Marcio Costa de Souza

Fisioterapeuta, Doutor em medicina e Saúde Humana;
Professor do Departamento de ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia, Rua Silveira Martins, 2555,
Cabula, Salvador, BA, Brasil;
E-mail: mcsouzafiso@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4922-6786>.

Kamila Freitas Trindade

Estudante de Medicina,
Departamento de ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia Salvador, BA, Brasil;
E-mail: freitastmila@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7552-4472>

Bruna Pereira Neves

Estudante de medicina;
Departamento de ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia Salvador, BA, Brasil;
E-mail: brunaneves212120@gmail.com. ORCID: 0000-0003-3191-2419.

Juliana Costa dos Santos Borges

Estudante de Nutrição;
Departamento de ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia Salvador, BA, Brasil;
E-mail: jucsborges@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5711-8136>

Jairose Nascimento Souza

Fisioterapeuta, Sanitarista; Pesquisadora Colaboradora do Departamento de ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia Salvador, BA, Brasil;
E-mail: rnfisio10@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7044-3371>

Milene Pereira de Souza Santos

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva;
Professora do Centro Universitário Dom Pedro II Salvador, BA, Brasil;
E-mail profmilenesmed@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1603-8196>.

Resumo: Objetivo: Mapear o acesso ao diagnóstico e os impactos no cuidado em mulheres com câncer de mama em um serviço de referência estadual no Nordeste do Brasil. Métodos: Abordagem qualitativa exploratória, com dados coletados por meio de entrevista a partir de um roteiro semiestruturado. O local escolhido para a coleta dos dados foi um Centro Estadual de Oncologia. A amostra foi composta por 11 participantes, embasando-se na saturação das respostas para a sua composição. A interpretação de dados foi realizada pelo método de análise de conteúdo. Resultados: As entrevistas revelam que a produção do diagnóstico em câncer de mama se inicia por diversos caminhos, um deles é por meio dos mutirões de mamografia, ou seja, através de campanhas focalizadas. Nesse percurso, as mulheres acessam diferentes pontos da Rede de Atenção, enfrentando as lacunas deixadas pelos serviços de saúde, como o déficit de comunicação e a fragmentação do cuidado. Portanto, é necessário que haja uma interlocução efetiva entre os

serviços, visando minimizar os atrasos no diagnóstico e no início da terapêutica, possibilitando, assim, a continuidade da atenção. Considerações finais: O diagnóstico do câncer por muitas vezes ainda é realizado por campanhas de detecção, mas, para tanto, há ainda itinerários produzidos por essas mulheres com muitas barreiras que dificultam o acesso aos resultados. Uma dessas barreiras é a comunicação, a qual se estabelece como um obstáculo importante para a continuidade do cuidado e, conseqüentemente, a resolutividade precoce dessa condição de saúde.

Palavras-chave: Neoplasias de mama; Acesso aos serviços de saúde; Diagnóstico.

Abstract: Aim: To map the access to diagnosis and the impacts on care for women with breast cancer in a state referral service in northeastern Brazil. Methods: Exploratory qualitative approach, with data collected through interviews from a semi-structured script. The location chosen for data collection was a State Oncology Center. The sample consisted of eleven participants, based on the saturation of responses for its composition. Data interpretation was performed using the content analysis method. Results: The interviews reveal that the production of diagnosis in breast cancer starts in several ways, one of them is through mammography joint efforts, that is, through focused campaigns. Along this path, women access different points of the care network, facing the gaps left by the health services, such as the communication deficit and the fragmentation of care. Therefore, it is necessary that there is an effective dialogue between services, aiming to minimize delays in diagnosis and in the beginning of therapy, thus enabling the continuity of care. Conclusions: The diagnosis of cancer is often still carried out by detection campaigns, but, for that, there are still itineraries produced by these women with many barriers that hinder access to the results. One of these barriers is communication, which is an important obstacle to the continuity of care and, consequently, the early resolution of this health condition.

Keywords: Breast Neoplasms; Health Services Accessibility; Diagnosis.

Introdução

O câncer de mama é uma das condições de saúde mais frequentes na vida da mulher, o que o torna um agravo de grande relevância¹. O aumento na taxa de mortalidade por câncer de mama está relacionado ao diagnóstico tardio, feito em estágios avançados da doença, por muitas vezes devido aos obstáculos existentes nos itinerários das usuárias na busca pelo acesso aos serviços de saúde².

Nos últimos anos, quando a discussão passou a envolver todas as nações do mundo, pode-se afirmar que houve uma redução da taxa de mortalidade em decorrência dessa doença. Isso aconteceu pela ampliação do acesso a redes de diagnósticos e, conseqüentemente, ao tratamento, que tem passado por um processo de evolução constante. No entanto, elementos estruturados que alimentam as desigualdades sociais em algumas nações dificultam que esse avanço seja simétrico e/ou equânime³.

É importante destacar que o principal método de rastreamento do câncer de mama é a mamografia, a qual possibilita o diagnóstico na fase pré-clínica e, por conseguinte, pode reduzir a

mortalidade das mulheres. Nesse sentido, para propiciar um acesso ampliado a essa ação, implementou-se no Brasil um programa que, por intermédio de campanhas e mutirões, fornece esse exame, com a finalidade de investigar a doença, para uma população com risco e/ou acometida por essa enfermidade, que ocorre com periodicidade definida⁴.

No itinerário para a produção do diagnóstico de câncer de mama, as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) às vezes acessam o setor privado em busca de solucionar as demandas não atendidas no serviço público, constituindo, assim, a dobra público-privada. Desse modo, elas aumentam suas possibilidades, passando a consumir exames, consultas e procedimentos na rede particular com o financiamento dessas necessidades por meio de recursos próprios. Essa atividade é preconizada pela herança histórica das dificuldades de acesso, as quais se apresentam como barreiras de natureza geográfica, econômica, funcional e comunicacional/relacional⁵.

Na busca pelo cuidado integral, independentemente da condição de saúde, essas mulheres tecem diversos caminhos em busca de serviços da rede, que perpassam por todos os níveis de complexidade das Redes de Atenção em Saúde. Nesse percurso, muitas vezes, trilham por mais de um serviço do mesmo nível de atenção, no qual emergem diversos problemas de organização e gestão dos serviços, como desordens na comunicação das redes e a fragmentação do cuidado, de forma a revelar fluxos desnecessários, que podem impactar na gravidade da enfermidade^{5,6}.

Vale salientar que o trabalho em saúde envolve práticas de comunicação, vínculo e responsabilização com o cuidado. Entretanto, observa-se que as Redes de Atenção ainda mantêm fragilidades no que concerne à articulação entre os serviços e as práticas de saúde. Tal aspecto compromete a qualidade do cuidado prestado e a continuidade da atenção⁷.

Este estudo permite a reflexão sobre o processo de produção de diagnóstico em câncer de mama, estratégia fundamental para a resolutividade do cuidado com a perspectiva da integralidade; dessa forma, tem como objetivo mapear o acesso ao diagnóstico e os impactos no cuidado em mulheres com câncer de mama em um serviço de referência estadual no Nordeste do Brasil.

Metodologia

O processo metodológico utilizado para a realização da pesquisa foi a abordagem qualitativa, de caráter exploratório, cujos dados utilizados constituem um recorte da dissertação de mestrado profissional “Itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama em um serviço de referência estadual”. Estudos com essa perspectiva permitem que o fenômeno observado seja conhecido com

uma maior espontaneidade, conferindo maior familiaridade entre o pesquisador e o problema a ser analisado⁸.

O local de estudo para a realização da pesquisa foi o Centro Estadual de Oncologia situado em Salvador, Bahia, instituição de administração direta pelo ente federativo correspondente. Esse serviço possui atendimento com especialidades de ginecologia, mastologia, oncologia clínica, terapia de dor e cirurgia geral. Além disso, a unidade oferta exames para a detecção precoce dos diversos tipos de câncer, tratamentos quimioterápicos e atendimentos diagnósticos e terapêuticos, bem como a realização de cirurgias de pequeno e médio porte.

No que diz respeito aos participantes da pesquisa, foram escolhidas mulheres que já se encontram diagnosticadas em qualquer fase de tratamento do câncer de mama. Como critério de inclusão: ser mulher, acompanhada no tratamento de câncer de mama no Centro de Referência e ter mais de 18 anos. O número total de participantes na pesquisa foi de 11 mulheres, o qual foi estabelecido pelo critério de saturação dos dados⁹. No que se refere ao critério de exclusão, para que não implicasse no teor das respostas, as mulheres que estivessem, naquele momento, realizando tratamento complementar em outra unidade, não participariam.

No que diz respeito à ferramenta utilizada para a produção dos dados, foram aplicadas as entrevistas de forma presencial, norteadas por um roteiro semiestruturado realizado entre janeiro e março de 2020. Para identificar as participantes, abreviou-se a palavra entrevista: Ent. 1, Ent. 2 etc. Durante esse processo, empregou-se um gravador (Motorola G6) para registrar com maior riqueza de detalhes os depoimentos. No roteiro de entrevista constavam os seguintes tópicos para instrumentalizar a técnica: relato da trajetória da enfermidade; diagnóstico e cotidiano; itinerários terapêuticos; barreiras; dificuldades; e enfrentamentos da condição de saúde.

Para a interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo adaptada por Minayo¹⁰, em que a sistematização das informações coletadas para uma posterior análise foi realizada a partir dos seguintes passos: inicialmente, ordenaram-se as informações por meio de um mapeamento de todos os dados obtidos (transcrição de gravações, releitura de material, organização de gravações etc.). Por conseguinte, realizou-se a classificação dessas informações produzidas a partir da identificação dos núcleos de sentidos, por meio da leitura exaustiva e flutuante das entrevistas, momento no qual eram destacados os trechos das falas que produziam sentidos, qualificando-os com significados atribuídos pelos pesquisadores.

Em seguida, elaborou-se uma categoria empírica denominada “acesso e diagnóstico” a partir dos núcleos de sentido: As campanhas para o diagnóstico: o mutirão como estratégia; A dobra público-privada no Diagnóstico; e Multiplicidades de acesso ao diagnóstico. Essas informações eram

transcritas em uma planilha do Excel e, de acordo com as falas das usuárias, eram preenchidas no arquivo denominado como “trilhas interpretativas”. Essas trilhas finalizam-se com uma coluna, ao final, intitulada por “síntese horizontal”, que consistia na interpretação dos dados produzidos de cada núcleo de sentido. Na análise final, diante dos achados empíricos, construíam-se relações com o que se tem cientificamente produzido na atualidade.

A pesquisa só ocorreu após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob o parecer de número 26049219.7.0000.0057, e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados/Discussão

Ao final do processo de produção de dados, a partir das falas das 11 entrevistadas, construiu-se uma categoria empírica denominada acesso e diagnóstico, concebida a partir dos núcleos de sentido: As campanhas para o diagnóstico: o mutirão como estratégia; A dobra público-privada no diagnóstico; e Multiplicidades de acesso ao diagnóstico, que serão apresentados a seguir com inferências com outras produções que contribuirão para ampliar a percepção dos achados.

ACESSO E DIAGNÓSTICO

As campanhas para o diagnóstico: o mutirão como estratégia

Mundialmente, o câncer com maior diagnóstico em mulheres é o de mama¹¹, este tem se caracterizado pela forte influência do estilo de vida e dos fatores ambientais no seu desenvolvimento, portanto, a discussão sobre os modos de existência da sociedade e a sensibilização das mulheres é fundamental para a prevenção primária. Aliada a isso, tem-se como estratégia importante a prevenção secundária, com a realização de exames diagnósticos como ferramentas para a redução da incidência e da mortalidade do câncer¹².

Destarte, as estratégias de detecção precoce do câncer de mama consistem em diagnóstico precoce e rastreamento. Dessa forma, o diagnóstico precoce se apresenta como uma estratégia com o intuito de identificar mulheres com sinais e sintomas iniciais da doença, enquanto o rastreamento é uma ferramenta que consiste na realização de testes em mulheres saudáveis para conhecer pessoas que estão com a doença na fase assintomática¹.

Assim, os mutirões têm sido uma das ações de rastreamento organizadas pelos órgãos públicos competentes. Essa prática tem seus moldes no sanitarismo campanhista, no qual as intervenções são centralizadas, verticalizadas e têm por função combater uma doença específica. Além disso, o campanhismo é apontado como dispendioso, exige elevada formação profissional e técnica, as instalações são sofisticadas e têm alto custo, bem como podem ter como consequência pouca resolutividade¹³. Sobre a presença e o funcionamento dos mutirões de mamografia para a produção do diagnóstico, destacam-se as seguintes falas: “[...] foi no fim de 2017, fui pro mutirão, mas o resultado demorou mais de um mês” (Ent. 2).

No início, foi pra Canavieiras uma Campanha do Outubro Rosa, e aí eu fui e fiz a mamografia, aí essa mamografia demorou a chegar, eu fui várias vezes no posto e o pessoal falava ‘não chegou ainda’, aí o enfermeiro falou: ‘quem não recebeu a mamografia é porque deu algum problemzinho, vai esperar que vai ser chamado de novo’; então, eu já suspeitei e falei: ‘o meu deu algum problema, porque não veio’ (Ent. 1).

[...] é que lá teve mutirão... aí eu fui e fiz lá no mutirão... aí depois do mutirão, me chamou pra fazer outro exame... aí eu fiz... aí falou que eu tinha que viajar aqui pra Salvador, que tinha dado um problema... aí eu fui no médico e o médico não falou detalhes, não (Ent. 9).

Percebe-se nas falas que as participantes revelam que o mutirão foi a oportunidade para o rastreamento dessa condição de saúde, no entanto, apesar de a mamografia ser o principal método, há muita controvérsia e debate no meio acadêmico entre os possíveis benefícios, como a redução da mortalidade e de danos¹. Ademais, nota-se nas falas das usuárias que são comuns os atrasos na entrega dos resultados do exame, fator que gera tamanha expectativa sobre o mesmo e acarreta apreensão e ansiedade.

Assim, o elevado tempo para a descoberta da enfermidade pode ser um fator importante para o aumento da taxa de mortalidade por câncer de mama no Brasil, pois amplia a distância entre o início dos sintomas e o começo da terapêutica, o que se percebe nas falas como realidade dessas mulheres. Isso, além de diminuir as chances de cura e a sobrevida, afeta a qualidade de vida durante o tratamento, sendo necessárias abordagens mais agressivas, o uso de múltiplas modalidades terapêuticas e, conseqüentemente, um prolongamento do tratamento¹⁴.

Sobre o distanciamento entre a realização do exame e a entrega do resultado, neste caso, o diagnóstico revela-se como uma lacuna considerável, a partir dos seguintes discursos:

[...] demorou, num foi? [perguntou para a filha], depois do mutirão demorou pra chamar, muito mais do que três meses” (Ent. 9).

Então, assim, essa demora, esse resultado, não só, eh... atrapalha pra inicialização do tratamento, como também, na nossa vida, né? Porque a gente não vive mais enquanto não sai esse resultado. A gente não tem vida, enquanto esse resultado não sai (Ent. 10).

Diante das experiências acima, que relatam sobre o interstício entre a realização do exame e o diagnóstico, que, muitas vezes, é temporalmente extenso, pode-se constatar que, para a busca de casos existentes e, conseqüentemente, a redução da mortalidade das mulheres por câncer de mama, não basta a existência de um programa de detecção precoce, como o rastreamento através da mamografia, é preciso que haja um serviço organizado e estruturado que dê conta do cuidado integral e nele permita diversas ações de saúde que contribuam para a continuidade e resolutividade no cuidar¹⁵.

É necessário afirmar também que o acesso a serviços de saúde fora das campanhas ainda ocorre com muita desigualdade social, que é representada pela diferença significativa de oferta desses serviços no cotidiano das usuárias, formando barreiras de acesso, de modo que as ações de saúde no sistema se apresentam de forma minimizada; assim, como solução, as campanhas aparecem como estratégias, no entanto, não são planejadas para a produção a partir das linhas de cuidado, sendo assim, faz-se necessário que sejam repensadas^{16,17}.

As diversas barreiras de natureza geográfica, econômica, funcional e comunicacional são apontadas como elementos que dificultam o cuidado em saúde, e, neste caso, em mulheres que vivem com câncer, desde o diagnóstico até o tratamento⁵. Estudos desvelam ainda que esses obstáculos são exacerbados no Brasil mediante as iniquidades sociais estruturadas historicamente por uma sociedade produzida pela escravidão¹⁸⁻²⁰.

A dobra público-privada no diagnóstico

Diante das dificuldades de acesso ainda existentes, os caminhos para o cuidado percorridos pelas usuárias muitas vezes perpassam pelo público e o privado, de modo que alguns desses serviços não necessariamente fazem parte da rede SUS. Vale a pena afirmar que a participação do setor privado deve ser complementar no sistema de saúde, sem custos para as usuárias; no entanto, percebe-se que, para atender às suas necessidades, as pessoas pagam para adquirir serviços que não estão

cobertos pelo SUS ou que não são disponibilizados pela escassez ou provenientes da alta demanda²¹.

Assim, o acesso ao diagnóstico de câncer de mama está fortemente atrelado à dobra público-privada, pois, em busca de agilidade no diagnóstico, essas mulheres acabam acessando os dois serviços, conforme se revela nas falas abaixo,

[...] ela mandou eu fazer a mamografia e a USG numa clínica lá em São Cristóvão mesmo, aí a gente teve que pagar pra adiantar mais rápido [...]. Aí eu fiz a ressonância magnética lá no Hospital do Subúrbio. [...] daqui mesmo que elas me encaminharam aqui para o Hospital do Subúrbio (Ent. 3).

[...] aí lá no INCAR, que eu fiz todos meus exames lá, fiz tudo lá, particular, a consulta com o mastologista, a biópsia, a punção, teve um gasto, mas eu queria adiantar [...]. Aí eu fiz exames, que deram positivo, fiz aqui no CICAN, a USG, deu positivo, aí voltei para o Hospital da Mulher, aí cheguei lá no Hospital da Mulher fiz uma punção, deu negativo (Ent. 5).

Os relatos acima demonstram como a fronteira entre o público e o privado se torna cada vez menos demarcada no sistema de saúde brasileiro, criando-se uma rede mista e compartilhada entre esses serviços²². Situações dessa natureza podem exacerbar ainda mais a desigualdade, pois as condições econômicas podem ser um dos fatores limitantes para a resolução das necessidades, sobretudo para a parcela da sociedade que vive em situação vulnerável⁵.

Assim, quando a usuária do SUS acessa o setor privado em busca de um procedimento, fica explícito que existem lacunas naquele serviço e que a produção do diagnóstico fica sob responsabilidade daquele que adoece, com o desejo de solucionar o seu problema de saúde⁶, como pode ser visto nas falas a seguir,

[...] fiz a mamografia, eu tive que fazer particular porque pelo SUS eu não consegui fazer. [...] eu fui na rede SUS, mas eu não consegui. [...] eu não consegui quase nada pelo SUS, não consegui exame nenhum pelo SUS [ou seja, ainda houve a espera antes de decidir pagar pelos exames]... foi tudo pago... a cintilografia disse que era paga! Aí, eu fiquei esperando mais 6 meses a cintilografia... quase um ano esperei na fila de espera (Ent. 8).

Eu fui a outra consulta particular também... no mastologista... fiz a punção particular [...]. Isso, eu fui logo porque, isso, porque pelo SUS demora um pouco, né?! [...] porque ia demorar, entendeu? Por isso, aí eu fiz logo particular (Ent. 6).

As falas evidenciam que quando as necessidades de saúde não são supridas pela rede pública, o usuário acessa diferentes serviços, buscando aumentar as possibilidades para atender às suas demandas. Segundo Meneses e Spedo²³, os usuários, diante das suas necessidades, constroem seus mapas de cuidado, cada um com a sua singularidade, mas com situações que se conectam a essa realidade.

Nesse itinerário, ele constrói sua própria rede de cuidado, uma rede que é viva²⁴ e que envolve usuário, profissionais e serviços. Essa realidade é apresentada no relato a seguir,

Aí, pediu uma USG mamária e uma USG de abdome total, mas nunca conseguia marcar a USG no posto. [...] como eu trabalho em São Francisco e conheço o pessoal lá da secretaria de saúde... aí eu pedi pra conseguir fazer minha USG lá. Nisso, eu consegui marcar... a do abdome e a da mamária (Ent. 11).

[...] como eu trabalhava com essas unhas, eu conhecia muita gente... conhecia algumas médicas de SUS, que eram minhas clientes... eh... eh... obstetras, ginecologistas que eram da... que são dessa área, né? Então, eu tive uma grande ajuda dessa amiga, de uma cliente, que tinha... a melhor amiga dela trabalhava no Hospital da Mulher e a melhor amiga dela coincidentemente é uma mastologista (Ent. 10).

Nesses relatos, as usuárias, por meio de suas redes de contatos, conseguem ter acesso aos serviços que necessitam. Esse movimento, que foge do que é estabelecido pelos protocolos, faz múltiplas conexões e utiliza a experiência dessas mulheres, caracterizando a rede viva, tecida pela produção de vínculos dos encontros do cotidiano²⁵.

Portanto, as usuárias se tornam ponte entre os serviços, fonte de informações e construção de redes, produzindo uma tessitura por meio do compartilhamento com outras usuárias, o que ocorre de acordo com as experimentações, informações essenciais que demonstram modos de acessar os serviços de saúde e atender aos seus anseios²⁶.

Multiplicidades de acesso ao diagnóstico

A linha de cuidado em câncer de mama corresponde ao itinerário que a usuária faz dentro da Rede de Atenção à Saúde para ter a atenção integral que resolva as suas necessidades. Nesse percurso, os níveis de atenção em saúde são utilizados em diferentes momentos e se complementam, possibilitando, dessa forma, que o cuidado seja efetivado em rede e de forma integral²⁶.

Há uma importante discussão sobre como o cuidado em rede é fundamental e, conseqüentemente, a importância de cada nível de atenção, conforme a fala abaixo apresenta,

Aí, essa íngua foi se desenvolvendo e eu fui no posto médico [...]. [...] aí eu mostrei a ela e ela: ‘vou passar pra você, pra você fazer uma USG mamária’. [...] aí, eu disse: ‘olhe, joga logo lá para o hospital da mulher que eu já sou de lá’. Ainda vou fazer a cirurgia (Ent. 4).

Nesse recorte, percebe-se que a usuária, ao notar o problema em saúde, faz o primeiro acesso na Atenção Primária, seguindo para os serviços especializados da Atenção Secundária e Terciária, realizando exames diagnósticos e aguardando a cirurgia, respectivamente. Portanto, para que essas mulheres sejam diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno é preciso que a rede de atenção para o cuidado de mulheres com câncer de mama seja bem estruturada e organizada, com a pactuação dos fluxos entre os serviços²⁷.

Contudo, a organização do sistema de saúde deve ser estabelecida com o intuito de produzir redes, o que exige uma tessitura potente e eficaz que deva ser capaz de atender integralmente e de forma articulada às cidadãs que necessitam dos serviços de saúde, sobretudo com práticas humanizadas existentes, de forma transversalizada⁵.

Em contrapartida, a realidade experienciada por essas mulheres é que o cuidado, na prática, torna-se fragmentado e a sua continuidade comprometida a partir do momento que as usuárias necessitam fazer fluxos dentro da rede especializada e as dificuldades lhes são apresentadas, como descrito nas falas a seguir: “Então, eu fiz mamografia no centro de referência. Fiz a tomografia no Hospital da Mulher, e fiz a cintilografia no Ana Nery (Ent. 10)”; “[...] passei em outro hospital, passei no hospital da mulher, passei aqui e fiz, né, em outro hospital pra colocar o PortoCath, quer dizer, já estou sócia dos hospitais daqui tudo [...] (Ent. 2)”.

[...] aí eu fiz exames, que deram positivo aqui, fiz aqui no centro de referência, a USG, deu positivo, aí voltei para o Hospital da Mulher, aí, cheguei lá no Hospital da Mulher fiz uma punção, deu negativo, e aí a gente sossegou (Ent. 5).

Nota-se que apesar de as usuárias apresentarem nas falas que suas demandas em saúde foram sanadas, elas necessitaram percorrer mais de um serviço especializado, o que demonstra uma falta de planejamento centrado nas pessoas que utilizam o serviço, o que se agrava pelo fato de que cabe a cada usuária deslocar-se entre esses pontos de atenção para garantir a integralidade do cuidado. Como efeito desse contexto, pode-se afirmar que a produção do cuidado se revela em atos desconexos, sem uma intervenção articulada e cuidadora, afetando a atenção à saúde prestada²⁵.

Para que um ponto de atenção possa ofertar um cuidado integral à saúde, é essencial discutir sobre a organização do processo de trabalho, em que o debate deve provocar para que haja transformações na produção do cuidado em todos os níveis de atenção. Deve-se incorporar a ideia de clínica ampliada, colocando o usuário como protagonista do processo, além de um olhar sobre os seres vivos em sua plenitude, em especial no contexto social, e não restrito aos momentos vividos nos serviços²⁸.

Essa aposta pauta o tema do encontro na produção de relações simétricas entre usuárias e trabalhadores e entre os próprios profissionais que atuam, são desafios que estimulam novos sentidos no cuidado em saúde, ou seja, é uma mudança de posicionamento ética e estética, fundamental para uma atenção resolutiva, integral e humanizada, com um olhar no diagnóstico efetivo e precoce²⁹.

Considerações finais

O estudo, ao mapear o itinerário das usuárias com câncer de mama, apresenta o quão reais são as limitações no que concerne ao acesso dessas mulheres ao diagnóstico da enfermidade diante dos diversos obstáculos de natureza múltipla. Como solução, o Brasil utiliza as campanhas por meio de mutirões de mamografia, com o intuito de facilitar o acesso, apresentando evidências que questionam a utilização desse método. Todavia, observa-se que há um distanciamento entre a realização do exame, a confirmação diagnóstica e o tratamento da doença, o que não garante a continuidade eficaz e resolutividade integral dessa necessidade.

Acrescenta-se ainda que se desvelou, a partir dos achados, a incapacidade do poder público de garantir a integralidade do cuidado, o que, diante da necessidade das mulheres, precisa ser solucionado com a busca de serviços privados, fora da rede de atenção do SUS. E mesmo quando os serviços pertencem ao sistema público, muitas vezes essas usuárias precisam tecer redes de forma rizomática, compostas por múltiplas entradas e saídas, diante da desconexão existente entre os serviços.

Assim, diante dos achados desta pesquisa, salienta-se a necessidade de produção de novos estudos que discutam sobre esta realidade e contribuam de forma salutar para a construção de novos saberes capazes de cooperar com o aprimoramento do SUS e seus princípios, neste caso: o cuidado universal, integral e resolutivo.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
2. Traldi MC, Galvão P, Morais SS, Fonseca MRCC. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. *Cad Saúde Colet.* 2016; 24(2):185-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020026>
3. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(1):7-33. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21654>
4. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
5. Santos LMVR, Santos MPS, Mercedes MC, Souza JN, Souza MC. Barreiras de acesso em mulheres eu vivem com Câncer de Mama. *UNILUS Ensino e Pesquisa.* 2021; 18(50):26-35.
6. Souza MC, Borges JCS, Santos RS, Brito VCSG, Souza JN, Quintana RAC, et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com doenças respiratórias crônicas. *REAS/EJCH.* 2020; 12(11):e4096. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4096>
7. Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saúde Soc.* 2017; 26(2):435-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170017>
8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
9. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev pesq quali.* 2017; 5(7):1-12.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
11. Anastasiadi Z, Lianos GD, Ignatiadou E, Harissis HV, Mitsis M. Breast cancer in young women: an overview. *Updates in Surgery.* 2017; 69(3):313-17. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13304-017-0424-1>
12. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Budny BK, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med.* 2017; 24(4):549-53. DOI: <https://doi.org/10.26444/aaem/75943>
13. Reis JRF. Viver é influenciar. *Tempo Soc.* 2015; 27(2):280-304.
14. Paiva CJK, Cesse EAP. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. *Rev Bras Cancerol.* 2015; 61(1):23-30. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n1.374>
15. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. *Femina.* 2012; 40(1):31-6.
16. Tomazelli JGS, Silva GA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012. *Epidemiol Serv Saude.* 2017; 26(4):713-24. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400004>
17. Corrêa CSL, Pereira LC, Leite ICG, Fayer VA, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT. Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saude.* 2017; 26(3):481-92. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300006>
18. Souza MC, Souza JN, Mercedes MC. Racismo estrutural como barreira de acesso à saúde: O que a pandemia da COVID-19 nos revela? *J Multiprof Health Res.* 2021; 2(2):102-6.

19. Souza MC, Borges JCS, Trindade KF, Santos RS, Brito VCBG, Souza JN, et al. Access Barriers and Health Care in Patients with Chronic Respiratory Diseases. *Am J Bio Sci & Res.* 2020; 11(1):95-9. DOI: <https://doi.org/10.34297/AJBSR.2020.11.001594>
20. Souza MC, Souza JN. Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19. In Brazil. *Biomed J Sci Tech Res.* 2020; 31(4):24327-29. DOI: <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2020.31.005125>
21. Cardoso MRO, Ferla AA, Oliveira PTR, Nunes NS. O mix público e privado no sistema de saúde brasileiro: coexistência em evidência. *Saúde redes.* 2017; 3(2):107-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3n2p107-118>
22. Machado JP, Martins M, Leite IC. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde debate.* 2015; 39(Esp):39-50. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005245>
23. Meneses CS, Cecilio LCO, Andrezazza R, Carapineiro G, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):2013-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>
24. Merhy EE. Saúde coletiva, pós-estruturalismo e redes vivas de existência. *Saúde redes.* 2018; 4(4):9-21. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n4p%25p>
25. Rosa NSF, Souza MC, Rodrigues RM, Esteves CO. O SUS-vivo do cotidiano das pessoas: as tensões entre o público e o privado na produção do cuidado em saúde na Bahia. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes – Livro 1. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.
26. Rover MRM, Vargas-Peláez, Farias MR, Leite SN. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis.* 2016; 26(2):691-711. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200017>
27. Aguiar FAR, Sousa TC, Branco JGO, Costa FBC, Torres ARA, Arruda LP. Produção do cuidado na rede de atenção ao câncer de mama: revisão integrativa. *Sanare (Sobral, Online).* 2018; 17(10):84-92. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1226>
28. Bermudez KM, Batista RS. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de redes para os profissionais da saúde mental. *Saúde Soc.* 2017; 26(4):904-19.
29. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCL, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate.* 2020; 44(4):161-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>

Submissão: 15/09/2021

Aceite: 22/12/2021