



## ITINERÁRIO TERAPÊUTICO – A BUSCA PELO CUIDADO EM SAÚDE EMPREENDIDA POR PESSOA COM CÂNCER COLORRETAL

Aline Roberta Lima Nishimura Aiko\*  
Luan Sudário Melo\*\*  
Mayara Rocha Siqueira Sudré\*\*\*  
Graciano Almeida Sudré\*\*\*\*  
Katia Moreira Silva\*\*\*\*\*  
Monika Wernet\*\*\*\*\*  
Sílvia Matumoto\*\*\*\*\*

### RESUMO

**Objetivo:** Compreender, por meio do Itinerário Terapêutico, a busca pelo cuidado empreendida pela pessoa com câncer colorretal e os mecanismos de Gestão do Cuidado. **Método:** Trata-se de um estudo de caso único de abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada por meio da Entrevista Narrativa. Para subsidiar a análise dos dados utilizou-se o software IRaMuTeQ®. **Resultados:** Emergiram dois Subcorpus e cinco classes, por meio dos quais foi possível delinear o itinerário terapêutico e as estratégias de cuidado na perspectiva da pessoa permitiu compreender que a produção do cuidado invade linhas não formais, possibilitando as vias de tratamento que estavam ao seu alcance. É desvelado a inexistência de um fluxo que oriente o caminhar em tempo oportuno e seguro, surgindo sentimento de insegurança e desconfiança. Assim, os mediadores atravessam e produzem contra fluxos na regulação, fazendo surgir redes vivas calcadas no enfrentamento de um trabalho morto, desarticulado e inoperante. **Considerações finais:** Os resultados permitiram identificar a desarticulação dos serviços e a necessidade de elaboração de uma Linha de Cuidado oncológica.

**Palavras-chave:** Atenção à saúde. Neoplasias retais. Continuidade da assistência ao paciente.

### INTRODUÇÃO

O surgimento de tumores que atingem o cólon, reto e ânus geralmente se desenvolvem a partir de pólipos que, quando são removidos precocemente, reduzem o risco de malignidade por encontrarem-se em estágios iniciais, caso contrário podem evoluir para o câncer colorretal<sup>(1-4)</sup>.

Por vezes, a morosidade no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) decorrente de modelos assistenciais fragmentados, associada à desorganização de fluxos de atendimento, contribuem para uma descoberta tardia, encaminhamentos ineficientes e acompanhamento ineficaz da pessoa acometida por essa doença<sup>(5)</sup>.

Uma pesquisa realizada para avaliar o IT de pessoas acometidas por condições crônicas constatou a ineficiência de casos em que o serviço é

fragmentado, com atendimento realizado por uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) não resolutive, comprometendo assim a qualidade e a continuidade do cuidado<sup>(6)</sup>. Na mesma abordagem, outro estudo identificou que a Atenção Primária à Saúde (APS) não foi a porta de entrada para o SUS: em apenas 34% dos casos a APS foi o primeiro serviço a ser procurado ao passo que em 50% deles foram diagnosticados na atenção especializada, quando já se encontravam em estágio avançado<sup>(7)</sup>.

Nesse cenário, as ferramentas de Gestão do Cuidado (GC), como o Itinerário Terapêutico (IT) e a Linha de Cuidado (LC), surgem como alternativas para orientar, reorganizar, otimizar, gerenciar as relações oriundas desse processo, favorecendo um atendimento mais integral e rápido do usuário pelo sistema de saúde, contribuindo por sua vez para a observância dos princípios do SUS<sup>(5,8)</sup>. Conhecer o

\*Enfermeira. Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. E-mail: linenishimura@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8846-6996>.

\*\*Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: luansudario@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8579-4054>.

\*\*\*Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – (EERP/USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. maysrocha@yahoo.com.br : ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9515-5907>.

\*\*\*\*Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. gracianosudre@gmail.com : ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2837-8526>.

\*\*\*\*\*Enfermeira. Mestre em enfermagem. UFMT. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. E-mail: katiakawam@hotmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-7679-0040>

\*\*\*\*\*Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. monika.wernet@gmail.com : ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1194-3261>.

\*\*\*\*\*Enfermeira. Professora do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. smatumoto@eerp.usp.br : ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8590-5276>

percurso de usuários com câncer colorretal pode favorecer para o aperfeiçoamento estratégico da RAS no que tange às pessoas com essa condição crônica e até mesmo para a adoção dessas ferramentas de GC, tendo em vista sobretudo que ainda são escassos estudos que desvelam o percurso desse usuário pelo SUS.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi compreender, por meio do Itinerário Terapêutico, a busca pelo cuidado empreendida pela pessoa com câncer colorretal e os mecanismos de Gestão do Cuidado.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, que permite entender fenômenos sociais complexos, além de proporcionar a retenção de uma perspectiva holística e do mundo real pela observação dos ciclos individuais da vida<sup>(9)</sup>. Visando a alcançar o objetivo proposto, esta pesquisa foi fundamentada na investigação das práticas sociais de gestão e saúde, tendo como marcadores principais de sentido os modos singulares de construção das redes de conexões existenciais na busca pelo cuidado em saúde<sup>(10)</sup>. Para desvelar algumas forças relacionadas às trajetórias formais e informais, no percurso assistencial, buscaram-se alguns conceitos em estudos cartográficos<sup>(8)</sup>.

Para escolha do caso deste estudo foram estabelecidos como critério de inclusão: ter vivenciado uma doença crônica ou negligenciada; ter transitado pelo SUS; e ter mais que 18 anos e residir em um dos 19 municípios pertencentes a região Sul de Mato Grosso. Foram excluídos os participantes com doenças infectocontagiosas que não fizeram parte da rotina de atendimento dos residentes.

A participante foi selecionada intencionalmente por haver participado das práticas cotidianas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso, oportunidade que propiciou forte vínculo com uma das pesquisadoras no cotidiano das ações de cuidado, em dois momentos específicos: o primeiro, na clínica oncológica durante o primeiro ano de residência da pesquisadora; e o segundo, no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) durante o segundo ano de sua residência.

A produção dos dados ocorreu no mês de maio de 2018, ao final do tratamento oncológico, por

meio da Entrevista Narrativa (EN)<sup>(11)</sup> realizada em uma única vez e previamente agendada por meio de contato telefônico. Atendendo à preferência da participante, foi realizada em seu domicílio e seguiu o roteiro com as seguintes perguntas: “*Conte-me, como foi sua trajetória desde que você começou a perceber a doença? Como buscou ajuda para cuidar deste problema, incluindo os lugares que percorreu e o tempo para ter o atendimento [de] que precisava?*”. A entrevista foi audiogravada e transcrita em conformidade com norma culta da língua portuguesa para facilitar a compreensão.

A participante residia no município de Rondonópolis, MT, onde realizou seu tratamento. Esse município integrava a Regional de Saúde Sul Mato-Grossense, referência regional para 19 municípios. De acordo com IBGE, possui uma população estimada para 2020 de 232.491 habitantes, predominantemente urbana (81,9%)<sup>(12)</sup>.

A análise dos dados foi realizada por meio do software IRaMuTeQ® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) versão 0.7 Alpha 2, com o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD)<sup>(13)</sup>. A escolha do referido software permitiu a classificação dos segmentos dos textos dividindo-os em classes a partir da função de itens lexicais o que possibilitou a representação gráfica do corpus. As classes que emergiram foram nomeadas a partir de processos interpretativos<sup>(14)</sup>.

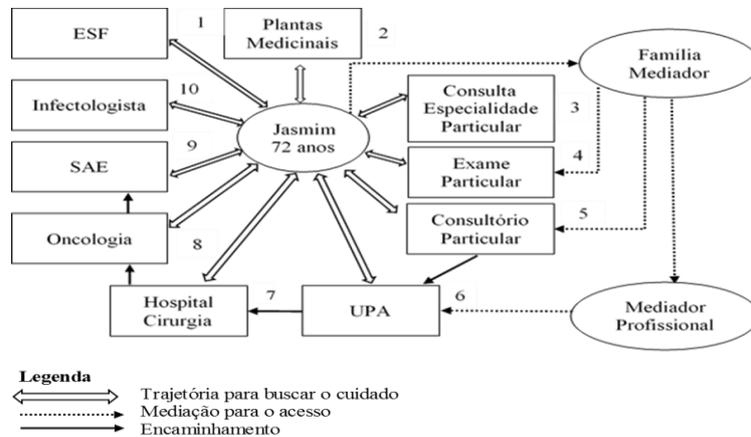
A coleta de dados teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso com parecer nº. 2.571.546/2018, com a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e identidade preservada da participante, aqui identificada com o nome fictício de Jasmim.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participou deste estudo uma pessoa do sexo feminino, com 72 anos, aposentada, de classe média, com ensino superior incompleto, diagnosticada com câncer colorretal e que residia com uma filha. Relatou que nos dois anos anteriores ao diagnóstico sentia dores abdominais persistentes e intensas, acompanhadas de constipações e perda de peso. Durante o período em questão, procurou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) devido a problemas de constipação, relatando não ter sua queixa resolvida.

Após aumento na intensidade das dores e em decorrência do insucesso na utilização de plantas medicinais, buscou atendimento médico privado, oportunidade em que realizou Tomografia

Computadorizada (TC) do abdome e Colonoscopia, possibilitando o diagnóstico de câncer colorretal. A representação gráfica da sua trajetória está representada na Figura 1.



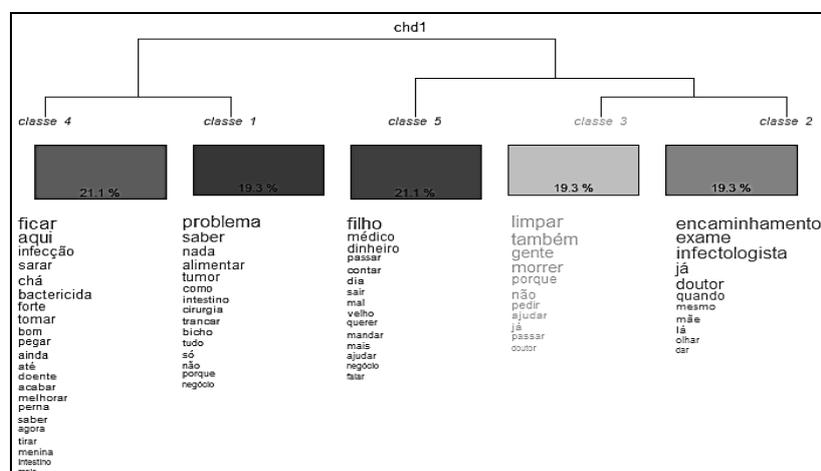
**Figura 1.** Representação gráfica do Itinerário Terapêutico empreendido pela participante – Rondonópolis, MT, 2018

Durante o percurso, foi identificado que Jasmim apresentava obstrução intestinal devido ao estágio avançado de um tumor de cólon. Por esse motivo, foi submetida à cirurgia de retossigmoidectomia, tendo apresentado no pós-operatório infecção no local da incisão cirúrgica, intensificando sua busca por cuidados.

Paralelamente à compreensão do caso por meio da representação gráfica do IT, o corpus proveniente da entrevista foi codificado e analisado pelo software IRaMuTeQ<sup>(13)</sup>. Como resultado da organização textual, obteve-se um corpus geral com aproveitamento de 85% dos segmentos de texto a partir da ocorrência de 2.281 palavras – dentre as quais 563 distintas – dando origem a cinco classes

com duas ramificações: Subcorpus A (antes do diagnóstico) e Subcorpus B (depois do diagnóstico), conforme Figura 2.

O Subcorpus A apresentou duas ramificações: Classe IV - “Práticas Integrativas e Complementares” e Classe I - “Trajetória antes do diagnóstico e limitação do atendimento na Atenção Primária à Saúde”. O Subcorpus B, por sua vez, subdividiu-se em três ramificações: Classe V - “Limitações no acesso à Rede de Atenção à Saúde e Mediadores envolvidos no processo”; Classe III - “Ausência da Linha de Cuidado: orientações e apoio” e Classe II - “Dificuldade de articulação com a Atenção Especializada”.



**Figura 2.** Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente – Rondonópolis, MT, 2018

As classes serão apresentadas respeitando as suas ramificações e dentro de cada uma sendo observada a ordem de maior segmento de texto por repartição e sequenciadas da esquerda para direita.

### **Subcorpus A/Classe IV - Práticas Integrativas e Complementares**

A Classe IV evidenciou a utilização de plantas medicinais em busca de alívio para o sofrimento no início do adoecimento.

Fiquei aqui tomando chá até meu filho arrumar dinheiro para pagar a consulta; eu fui tomando chá [...] eu sabia que tomar chá era bom para inflamação e para infecção no intestino. Para aquela doença de Crohn, o chá é bom mesmo, e muitos amigos disseram que sarava, parecia que era verdade[...] (**Jasmim**).

A utilização de plantas medicinais é uma forma de tratamento de origem muito antiga fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações<sup>(15)</sup>. A utilização dessas práticas no IT de Jasmim representa uma tentativa de controlar a doença externamente ao sistema de saúde, mediante a inatividade de um SUS que na percepção da paciente não funcionava. No cotidiano, as pessoas constroem laços e vão consumindo diversas modalidades de cuidado, produzindo redes de conexões não previstas e que fogem da rotina instituída pelos serviços de saúde<sup>(10)</sup>.

A utilização de recursos naturais aparece como reflexo da falta de orientações de profissionais da saúde no cuidado de Jasmim que evidencia uma situação complexa que contribuiu inclusive para o surgimento de uma condição infecciosa.

Limpei com a babosa e coloquei-a no ânus, um pedacinho. Tive dificuldades, mas valeu apenas, porque limpou com apenas três dias. No terceiro dia a infecção explodiu[...] (**Jasmim**).

Embora a utilização de plantas medicinais, nesse caso, tenha apresentado reações (“*explodiu a infecção*”), elas foram percebidas como benéficas ao seu tratamento. Por fazerem parte de seu cotidiano, as pessoas recorrem às ervas e às plantas medicinais exercendo um novo olhar sobre o processo saúde-doença, que possibilita a promoção da integralidade do cuidado<sup>(16)</sup>.

Na micropolítica do IT de Jasmim, a utilização desses recursos, somada à resposta pouco resolutiva da ESF, exercia forças contraditórias no que dizia respeito ao acesso e ao tratamento convencional. A

paciente não se apoiava no encontro com profissionais de saúde e, em contrapartida, valia-se de outras conexões presentes no seu meio social, cultural, por vezes com base em suas crenças. As pessoas não se servem apenas dos equipamentos de saúde; diante de barreiras institucionais e da necessidade de superar os obstáculos, como no caso apresentado, agem como nômades desprendidos do instituído<sup>(10)</sup>.

As plantas medicinais e a fitoterapia integram as práticas incorporadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS que em suas diretrizes destaca a necessidade do desenvolvimento de estratégias de qualificação dos profissionais para manejo das PICS<sup>(17)</sup>. No entanto, os investimentos para capacitação devem ir além de um novo conhecimento acerca das PICS propriamente ditas: deve ser capaz de habilitar o trabalhador para uso predominante das tecnologias leves, pois é no campo das relações que as diferentes barreiras podem ser rompidas para consolidação do acesso.

Delinear o itinerário terapêutico e as estratégias de cuidado na perspectiva da pessoa permitiu compreender que a produção do cuidado invade linhas não formais, possibilitando assim a utilização das vias de tratamento que estavam ao seu alcance. Esse caso específico demonstra o uso de plantas medicinais na perspectiva do saber popular e da rede de contatos, uma vez que o “tratamento” adotado pela paciente pautou-se em recursos que estavam ao seu alcance e que foram sugeridos por amigos e não propriamente como uma PICS indicada por trabalhadores de saúde.

### **Subcorpus A/Classe I - Trajetória antes do diagnóstico e limitação do atendimento na Atenção Primária à Saúde**

Na classe I do Subcorpus A, a CHD indica a trajetória antes do diagnóstico e as limitações da APS. Para Jasmim, surgem as dúvidas e as preocupações frente aos sinais e sintomas da doença.

[...] em 2016 que começou problema de intestino, foi difícil assim, não era normal, mas eu sempre fui ressecada e depois foi indo, deveria ter recebido atendimento antes, porque já estava ressecada [...] (**Jasmim**).

O caminho percorrido pela participante com câncer colorretal antes do diagnóstico foi marcado

por inúmeras barreiras para conseguir alívio de sua constipação intestinal. A lógica dos sucessivos atendimentos frustrados desvela a micropolítica do trabalho, em que uma queixa não convencional apresentada por Jasmim é minimizada pela equipe da APS, que fica limitada ao trabalho morto, repleto de normas e regras para a oferta do cuidado em saúde<sup>(10)</sup>, sem que fossem oferecidas à paciente a escuta e a valorização do sofrimento relatado por ela relatado. O efeito da prática descrita acarretou em posterior resistência da usuária em procurar a ESF.

Eu não passei pelo posto de saúde, porque eu sabia que não ia adiantar, porque eu fui por causa da constipação e não resolveu. A gente chega lá, fala que dói, mas [...] (**Jasmim**).

As pessoas, mesmo quando possuem vínculos fortes com determinadas equipes de saúde, não são exclusivas desses locais e, ocasionalmente, transpõem e ignoram trajetórias conhecidas<sup>(10)</sup>. Nesse contexto, o fato de a usuária não procurar a ESF, em decorrência do atraso no diagnóstico, é um problema que desvela as barreiras por ela enfrentadas.

A expectativa da pessoa ao procurar os serviços de saúde é de que sejam atendidas às suas necessidades. Nesse sentido, vale ressaltar a perspectiva do trabalho multidisciplinar da ESF que prevê integração e coordenação do cuidado, com ações de rastreamento e de detecção precoce do câncer colorretal em sua fase inicial<sup>(18)</sup>. A maioria dos casos de câncer colorretal evoluem a partir de lesões benignas que possibilitam a detecção precoce e, por conseguinte, o início do tratamento que resulta em maiores probabilidades de sobrevida<sup>(2)</sup>. No caso relatado, o afastamento da usuária em relação ao serviço ofertado pela ESF ocorreu como consequência do não acolhimento de suas queixas a partir de um atendimento que não lhe proporcionou o oportuno e resolutivo tratamento que despertasse sua confiança e segurança.

Embora o rastreamento do câncer colorretal decorra inicialmente da verificação de sangue oculto nas fezes, ou seja, a partir de exame não invasivo de baixo custo, com posterior colonoscopia<sup>(2)</sup> quando constatadas alterações, Jasmim não foi submetida a nenhum desses exames, mesmo diante das sucessivas queixas.

No cotidiano, pessoas são reduzidas a estereótipos construídos pelos diferentes serviços e trabalhadores que podem exercer suas funções por lógicas pouco norteadas por práticas que aproximem

as pessoas, gerando desencontros e frustrações em relação à importância do problema trazido por aqueles que procuram o serviço. Quando repetidas vezes retornam em busca de atendimento<sup>(10)</sup>, por vezes, também produzem ressonâncias na equipe, dificultando o encontro que poderia suscitar novos investimentos de forma bilateral.

### **Subcorpus B/Classe V – Limitações no acesso à Rede de Atenção e Saúde e Mediadores envolvidos no processo**

A classe V refere-se às limitações no acesso à Rede de Atenção à Saúde e mediadores que facilitaram o trajeto empreendido na busca pelo cuidado, atuando como forças que possibilitam o acesso aos diferentes serviços.

Bom, ao perceber que estava ficando doente pelo emagrecimento, conversei com meu filho, que me enviou dinheiro para consulta com médico particular [...] (**Jasmim**).

Dentre os mediadores, surgem então três atores: o filho com o apoio financeiro para que a mãe realizasse a consulta e exames; um amigo da família que conseguiu mediar o processo de regulação desde a entrada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) até o serviço de oncologia hospitalar; e um profissional de saúde. Em situações diversas, é comum a participação de mediadores no IT, a fim de alcançar condições, insumos e facilitar fluxos, ao propiciarem o enfrentamento às respostas pouco efetivas dos serviços acerca das demandas apresentadas<sup>(19)</sup>. Especificamente, costumam ter força financeira e/ou política para garantir o acesso e o fluxo no sistema.

A baixa resolutividade do atendimento recebido no sistema público muitas vezes culmina na demora para a realização das consultas e exames. Diante desse cenário e no caso ora relatado, a sensação de agravo da doença fez com que as linhas do IT se voltassem ao serviço privado, de maneira a encurtar o tempo de espera pelo diagnóstico. Os caminhos de busca pelo cuidado são produções vivas, algumas vezes definidos pelos serviços, em outras pelos indivíduos e famílias por meio de redes sobrepostas, singulares e rizomáticas<sup>(20)</sup>. No caso de Jasmim, marcou suas idas e vindas entre público e privado.

A lógica burocratizadora produzida pelo setor público fabrica um percurso institucionalizado, inteiro e sólido. Romper essa lógica ressalta a característica fragmentária da rede, caracterizando

sua tessitura por acontecimentos<sup>(20)</sup>. A descoberta do tumor de Jasmim ocorreu no serviço privado, sendo então identificada a necessidade de intervenção cirúrgica. Com isso, houve a mediação para retornar ao atendimento pelo SUS, recorrendo à porta de entrada da UPA para encaminhamento à Especialidade Oncológica.

[...]meu filho pediu um encaminhamento ao médico e ligou para um amigo que trabalha no SAMU para pedir ajuda. O amigo pediu para que eu fosse para UPA, lá consegui encaminhamento para Santa Casa no outro dia[...] (**Jasmim**).

No IT apresentado, ficou evidente o papel dos mediadores – familiares ou profissionais de saúde – no que concerne ao acesso, sendo possível perceber que, no exercício de uma atividade rotineira, atuam como conhecedores dos diferentes serviços<sup>(21)</sup>.

Jasmim, quando hospitalizada, realizou o procedimento cirúrgico e recebeu alta. No entanto, ao sentir dores e diferentes incômodos procurou atendimento pelo SUS, tendo encontrado barreiras no acesso e, não tendo suas expectativas atendidas, procurou o serviço privado. Nesse contexto, o profissional que a atendeu apresentou facilidade em transitar entre o setor público e privado e, agindo como novo mediador, ampliou suas possibilidades terapêuticas e retomou seu atendimento pelo SUS.

[...] fomos procurar o doutor e só tinha consulta para depois, mas eu não aguentaria esperar: conversei com familiares e minha irmã mais velha me enviou o dinheiro. No mesmo dia, consegui vender uma ferramenta para construção que tinha em casa e consegui mais dinheiro para pagar o atendimento que precisava[...] (**Jasmim**).

Situação semelhante é desvelada em outra pesquisa que inclusive problematiza, à luz da produção de iniquidades, a passividade do Estado, decorrente da dupla militância do profissional entre o público e o privado. Na ocasião, o profissional que detém a dupla regulação do acesso atribui ao setor privado a lógica do melhor cuidado, conjuntura a partir da qual a natureza privada se converte em pública (e vice-versa), em situação de desigualdades, produzindo privilégios<sup>(20)</sup>.

Em todo o percurso até aqui referido, é possível perceber a regulação exercida pelos mediadores, acarretando em diminuição do tempo de espera. Esses movimentos também demonstram a importância da mediação no enfrentamento das

dificuldades que surgem no processo de adoecimento<sup>(19)</sup>.

No entanto, outro estudo também envolvendo pessoas com câncer descreve uma experiência distinta com relação à mediação, caracterizada na oportunidade por sucessivos entraves aos usuários que, dispendo de diferentes chaves de acesso, posicionam-se entre a chave e a fechadura, construindo necessariamente atravessamentos para a obtenção do cuidado<sup>(20)</sup>.

No IT de Jasmim, é desvelada a inexistência de um fluxo que oriente o caminhar em tempo oportuno e seguro, permitindo assim o surgimento de sentimentos de insegurança e de desconfiança. Assim, os mediadores atravessam e produzem contrafluxos na regulação, fazendo surgir redes vivas calcadas no enfrentamento de um trabalho morto, desarticulado e inoperante.

### **Subcorpus B/Classe III -Ausência da Linha de Cuidado: orientações e apoio**

A Classe III evidenciou ausência de processos de educação em saúde para Jasmim e sua família, na tentativa de subsidiar o enfrentamento da doença. Esse fato acarretou em desconhecimento e acessos múltiplos e desordenados, sugerindo dessa forma a ausência da Linha de Cuidado direcionada à pessoa com câncer colorretal, baixa orientação em relação ao fluxo a ser seguido e falta de apoio. Diante de diferentes desafios, os serviços deveriam vivificar situações interditas e antiprodutivas, permitindo a produção de vida<sup>(10)</sup>.

[...] quando fiz essa cirurgia, não sabia que ele tinha retirado um pedaço do meu intestino. Ele não contou para gente, então eu agia como se eu não tivesse nada [...] (**Jasmim**).

A Linha de Cuidado está relacionada aos fluxos assistenciais garantidos à pessoa, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Para tanto, torna-se indispensável unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação<sup>(22)</sup>, possibilitando assim a correta utilização dos serviços ao direcionar apropriadamente a pessoa em todo seu IT. Essa ação interligada de produção de vida, formatada pelo princípio da integralidade, apenas é possível se o cuidado for organizado em redes<sup>(20)</sup>. Jasmim foi submetida à cirurgia e, mesmo apresentando sinais de infecção pós-operatória, recebeu alta do cirurgião e, somente após a avaliação do oncologista, recebeu encaminhamento para o infectologista.

Fiz uma cirurgia e depois de três dias deu uma infecção: tinha que limpar. Também fiquei com muita dor; achei que ia morrer e a situação só piorava. Fomos no infectologista, ele disse que poderia ser uma bactéria que está alojada, teria que limpar [...] (Jasmim).

A Linha de Cuidado torna-se diferente do processo de referência e contrarreferência, pois apesar de incluí-los, transcende a ideia de protocolos estabelecidos, pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos e reorganizar o processo de trabalho ao observarem as particularidades de cada realidade<sup>(23)</sup>. Uma ação assim orientada torna-se produtora de caminhos seguros, tecnicamente assertiva e favorece a construção de vínculos e da autonomia.

### **Subcorpus B/Classe II -Dificuldades de articulação com a Atenção Especializada**

A Classe II evidenciou as dificuldades de articulação da RAS, após a hospitalização e complicações cirúrgicas devido à infecção no local da incisão, quando Jasmim necessitou de atendimento com infectologista. Em vez de retornar à ESF – para acompanhamento e coordenação do cuidado a ser ofertado após a alta, reavaliação do caso, condução do mesmo de forma supervisionada ou encaminhamento seguro a outros serviços – a usuária recebeu orientações e encaminhamento no hospital para procurar diretamente o SAE. No entanto, mesmo sendo prática do serviço ambulatorial e hospitalar acessados naquele município, a não inclusão da ESF gerou um contrafluxo no sistema de regulação, situação não pactuada ou prevista pela RAS.

Dessa forma, o retorno ambulatorial pós-cirúrgico foi agendado por Jasmim. Contudo, a prioridade do atendimento diante de uma intercorrência não foi garantida, situação que acarretaria demora de aproximadamente um mês para o acesso devido à constante fila de espera. Desse modo, a procura por um serviço privado foi mais uma vez a opção encontrada: de um lado tensionada pela urgência do atendimento pela lesão infectada e de outro pelo histórico de insucesso de Jasmim nas buscas de acesso ao SUS.

Depois de toda essa caminhada, três meses andando e sofrendo, precisei do infectologista. Eu não fiz pelo SUS, porque ia demorar [...] eu estava com bastante mal-estar, muito ruim, mas não consegui: procurei outra forma[...].

Por não ter acessado o serviço por meio da APS, as lógicas formais de acesso não foram exercitadas, o que dificultou o percurso assistencial, contradizendo a proposta da RAS que, por sua vez, foi formulada para dar respostas à procura, produzir chave para o cadeado dos serviços quando o acesso não é garantido. Dessa forma, o cadeado manteve-se e a própria barreira instituída criou movimentos e ações de superação da realidade<sup>(20)</sup> na busca pelo serviço no âmbito privado.

As dificuldades de comunicação dos vários pontos da RAS, aliadas aos recursos humanos não disponíveis para atendimento em tempo oportuno, geram fragilidades que impedem o estabelecimento de vínculo e a observância dos princípios doutrinários do SUS. Por essa razão, enfrentamento e esforços precisam estar direcionados para a promoção de um cuidado integral, coordenado e centrado no usuário, com garantia de acesso<sup>(23)</sup>.

Nesse contexto, a Atenção Especializada deve ser integrada aos pontos de atenção e intercomunicantes, capazes de assegurar que a LC seja articulada com todas as demais unidades da RAS e assim fornecer ao usuário uma resposta adequada. As condições crônicas demandam uma articulação da assistência por meio de uma rede dinâmica e conectada, com respostas proativas, contínuas e integradas, que rompa a lógica da fragmentação na rede de cuidado<sup>(24)</sup>.

O presente estudo tem como limitação tratar-se de um estudo de caso único, com toda a particularidade do contexto no qual se insere. Contudo, foi potencializado pelo uso da EN, a qual possibilitou exposições detalhadas da situação vivenciada, dando visibilidade a determinantes que são passíveis de serem ponderados em situações que guardem similaridades.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desta pesquisa mostraram que o IT da participantes e concentrou no serviço especializado e hospitalar, sem coparticipação da APS, à qual está depositada a coordenação do cuidado. O vínculo fragilizado com a ESF determinou limitações de acesso aos demais serviços da rede de atenção do SUS, com consequente busca pelo setor privado, situação marcada por sucessivos atravessamentos e regulada por pessoas que detinham micropoder político, técnico ou financeiro.

Por não ter suas necessidades de saúde atendidas, entre uma consulta e outra, a paciente recorreu ao uso de plantas medicinais sem orientação profissional, remetendo à necessidade de valorização dos serviços das distintas formas de produzir cuidado.

Observar o IT permitiu analisar o sistema de saúde de uma forma não convencional, possibilitando visualizar as desconexões entre os pontos de atenção, o que acarretou em aumento do sofrimento com a peregrinação da pessoa entre os serviços públicos e privados. Os resultados deste estudo evidenciaram a fragilidade do direito à saúde, a premência da articulação dos vários pontos da RAS, bem como a urgência da elaboração de uma LC oncológica para organizar o serviço e dessa maneira direcionar a pessoa e sua família,

promovendo assim uma assistência centrada no sujeito e nas suas necessidades de saúde. Nessa perspectiva, um trabalho em saúde estruturado pela construção de LC articuladas por meio das RAS contribuiria com um itinerário diferente, menos permeado por solidão, sofrimentos e (des)acolhimentos.

Sugere-se, portanto, que novos estudos de casos múltiplos sejam desenvolvidos no sentido de avaliar intervenções que tenham por objetivo a elaboração e implantação de LC desenhadas para usuários diagnosticados com câncer colorretal e que peregrinam pelos serviços de saúde, a fim de suprirem as necessidades tão singulares e legítimas dessa população, permitindo assim maior densidade aos achados.

## THE THERAPEUTIC ITINERARY – THE SEARCH FOR HEALTH CARE UNDERTAKEN BY A PERSON WITH COLORECTAL CANCER

### ABSTRACT

**Objective:** Understanding, through the Therapeutic Itinerary, the search for care undertaken by the person with colorectal cancer and the Care Management mechanisms. **Method:** This is a unique case study with a qualitative approach, whose data collection was carried out through the Narrative Interview. To support the data analysis, the IRaMuTeQ® software was used. **Results:** Two Sub-corpus and five classes have emerged, through which it was possible to delineate the therapeutic itinerary and the care strategies from the perspective of the person allowed understanding that the production of care invades non-formal lines, enabling the treatment pathways that were within reach. It is unveiled the lack of a flow that guides the walk in a timely and safe time, with a feeling of insecurity and distrust. Thus, mediators move across and produce against flows in regulation, giving rise to live networks based on facing dead, disjointed and inoperative work. **Final thoughts:** The results made it possible to identify the disarticulation of services and the need to develop an oncological Care Line.

**Keywords:** Attention to health. Rectal Neoplasms. Continuity of Patient Care.

## ITINERARIO TERAPÉUTICO – LA BUSCA POR EL CUIDADO EN SALUD EMPRENDIDA POR PERSONA CON CÁNCER COLORRECTAL

### RESUMEN

**Objetivo:** comprender, por medio del Itinerario Terapéutico, la busca por el cuidado emprendida por la persona con cáncer colorrectal y los mecanismos de Gestión del Cuidado. **Método:** se trata de un estudio de caso único de abordaje cualitativo, cuya recolección de datos fue realizada por medio de la Entrevista Narrativa. Para auxiliar el análisis de los datos se utilizó el software IRaMuTeQ®. **Resultados:** surgieron dos Subcorpus y cinco clases, por los cuales fue posible trazar el itinerario terapéutico; y las estrategias de cuidado en la perspectiva de la persona permitieron comprender que la producción del cuidado va más allá de aspectos no formales, posibilitando las vías de tratamiento que estaban a su disposición. Se percibe la inexistencia de un flujo que oriente el caminar en tiempo oportuno y seguro, surgiendo sentimiento de inseguridad y desconfianza. Así, los mediadores atraviesan y producen contra flujos en la regulación, haciendo surgir redes vivas basadas en el enfrentamiento de un trabajo muerto, desarticulado e inoperante. **Consideraciones finales:** los resultados permitieron identificar la desarticulación de los servicios y la necesidad de elaboración de una Línea de Cuidado oncológico.

**Palabras clave:** Atención a la salud. Neoplasias del Recto. Continuidad de la Atención al Paciente.

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Tipos de câncer | INCA - Instituto Nacional de Câncer [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer 2018. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino>.

2. Custódio M da S, Anjos AS dos, Santos D do N, Xavier FEB, Silva AMF. Avaliação do conhecimento dos médicos da

atenção primária sobre rastreamento de câncer colorretal em um município de Sergipe. Med (Ribeirão Preto Online). 2019;52(2):91–7. Doi: <http://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i2p91-97>.

3. Ferreira Gomes NMRS, Ribeiro JB e S, Costa DR. Associação entre localização, aspecto morfológico e padrão histológico de pólipos colorretais avaliados no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. J Ciências da Saúde do Hosp Univ da Univ Fed do Piauí [Internet]. 2018 Aug

13;1(2):29. Available from: <http://doi.org/10.26694/2595-0290.20181229-416995>.

4. Silva AA, Cordeiro HM, Novaes MCC, Sousa MBS, Magalhães RPM, Oliveira MVM de. Morbimortalidade hospitalar por câncer colorretal no Brasil, no período de 2008 a 2016. *Rev Eletrônica Acervo Científico* [Internet]. 2019 Aug 28;5:e939. Available from: <http://doi.org/10.25248/reac.e939.2019>.
5. Veras R, Oliveira M. Care pathway for the elderly: detailing the model. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2016 Dec;19(6):887–905. Available from: <http://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>.
6. Pinto ACSN, Bastos MAP, Gomes EA, Mendonça ÉT de. Itinerário terapêutico de pessoas diagnosticadas com câncer: aproximações e distanciamentos da rede de atenção oncológica. *Rev Enferm Atual Derme* [Internet]. 2019;85. Available from: <http://dx.doi.org/10.31011/1519-339X.2018a18n85.01>.
7. Foletto EF, Jackisch SE, Dotto ML, Severo C, Pappen E, Valim ARDM, et al. Itinerário terapêutico de pacientes com câncer colorretal tratados no interior do Rio Grande do Sul. *J Coloproctology* [Internet]. 2016 Apr;36(2):91–6. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jcol.2016.03.008>.
8. Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE. Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Hexis; 2016. 444 p. Available from: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf>.
9. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e método. 5. ed. Porto Alegre, RS: Bookman; 2015. 290 p.
10. Feuerwerker LCM, Merhy EE, Silva E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde: a pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, editors. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro, RJ: Hexis; 2016. p. 10–24.
11. Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista Narrativa. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. In: W BM, George G, editors. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014. p. 90–113.
12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 5]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/rondonopolis/panorama>.
13. Souza MAR de, Wall ML, Thuler AC de MC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 Oct 4;52:e03353. Available from:

<http://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.

14. Santos V, Salvador P, Gomes A, Rodrigues C, Tavares F, Alves K, et al. IRAMUTEQ nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review [Internet]. Vol. 2, CIAIQ 2017. 2017 Jun [cited 2020 Jun 3]. Available from: [www.iramuteq.org](http://www.iramuteq.org).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) [Internet]. 2015. Available from: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-praticas-integrativas-e-complementares-pnpic>.
16. Dalmolin IS, Heidemann ITSB. Integrative and complementary practices and the interface with the health promotion: integrative review. *Ciênc., Cuid. Saúde*. 2017;16(3). Doi: <http://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i3.33035>.
17. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) [Internet]. [cited 2020 Jun 5]. Available from: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-praticas-integrativas-e-complementares-pnpic>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Rastreamento [Internet]. 2013. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento\\_caderno\\_atencao\\_primaria\\_n29.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf)
19. Souza ÍP de, Bellato R, Araújo LFS de, Almeida KBB de. Genogram and eco-map as tools for understanding family care in chronic illness of the young. *Texto Context Enferm*. 2016; 25(4). Doi: <http://doi.org/10.1590/0104-07072016001530015>.
20. Rosa NSF, Souza MC de, Rodrigues RM, Esteves CO. Entre a chave e o cadeado: dobras sobre acesso e barreira na atenção à saúde da pessoa com câncer. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, editors. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro, RJ: Hexis; 2016. p. 92–101.
21. Bellato R, de Araújo LFS, Dolina JV, Musquim C dos A, Corrêa GH de LST. The family experience of care in chronic situation. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016;50(esp):78–85. Doi: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300012>.
22. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(34):593–606. Doi: <http://doi.org/10.1590/s1414-32832010005000010>.
23. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML de, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em Debate*. 2014;38(103):733–43. Doi: <http://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>.
24. Mendes EV. Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. *Ciênc. Saude Colet*. 2018;23(2):431–5. Doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>.

---

**Endereço para correspondência:** Kátia Moreira da Silva. Endereço: Avenida Maria Martins Fontoura, nº619, Granville II, Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. Telefones (66) 99975-0422, E-mail: [katiakawam@hotmail.com](mailto:katiakawam@hotmail.com)

**Data de recebimento:** 11/10/2019

**Data de aprovação:** 27/10/2020